



HAL
open science

Abord de la question nutritionnelle par les médecins généralistes auprès de leurs patients lors de la consultation en cabinet de médecine ambulatoire. Étude qualitative dans la zone sud des Alpes de Haute-Provence

Rémy Schwartzler

► **To cite this version:**

Rémy Schwartzler. Abord de la question nutritionnelle par les médecins généralistes auprès de leurs patients lors de la consultation en cabinet de médecine ambulatoire. Étude qualitative dans la zone sud des Alpes de Haute-Provence. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02405366

HAL Id: dumas-02405366

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02405366>

Submitted on 11 Dec 2019

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Abord de la question nutritionnelle par les médecins généralistes auprès de leurs patients lors de la consultation en cabinet de médecine ambulatoire.
Etude qualitative dans la zone sud des Alpes de Haute-Provence**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 31 Octobre 2019

Par Monsieur Rémy SCHWARTZLER

Né le 29 mai 1990 à Vesoul (70)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VALERO René	Président
Monsieur le Docteur POHER Yves	Directeur
Madame le Professeur GABORIT Bénédicte	Assesseur
Monsieur le Professeur DARMON Patrice	Assesseur
Monsieur le Professeur BAILLY Daniel	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGÉON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

*« L'homme est comme une horloge.
Il se remonte par la nourriture deux ou trois fois par jour »*
Alphonse Karr

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
MATÉRIEL ET MÉTHODE	9
A. Type d'étude	9
B. Choix de la méthode	9
C. Méthodologie de sélection de la population	10
D. Méthodologie des entretiens	11
RÉSULTATS	13
A. Données générales	13
1. Entretiens réalisés	13
2. Caractéristiques de la population étudiée.....	13
B. Représentations de la nutrition par les médecins généralistes	17
1. Représentation générale	17
2. Place de la nutrition dans l'exercice de la médecine générale.....	17
3. Facteurs influençants la place accordée à la nutrition	19
C. Arrivée de la question nutritionnelle	20
1. Quand la nutrition est-elle abordée ?	20
2. Qui aborde le sujet ?	22
3. Abord par le médecin	22
4. Une demande du patient.....	26
5. Perception par le médecin de l'abord de la question nutritionnelle.....	27
D. Exploration et prise en charge	29
1. Comment se fait l'exploration du sujet ?	29
2. Le temps de l'exploration	36
3. La Consultation « CSO-enfant ».....	37
4. Conseiller en nutrition	39
5. Au besoin, orienter le patient dans le réseau de soins.....	45
E. Difficultés et obstacles dans l'abord de la nutrition	49
1. Le problème du temps	49
2. Autres difficultés pour le médecin	51
3. Freins venant du patient.....	53
4. Obstacles sociétaux	60
5. Le mode de vie dans les Alpes-de-Haute-Provence : Aide ou obstacle ?.....	61

6. Solutions envisagées	64
DISCUSSION	66
A. Validité interne de l'étude : les forces et limites	66
1. Forces	66
2. Limites	66
B. Importance d'un sujet inconstamment traité	68
C. Le cadre de la médecine générale et la consultation nutritionnelle	71
1. Concordance entre médecine générale et nutrition	71
2. Le temps, principal obstacle en consultation.....	71
3. Des différences de pratique entre médecins.....	72
4. Rémunération à l'acte et consultation « CSO enfant ».....	73
5. Les atouts de la médecine générale.....	74
D. Une prise en charge variable selon les médecins	75
1. Grande variabilité des motifs d'abord	75
2. Une prise en charge centrée sur la communication orale.....	78
3. Un réseau restreint et difficile d'accès.....	80
E. Des facteurs externes venant compliquer l'exercice du soin	82
1. Un rapport au patient parfois complexe	82
2. Environnement et particularisme culturel.....	83
3. Alimentation, soin, et difficultés socio-économiques.....	84
4. L'éducation à la santé	85
CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE	89
ANNEXES	94
Annexe 1.....	94
Annexe 2.....	97

INTRODUCTION

L'alimentation, action physiologique nécessaire à la vie est un phénomène à multiples visages. Physiologique bien sûr pour la satisfaction des besoins nutritionnels, elle est soumise à des coutumes, à la culture, aux ressources locales, à des rites sociaux et/ou religieux. Du point de vue des sciences médicales, elle est l'élément fondamental de la nutrition.

L'encyclopédie médicale Hamburger décrit la nutrition ainsi : « science consacrée à l'étude des aliments et de leur valeur nutritionnelle, des réactions du corps à l'ingestion de nourriture ainsi que des variations de l'alimentation chez le sujet sain ou malade. Cette science pluridisciplinaire s'intéresse aux aspects physiologiques et physiopathologiques, à la technologie et à l'économie des denrées alimentaires, à la psychologie, à la psychosociologie, à la sociologie, à l'histoire et à la géographie du comportement alimentaire ». Dans le domaine du soin, la nutrition conduit entre autres à la diététique.

Le lien entre santé et alimentation apparaît très tôt dans l'histoire de l'humanité, dès l'émergence des premières médecines en Mésopotamie et en Egypte antique. Mais c'est au « Père de la médecine occidentale », Hippocrate de Kos, que l'on doit l'introduction d'une réelle diététique à la fin du Vème siècle avant J.C, âge d'or de la médecine hellénique. Autant thérapeutique que préventive elle est considérée comme le plus noble des trois piliers de la médecine aux cotés de la pharmacopée et la chirurgie. C'est à Hippocrate que l'on attribue l'aphorisme « Que ton alimentation soit ton premier médicament ». Dans son traité « Du régime » il lie déjà l'alimentation à l'activité physique et propose d'adapter la diététique à chaque nature individuelle (1,2).

Ses enseignements seront prolongés dans le monde latin grâce aux médecins romains Celse et Galien, puis dans le monde médiéval arabo-musulman via l'Empire Byzantin. Les médecins arabes Rhazès puis Avicenne se basent sur les écrits antiques et les enrichissent de savoirs puisés dans la médecine traditionnelle de l'Inde. Au XIème siècle, Ibn Butlan, médecin chrétien de Bagdad est l'auteur du *Taqwim al-sihha*, ouvrage de médecine largement dédié à la diététique où il classe et conseille environ deux cents aliments selon la théorie des humeurs. Cette œuvre aura une grande influence dans tout l'Occident durant le bas Moyen-âge. C'est dans son sillage qu'apparaîtront à partir du XIIIème siècle les premiers « Régimes santé », véritables guides de recommandations alimentaires, dont un bon nombre rédigé par le médecin royal et papal Arnaud de Villeneuve à l'Université de Montpellier. Certains de ces livres sont même spécialement dédiés à un âge, un état ou une maladie particulière.

Mais la santé par l'alimentation n'est pas limitée à la médecine occidentale. On la retrouve dans les fondements de la médecine ayurvédique de l'Inde et elle fait partie des cinq branches de la médecine traditionnelle chinoise avec l'acupuncture, la pharmacopée, les massages et les exercices énergétiques (2).

Si la diététique a toujours gardé une place de choix dans les médecines orientales, la renaissance scientifique du XVI^{ème} siècle en Europe et la médecine « chimique » issue de Paracelse accordent bien plus d'importance aux médicaments qu'aux aliments. La diététique devient ainsi marginale dans la doctrine médicale (3).

A partir du XVIII^{ème} siècle les connaissances en physiologie de la nutrition se développent rapidement et celle-ci se constitue en une discipline scientifique à part entière après les découvertes sur le métabolisme énergétique d'Antoine Lavoisier. Mais ces progrès de la compréhension des mécanismes qui régissent notre alimentation évoluent en parallèle d'une régression de sa position privilégiée dans le soin au détriment de la pharmaceutique. De plus, cette nouvelle conception de la nutrition déplace l'adaptation des conseils médicaux à l'individu vers des normes générales auxquelles tout un chacun devrait se conformer (2,3).

Les liens entre alimentation et santé, auparavant observationnels et déductifs, ne cessent d'être mis en évidence par la recherche scientifique. Bien se nourrir apparaît de plus en plus comme un facteur clé de la bonne santé des individus.

De nos jours, la corrélation est désormais faite entre alimentation et certaines maladies chroniques: diabète de type 2, obésité, hypertension artérielle ; mais aussi entre cancers et surpoids (4–6). Le champ des pathologies liées ne cesse de s'accroître au fil des avancées de la recherche : maladies inflammatoires chroniques, maladies auto-immunes, allergies, maladies inflammatoires, ostéoporose, dépression, troubles du sommeil, déclin cognitif, dégénérescences oculaires (7)... En plus des nutriments composants nos aliments, de nouveaux éléments –pesticides, organismes génétiquement modifiés, additifs alimentaires– ont été introduits au XX^{ème} siècle par l'industrie agro-alimentaire et éveillent de plus en plus les soupçons. Il en est de même des types d'aliments dit « ultra-transformés ». Une étude menée sur la cohorte Nutrinet-santé montrait pour la première fois en octobre 2018 des liens entre traces de pesticides dans l'alimentation et sur-risque de cancer (8). Cette même année d'autres liens étaient faits entre cancers et alimentation ultra-transformée (9).

A l'inverse, certains modes alimentaires ont révélé leur effet protecteur comme la diète méditerranéenne (10–13), le régime d'Okinawa (14) ou le régime DASH (5). Une nutrition adaptée permettrait donc de maintenir un état de bonne santé mais serait également en mesure de limiter les effets néfastes de certaines pathologies (10).

Notre rapport à l'alimentation a aussi considérablement changé dans le siècle passé. Le début du XX^{ème} siècle fut marqué par les carences et la lutte contre celles-ci. Mais les périodes de disette connues régulièrement au cours de l'histoire de l'humanité ont fortement régressé après la fin de la seconde guerre mondiale, principalement dans les pays occidentaux mais aussi globalement partout dans le monde. Nous sommes ainsi progressivement passés des maladies par carence aux maladies par excès, voire même par défauts qualitatifs (3). Ces maladies dites « de civilisation » sont en progression constante comme le diabète, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires, les cancers...

L'exemple du surpoids est particulièrement marquant. Selon l'OMS, en 2016 il concernait 1.9 milliard d'adultes dans le monde et l'obésité presque 650 millions ; 381 millions d'enfants étaient en surpoids ou obèses. La prévalence de l'obésité a presque triplé entre 1976 et 2016, et actuellement la plupart de la population mondiale vit dans des pays où le surpoids et l'obésité font d'avantage de morts que l'insuffisance pondérale (15).

Au niveau national, 32.3% des français adultes de plus de 18 ans sont en surpoids et 15% présentent une obésité selon l'étude OBEPI réalisée en 2012. Ces chiffres sont en augmentation constante depuis la première édition de cette étude en 1997 (16). Selon l'étude ESTEBAN, en 2015, 17% des enfants de 6 à 17 ans étaient en surpoids dont 4% obèses (17). Compte tenu des liens démontrés entre obésité et pathologies, ces données font craindre d'importants problèmes de morbi-mortalité à venir.

En parallèle, 861 millions de personnes souffrent toujours de la faim dans le monde alors que, selon la FAO, un tiers de la production alimentaire mondiale est gaspillée ou perdue (18,19). Cette évolution de l'alimentation humaine et des risques ou pathologies qui y sont liés est de plus à remettre dans le contexte actuel de changement climatique. Le dernier rapport du GIEC d'août 2019 alerte sur nos pratiques alimentaires et agricoles qui font peser la menace de nouvelles crises alimentaires dans un futur proche (3,20).

En France, les pouvoirs publics ont commencé à prendre conscience du problème dans les années 70. L'Institut français pour la nutrition est créé en 1974. Il faut cependant attendre l'an 2000 et un rapport au gouvernement par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) faisant état de l'évolution de l'alimentation et de la santé des français pour voir, l'année suivante, la création d'un programme de santé publique en nutrition : le Plan National Nutrition Santé, abrégé « PNNS », connu par ses slogans « 5 fruits et légumes par jour » ou encore « mangez-bougez ». Son objectif général est l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Il précise que ce terme doit être compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique (21). Plus précisément le PNNS vise à réduire l'obésité et le surpoids dans la population, augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges, améliorer les pratiques et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risques, et réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles. L'émergence de ces ambitions au début des années 2000 est une grande avancée pour la prise en charge des problèmes nutritionnels. Parmi les effets attendus de ces mesures, les études ENNS et ESTEBAN ont pu observer une stabilisation du surpoids et de l'obésité tant chez les adultes que chez les enfants entre 2006 et 2015. Cependant, malgré des progrès par rapport à ce que montraient des études antérieures à la mise en place du programme, l'étude ENNS puis l'étude INCA 3 relevaient que le mode de vie des français est encore loin des objectifs du PNNS (22,23).

Reconduit en 2006 et en 2011, le PNNS a été ré-évalué par le HCSP en 2017. Il en ressort un nouveau rapport attestant de la réussite partielle des objectifs du programme, qui de plus, s'est réalisée de manière très inégale en fonction des classes socio-économiques. Il conclut donc que la communication et l'éducation nutritionnelle globale des populations, bien qu'essentielles, n'agissent pas de manière isolée sur les inégalités sociales de santé en nutrition, voire sont même susceptibles de les aggraver. Les messages de santé avaient en effet eu un impact bénéfique sur les catégories sociales favorisées mais n'avaient eu que très peu d'influence sur les catégories défavorisées. Les premiers PNNS avaient aussi sollicité le monde agro-industriel pour orienter l'offre alimentaire vers des objectifs sanitaires. Ces mesures incitatives étaient sur la base du volontariat et ont permis quelques avancées mais ce système a montré ses limites par une très faible adhésion des acteurs concernés (24). Une 4^{ème} édition du PNNS est donc établie pour 2017-2021 avec une révision de repères nutritionnels ainsi que des projets d'action sur l'environnement même de la population afin de la guider vers des choix alimentaires et des attitudes plus saines quelque-soit son milieu social. On retrouve, entre autres, des mesures fiscales et réglementaires concernant les professionnels de l'alimentation et les collectivités, la promotion et généralisation du nutri-score, mais aussi une augmentation et amélioration de l'offre de soin dans le domaine nutritionnel (25).

Au sein de cette offre de soin, le médecin généraliste tient une position centrale. Il est en effet le professionnel de santé en contact avec le plus grand nombre de patients comme on peut le voir sur le carré de White (26) et s'affiche donc comme un interlocuteur de choix pour la population dans les questions de santé en général et de nutrition en particulier. Plusieurs études montrent que les patients attendent des conseils nutritionnels de la part de leur médecin généraliste (27–29). Celui-ci n'est en revanche la première source d'information que dans 12,7 à 25 % des cas selon les études ; les médias (internet, presse écrite et télévision) figurants en première place. Ce chiffre augmentait toutefois à 46% en cas de pathologie (27,28,30)

Le sujet semble également régulièrement abordé en consultation puisque, selon ces mêmes études, 24,9% des patients ayant consulté leur médecin dans les trois derniers mois déclaraient avoir parlé de leur alimentation (30). L'observation de consultations de médecine générale relevait que le thème de nutrition était abordé dans 24 à 42% des consultations, le médecin généraliste étant à l'origine du message dans 49-81% des cas (31,32).

Une enquête réalisée en 2004 par l'Observatoire régional de Santé (ORS) de la région Rhône-Alpes montrait que trois quarts des médecins généralistes interrogés considéraient l'éducation à la nutrition comme étant de leur ressort (33).

Cependant, plusieurs études quantitatives mettaient en évidence les difficultés éprouvées par les médecins généralistes dans cette prise en charge nutritionnelle : parmi celles-ci, le temps nécessaire pour une consultation de ce type, le peu de possibilité de fonctionner en réseau, le manque d'outils pratiques (34–36). À cela s'ajoutaient d'autres obstacles que l'étude qualitative de l'ORS Rhône-Alpes a permis d'identifier : difficulté d'aborder le sujet par

crainte d'être intrusif dans l'intimité du patient, modification de la relation médecin patient, conscience de manquer de temps et de connaissances, manque d'efficacité immédiate et nécessité de tenir compte d'un environnement non facilitant d'un point de vue culturel, familial, social, économique...

En 2016, un travail de thèse questionnant les besoins des médecins généralistes des Alpes-Maritimes dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant mettait en avant –entre autres– l'intérêt d'une valorisation financière de la consultation. Cette même année la nouvelle édition de la convention de la sécurité sociale avec les médecins libéraux introduisait une nouvelle cotation dans ce but, nommé CSO : Consultation Spécialisée Obésité de l'enfant. Elle s'adresse aux médecins traitants d'enfants de 3 à 12 ans en situation à risque d'obésité. Cette mesure a donc théoriquement levé un des obstacles parmi ceux que soulignait l'étude susnommée (37).

Toutefois, a plupart des travaux réalisés jusqu'à présent analysaient la consultation médicale essentiellement par une approche quantitative qui, s'appuyant sur des questionnaires, laissait peu de place à la libre expression des médecins. L'étude qualitative de l'ORS Rhône-Alpes qui a déjà plus de quinze ans, restait quant à elle centrée sur l'approche de prévention primaire.

Notre étude menée dans le département des Alpes-de-Haute-Provence propose d'analyser, à travers leur propre point de vue, comment les médecins généralistes abordent et explorent la question de la nutrition tant en prévention primaire qu'en situation pathologique. Nous chercherons également à mettre en évidence les obstacles et les limites qu'ils rencontrent dans la prise en charge de ce sujet.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude :

Etude descriptive qualitative par entretiens individuels semi-structurés à l'aide d'un guide auprès des médecins généralistes traitants en exercice dans la zone sud des Alpes-de-Haute-Provence.

B. Choix de la méthode :

Notre étude a pour objectif d'analyse la mise en œuvre et le vécu d'une pratique médicale par les médecins généralistes, ce qui est difficilement mesurable par des données chiffrées, mais explorable par l'analyse de l'expression orale. Il a donc été choisi d'appliquer une méthodologie descriptive de type qualitative.

Cette méthodologie étudie les phénomènes dans leur contexte. Elle se caractérise par une tentative de voir les événements, les actions, les normes, et les valeurs du point de vue des personnes étudiées et s'intéresse de plus aux influences du contexte sur le phénomène étudié. C'est une stratégie dite « flexible et itérative » qui permet de mettre en lumière des thèmes dont l'importance n'était pas supposée et n'auraient peut-être pas été révélés par une liste de questions préétablies (38).

Les entretiens ont été menés de manière individuelle semi-directive en face à face permettant ainsi de recueillir des réponses personnelles sur l'expérience vécue dans l'exercice, les comportements, les représentations, les perceptions, les opinions, croyances, les ressentis. C'est une méthode de recueil plus longue qu'un focus groupe mais permettant à la parole de se libérer plus facilement sans craindre un éventuel jugement de la part de confrères sur les pratiques professionnelles ou même sur les positions concernant l'alimentation, sujet intime et pouvant être sensible. L'échange en face à face a été préféré à un contact téléphonique afin de saisir l'ensemble de l'expression, verbale mais aussi non verbale ; présentations, postures, gestuelles, regards...

C. Méthodologie de sélection de la population

La définition de l'échantillon en recherche qualitative n'a pas pour objectif la représentativité statistique mais cherche à obtenir la population la plus diversifiée possible afin de recueillir la plus grande variation de notions possibles sur le sujet traité (38). Le recrutement de la population a donc été établi en ce sens.

- Définition du lieu d'étude

Les Alpes-de-Haute-Provence, plus vaste des six départements de PACA, sont situées au cœur de cette région. Elles peuvent être divisées en trois zones en fonction du relief, du climat, du peuplement et de l'économie :

- les Grandes Alpes, zone de haute montagne à l'ouest du département frontalière de l'Italie et des Alpes-Maritimes
- les Préalpes venant en contrefort des Grandes Alpes à l'est
- et enfin la Haute-Provence au sud-ouest. Pays de plateaux, de collines et de vallées c'est là que se concentrent les deux tiers de la population départementale. La vallée de la Durance, sa principale voie de communication et d'échange, s'étend du nord au sud, la partageant en deux zones est et ouest. Elle fait de ce territoire un carrefour entre monde alpin et méditerranée jusqu'à la cluse de Sisteron, où poussent les derniers oliviers (39).

« Là où s'arrête l'olivier termine la Méditerranée » George Duhamel

Notre étude s'inscrit dans cette partie méditerranéenne du département, limitée géographiquement au nord par la Montagne de Lure, et la vallée de l'Asse, les Préalpes du Verdon à l'est, le tracé du Verdon au sud-est, puis la limite départementale avec le Vaucluse suivant le Luberon Oriental jusqu'aux contreforts de la Montagne de Lure au sud-ouest et à l'ouest. Elle définit trois territoires : la vallée de la Durance avec Manosque en son centre, le Pays de Lure et Nord Luberon à l'ouest autour de Forcalquier, et le Plateau de Valensole à l'est. On retrouve ainsi sur ce territoire une aire urbaine dans la vallée de la Durance autour du grand pôle urbain de Manosque et un petit pôle urbain autour de Forcalquier. Le reste du territoire est en zone rurale. Les communes du Plateau de Valensole et du Pays banonnais étant classées communes isolées, c'est à dire hors influence des pôles urbains (40,41). Cette variété de territoire était recherchée pour obtenir un échantillon qualitatif diversifié.

- Critères d'exclusion

Ont été exclus de la population les médecins généralistes ayant une pratique spécifiquement orientée sur la nutrition ainsi que les modes d'exercices particuliers de la médecine générale, notamment l'homéopathie, l'acupuncture et la médecine du sport.

- Mode de recrutement

Les médecins correspondants aux critères d'inclusion ont été sélectionnés initialement autour des réseaux de connaissance de l'étudiant et du directeur de thèse puis sur l'annuaire médical en ligne de la sécurité sociale – annuaire.santé.ameli.fr. L'investigateur s'est assuré à ce moment de la diversité des zones géographiques et de la diversité de genre des médecins. Le premier contact a été effectué par téléphone ou par mail. Après une présentation succincte de l'étude, un rendez-vous a été proposé afin de réaliser l'entretien. Le nombre d'entretiens à réaliser a été déterminé au long de l'étude par la répétition puis la saturation des données recueillies comme la méthodologie qualitative le définit.

D. Méthodologie des entretiens

Les rencontres étaient fixées selon l'heure et le lieu proposés par les médecins généralistes volontaires et organisées autour du guide d'entretien, ou « canevas », préalablement défini. Dans un premier temps une fiche de présentation de l'étude et du déroulement de l'entretien leur était remise pour lecture (Annexe 1), et un consentement à l'enregistrement de donnée sous format numérique garantissant l'anonymat leur était soumis à signature (Annexe 2). L'étude portant sur les médecins eux-mêmes et n'étant pas interventionnelle mais uniquement observationnelle, elle ne nécessitait pas d'accord préalable du Comité de Protection des Personnes selon le Code de Santé Publique : art L1121-1 et suivants.

Le recueil des données à proprement parler se développait dans un second temps autour d'un échange verbal semi-structuré par des questions ouvertes et neutres permettant au sujet d'exprimer un témoignage libre. La première question posée était assez générale pour « briser la glace » et libérer la parole sur le sujet. Puis neuf questions explorant l'objectif se développaient en trois parties selon la logique d'une consultation :

- Abord de la question nutritionnelle
- Exploration du sujet en consultation
- Freins rencontrés autour de cette thématique

L'ordre des questions était toutefois souple et pouvait varier selon l'évolution de l'entretien afin de laisser la place à l'émergence de nouvelles idées correspondantes au sujet.

La dernière partie consistait en un court questionnaire quantitatif explorant les caractéristiques socio-démographiques du médecin interrogé : âge, sexe, année d'obtention du diplôme et faculté d'étude, années d'expérience comme médecin traitant, mode d'exercice, formation à la nutrition. Il permettait, en complément de la sélection géographique des médecins, de s'assurer de la diversité de l'échantillon.

Les entretiens ont été menés par le même investigateur et enregistrés à l'aide d'une application dictaphone de smartphone sur fichiers numériques. Un second enregistrement de sécurité était réalisé à l'aide d'un autre téléphone. Les témoignages ainsi recueillis étaient automatiquement anonymisés et identifiés par une lettre alphabétique attribuée.

E. Méthodologie d'analyse des entretiens

Chaque entretien anonymisé était retranscrit en verbatim sur logiciel de traitement de texte en respectant les particularités du langage oral – intonations, répétitions, abréviations, interjections, longueurs, hésitations... Nous avons également porté attention au langage non verbal : attitudes, postures, gestes, regards...

Il a ensuite été réalisé une analyse verticale du discours en faisant ressortir les notions évoquées depuis des citations à partir de mots-clés. Ces notions extraites ont ensuite été regroupées en sous-thèmes et en thèmes consignés sur un logiciel de tabulation. Enfin une analyse horizontale des thèmes a été réalisée grâce à un logiciel de mind-mapping.

Cette structuration des discours a permis l'écriture des résultats et constitue le point de départ de la discussion.

RÉSULTATS

A. Données générales

1. Entretiens réalisés

Au total trente-six médecins ont été contactés. Trois ont refusé de participer à l'étude en avançant le manque de temps, onze n'ont pas donné suite après échange avec le secrétariat, vingt-deux ont accepté de principe de participer à l'étude, quatre ont été perdu de vue et dix-huit ont donné suite à un entretien individuel.

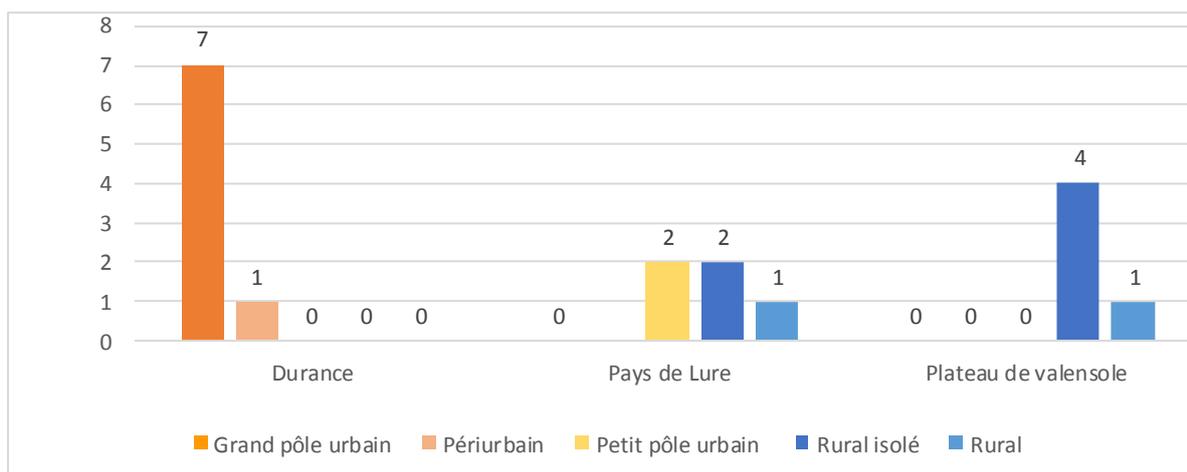
Ceux-ci ont été réalisés entre le 12 juin 2019 et le 9 juillet 2019. Quatorze participants ont été interviewés à leur cabinet et quatre à leur domicile.

Le plus court entretien a duré 18 minutes et le plus long 53 minutes soit une moyenne de 31 minutes pour un total de 9 heures d'échange.

La saturation des données a été obtenue au seizième entretien et deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de s'assurer qu'il n'apparaissait plus de nouvelles notions.

2. Caractéristiques de la population étudiée

Figure 1 : Zone d'implantation géographique



Parmi les médecins interrogés, dix étaient en zone urbaine, dont sept dans un grand pôle urbain, un en péri-urbain et deux dans un petit pôle urbain. Huit des médecins interrogés exerçaient en rural dont six en zone rurale isolée. Huit médecins étaient installés dans la vallée de la Durance, zone la plus urbanisée, cinq dans le pays de Lure autour de Forcalquier, et cinq sur le Plateau de Valensole, espace le plus rural. (Figure 1)

Tableau 1 : caractéristiques générales de la population

Médecin	Duée d'entretien (min)	Sexe	Age (années)	Rural/ urbain	Expérience (en années)	Formation en nutrition	Année et lieu du diplôme	Installation
A	19	H	62	U	33	/	1984/ Marseille	Associé
B	53	F	44	U	5	DU	2003/ Paris V	Associé
C	18	H	39	R	10	Lectures	2007/ Marseille	Associé
D	31	F	39	U	7	/	2011/ Lille	MSP
E	40	F	42	U	10	Lectures	2007/ Marseille	MSP
F	27	H	61	R	26	FMC diabète	1984/ Marseille	Associé
G	28	H	61	R	29	/	1987/ Bobigny	Associé
H	33	H	53	R	7	Lectures	1997/ Nice	Associé
I	20	F	62	R	25	Lectures	1982/ Pari XI	Collaborateur
J	24	F	54	U	7	Lectures et formation initiale	1991/ Bucarest	Salariée
K	19	H	63	U	32	/	1985/ Nancy	Associé
L	45	F	48	U	3	/	2001/ Nice	Associé
M	33	H	62	R	34	/	1983/Nice	Seul
N	38	H	35	R	3	/	2013/ Lille	Seul
O	34	H	62	U	33	Lectures	1983/ Marseille	Associé
P	21	F	41	U	1	Lectures et formation	2008/ Paris Ouest	MSP
Q	23	F	42	U	12	DPC obésité	2006/ Marseille	MSP
R	40	H	58	R	27	/	1992/ Grenoble	Seul

Dans la représentation du genre (Figure 2), nous comptons huit femmes et dix hommes, pour des âges allant de 35 à 63 ans (Figure 3), et répartis sur l'ensemble du territoire (Figure 4).

Figure 2 : Répartition femmes/hommes

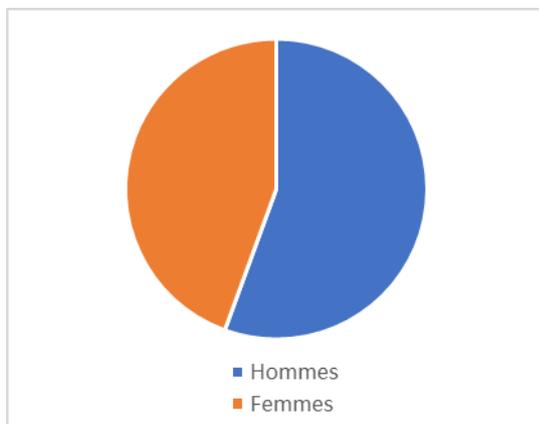


Figure 3 : Répartition selon l'âge

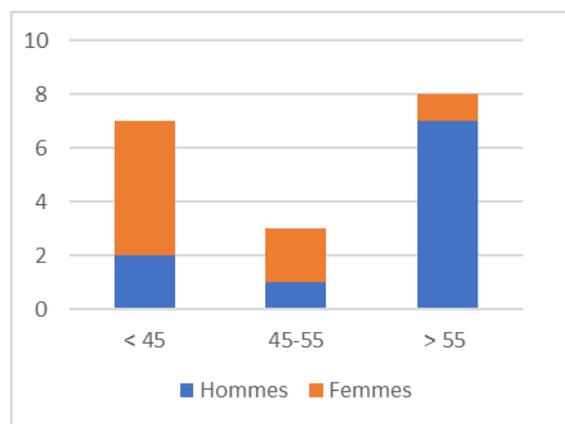
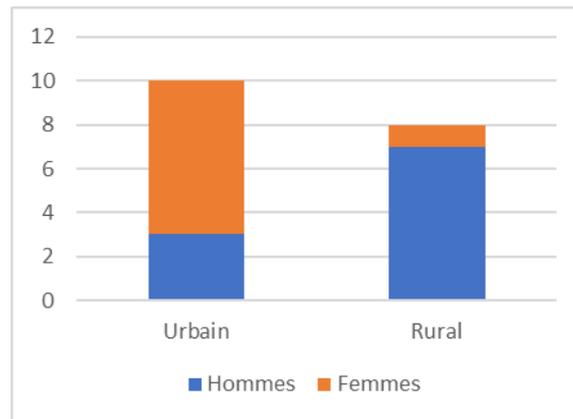


Figure 4 : Répartition du genre selon la zone géographique



Un médecin sur deux avait étudié dans une des facultés de médecine de la région PACA. L'autre moitié avait suivi un cursus hors de la région ; dans des villes françaises du Nord et de l'Est du pays, et un en Roumanie (Figure 5). Nous avons questionné ces médecins pour connaître leur formation en nutrition, y compris en formation initiale. Un médecin a déclaré avoir eu une formation initiale suffisante en nutrition et huit déclaraient ne pas avoir été formés. Les autres ont acquis des compétences dans ce domaine par auto-formation à l'aide de lectures spécialisées pour cinq d'entre eux, deux ont suivi un module de formation continue traitant du sujet, un s'est formé au contact de ses collègues nutritionnistes, endocrinologues et diététiciens alors qu'il travaillait en service de diabétologie et enfin un médecin a suivi l'enseignement d'un diplôme universitaire de nutrition (Figure 6).

Figure 5 : Lieu d'étude

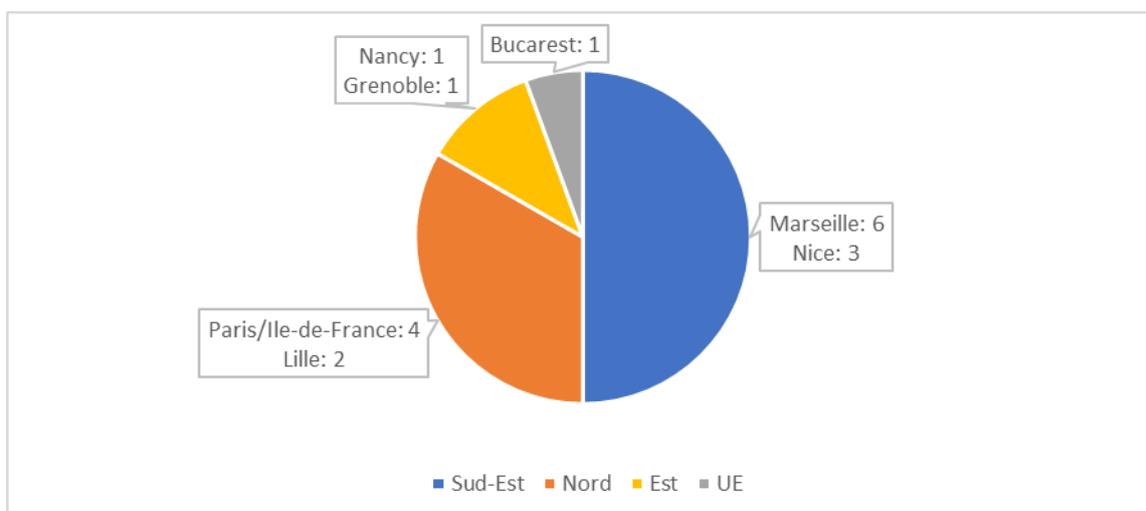
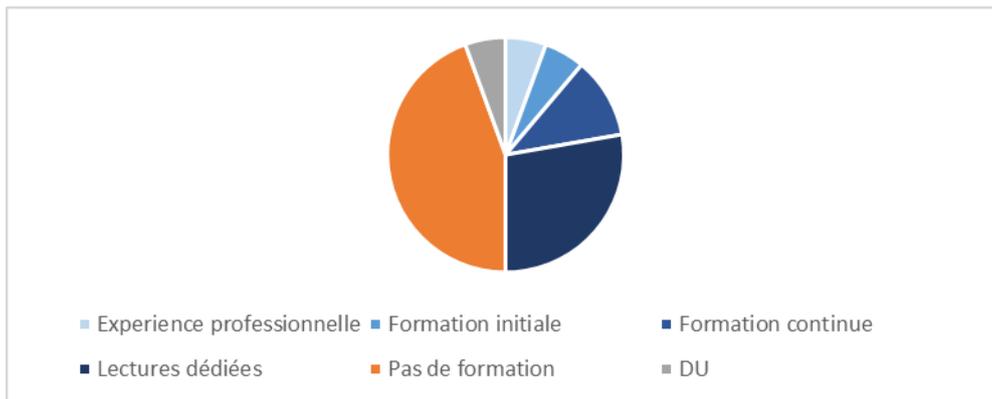


Figure 6 : Formation en diététique et nutrition



Nous nous sommes également assurés d’avoir un échantillon diversifié quant au nombre d’année d’expérience du métier de généraliste exercé en tant que médecin traitant et quant au mode d’installation. L’expérience des médecins interrogés allait de 1 à 33 ans (Figure 7). Nous retrouvons trois médecins en exercice seul, dix en association, quatre en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) et un salarié de centre mutualiste (Figure 8).

Figure 7 : Nombre d’années d’expérience comme médecin traitant

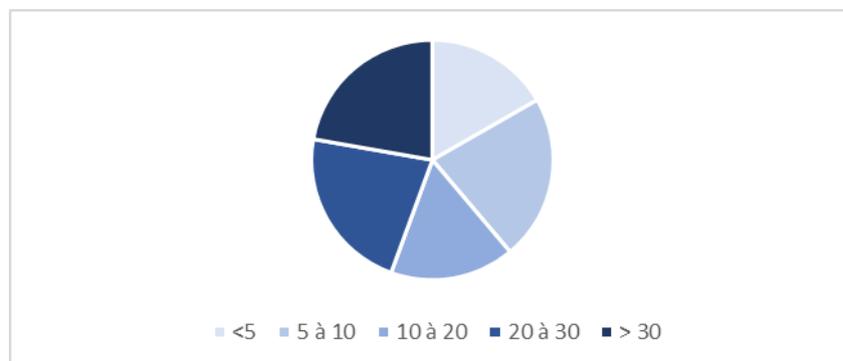
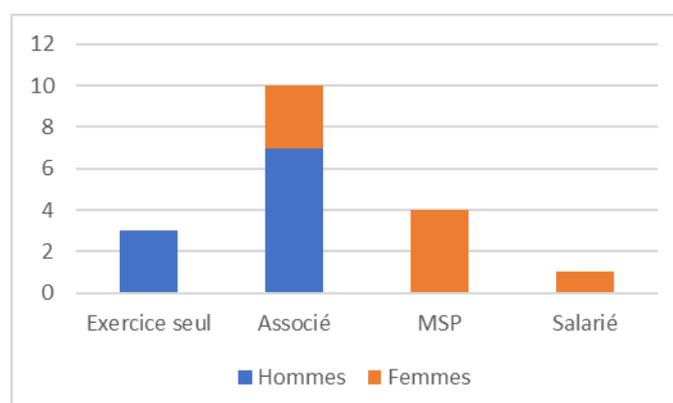


Figure 8 : Mode d’installation selon le sexe



B. Représentations de la nutrition par les médecins généralistes

Dans un premier temps nous avons interrogé les médecins sur leur vision de la nutrition, son lien à la médecine générale et la place qu'elle a dans leur exercice.

1. Représentation générale

La majorité des médecins interrogés relevaient **l'importance des sujets de l'alimentation et de la nutrition**, comme le mentionne par exemple le Dr J :

*« Je la vois d'une manière vraiment très très importante. Si je donne un pourcentage d'une consultation bien sûr ou je dois parler un peu plus à ce sujet ; c'est plus de cinquante pour cent ». Ou encore Dr L qui la dit « **Indispensable ! C'est le carburant donc c'est indispensable en qualité et en quantité** » et Dr Q « **je pense que c'est essentiel** »*

Est souligné la notion d'**omniprésence du sujet** par le Dr P : *« Je pense que c'est quelque chose de tellement global la nutrition. Dans chaque consultation on peut parler de nutrition et ça a un intérêt pour le patient. Elle est présente dans chaque consultation. Elle est importante »*. Cette omniprésence se retrouve dans le **lien avec de nombreuses pathologies** *« c'est très important pour pas mal de pathologies. Tout ce qui est diabète et obésité entre autres »* Dr C.

Elle est **rattachée à l'hygiène de vie** (Dr D, G, H, I, K)
« C'est dans les recommandations de bonne santé, d'hygiène de vie. C'est le tabac, l'alcool, la pratique d'activité physique et l'alimentation » Dr D

Son **potentiel de levier d'amélioration de la santé** est mis en avant :
« Beaucoup de problèmes de santé pourraient être améliorés par l'alimentation ! » Dr B
« Y'a des patients franchement ils perdraient dix kilos ce serait fini quoi ! Ils auraient plus aucun problème de santé. Ils auraient plus mal au dos, ils auraient plus mal aux genoux, ils seraient plus essoufflés, ils auraient plus d'asthme... » Dr Q

2. Place de la nutrition dans l'exercice de la médecine générale

La plupart des médecins donnent un statut important à la nutrition mais lui accordent une place irrégulière dans leur pratique. Nous avons donc cherché à savoir comment ils voient leur propre rôle de médecin généraliste face à la question de la nutrition.

Certains sont convaincus de sa place **évidente en médecine générale** :

« *Je pense que ça s'intègre complètement dans la prise en charge globale du patient en médecine générale* » Dr P. Et aussi présentée comme telle au patient par le Dr D : « *La façon dont j'essaye de la présenter c'est que de toute façon, l'alimentation fait partie de la santé. Donc c'est logique, en venant chez le médecin généraliste, de parler d'alimentation* »

Pour le Dr C au contraire le traitement du sujet n'est **pas inhérent à la médecine générale** : « *à mon sens c'est une consultation qui ne s'inclut pas dans une consultation de médecine générale. C'est une consultation qui doit être à part* »

Le médecin généraliste est fréquemment vu à travers les discours comme **un premier contact**, avec un **rôle de sensibilisateur**, qui réalise une sorte de **débrouillage de la question** avant **d'orienter** vers d'autres professionnels de santé.

« *J'ai l'impression d'être un premier recours en tous les cas.* » Dr P

« *La sensibilisation c'est vraiment une étape prioritaire. Et j'essaye d'être efficace en sensibilisation pour permettre après un relais avec des professionnels de santé plus performants que moi dans ce domaine* » Dr D

« *Nous on défriche. On aborde le problème. Déjà, on fait prendre conscience aux gens... On brosse un petit tableau général.* » Dr K

Certains médecins, comme le Dr B, situent la nutrition **au centre de leur exercice** :

« *Pour moi ça a une place centrale. Ça devrait être notre premier médicament ce que l'on mange et ce que l'on boit* ». Elle a « **une place prioritaire** » pour le Dr D.

D'autres lui trouvent **une place importante** dans le lien avec le nombre important de maladies chroniques qu'ils rencontrent dans leur exercice (Dr I).

Malgré l'importance déclarée du sujet la **place accordée par la plupart des médecins interrogés est plus relative**. « *On n'y accorde pas assez d'importance. Moi je pense que c'est une question très importante pour les patients mais qu'on aborde à mon avis pas suffisamment* » Dr K

Outre le temps accordé, le traitement de la question est parfois vu comme **peu approfondi** :

« *J'aborde que des généralités. Je ne suis pas très pointu dans la diététique* » Dr M

« *En médecine générale on reste un peu trop superficiels parce que c'est des sujets difficiles* » Dr H

Pour le Dr N « *C'est une place annexe. C'est rarissime que ce soit le sujet de consultation.* »

Cette **place secondaire** est aussi justifiée par le Dr G : « *et c'est pas une urgence* ».

Si la place est accordée dans l'exercice, elle ne va pas de soi mais **aboutit d'un réel effort** : « *finalement la nutrition elle est là tout le temps parce que j'essaye que ce ne soit pas que de la secondaire.* » Dr B

3. Facteurs influençants la place accordée à la nutrition

Dans cet extrait le Dr B évoque son intérêt pour la nutrition **en lien avec des situations rencontrées** au début de son exercice : *« J'ai toujours senti que c'était un truc dont on parlait pas assez. Et j'ai commencé mon exercice aux Antilles qui est une zone de France où il y a des forts taux d'obésité, qui rejoignent ceux des Etats-Unis. Avec des boissons sucrées, le coca est resucré... enfin c'est terrible, un vrai fléau (air consterné). Du coup ça a tout de suite été pour moi un truc important de me dire comment on fait pour aider les gens à changer leurs façons de faire »*

Des liens sont faits **avec les centres d'intérêts personnels** : *« Je me suis toujours intéressé à ça. C'est pas une contrainte que d'en parler à la consultation. Et puis moi j'aime cuisiner donc moi ça ne me gêne pas du tout de parler de bouffe au cabinet parce que j'aime ça »* nous rapporte le Dr I d'un air très jovial. Ou Dr K : *« Moi j'aime bien le rapport entre la nutrition et le sport. Voilà là j'en parle avec mes patients parce que ça m'intéresse aussi. Et puis c'est sûr c'est concret. Et puis moi je parle du sport d'endurance parce que c'est un sport que je connais bien. C'est vachement important de se nourrir »*

Le Dr L nous parle de son **vécu en famille** avec ses enfants *« Moi je vais intervenir sur l'allaitement. Parce que j'ai allaité mes enfants »*, et également avec ses parents *« Pour avoir eu une maman qui a eu des problèmes de surpoids... Elle a fait des régimes, perte de poids, reprise plus régime, perte de poids, reprise... et je la voyais à table se priver et finalement ça marchait pas. Donc moi je dis aux gens : "c'est plus apprendre à manger sainement" »*

Pour le Dr A, l'idée de l'importance de la nutrition en santé serait venue par une **prise de conscience** grâce à la rencontre fortuite d'une personne il y a quelques années.

Les centres d'intérêt du médecin et son orientation de pratique sont souvent mis en lien avec une certaine **sélection de-facto de sa patientèle**. Ce phénomène est mis en relief par le Dr K autour de son intérêt personnel pour la course à pied *« Moi je fais beaucoup de sport d'endurance. De course à pied. Donc j'ai des patients qui me connaissent pour ça donc ils viennent pour ça. Donc il y a des conseils diététiques pour perdre deux-trois kilos pour la course à pied »*. Et pour le Dr B autour de son orientation marquée vers la nutrition : *« mais après on les sélectionne. Ceux qui sont pas du tout sensibles, ils changent de médecin parce que je les saoule. Sauf le boucher, mais il sent bien que j'ai raison, il le sait. (rires) »*

On retrouvait aussi une **influence de l'alimentation propre des médecins**. Certains ont des **pratiques éloignées de ce qu'ils conseillent** : *« A part personnellement comme je te dis parce que moi je fais un peu tout et n'importe quoi. Mais je leur dis qu'il faut manger des légumes même si moi j'en mange jamais : "C'est bon, allez-y" (rires) ; mais il le savent pas. Voilà »* Dr M. D'autres **appliquent leurs propres recommandations** *« Pour moi en ce qui me concerne je l'applique à moi-même »* Dr K
« Je fais un peu comme je conseille... » Dr E

Dr B essaie d'**incarner le conseil donné** « *Je suis très sensibilisée à ça. Alors j'essaye d'être un modèle. J'aime pas dire faite ce que je dis et pas ce que je fais* ».

Le Dr G nous évoque ses difficultés à conseiller en nutrition car il essaye de perdre un peu de son excès de poids mais n'a jamais vraiment réussi avec les recommandations « classiques ». Au contraire le Dr H joue de son surpoids pour conseiller : « *Quand j'en parle ils se marrent. Regarde-moi (en se tapotant son ventre qu'il met en avant). Je leur dis : " faites pas comme moi" (il se met à rire)* ». Le surpoids reflété n'étant pas là un frein mais un outil de discussion.

C. Arrivée de la question nutritionnelle

1. Quand la nutrition est-elle abordée ?

Premier contact entre le patient et le médecin dans le temps de la consultation, **la salle d'attente est utilisée pour informer** sur la nutrition par des supports papier (Dr C, D, F, I), voire numériques : « *Mais par exemple en salle d'attente on avait mis des fiches. On va voir un peu là si on relance les vidéo-projections au cabinet dans la salle d'attente* » Dr F

Selon les médecins le sujet nutritionnel arrive **rarement en première consultation** comme l'évoque le Dr N : « *C'est jamais en premier abord. Quasiment jamais. Ça peut mais quasiment jamais* » ; ou au contraire est abordé **fréquemment au cours des premiers entretiens** avec un nouveau patient : « *c'est rapidement une question que je pose quand je rencontre quelqu'un. Mais pas à la première consultation, j'ai pas le temps on a trop de choses à voir rapidement* » Dr B

« *Ça dépend du patient. Mais à mon avis on doit être à quatre-vingt-dix pour cent sur les deux premières consultations. Il y a toujours un moment où on bifurque de dessus.* » Dr H

Les médecins évoquent l'idée d'un **moment idéal** comme le dit Dr E, puis Dr D : « *Quand ils ne m'en parlent pas spontanément j'en parle pas tout de suite. J'attends vraiment qu'il y ait un moment propice pour essayer d'en parler. Ou essayer de faire en sorte que ça vienne d'eux directement* »

« *Je dirais qu'il faut être le plus ouvert possible. Parce que parfois le patient n'est pas prêt à ce moment-là de parler de ça. Et ça c'est important je pense de respecter le temps du patient.* »

Dr B met en avant la **force du temps long de la médecine générale pour aborder les questions nutritionnelles** : « *c'est l'intérêt d'être médecin généraliste : c'est qu'on revoit les patients. Alors évidemment la question du tabac, de leur mode de vie, de leur environnement, de leur alimentation, a un moment donné on peut la poser* »

Ce temps long permet de **réitérer la proposition de traiter le sujet** : « *Chaque fois que je les verrai pour leur redonner les médicaments je leur redirai : vous pourrez prendre moins de médicaments quand vous mangerez mieux* » Dr C

Ou même **d'attendre que le patient soit prêt** à aborder la question, le médecin généraliste se plaçant comme une **balise sur leur parcours de soins** « *Je leur dis : "voilà, c'est dommage.... Le jour où vous avez envie de faire quelque chose n'hésitez pas à m'en parler"* » Dr B

La proximité du médecin généraliste donnant de plus la **possibilité d'agir précocement**, avant même que le patient n'ait pris conscience d'un problème : « *Les enfants en surpoids il y en a un peu. Mais quand ils sont rondelets déjà –avant qu'ils soient obèses, quand ils commencent à être rondelet– je leur dis de faire attention. Et puis surtout l'exercice physique* » Dr M

On relève dans les discours le **fréquent besoin d'un motif pour aborder** le sujet de l'alimentation : « *Je suis persuadée que parler de diététique dans le vide ça sert à rien. La plupart du temps on parle de diététique quand il y a une pathologie de surcharge* » Dr I.

Voir **attendre une complication** : « *s'ils ne viennent pas me voir pour une douleur liée au poids. Je ne vais pas l'aborder forcément tout de suite. Dès qu'ils vont se plaindre de quelque chose qui aboutit du surpoids, là je vais le mettre sur le tapis* » Dr J.

Le sujet est cependant **rarement abordé en pathologie aigüe** comme le rapporte Dr D : « *Après souvent ça ne va pas être au décours d'une consultation pour pathologie aigüe. En général quand ils viennent pour une angine, bronchite ou ce genre de chose, ce n'est pas quelque chose que j'aborde en premier* » Dr D

Concernant la population pédiatrique, il a été évoqué le **fait d'avoir plusieurs repères sur le parcours de soins** avec les **certificats obligatoire** et les fréquents **certificats d'aptitude** au sport conduisant plus naturellement à parler de nutrition, ainsi que le carnet de santé avec les **courbes de poids**.

« *Les enfants c'est plus au décours des certificats médicaux. En début d'année ou là au mois de juin on y arrive. Et puis ça va être fonction des courbes de poids. A ce moment-là je vais l'aborder. Ou l'activité physique intensive. Au moins une fois par an il y a les courbes de poids pour les enfants. Ils ont tous leur IMC une fois par an. Il n'y a pas de certificat médical qui sort sans un IMC dans le dossier patient* » rapporte Dr D, qui est très attentive à cette donnée.

Dr F a relevé une situation très spécifique de la médecine générale qu'est **la visite à domicile, et parfois au moment du repas**. « *Tu parles nutrition aussi pendant les visites, au moment des repas. Des fois tu es surpris par les quantités astronomiques qui sont sur la table. Loin du déclaratif habituel : "Docteur on mange très peu". Je crois que c'est le sens de la médecine de famille, c'est quand tu débarque chez eux au moment du repas et que tu te dis : "Ah, je crois savoir pourquoi !"* ».

2. Qui aborde le sujet ?

Dans le cas de la question nutritionnelle, la plupart des médecins avancent **que le sujet vient peu du patient, mais plutôt du médecin.**

« *Les personnes ne viennent pas me voir spécialement pour des questions diététiques* » Dr O
« *Ça arrive que ça vienne d'eux mais c'est plus souvent nous qui en parlons. Après ça arrive...* » Dr M

Certains médecins comme le Dr Q jugent au contraire que : « *La question arrive très souvent* ». Elle peut même être une réelle **préoccupation du patient** selon le Dr P : « *Le patient pose pas mal de question. C'est une préoccupation pour lui.* »

Dans certain cas la **question vient forcément du patient car le médecin ne l'aborderait pas de lui-même** comme le Dr R : « *Ça viendrait plutôt des patients. Moi c'est pas un domaine que j'aborderais de moi-même comme ça.* » Ou encore le Dr N « *Quand ça vient, ça vient des patients. C'est eux qui peuvent venir pour ça. Moi je vais pas leur sauter dessus : "Oh là là, y'a du Flambi là !"* »

3. Abord par le médecin

3.1 Multiplicité des portes d'entrée

« *Il y a tellement de portes d'entrée... enfin... fff... je crois qu'il y a assez peu de maladie finalement où ça ne rentre pas en compte* » le Dr B

« *Ça s'intègre dans beaucoup de problématiques de santé et de motifs de consultation* » Dr P
Ces propos recueillis mettent en avant la **grande variété de situations cliniques** dans lesquelles la nutrition peut être abordée. Le Dr B ajoute : « *ça peut être simplement un problème esthétique, ça peut être un problème sanitaire* »

Ce sujet s'adresse également à **toutes tranches d'âge** (Dr B, D, H, O)

« *En population générale. J'inclus les enfants, les vieux. Tous les âges de la vie* » Dr H

3.2 Situations cliniques d'approche

Les médecins interrogés avancent **en premier lieu l'arrivée par le prisme de la pathologie.** « *Avec les patients, on prend pas forcément le temps de reprendre et de tout expliquer, donc je pense qu'on aborde la question de la nutrition chez les patients que lorsqu'il y a des pathologies* » Dr K

Nous avons recherché quelles étaient les pathologies amenant les médecins généralistes à parler de nutrition. Tous évoquent **le diabète, les dyslipidémies** et les **problèmes de poids**. Puis étaient citées :

- Les **pathologies métaboliques et endocriniennes**, dont **la goutte** (Dr B, C, G, I, P, R) **la dénutrition** (Dr H, J, K, P, R)
- Les **pathologies cardio-vasculaires** : **HTA** (Dr B, D, F, K, M, O, P) et **coronaropathies** « *alors en systématique les hypertensions artérielles, cardiopathies, pathologies cardio-vasculaire* » Dr D
- Les **pathologies ostéoarticulaires** : **arthrose, gonalgies, dorsalgies, ostéoporose** (Dr A, B, D, L, M, N)
- Les **pathologies psychiatriques** : dont **dépression** (Dr B, L, N, P) et **TCA** (Dr P)
- Les **pathologies digestives** : **troubles du transit**, troubles fonctionnels de l'intestin (Dr A, C, J), **hernies hiatales, reflux gastro-œsophagiens** (Dr J)
- **Alcool et hépatopathies** (Dr D, F, G, H, P) « *Après je parle nutrition quand il y a de l'alcool ou des signes d'alcoolisme où des problèmes d'hépatopathie* » Dr D
- **Cancers** (Dr R), **maladies auto-immunes** (Dr B), et **allergies** (Dr A,G,J) « *toutes les maladies ou on est en situation inflammatoire* » Dr B
- Les insuffisances d'organe : **l'insuffisance rénale** (Dr B)
- Pathologies infectieuses : **bronchites chroniques** (Dr D)

Le diabète figure comme la pathologie incontournable

« *Après quelqu'un qui est diabétique de type deux on est quand même obligé de parler de la nutrition, forcément quoi !* » Dr K

« *Sûr, le diabète on en parle parce que d'emblée quand un diabète est déséquilibré ou qu'il y a un changement de thérapeutique. Ou qu'il faut revoir les mesures hygiéno-diététiques. Là où c'est sûr que je vais pas le rater c'est quand on est en train de parler diabète !* » Dr N

Les problèmes de poids sont envisagés par tous les médecins et figurent comme un **sujet évident** « *Quand il y a des problématiques de poids évidemment on parle de nutrition. Que ce soit une maigreur, un surpoids ou une obésité* » Dr P

L'excès de poids est vu comme **le problème lié à la nutrition le plus fréquent**. Pour Dr K : « *C'est plutôt l'obésité pour nous quand même. Ce qui revient le plus souvent. Avec plus ou moins le diabète de type deux.* » et pour le Dr O « *On a à faire au surpoids ; c'est le plus fréquent.* ». De plus, nombre des pathologies d'abord citées dans les entretiens sont liées directement ou indirectement au problème d'excès de poids. Il peut donc être **abordé par le biais de ses complications**.

« *Les hypertensions artérielles, cardiopathies, pathologies cardio-vasculaires, les bronchitiques chroniques. Parce que souvent il y a un problème de poids aussi* » Dr D

« *Le surpoids, de manière générale c'est souvent quand il y a des complications* » Dr A

La pesée régulière en consultation peut être le **déclencheur de la discussion**.

« Ça peut être moi qui leur demande d'en perdre parce que je vois la balance. Et comme je les pèse à chaque consultation je vois le poids. Alors on discute, on voit ce qui s'est passé, etcetera... » Dr B. Mais certains se **contentent du coup d'œil** comme Dr M « *La pesée ça me dit rien. Le poids je m'en fous. Le gars on le voit, s'il est gras il est gras hein. Voilà il est un peu gros quoi. (rire) Moi c'est au coup d'œil quoi. Dès que ça déborde un peu je commence à le dire. Et quand ça déborde beaucoup. Bah au plus ça déborde et plus j'insiste. Chez les enfants aussi* »

Parmi les problèmes pondéraux, sont également évoqués, mais plus rarement, **le sous-poids et la dénutrition**. « *Les patients plus âgés il y a le problème de dénutrition* » Dr K

Les résultats de biologie constituent une entrée en matière très fréquemment évoquée. Parmi les anomalies pouvant conduire à des conseils nutritionnels on note **l'élévation de la glycémie, les dyslipidémies et l'hyperuricémie**

« *Et chaque fois qu'il y a des paramètres un peu limites. Une glycémie à un gramme dix par exemple c'est là que j'introduis la nutrition.* » Dr I

« *Quand ils ont une insulino-résistance, je leurs explique que s'ils ne changent pas maintenant dans dix ans ils seront malades, donc c'est maintenant* » Dr B

Pour Dr I la **biologie permet de matérialiser les problèmes nutritionnels** : « *je me sers de prises de sang parce que je pense qu'il faut accrocher la diététique à une réalité* »

Pour Dr E, elle est **le motif nécessaire pour aborder le surpoids**

« *Après il y a le surpoids. J'avoue que j'ose pas aborder le sujet chez certains patients quand je n'ai pas de support. C'est-à-dire reçu une biologie* »

Les toxiques –alcool et tabac– sont également une porte d'entrée pour les conseils nutritionnels en prévention secondaire. Dr F évoque la place de l'alcool dans la nutrition « *L'alcool c'est une question qui vient beaucoup plus facilement que le reste de la nutrition. Mais c'est un peu à part. Ça fait partie de la nutrition mais c'est un peu différent. C'est aussi les toxiques* »

« *S'il y a de l'alcool ou des signes d'alcoolisme ou des problèmes d'hépatopathie, là oui j'aborde la nutrition* » Dr G

Le tabac n'est pas lié directement à la nutrition mais il fait partie de l'hygiène de vie et son sevrage est souvent associé à un risque de prise de poids comme l'avance Dr D « *Et puis les fumeurs, surtout les souhaits de sevrage* » « *Et souvent les patients quand ils veulent se sevrer ils ont quand même peur de prendre du poids* »

Dans les propos que nous avons recueillis, les médecins introduisaient parfois la nutrition au moment du traitement. L'usage de modifications alimentaires comme **thérapeutique de premier recours** pouvait être le déclencheur de la discussion : « *Parce que nous au début quand on découvre un diabète on commence tout simplement avec un régime alimentaire et après si ça va pas j'ajoute le médicament* ». Dr J

« *Je leur donne jamais les médicaments tout de suite. Et des fois on y arrive pas mal comme ça. Mais les bonnes habitudes ils faut les prendre de bonne heure je pense.* » Dr K.

Quand il y avait déjà un traitement médicamenteux en place, celui-ci pouvait être le déclencheur de la discussion autour du sujet alimentaire. Le Dr B cherchait à obtenir une **décroissance médicamenteuse par l'adoption d'une meilleure alimentation** : « *ça peut être parce qu'ils ont un traitement qui simplement pourrait être arrêté si ils se mettaient à avoir une bonne hygiène de vie* » Dr B. Et elle évoquer un exemple : « *Un ancien dentiste. A soixante-dix ans on lui a trouvé un DT2 et il a changé son mode de vie. Il s'est vraiment battu et on a arrêté tous les médocs. C'est génial !* »

Dr C entretient également à chaque consultation cette idée de décroissance médicamenteuse : « *Chaque fois que je les verrai pour leur redonner les médicaments je leur redirai : vous pourrez prendre moins de médicaments quand vous mangerez mieux* »

3.3 En l'absence de signe clinique ou biologique

Pour certains généralistes le sujet n'est **pas du tout abordé en l'absence de pathologie, de point d'appel clinique ou de facteur de risque** ; donc en prévention primaire.

« *Mais le gars qui va bien, qui est mince, qui a pas de surpoids, qui a une biologie parfaite il fait ce qui veut. Moi je vais pas l'emmerder 'Il faut faire attention à ça, ça ça...'* » Dr M

« *En général je ne vais pas dans le nutritionnel spontanément s'il a l'air bien* » Dr C

Dr B, D et O en revanche mettent particulièrement en avant **la place de la prévention primaire** : « *Finalelement la nutrition elle est là tout le temps parce que j'essaye que ce ne soit pas que de la secondaire. Parce que je trouve que quand c'est de la secondaire c'est trop tard. Et c'est plus compliqué pour quelqu'un qui est déjà hypertendu, déjà diabétique, déjà gros* » Dr B

« *Il y a la nutrition dans le sens prise en charge générale de la santé des personnes. On va discuter un peu du rôle de la nutrition dans la santé, pour la forme physique* » Dr O

Dr D **inclus la nutrition dans une consultation dédiée de prévention** : « *ça va être plus un état de santé, dans une consultation dédiée globalement aux facteurs de risque, activité physique, sensibilisation à une bonne hygiène de vie. Mais c'est aussi dedans les vaccins, l'hygiène du dos, le tabac...* »

La prévention primaire peut se faire **par répétition à chaque consultation** : « *Je pense que je fais de la prévention primaire sans m'en rendre compte, j'ai l'impression d'être*

tout le temps vigilante avec ça. De leur dire : " Vous mangez bien ? Vous mangez quoi ? Vous buvez quoi ?" » Dr B

On note de plus chez Dr B l'idée d'une **alerte permanente du médecin** : *« Dès que je repère qu'il y a des sodas, des machins, du sucre j'essaie de leur dire stop ! J'attends pas qu'ils soient diabétiques quoi ».*

Dans le domaine de la prévention primaire on retrouve des **populations ciblées** :

-Les enfants *« pour le suivi des nourrissons, des enfants, on parle de nutrition. » Dr P*
« Les gamins je leur demande toujours comment ils mangent, ce qu'ils mangent, s'il y a quelque chose qu'ils ne mangent pas. » Dr H

-Les femmes enceintes *« Et puis les conseils pour la grossesse bien sur » Dr C*

-Les personnes âgées *« Le préventif tu vas le faire chez la personne âgée pour manger des laitages, prendre du calcium » Dr L*

-Le sportif *« Dans l'activité sportive, on en parle aussi » Dr H*

« Chez le sportif aussi on en parle en prévention primaire » Dr P

-Les patients végétariens ou végétaliens. *« Ah oui aussi avec les végétariens » Dr H*

4. Une demande du patient

Selon les médecins, l'abord de la nutrition du côté du patient se faisant souvent autour du **motif du poids** ; majoritairement en cas de **surpoids**. *« Ça peut être une demande du patient : j'en ai marre, j'aimerais bien perdre deux kilos" Dr B*

« La nana qui veut maigrir » Dr N.

Mais aussi pour des **prises insuffisantes** : *« Alors on a parfois à faire, et c'est pas rare, aux personnes qui veulent grossir » Dr O.*

La sollicitation du médecin pouvant arriver **après une tentative infructueuse** du patient : *« Les patients en général c'est lorsqu'ils sont confrontés à l'échec. Sur l'objectif, soit de perte de poids soit de prise de poids » Dr O.* Et parfois simplement **pour être orienté** : *« il y en a quelques-uns qui vont demander des conseils parce qu'ils n'arrivent pas à perdre du poids. Mais c'est sous-entendu qu'ils veulent que je les adresse au diététicien » Dr C.*

Dans les questions relatives au surpoids de la part des patients, plusieurs témoignages ont relevé la **stimulation par une remarque extérieure**. Les exemples cités étaient ceux d'un camarade d'école pour les enfants : *« Le gamin un jour il va se réveiller en se disant "on me traite de gros à l'école" » Dr B.* Et d'un médecin spécialiste pour les adultes : *« Souvent ils me disent "le cardio me demande de perdre dix kilos mais comment je fais ?" » Dr E*

Ce stimulus externe à la consultation de médecine générale pouvait même apparaître comme plus puissant que les conseils du médecin généraliste comme le dit Dr B à propos de cette petite fille : « *La maman est venue me voir en disant : "J'aimerais que ma fille fasse un bilan elle a eu des commentaires à l'école". Alors que moi ça fait trois ans que je vois les courbes et je leur dis il faut arrêter ça, essayer de changer ton goûter...* »

Dans l'éventail des solutions pour prendre en charge l'obésité, le recours à la **chirurgie bariatrique était** évoqué dans les discours comme étant **plutôt une demande des patients qu'une proposition du médecin** : « *La chirurgie bariatrique c'est les patients qui l'abordent en général* » Dr E

Les autres motifs avancés par les praticiens étaient :

- **Les modes alimentaires** : « *En ce moment on me parle beaucoup d'intolérance au gluten. Ça a été la mode. Ça se tasse un petit peu* » Dr A
- **Les sujets traités par les médias** : « *il y a tellement d'émissions à la télé que les gens savent maintenant et ça aide beaucoup. Parfois c'est même eux qui nous posent des questions* » « *Les gens me racontent "Vous avez vu Envoyé spécial ?"* » Dr B
- **Les toxiques alimentaires** (Dr G)
- **Les questionnements des parents sur l'alimentation de l'enfant** : « *Les parents me demandent s'il y a des choses contre indiquées pour les bébés* » Dr P
- **L'alimentation du sportif** (Dr B et K)
- **Les liens avec des symptômes** : « *Parfois ils me disent : "je suis fatigué, est ce que mon alimentation est correcte ? sur la qualité ? Et sur la quantité ?"* » Dr P
- **Les résultats de bilan sanguin** : « *Ça vient régulièrement au cours d'un résultat de bilan sanguin : "Et sinon au niveau de l'alimentation, qu'est-ce que vous me conseillez ?"* » Dr D
- **Et aussi le souci de bien se nourrir** « *Il y a des patients qui sont à fond –mais qui ne sont pas en surpoids en fin de compte– qui ont beaucoup de questions sur la nutrition, l'alimentation, Qu'est-ce que je peux mélanger ? Qu'est-ce qu'il faut que je mange ? ...* » Dr E

5. Perception par le médecin de l'abord de la question nutritionnelle

La position des médecins varie quant à l'aisance dans l'abord du sujet. Certains nous ont parlé **d'un sujet qu'on aborde facilement, avec des patients réceptifs, demandeurs et non opposants**. Pour les Dr L, M et N c'est **un abord naturel** « *C'est un truc comme un autre. Pour la mise en route pour moi c'est naturel d'en parler* » Dr L

Et pour Dr L cela est **aisé car c'est un sujet légitime**

« *La sensibilisation à l'alimentation je me sens à l'aise parce que vraiment ça fait partie de l'hygiène de vie globale et que c'est un des premiers médicaments quand on veut avoir une bonne santé* » Dr D.

Au contraire on pouvait retrouver **un abord difficile dans le reçu du patient** « *Ils réagissent très mal ! Parce-qu'ils le savent. Et qu'ils veulent pas l'entendre* » Dr L

« *Aie... (bouche tirée) Ils sont pas contents. Ils réagissent pas bien* » Dr Q. Le sujet nutritionnel est en effet vu comme **un sujet intrusif dans la vie du patient** « *je trouve que la nutrition ça peut vite être assez intrusif. C'est la façon dont on vit, ça rapport a plein de choses. C'est son image corporelle aussi* » Dr P

Cette intimité du sujet pouvant mettre mal à l'aise « *Je ne me sens pas toujours très à l'aise. C'est tellement global, c'est tellement personnel pour le patient. Ça fait appel a tellement de problématiques anciennes. C'est pas forcément simple à mener comme interrogatoire.* » Dr P

Cette difficulté d'abord fait écho à la **sensibilité du sujet** en consultation
« *Ça peut être un peu sensible quand je sens que c'est très sensible pour la personne en face. La nana qui a des problèmes de poids depuis l'enfance, qui s'est fait moquer d'elle au collège, et au lycée ; qui en a marre* » Dr N

Ce reçu difficile du sujet nutritionnel apparaissait **surtout dans le cas du surpoids**
« *Le surpoids, des fois, c'est compliqué parce que ça peut être mal perçu* » Dr A
« *Je pense que ça peut être mal vécu. Et j'ai déjà senti qu'un patient obèse qui vient pour un tout autre problème de santé n'a pas forcément envie de parler de nutrition. Même si c'est la problématique pour moi, ce n'est pas forcément sa problématique du jour* » Dr P
« *Quelqu'un qui est obèse il n'aime pas qu'on lui dise. Qu'il faut manger différemment, ils le savent* » Dr C

Pour le surpoids, les généralistes notaient une **lassitude du sujet chez le patient** avec une certaine **culpabilité et une souffrance de la situation**. « *Soit il a un surpoids et là sincèrement les patients en ont ras le bol qu'on parle de leur surpoids ; tout le monde lui parle que de ça, il en a ras la casquette. On marche sur des œufs. Les gens souffrent beaucoup. Sauf dans les tout petits surpoids, au début, c'est plus facile parce que les gens n'ont pas cette culpabilité terrible* » Dr G

Tout problème de santé confondu, les médecins manifestent aussi des difficultés d'abord particulières dans le rapport aux enfants. On retrouve la **peur de les traumatiser, les difficultés de restreindre des aliments, le risque d'incompréhension** de l'enfant et un **difficile rapport à sa psychologie**. A cela s'ajoute le **rapport aux familles**, dont l'enfant est dépendant, qui ne sont **pas toujours aidantes**, avec parfois une **attitude inadaptée** au regard de la problématique. Les risques de culpabilité et de stigmatisation concernent dans ce cas l'enfant mais aussi les parents : « *Chez tout le monde il y a un côté psychologique mais chez les enfants c'est encore plus difficile à gérer. La psychologie de l'enfant face à la nutrition. Face à tous ces aliments qu'il aime bien manger* » Dr J

Le rapport difficile aux familles se retrouve aussi avec une autre catégorie de patient qui peuvent en être dépendants : les séniors. « *Les personnes âgées souvent ne mangent plus suffisamment et avec des familles qui insistent pour prescrire des compléments alimentaires à la pelle. Plutôt que de l'alimentation. Et qui ne veulent pas entendre qu'une personne âgée ou très âgée de quatre-vingt-quinze ans, ça n'a pas d'intérêt de mettre un complément alimentaire si ça empêche de manger à côté* » Dr L

Face à ces confrontations difficiles à la nutrition, une attitude inadaptée risquerait donc selon les médecins de **braquer le patient** « *quand on l'aborde de manière trop catastrophique ça les braque* » Dr E. Ou Dr N évoquant le commentaire d'un patient après une visite chez le cardiologue "il m'a dit vous êtes trop gros..." Alors le mec il se braque forcément, il écoute pas »
« *Les gens se braquent soit parce qu'ils veulent pas en entendre parler, soit parce qu'ils ont fait des régimes et que ça n'a pas marché qu'il y en ai d'autres qui en parle avant moi* » Dr L

Afin de mieux approcher ce problème, nous avons souvent retrouvé dans les discours l'idée de la nécessité d'un **abord en douceur** et **avec tact** « *quelqu'un qui est obèse j'en parle doucement, pour ne pas le brutaliser.* » Dr C

Un abord contourné, notamment par le biais du sport permettait de mieux introduire la nutrition comme cet exemple du Dr Q avec une fiche à remplir sur l'activité physique :
« *Je leur donne une petite fiche. Et ça permet d'engager... voilà je le fais plus comme un premier entretien. Et du coup je ne braque pas les ados, les enfants ou les parents que sur la nourriture. D'abord je demande l'activité physique. Et après (petite voix de négociation) "et derrière vous me marquez ce que vous mangez"* »

D. Exploration et prise en charge

1. Comment se fait l'exploration du sujet ?

1.1 L'exploration orale

« *Pour explorer je ne me sers pas d'outils, c'est que de la discussion à questions ouvertes on va dire. L'exploration de la question c'est le questionnement du patient sur ce que d'habitude il mange ou pas* » ; « *C'est plutôt sur l'oral* » ; « *D'une manière orale* » Dr A, F, K

Ces extraits appuient une exploration se faisant **principalement à l'oral**.

Elle diffère selon la communication de chaque médecin mais on **retrouve l'utilisation des questions ouvertes** afin de laisser le plus de liberté d'expression possible au patient.

« Quand c'est de la prévention primaire c'est vraiment des questions ouvertes. Ça peut être chez l'enfant, par exemple : 'Comment ça se passe l'alimentation ?' Et après la personne y met aussi sa problématique du coup. Parce que plus la question est ouverte plus la personne peut, elle, parler de ce qui lui pose problème. » Dr P

Les questions ouvertes contribuent également dans l'exploration à l'adaptation du discours et des conseils au patient afin de se mettre dans les meilleures conditions relationnelles possibles. Le Dr P nous évoque cela : « De poser des questions ouvertes ça peut éviter qu'il y ait une mauvaise réception et une réactivité négative par rapport à des conseils dont il est pas du tout preneur »

Cela permet d'explorer largement la question, puis d'affiner dans un second temps avec des **questions plus ciblées**, voire **des questions fermées** :

« La première étape ça va être un questionnement assez simple sur les produits alimentaires étiquetés je dirais gras ou salés. Sur l'hydratation aussi. Ça c'est un premier jet ; je dirais essayer de savoir la consommation des fromages, des produits industriels, l'alcool. Ça par questionnement oral, sans outil particulier » Dr D

« Par exemple pour la personne âgée pour explorer une dénutrition effectivement après je vais poser des questions de plus en plus précises. Quels sont les apports de protéine... » Dr P

Pendant l'échange verbal, la **technique du rappel alimentaire** peut être utilisée :

« Je leur demande dans une semaine type ce qu'ils mangent. Ou une journée, et une journée du week-end. Je leur demande ce qu'ils mangent au niveau protéine, niveau des œufs. J'essaye d'orienter aussi un petit peu parce que sinon c'est compliqué. » Dr E

1.2 Autres outils d'exploration et suivi

« Après j'ai pas grand-chose : ma balance et mon IMC.
Et puis bien la tension. Les mesures de santé on va dire » Dr B

- Après avoir été potentiellement l'élément déclencheur de la discussion comme mentionné supra, **la pesée**, souvent complétée de **l'IMC**, sert comme **outil de dépistage, d'évaluation et de suivi de l'évolution du nutritionnelle**. Elle est **utilisée quasi unanimement** par les médecins interrogés, parfois même à chaque consultation.

« Ah moi je pèse ! d'ailleurs j'ai une balance électronique. Ah ouais (assurée) moi je pèse ! pratiquement à toutes mes consultations » Dr Q

« La pesée du poids, évidemment. C'est la base » Dr M

« Et pour l'IMC j'ai un petit abaque » Dr R

La pesée figure dans le triptyque du Dr L :

« Y'a l'interrogatoire, la balance, et la biologie »

- Au même titre que la pesée, les **examens de biologie** servent autant d'introduction à la nutrition qu'à **l'exploration et au suivi**. « *Pour le patient c'est important de savoir à combien est l'hémoglobine glyquée, son taux d'acide urique, plus les gamma GT* » Dr I

- **Le journal alimentaire**

« *De temps en temps je demande un carnet alimentaire* » Dr G

« *Et après si réellement on veut partir sur une éducation nutritionnelle je vais leur demander de remplir sur au moins trois jours tout ce qu'ils ont mangé et revenir en consultation* » Dr D

Le Dr Q se sert pour cela de ses fiches : « *Tu vois pour les ados, les enfants j'utilise ces fiches qui sont pas mal faites hein. Alors voilà je leur dis au verso marquez votre activité physique (fiches réalisées par la sécurité sociale) et au recto marquez ce que vous mangez* »

Le journal alimentaire est un **outil de consultation différée**, parfois même dédiée.

Mais cette technique a été **essayée et abandonnée** par certains comme Dr Q et F qui la trouvent **laborieuse, chronophage** et analysaient des documents **non interprétables**.

- **Calculs de dépense énergétique, calculs de risque**

« *Ce que je vais utiliser aussi c'est les calculs des dépenses journalières – les Mets équivalence test – pour évaluer la dépense journalière. Il y a aussi les outils de calcul de risque cardio-vasculaire pour sensibiliser sur l'intérêt de diminuer le cholestérol, pour diminuer le risque cardio-vasculaire* » Dr D

- **Sans oublier la clinique**

« *Aussi tout simplement la symptomatologie qui s'améliore* » Dr J

1.3 Quelles est l'attitude adoptée par le médecin pour explorer et conseiller ?

- **La relation médecin -patient**

« *J'ai pas d'outil, juste le propos. Alors on utilise la relation du patient avec son médecin.* » Dr O

La sensibilité du sujet nécessite un **lien de confiance** que l'on peut retrouver dans une relation bien établie entre le médecin généraliste et son patient.

« *C'est des choses qui peuvent se faire qu'en confiance Que le spécialiste dise des fois "Si vous faite pas ça, vous êtes mort", des fois ça paye. Mais nous si on dit ça on perd la confiance de notre patient. Quand la confiance est établie, au bout de plusieurs consultations je vais remarquer le problème du poids* » Dr G

Ce lien de confiance se développe aussi dans la capacité du médecin à **ne pas juger**, le faire ressentir et garder **une attitude empathique** « *Après y'en a toujours quelques-uns qui ont l'impression qu'on est en train de les juger. Faut les rassurer.* » Dr N

« Quand on parle de poids il faut leur montrer qu'il n'y a aucun jugement, que c'est difficile, qu'on sait que c'est difficile. Donc on y va tout doux ; il faut y aller doucement à mon avis. »
Dr G

Cela passe aussi par la **libération de la parole en cassant les tabous**

« Pour eux ça doit être naturel d'en parler. Ils doivent entendre que c'est pas tabou, qu'on doit pas le cacher et que ça doit faire partie de la prise en charge globale » Dr L

Dr L déplace le jugement sur la société pour **déculpabiliser le patient** : « Alors ce que je leur dis quand ils me disent qu'ils mangent pas beaucoup, qu'ils mangent comme tout le monde ; je leur dis : "Vous mangez comme tout le monde mais notre société actuelle mange trop." Ça ils veulent bien l'accepter. C'est pas eux. C'est la société. » Dr L

- **S'adapter au patient**

On retrouve fréquemment dans les discours une **recherche des habitudes de vie et du vécu du patient**. « Je leur pose un peu quelques questions pour savoir la façon dont ils vivent. S'il y a une activité physique au pas premièrement. Ensuite ce qu'ils mangent, ce qu'ils mangent pas. S'ils sont restrictifs sur certaines choses ou pas. S'ils débordent sur d'autres choses. De toute évidences s'il y a des écarts alimentaires » Dr M

S'intéresser au patient et son vécu permet de **l'impliquer dans la relation de soins et de favoriser son adhésion**. « D'une façon générale en médecine générale quand tu t'intéresses à la façon dont vivent les gens, on est toujours bien reçu. Si tu commences à dire un discours un peu stéréotypé. En disant "Il faut pas ci, il faut pas ça..." Il n'y a pas de point d'accroche dans leur vécu » Dr I

« Je pense qu'à partir du moment où on les interroge sur leur vécu, le fait qu'ils aient à répondre les implique. » Dr N

Cette recherche permet également de faire du « **sur mesure** » afin d'**adapter au mieux l'exploration et le discours**

« Y'a rien de mieux que du sur mesure, de discuter avec quelqu'un, de dire : "Eh bien voilà, vous mangez combien de fois de la viande par semaine ? Et vous mangez quoi comme viande ? Et vous l'achetez où ? Et vos légumes vous en faites quoi ? Vous les cuisinez ?" etcetera... »
Dr B

Ce « sur mesure » passe notamment par **l'adaptation à la culture, aux caractéristiques socio-économiques et au niveau de connaissance du patient**. « Je ne vais pas explorer le "bon bœuf" comme le "macro-bio-végan machin et tout". Tu parles avec le paysan ou avec la dame portugaise, eh bien le boulot est pas le même. Si tu parles à un prof baba-cool-bio, c'est encore pas pareil. Tu vas pas expliquer à un mec qui a aucune culture culinaire : " essayez plutôt de manger du boulgour et du quinoa." T'arriveras même pas ; c'est pas la peine. Par contre tu peux dire " mangez des lentilles et des haricots blancs" »
Dr H essaie d'avoir **un discours ancré localement, lié à ce que ses patients connaissent**

« Je leur parle de choses qui sont d'ici. Je leur dis : " vous connaissez la panisse ? " "La panisse ? ah c'est des protéines ?" oui c'est des protéines et ça vaut rien du tout. C'est que du pois chiche. »

Cette adaptation permet **l'acceptabilité du discours par le patient**. « Il faut adapter le discours à la culture de ton patient. C'est là où il y a un vrai travail. C'est là où le discours du médecin doit être acceptable et accepté par le patient. Mais c'est là que c'est intéressant. Parce que tu leur parles de trucs qui leur parlent. » Dr H

L'adaptation se fait **au besoin sanitaire** du patient, mais aussi **à ses attentes et son ressenti du patient dans la pathologie** : « Après les gens le savent qu'ils ont un problème de poids. "Je vous apprends rien si je vous dis que vous êtes en surpoids. Est-ce que vous avez déjà essayé de faire quelque chose pour ça ? Est-ce que vous vous sentez bien ? Parce que y'a des gens qui se sentent bien comme ça. Vous vous sentez bien ? oui/non. Bon oui, vous vous sentez bien comme ça. Vous savez par contre que pour votre santé c'est pas très bon sur le plan métabolique et puis pour votre squelette..." » Dr N

- **La qualité du discours**

Les médecins se posent la question de la meilleure manière d'emmener au changement d'habitudes. **La notion de simplicité et accessibilité** revient souvent :

« J'essaie toujours de chercher ce qui peut cocher en choses faciles ; ce que les gens peuvent corriger de façon simple » Dr B.

Cette simplicité est valable pour le discours – « j'essaie d'avoir un discours simple » Dr D–, pour les outils proposés – « c'est un outil qui est accessible » Dr B–, et pour l'image véhiculée de la cuisine – « J'aurais tendance à leur dire d'être simple dans la vie ordinaire. D'avoir un plat simple qui plaît et quelques préparations qui ne nécessitent pas de grande cuisine » Dr O

Pour le Dr I le message doit **être court pour être retenu**.

« Après je pense aussi que ce n'est pas non plus la peine d'avoir une heure devant soit parce que je ne pense pas qu'un message trop long soit retenu dans son intégralité. Je pense qu'il faut juste mettre quelques guidelines si on peut dire et que les gens se focalisent là-dessus »

Avancer progressivement –tant sur la prise de conscience que sur l'application des recommandations– permet la **maturation de l'information transmise**.

« Je les incite à le faire. Mais progressivement, doucement, sinon ils le feront jamais » Dr C

« On avance à petits pas. Et il faut qu'il y ait maturation de cette connaissance » Dr O

La répétition des conseils est importante : « Et je répète tout simplement parce qu'il faut répéter pour que le patient parte avec quelque chose dans la tête. » Dr J

L'utilisation de **la négociation** revient dans les discours.

« Je leur dis "mettez au moins une salade avec votre pizza" » Dr H

« Y'en a une qui m'a dit : 'Moi c'est les chips. Dix paquets par jour !' Je lui ai dit : 'Eh bien écoutez : sur les dix vous mangez un demi paquet par jour de moins et puis quand ça vous paraîtra facile et pas compliqué vous supprimerez encore un demi paquet...' » Dr L

La transmission du message passe par sa **compréhension par le patient** « On fait un débriefing de la prise de sang. En général moi je la lis à l'écran et je leur fais lire sur leur papier pour qu'ils comprennent un peu de quoi ils relèvent » Dr I

Cela implique aussi l'**explication des mécanismes** et le **transfert de connaissances techniques** : « Le sucre c'est extrêmement puissant. Puisque tu as des gens qui vont tout de suite aller vers le gâteau, vers le bonbon, quand ils sont contrariés. Je leur explique ça et ils réalisent que oui ils vont aller consommer, ils vont aller dans le paquet de bonbon ou de chips quand ils ont une contrariété » Dr L

« Souvent je leur donne les valeurs caloriques d'un gramme de protéine, d'un gramme de glucide, d'un gramme de lipide » Dr N

Mettre en avant le potentiel thérapeutique de la nutrition peut aussi aider dans l'adhésion du patient « Par exemple pour le diabète je leur fais toucher du doigt qu'autrefois il n'y avait pas tout l'arsenal thérapeutique et qu'il y avait des diabétiques. Et que malgré tout on arrivait à juguler »

Afin de faire changer le patient, les médecins cherchent à obtenir une **prise de conscience**, parfois par **déclic** « Quand ils ont pris conscience que l'alimentation c'est important ils se rendent vite compte que ça fait du bien, que c'est bien de préparer des repas, c'est convivial aussi, en famille » Dr A

Nous avons mentionné plus haut le risque de braquer le patient. Il ressort ainsi préférable de **ne pas forcer** et de **privilégier plutôt que d'interdire**.

« Si on les force ils font des blocages et ça marche pas » Dr C

« Moi ce que je pense, c'est pour que le message du généraliste passe bien en nutrition il faut que ce ne soit pas un message coercitif. Je pense que dès qu'on limite les gens on ne sera pas efficace. Je ne vais pas leur dire vous n'avez pas droit à ça, ça ça. Je vais leur dire ce serait bien de privilégier tels et tels aliments et ceux-là vous pouvez les utiliser mais en quantité limitée. » Dr I

L'information est parfois à la limite de la peur : « Je leur explique que le surpoids ou la sédentarité ça fait partie des facteurs de risque. Alors je leur fais... pas un peu peur quoi, mais je leur explique que c'est quand même un facteur de risque quoi » Dr E

« On essaye avec les patients d'insister. D'appuyer plus sur ce qui peut arriver si on ne fait pas les efforts. Pour rester en bonne santé. On leur explique ce qui va arriver s'ils restent avec une hémoglobine glyquée élevée » Dr K

Les médecins recherchent des **aidant dans le changement** qui peuvent être les **parents**, mais surtout **les mères**, qui ont souvent une position prioritaire dans l'alimentation de la famille. « C'est quand même encore les mamans qui cuisinent beaucoup. Quand on arrive à modifier les habitudes d'une mère c'est toute une famille qu'on soigne » Dr B

Dr L insiste sur l'importance de la **part psychologique de la nutrition** qu'il faut déceler et également traiter pour obtenir des résultats « *Et je leur dis qu'on va aller réparer nos petites souffrances du quotidien. Nos petites frustrations. Nos petites angoisses qui ont grandi. Nos souffrances psychiques qui se sont construites un jour pour une raison ou une autre et que si on en est à pas réussir à enlever cette récompense c'est qu'on en a besoin et qu'on en a besoin parce qu'on souffre* ».

Pour elle l'important est de **retrouver une sérénité face à l'alimentation**

« *Ramener les gens à accepter de manger. Pas être en guerre avec le fait de s'alimenter.* »

Cela passe par l'**apprentissage de la gestion des frustrations et de la souffrance** engendrées « *Il faut apprendre à gérer, à traiter, à prendre en charge cette souffrance déjà un pour plus souffrir et deux pour apprendre à remplacer ce petit pansement. Cette récompense. Par une autre récompense moins toxique, moins délétère. Parce que finalement tu souffres, tu manges, tu manges t'as mal, t'as mal tu souffres, tu souffres tu manges... Donc j'essaie de leur faire voir ça. De leur dire de chercher dans ce qu'ils aiment. Que je peux pas faire pour eux parce que je suis pas eux. Si c'est de la musique, si c'est marcher si c'est caresser des chats, lire un livre, faire de la musique. Peu importe.* »

Dr L parle aussi de **trouver des alternatives dans le circuit de récompense** constitué autour de l'alimentation, qui soit **atteignable et reproductible** « *qui leur plaît et qui est reproductible quasiment en un claquement de doigt. Parce que de se dire je vais faire un régime quand je vais partir à Tahiti... tu pars pas tous les ans à Tahiti. Donc tu as un motif qui est unique, exceptionnel, qui va marcher mais qui sera pas reproductible* »

Démédicaliser le discours nutritionnel permettrait selon le Dr I de mieux traiter le sujet « *La diététique je pense que ça passe bien quand c'est pas assimilé à une thérapeutique, à un médicament. Quand c'est juste "mieux vivre". Je pense que ça passe par là.* »

- **Fixer des objectifs et contractualiser**

Les médecins font référence aux notions **d'objectifs à fixer** et de **challenge** « *Et aussi ce qui est utile c'est de mettre un objectif. Ce serait bien que dans 6 mois quand on se revoit par exemple on dise : "bon là vous êtes à trois grammes cinquante de cholestérol et on se donne le challenge que vous soyez en dessous de trois grammes"* » Dr I

Mais toujours **des objectifs simples et précis** avec des **efforts atteignables et reproductibles** : « *Jamais donner plus de deux objectifs à un patient parce qu'au-delà on se perd et c'est fini* » Dr B

« *Si tu veux qu'ils partent avec des idées directives, il en faut pas beaucoup, et un résultat à atteindre la oui c'est bien d'avoir un résultat chiffré parce que ça matérialise l'effort* » Dr I

« *Il faut que les efforts soient de petits efforts pour qu'ils soient durables.* » Dr N

Afin de fixer les objectifs, Dr B trouve important de **contractualiser** ce qu'elle dit « *J'écris les objectifs et je les contractualise. Si je n'écris pas ce qui est dit c'est moi qui vais oublier et ils ne vont pas me le redire... (rires). Exemple du coca : je leur demande si ils veulent continuer dans une démarche de santé de stopper ça... Puis je les revois dans un mois* »

Cela passe aussi par la **transcription sur support des conseils** « *Un conseil s'il est pas écrit c'est dans le vent, il se perd. En fait c'est comme une ordonnance* » Dr I

« *Quand je demande la pratique de la marche une demi-heure par jour au moins trois fois par semaine j'essaye de noter sur une ordonnance de façon à authentifier le discours donné, qu'il y ait une trace, un souvenir* » Dr D

Le renforcement positif permet la mise en valeur des efforts fournis

« *Quand ils reviennent et que l'hémoglobine glyquée est passée en dessous de sept au lieu de huit, alors là oui ils ont l'impression que leurs efforts ont porté. Je pense qu'il faut toujours positiver les efforts que fournissent les gens.* » Dr I

2. Le temps de l'exploration

Au sein de la consultation même, la nutrition est souvent vue comme **un sujet secondaire, arrivant au décours de l'entretien, voire complémentaire** « *C'est une question annexe par rapport à toutes les problématiques de médecine générale qui peuvent y avoir. En général c'est un complément* » Dr N ; « *C'est une discrétion dans la consultation* » Dr O
Dr A note **l'insuffisance du temps accordé.**

Elle est plutôt placée **en fin de consultation** autant par le patient que le médecin :

« *Mais il me dit à la fin : 'Alors qu'est-ce que je peux manger?'* » Dr J
« *Je parle alimentation quand on donne des conseils, en fin de consultation* » Dr C

Le temps de l'exploration du sujet nutritionnel dépasse souvent le temps de la consultation et intervient au **long cours, au fil des consultations successives du patient.**

« *Je les interroge fréquemment pour savoir comment ils cuisinent, s'ils cuisinent eux même, les apports de fruits et légumes...* » Dr G

« *A chaque consultation je vois le poids, alors on discute, on voit ce qui s'est passé* » Dr B

« *Au fur et à mesure tu les revois pour les renouvellements d'ordonnance et tu leur dis 'Bon qu'est-ce que vous mangez?'. Ça s'étale sur plusieurs consultations* » Dr H

« *Je préfère faire ça en plusieurs fois. J'ai pesé, j'ai mesuré, j'ai fait la courbe de poids. Et voilà, je leur ai montré, et je propose de se revoir par exemple* » Dr E

Ce temps de la médecine générale permet également **d'insister et répéter les recommandations** données ; de faire un **suivi adapté à la progression du patient** : « *Il enregistre, et moi je lui répète dans toutes les consultations d'après. Je lui demande : 'Est-ce que vous avez fait tout ça?'* Je reprends avec lui ce qui n'allait pas un mois avant. Et je recommence un petit peu la discussion ; il me redemande encore des choses.... Voilà, des consultations qui sont étalées » Dr J

Tout comme Dr D, les Dr E et L mentionnent **l'utilisation de leur logiciel patient comme guide de suivi**. *« Je note, je note sur l'ordinateur pendant toutes les consultations. Toute la symptomatologie, tout ce qu'on a expliqué, ce qu'on a discuté. Parce que je peux oublier d'une consultation à l'autre. Et je reviens dessus et je redemande »* Dr L

Pour le Dr E l'alimentation fait même partie des données régulières de sa fiche patient *« J'essaye toujours de noter dans leur dossier ce qu'ils mangent »*

Plusieurs médecins proposent donc des **consultations spécifiquement dédiées à la nutrition** : *« Je peux leur dire "Eh bien tiens, si ça vous intéresse on va se revoir une fois et on va parler de ça. On va s'occuper de votre alimentation, de votre régime alimentaire" »* Dr B

« Je programme la consultation. J'avertis, je demande s'ils sont d'accord et je la programme en fait. Et du coup je bloque un créneau. Parce que j'estime qu'en vingt minutes on ne peut pas. Je sais que j'ai besoin de quarante-cinq minutes et je programme à l'avance » Dr E

Cela rejoint l'idée de consultation à part des Dr C et Q.

« À mon sens c'est une consultation qui ne s'inclut pas dans une consultation de médecine générale. C'est une consultation qui doit être à part » Dr C

« Pour moi ça devrait faire partie d'une consultation à part quoi » Dr Q

Toutefois, ces deux derniers ne traitent que très peu la question et préfèrent la déléguer à un autre professionnel de santé ou à un support (papier ou numérique).

3. La Consultation « CSO-enfant »

Le Dr B a évoqué la **consultation spécialisée obésité (CSO)**, dédiée à l'enfant de 3 à 6 ans. *« Maintenant on a un système pour coter chez les enfants. On a la CSO que j'utilise. J'en ai eu une aujourd'hui. »*

Étant donné qu'elle est la seule cotation actuelle concernant une consultation nutritionnelle accessible au médecin généraliste et que sa mise en place est récente (2017), nous avons décidé dans cette étude de recueillir l'opinion des médecins sur celle-ci. Dr B a été le seul médecin interrogé à nous en parler spontanément. Les autres médecins, ne l'évoquant pas, ont été interrogés à ce sujet.

Dr D nous confie l'avoir également utilisé et nous parle de sa présentation au patient : *« Je l'ai utilisé, deux fois. Je ne l'ai pas fait payer jusqu'à maintenant, c'étaient des gens qui étaient en tiers payant. Mais en leur expliquant que c'était une consultation spécifique qui était plus longue et du coup aussi mieux remboursé pour le médecin »*

Cependant la cotation CSO est **encore peu utilisée**, voir **non connue**. C'est le cas pour les Dr A, C, J, K, et M. Ce dernier nous dit : *« Je sais pas moi, je savais même pas que ça existait »*. D'autres la connaissent mais ne l'ont pas utilisé comme Dr N et Dr R.

Les Dr A, C, I, J, N, Q trouvent le **principe intéressant** quand on leur explique
Pour le Dr C cette consultation permet **de mettre l'accent sur l'importance de la nutrition**
« *c'est bien de mettre une cotation pour ça parce que ça met de l'importance sur le fait que la prévention est importante* »

Elle **donne de la valeur aux consultations et au temps passé** :

« *Quelque part ça me permet de justifier le temps que je passe sur une première consultation. Ou sur un bilan annuel. Ça me permet peut-être...fff enfin pas de rentabiliser mais au moins de justifier un peu ce temps passé. Voilà c'est une consultation spécialisée, on a pris du temps et la sécurité sociale a permis de valoriser ce temps passé* » Dr D.

D'autres médecins, notamment exerçant depuis plus longtemps, n'ont **pas adhéré au système de rémunération par codification à l'acte**. C'est le cas des Dr A, F et G :

« *C'est vrai que la sécu ils aiment bien ça, les codages. Je ne suis pas rentré là-dedans. Mais je suis à la retraite dans quelques semaines* » Dr A

« *Les nouvelles cotations... je suis un peu perdu pour vous avouer. Le temps qu'on perd avec ça. C'est infernal !* » Dr G

« *Je sais que ça existe mais j'y ai jamais touché. Ça m'énerve d'avoir à chercher les codifications.* » Dr F

Certain ont suggéré que faire une consultation dédiée mieux rémunérée n'est **pas la solution adaptée au problème** : « *Ces lettres clés multiples pour toute situation. Quand il y a quelque chose qui va pas on se dit : " on va augmenter la lettre clé qui se rajoute à cet acte-là." C'est pas la lettre clé qui va résoudre le problème. Ce qui résout le problème c'est une fois qu'on a dépisté un problème nutritionnel : comment on fait pour le prendre en charge ?* »
Dr F

« *Je ne pense pas que le pognon et les sur-cotations d'acte améliorent le travail du médecin. C'est un miroir aux alouettes.* » Dr H

Parmi les médecins ayant une opinion plutôt négative, certains **craignent la sur-cotation d'actes** « *Je suis pas sûr que cette cotation-là va pousser à avoir plus de temps. Elle va pousser à coter, parce qu'une cotation c'est toujours intéressant* » Dr E

Elle pense que ça **ne permettra pas d'accorder plus de temps** à la nutrition, tout comme Dr N qui concernant son propre exercice dit : « *Je sais pas si je l'utiliserai. C'est pas quelque chose qui va m'inciter à prendre plus de temps. Quand il faut parler voilà, je le prends.* »

Et Dr A rappelle la **pression de la demande de soin de la part des patients** :
« *Attention s'il a vingt-cinq personnes par jour, il faut pouvoir accueillir tout le monde* »

Le Dr E en revanche n'y voit **aucun intérêt**. Elle tempère toutefois son avis en mentionnant une **pertinence pour les médecins qui s'intéressent déjà à la nutrition**, mais pense que cela **ne changera pas les pratiques intensives**.

Ce qui est confirmé par l'avis du Dr C : « *c'est bien de l'avoir fait, je pense qu'il y a des médecins formés pour passer du temps là-dessus* »

Enfin Dr L relève que **le médecin reste soumis à la volonté des patients**, ce que ne peut changer la cotation CSO : « *Pourquoi pas, mais les parents refusent de faire une consultation obésité pour leur enfant...* »

4. Conseiller en nutrition

4.1 Quels sont les moyens utilisés pour conseiller ?

La transmission des connaissances en nutrition, qu'elle soit à but préventif ou thérapeutique, se fait, tout comme l'exploration, **de préférence oralement**.

« *C'est surtout des conseils oraux et des fois je les écris sur papier* » Dr D nous évoque la prédominance orale et la possibilité d'utiliser un **support pour transmettre ses recommandations**. Les outils cités dans les entretiens étaient :

- **Les supports papier :**

Le Dr Q insiste sur la **matérialisation du conseil** pour lui **donner une valeur** :

« *Parce que le fait d'avoir le support papier les gens ils sont content. C'est comme une ordonnance quoi* »

Cela permet de plus de l'emporter avec soi et **laisse une trace pérenne**. « *Je le donne au patient. Je leur dis vous le coller quelque part sur le frigo et je leur dis vous regardez un petit peu ce que vous devez manger, ce que vous devez pas manger.* » Dr J

Dr Q nous évoquait donc l'utilité des fiches papiers comme ordonnance. Elle utilise plutôt **des supports de laboratoire** afin de prolonger ses conseils jusqu'au domicile du patient « *Voilà y'a ce petit papier fait par un labo... Je leur donne une petite fiche et voilà ils apportent quelque chose chez eux* »

Certains médecins comme les Dr E et J ont réalisé **leur propre fiche conseil**

« *Et au cabinet par exemple, j'ai sorti tout simplement un régime papier parce que c'est plus simple pour les patients comme ça. Alors c'est le seul que j'ai fait parce qu'il y a aussi beaucoup de choses. Il y a aussi la position après le repas, jamais allongé. Il y a beaucoup plus d'information Et je pensais que je peux pas toujours prendre tout dans la consultation, de leur dire tout* » Dr J

« *Et après moi j'avais une fiche depuis longtemps. (elle sort la fiche qu'elle avait préparé) Une fiche que je leur donne pour leur donner une idée. Je les ai sur l'ordi et j'hésite pas à les imprimer. Et je leur dis "Voilà : en gros ce qui pourrait être recommandé on va dire d'un repas un peu équilibré : c'est ça". Je leur donne une fiche. Je leur dis de voir un petit peu et de comparer avec leur alimentation. Puis après il me redisent* » Dr E

Dr E mentionne ces fiches comme outils pour **conseiller et aussi pour ouvrir la discussion sur une seconde consultation**. Tout comme Dr F avec **des brochures du PNNS** : « *Par contre j'ai des outils que je leur donne c'est des brochures du programme nutritionnel national qui sont assez bien faites pour leur permettre de se positionner. Alors des fois ça arrive de commenter la brochure du programme nutritionnel. En leur demandant si c'est ça ou si c'est autre chose qu'ils font* » Dr F

- Les outils numériques : **internet et applications smartphone**

"J'utilise beaucoup la table Ciqual, je leur montre le site et je leur explique comment ça marche. C'est un outil qui est accessible. Y en a qui ont des applis maintenant. Y en a beaucoup qui l'utilisent » Dr B

« On va en mettre des brochures (du PNNS), à disposition du patient dans la salle d'attente Ça leur permet d'avoir des adresses internet qui peuvent les aider » Dr C

« J'utilise le PNNS aussi. Sur le site. Ils peuvent fournir pas mal de chose » Dr E

« Et je donne chez les enfants des sites que les parents peuvent consulter. M-pédia par exemple. Que les parents regardent à la maison et après il me posent des questions. » Dr P

Ou Dr I qui souhaiterait **des applications motivationnelles** pour aider à améliorer son alimentation : « *Je pense que si c'était plus ludique ça marcherait mieux. Par exemple pour le sevrage tabagique y'a beaucoup d'applications. Et c'est vrai que c'est vachement motivant parce qu'on a des scores à atteindre, on a des bonus. Je pense que ce genre de chose ça peut marcher* »

- L'utilisation de repères physiques : **l'unité mesure assiette**

« Au niveau des outils je leur parle de quantité au niveau de l'assiette. Je leur dis ayez une petite assiette » Dr I

« On m'avait appris la technique de l'assiette alors je leur dis : "Vous prenez une assiette vous faite un tiers féculents, un tiers légumes, un tiers protéines. Coupez-en trois". Ca ils aiment bien » Dr Q

- **Les recettes de cuisine**

« Il faut leur donner des recettes. Je leur donne des recettes parce que ça manque de culture culinaire. » Dr H

- Les supports du PNNS

Dr C, E, F et H ont évoqué les **outils du PNNS** spontanément. Quand les médecins ne les évoquaient pas, une question de relance était faite. Cependant le programme n'était **pas toujours connu**. « *Peut-être que je ne connais pas ça ; c'est quoi ?* » Dr G

« Je ne connais pas du tout et je n'utilise pas du tout » Dr I

Ou vaguement connu mais **peu utilisé** « *les PNNS... fruits et légumes tout ça... non je les utilise pas* » Dr A

« J'ai quelques fiches là-bas. Mais on s'en sert très très peu (les fiches du PNNS). Pour les diabétiques on leur donne une fois » Dr H

Certains, comme Dr D, ont essayé de se servir des fiches, mais les ont finalement **abandonnées** : « Je suis allé les chercher plusieurs fois et je n'arrive pas à les utiliser en consultation ». Seul Dr F les utilise vraiment car il les juge **bien faites, simples et abordables** « Moi je trouve que c'est abordable grand public sans difficulté. Ce qui a été fait c'est bien. Il y a pour les enfants, pour les adultes, les choses sont bien faites. »

Les autres médecins trouvent le contenu **trop général, superficiel, imprécis.**

" Oh non, ça j'ai arrêté il y a longtemps. Parce que finalement je trouve que c'est presque trop général. Mais finalement je me rends compte qu'il y a rien de mieux que du sur-mesure. On veut vulgariser, très bien. Mais si on veut faire trop simple on fait mal" Dr B

« Le cinq fruits et légumes par jours c'est incompréhensible c'est quoi c'est cinq pommes ? c'est cinq aubergines ? » Dr G

« C'est très très évasif comme message » Dr J

4.2 Quel est le message véhiculé ?

- **L'équilibre avant tout**

« Déjà manger équilibré, de tout. En quantité suffisante mais pas trop. La plupart des patients ils sont trop ou pas assez. » Dr L

« Juste m'assurer effectivement que ce soit assez suffisant. En quantité et en qualité. Qu'il y ait un apport équilibré » Dr P. Cela passe donc par un équilibre quantitatif et qualitatif, mais aussi par la **balance entrées/sorties** « Il y a l'énergie que vous assimilez, l'énergie que vous dépensez. Il faut que la balance elle soit dans l'autre sens » Dr N

« Je leur dis : "Le but c'est de bien manger. Pas forcément de vous faire maigrir mais d'augmenter les dépenses, manger un peu mieux" » Dr E

On retrouve le trépied **quantité/qualité/ activité**

« Et les efforts pour moi il y en a trois. Y'a réduire un peu les quantités, améliorer un peu la qualité, faire un petit peu plus d'activité physique » Dr N

- **Garder le plaisir de manger**

Les médecins sont généralement convaincus **de l'importance du plaisir dans l'alimentation** et mettent cette notion en avant.

La privation de ce plaisir pouvant conduire à des frustrations qui seraient contre-productives
« Beaucoup de gens mangent beaucoup parce qu'ils **sont frustrés et donc ils compensent.** Donc du coup si tu les abordes en disant qu'il faut garder le plaisir de s'alimenter mais avec

des bonnes choses, en moins de quantité pour pas souffrir, il y a des gens à qui ça parle. Pour moi en nutrition on doit absolument garder ce plaisir » Dr L

Le plaisir et la recherche du goût aide également à faire le **choix de la qualité sur la quantité**. *« Je leur dis pas de plus en manger du tout. Le gars qui adooore le fromage... alors je leur dis vous en mangez. Mais au lieu de prendre du Samos tous les jours, eh bien vous prenez un petit bout de Banon de temps en temps, vous vous faites péter le ventre, vous vous en régalez, et c'est mieux que de manger du Samos ou de la connerie...Il y a la notion de plaisir aussi. La bouffe c'est quand même important. La bouffe c'est un des plaisirs ! » Dr M*
« Eh bien, au lieu d'acheter une barquette de fraises mauvaises d'Espagne (juin, pleine saison des fraises), t'achète cinq cents grammes de fraises locales et tu réapprends le gout » Dr L

« Je leur dis : "Mais cultive tes fraises. Ou achète chez celui qui produit localement, elles seront quand même meilleures" » Dr H

Cela peut aussi se faire en **se réservant pour l'occasion**.
« Alors j'aurais tendance à dire il vaut mieux manger un couscous au restaurant et laisser de côté les couscous des grands distributeurs. Et se faire plaisir de temps en temps » Dr O

- **Manger s'apprend, ou se réapprend**

« Donc moi je dis aux gens : " C'est plus apprendre, réapprendre à manger sainement comme on mangeait il y a longtemps quand on avait pas tous ces moyens" » Dr L

« C'est de la rééducation, c'est pas des régimes » Dr B

« Donner un peu des conseils de modération, de rééquilibrage » Dr R

« Je leur parle de rééquilibrage alimentaire » Dr Q

- **Éviter en premier lieux les grands écarts**

« Après il y a les gros écarts. Moi je suis pas un intégriste du truc. Le gars qui veut pas manger des légumes il mange pas des légumes hein. Mais après il faut pas qu'il se gave de charcuterie et tout ça quoi. Je fais gaffe aux excès évidents. » Dr M

- **Mise en avant du versant qualitatif**

« Il vaut mieux avoir un p'tit surpoids en mangeant bien qu'un p'tit surpoids avec du Mac-do et de l'alcool » Dr G

« La première chose que je fais dans les entretiens quand je parle nutrition c'est de veiller à la qualité sur les grands principes classiques » Dr R

- **Une opposition aux régimes**

« Je ne supporte pas les régimes, je suis anti-régime » Dr B

« Derrière il faut faire un peu attention quoi ; sans être au régime. Les régimes moi je ... moi je ... (émue, précipitée) je suis contre ! Voilà ! (rires)» Dr E

« Ça fait des années que je vois et que j'entends des régimes, des conseils qui changent tout le temps avec des résultats catastrophiques. Le truc le plus courant depuis quelques années c'est que je leur fais arrêter tous ces régimes magiques où supprimant le lait ou ceci ou cela ça va régler tous leurs problèmes ; parce que c'est vraiment des âneries » Dr G

« Je leur dis : "Tous les régimes que vous verrez qui sont des régimes draconiens rapides magiques ; ça, ça ne marche pas ; ou ça marche mais pas durablement et derrière c'est la cata" » Dr N

- **Privilégier les aliments aux compléments nutritionnels**

Dr L porte une attention toute particulière à l'**alimentation des personnes âgées** et privilégie un enrichissement de l'alimentation plutôt que les compléments nutritionnels oraux (CNO) pour conserver le plaisir. « Je me bats pour que la renutrition protéique des personnes âgées en dénutrition soit plutôt alimentaire qu'en complément. Finalement la personne âgée elle va chercher du plaisir simple dans son quotidien. Et si tu remplis avec du beurre, de la crème fraîche, du fromage râpé, des œufs. Elle sera plus heureuse et elle va manger ça avec plus de plaisir que le complément alimentaire. Une personne âgée ou très âgée de quatre-vingt-quinze ans, ça n'a pas d'intérêt de mettre un complément alimentaire si ça empêche de manger à côté. Une mamie alitée depuis quatre ans quand je lui ai arrêté les compléments elle s'est remise à manger »

« Alors les vieux je les laisse vivre. Tu vois il leur reste quatre jours à vivre. Le complément alimentaire c'est en dernier recours. D'abord il faut qu'il se fasse plaisir à manger. J'insiste sur la notion de plaisir » Dr M

4.3 Contenu des informations nutritionnelles

De nombreux domaines sont traités et plus ou moins approfondis selon les compétences en nutrition du médecin, ses préoccupations en santé, son propre vécu personnel et bien-sûr le patient à qui il s'adresse. Les thèmes les plus souvent cités sont :

- **Quantité et qualité**

Chaque médecin parlant d'alimentation au cabinet insiste sur les versants quantitatifs et qualitatifs ; parfois en priorisant l'un sur l'autre « Quand il y a du surpoids bien sûr on donne des conseils quantitatifs et le qualitatif on insiste surtout sur ce qui est manger sain" »

Dr A

« C'est surtout le quantitatif parce que je leur dis oui c'est très important la qualité mais c'est peut-être encore plus important la quantité » Dr J

« C'est le qualitatif en premier lieu pour cibler certains groupes alimentaires mais c'est aussi le quantitatif dans ces groupes alimentaires. Parce que c'est pas le tout de savoir qu'on mange du fromage tous les jours, mais c'est de savoir quelle quantité aussi" Dr D

Certaines astuces sont transmises au cours de la consultation « *Je leur dit ayez une petite assiette. Je leur dis ne vous réservez pas. Asseyez-vous, prenez le temps de manger.* »

Dr I évoque aussi les **habitudes de table ; ne pas se resservir, manger lentement.**

Tout comme Dr N :« *Sur la quantité ça va être des astuces pour que ce soit fait à peu près correctement. C'est ne pas se resservir, faire une assiette cohérente d'emblée mais ne pas se resservir. C'est si vous prenez trois tartines vous n'en prenez plus que deux. Si vous prenez la moitié du pain vous en prenez plutôt qu'une tranche. C'est adapter un peu les quantités comme ça* »

- **Les glucides, le plus souvent en lien avec le diabète et le surpoids**

« *Si on parle diabète ça s'est systématique dès la première consultation je leur fais des petits rappels diététiques sur ce qu'est un sucre lent, même les très lents que sont les légumineuses qui sont très peu utilisées* » Dr D

« *J'explique un peu là où y'a du sucre, là où y'en a pas. Sucres lents sucres rapide* » Dr N

On retrouve une attention particulière aux boissons sucrées et à l'alcool pour son «*versant nutritionnel*» : « *J'ai eu quelques patients comme ça où on avait réduit la consommation d'alcool simplement, qui faisant juste un peu attention au régime et avaient perdu du poids. Sur les boissons sucrées aussi. Même les jus de fruits.* » Dr E

- **Les protéines, surtout chez la personne âgée et les patients végétariens**

« *Pour les végétariens j'essaie de leur dire : là il y a des protéines. Buvez du lait de soja. Mangez des légumineuses à protéines. Les lentilles, des machins comme ça. Vous avez plusieurs variétés de lentilles* » Dr H

« *Aussi j'insiste souvent sur la ration protéique chez les gens âgés* » Dr I

« *Peut-être que je serai un peu plus directive chez les personnes âgées. En insistant sur un apport calorique suffisant et un apport protidique suffisant* » Dr P

- **Les lipides, surtout en lien avec le cholestérol et le surpoids**

« *Et la chose où je vais peut-être un peu plus loin c'est l'évaluation de la consommation de corps gras chez les gens qui ont des cholestérols ou des triglycérides très élevés* » Dr F

« *Je leur dis " Faut faire gaffe : charcuterie, fromage... ; les écarts ils sont là. "*» Dr M

- **L'apports en calcium chez les femmes**

« *Les femmes qui ont une ostéopénie ou une ostéoporose et chez qui on met toujours l'accent sur la charge calcique* » Dr I

- **La diversité alimentaire**

« Après on agit sur la diversité aussi ; de manger pas toujours la même chose » Dr H

« Moi je leur assure que c'est la diversité qui leur assure de ne jamais avoir des taux toxiques » Dr G

« Que ce soit une alimentation globalement variée en introduisant au fur et à mesure dans les délais. » Dr P

- **Promouvoir l'activité physique en lien avec l'alimentation**

« Je mets jamais l'alimentation seule, je la relie toujours à l'activité physique parce que je pense que c'est un binôme indissociable. On ne peut pas demander à la nutrition seule de mettre les gens en bonne santé. Ça va toujours de pair en fait »

« Pour certains pour qui c'est compliqué d'imaginer diminuer les quantités alors je mets un peu en équilibre qu'à ce moment-là il faut sans doute un peu augmenter la dépense. Ça peut être aller au travail à pied quand on est à cinq-cents mètres » Dr D

« Déjà avant la bouffe c'est augmenter l'activité physique. La sédentarité je trouve qu'il y a rien de pire » Dr M

« Sur l'activité physique c'est pareil, que ce soit pas trop une contrainte. Mais le mec qui me dit je vais courir un quart d'heure tous les jours, je lui dis plutôt allez courir trois-quarts d'heure chaque semaine » Dr N

En plus de son action dans la balance énergétique, Dr B met en avant **un cercle vertueux du sport à l'alimentation** : « Les gens me disent "Moi je sors de la salle, j'ai pas envie de manger de la merde !" Eh bien ouais c'est clair, tu vas pas au Mac Do après » Dr B

5. Au besoin, orienter le patient dans le réseau de soins

Le domaine de la nutrition fait intervenir divers professionnels de santé. Nous avons donc demandé lors de nos entretiens avec qui les médecins étaient en lien pour prendre en charge les problèmes nutritionnels, pour quels types de problème et quand ils les sollicitaient.

5.1 Les diététiciens

Ils figurent généralement comme **premiers contacts** en cas de limites du médecin généraliste et contacts **les plus fréquents** en nutrition (à noter que les médecins généralistes utilisent souvent à tort le terme de « nutritionniste » pour désigner les diététiciens)

« Quand on arrive vraiment dans quelque chose de plus précis c'est compliqué pour moi de donner des repères de poids ou de quantité de calorie et j'oriente facilement vers une diététicienne » Dr D

L'adressage s'effectue **très rapidement si le médecin délègue** cette partie du soin ou plus tardivement s'il explore la nutrition et arrive **à sa limite de compétence.**

« Je commence un petit peu et après je les envoie vers une diététicienne. Je leur propose volontiers de faire une consultation avec la diététicienne... ou deux ; sans forcément faire un suivi toutes les semaines » Dr E

« Moi j'adresse beaucoup aux diététiciens. Mais oui, j'adresse effectivement quand ça coince. Quand il y a des problèmes d'obésité ou des troubles du comportement alimentaire » Dr P

La place des diététiciens est surtout vue **dans la prise en charge du surpoids**

« Les diététiciennes c'est surtout pour le poids » Dr J

Mais parfois **plus sur demande du patient** que volonté réelle du médecin *« Les diet' c'est arrivé mais plus parce que ça a été suggéré par le patient »* Dr N

Nous avons retrouvé dans nos entretiens un **regard positif sur le travail des diététiciens** : *« Quand quelqu'un a un problème de poids et qu'il va chez la nutritionniste, souvent il va garder quelques bonnes habitudes alimentaires. Et ça c'est du bénéfice. »* Dr D

« La diet' qui est là, qui est très bien ; pour les régimes » Dr H

« Le diet' il va leur donner des conseils qui sont sûrement meilleurs que les miens » Dr M

Cependant le Dr N nous rapporte une **vision négative de la diététique/nutrition au sens de discipline** en l'associant à une approche chiffrée réductionniste : *« Je pense que c'est une grosse blague la nutrition. Que c'est une blague pour des gens frustrés qui veulent des chiffres. J'y comprends rien en chiffres, en kilocalories, en doses, en part... tout ça j'en sais rien, j'y comprends rien et j'ai pas envie »*

Dr P et Dr O pensent que **les patients ont un recours limité aux diététiciens** :

« Après les patients n'y vont pas beaucoup de ce que j'ai cru comprendre » ; « Mais j'ai l'impression que les personnes y vont une fois, deux fois et elles arrêtent » et Dr O suppose que **c'est une question d'habitude de société** :

« C'est pas encore dans les mœurs. Parce que beaucoup de personnes vont voir des ostéopathes. Mais par contre la diététique...on peut dire que la culture diététicienne n'est pas entrée dans la pratique des mœurs »

Le recours aux diététiciens est présenté comme **une démarche, nécessitant parfois une réelle préparation.**

« Lorsqu'ils comprennent que c'est pour leur santé ils font la démarche » Dr A

« Soit prise en charge par diététicien parce que les patients sont prêts à y aller, il y a déjà eu réflexion » Dr D

Pour Dr M **cette démarche de consultation** constitue la véritable force de changement : *« Parce-que premièrement il y a une autre démarche. Des nutritionnistes ici y'en a pas. Il faut qu'ils prennent rendez-vous là, à perpète. En général il y a trente kilomètres minimum. S'ils font la démarche pour aller voir la nutritionniste qui est à trente bornes d'ici et que ils payent... je pense qu'ils sont plus motivés. Et celui qui fait pas la*

démarche de prendre rendez-vous et d'y aller. Il fera pas la démarche de faire le régime. Il le fera pas. Faut faire la démarche quoi. Faut pas que ce soit trop facile. Voilà »

Et Dr B renforce cette idée d'**investissement pour la santé** : « Il faut que les gens s'investissent un peu dans leur santé. Je crois que Freud avait raison, il faut qu'on se mobilise vers quelque chose, il faut qu'on mette de l'énergie ou des sous dans ce qu'on veut obtenir »

5.2 Les autres acteurs du réseau

• **Les médecins spécialistes**

Les diabétologues-endocrinologues (Dr N, J, E, D, O) sont évoqués notamment pour le besoin de **bilans** plus poussés et l'exploration de supposés **problèmes hormonaux**, mais aussi pour **appuyer le discours** grâce à leur spécialité.

« Quand y'a des problèmes hormonaux, des dysthyroïdies, c'est plutôt les endocrinos » Dr E
« On en parle une fois, deux fois... Si je vois que ça bloque je vais parfois basculer sur le médecin endocrinologue justement de façon à appuyer le discours différemment. Soit il y a un bilan médical un peu plus poussé à apporter et là je vais adresser à un endocrinologue. Quitte à réorienter après vers un diététicien » Dr D

Les autres spécialités médicales évoquées étaient les **addictologues** (Dr H), les **gastro-entérologues** (Dr J), et les **pédiatres** (Dr L)

Dr R et Dr K avancent aussi l'orientation vers la **chirurgie bariatrique** « Après si ça prend trop d'importance –IMC supérieur à trente-cinq– on peut parler de la chirurgie. Y'a ça aussi »

• **Les psychologues**

« J'insiste sur ce côté psychologique. Parce qu'un moment donné je leur dis d'essayer de voir une psychologue et je leur dis même faire une thérapie de famille. » Dr L

« La psychologue, elle fait partie de la prise en charge de l'obésité. Mais elle est pas prise en charge non plus financièrement... » Dr D

• **La plateforme territoriale d'appuis (PTA)**

« On a aussi un truc : " Apport santé". Ça peut être ça s'ils veulent un truc gratuit » Dr A
Apport santé est la PTA présente sur ce territoire. Cet outil en plein développement permet un **accès gratuit** à une prise en charge de prévention.

« Je pense qu'il faut directement se tourner vers des organismes pour enfants obèses, comme apport santé ce qui permet de ne pas payer la consultation nutritionnelle » Dr C

« On a la chance d'avoir des ateliers d'éducation thérapeutiques faits par Apport Santé. Ils les font sur site ici. Et notamment tu vois (montre une affiche) "Les clés d'une alimentation santé" » Dr Q

- Utilisation de la **MSP**

« On a une diététicienne dans la maison de santé donc on a un abord assez facile. On a déjà des séances d'éducation thérapeutique sur l'obésité, sur l'asthme, la bronchite chronique, les pathologies cardiovasculaires. Actuellement il y a la PTA qui vient. Et on va en mettre en place nous-même, par les professionnels de la maison de santé. On s'est rapproché du CSO pour devenir centre référent à la maison de santé » Dr D

« Après c'est le but aussi de la maison de santé : il y a des ateliers d'éducation thérapeutique avec ce qui permet de rémunérer du coup la diététicienne et la psychologue par rapport à ça et c'est gratuit pour les patients en fait » Dr E

Les quatre médecins exerçant en MSP mettaient en avant ce mode d'exercice pour les solutions qu'il leur apportait dans la gestion des problèmes nutritionnel. Ceux qui sont en cours de constitution espèrent de cette structure pour faciliter l'abord de la nutrition.

« Il est prévu dans cette maison de santé qu'il y ait des formations diététique » Dr A

« Nous ce qu'on espère c'est que si on a une infirmière en éducation thérapeutique sur la MSP c'est qu'elle pourra s'occuper de ça. Ça fait partie des projets avec éducation nutritionnelle » Dr F

Le Coach sportif APA (Aide Physique Adaptée) est cité une fois, par le Dr B, et Dr K nous parle brièvement du **système téléphonique Sophia**. Dr N nous évoque aussi l'existence **des chaines d'amincissement** mais sans trop savoir ce qu'il en ressort « Après y'a des chaines genre Nature House... (hésitant) mais je crois que c'est un peu particulier... Je sais pas quoi en penser. Je pense qu'il y a une part de nutrition, une part de marketing. »

Cependant ces intervenants liés à la prise en charge des problèmes nutritionnels ne sont pas tous pris en charge financièrement. Dr D nous fait part de ce **paramètre financier dans le choix d'orientation** « le médecin endocrinologue est remboursé, donc ça oriente » Cela entretient un système à deux vitesses avec certains acteurs du réseau pris en charge (médecins spécialistes ou PTA) et d'autres non (diététiciennes, psychologues) conduisant à **des inégalités de recours aux soins**.

5.3 Liens entre les différents acteurs

Les médecins insistent sur **l'importance de la communication entre professionnels de santé** : « Et en plus, elle (la diététicienne), elle m'envoie des comptes rendus. Elle m'envoie le bilan pour chaque patient qui vient de ma part. » Dr L

« Ça se passe super bien entre les professionnels de santé. Ils jouent le jeu, ils t'envoient les rapports, ils t'appellent... y en a deux-trois qu'on a pris en triangle entre l'addicto, la nut' et moi » Dr H

Mais Dr A déplore **un manque de retour d'information** : « *J'ai pas trop de retour c'est vrai. Par un temps ils faisaient un courrier mais ça fait longtemps que je n'en ai plus* »

La confiance envers les professionnels a qui le médecin généraliste adresse son patient et la **connaissance de leurs manières de travailler** sont mise en avant : « *S'il y a un problème pondéral strict je travaille avec un nutritionniste génial qui travaille comme j'aime ; c'est de la rééducation, c'est pas des régimes* » Dr B

« *Là j'ai une grande confiance en notre diet'. Surtout je peux échanger avec elle, j'arrive à lui parler des situations si je pense que y'a une situation un peu compliquée. J'arrive à échanger avec elle, à avoir un retour* »

Cette confiance permettrait pour le Dr G **d'éviter un charlatanisme** qui serait pratiqué dans ce domaine du soin « *La nutritionniste elle fait pas n'importe quoi. Parce que les gens qui sont en souffrance avec ça ils vont voir des charlots qui leurs proposent des régimes.* »

Dr K fait référence à la **force d'une gestion pluridisciplinaire** pour accompagner les problèmes nutritionnels et donne comme exemple la prise en charge de chirurgie bariatrique « *Les chirurgiens, nos correspondants ici ils font les choses comme il faut. L'intérêt de ça c'est que voilà il y a aussi un bilan complet. Pour les aider justement à changer de mode de fonctionnement. Avec diététicienne, infirmier, psychologue. Et eux ils sont suivis. Et nous on les revoit pour leurs médicaments à côté. Tous les mois tous les deux mois. Mais y'a un suivi chez la diététicienne.* »

E. Difficultés et obstacles dans l'abord de la nutrition

Parmi les obstacles rencontrés à travers les discours des médecins nous avons déjà cité plus haut la **sensibilité du sujet, avec un rapport difficile dans le surpoids, avec les enfants et avec les familles.**

1. Le problème du temps

« *Le frein numéro un c'est le temps ! C'est LE frein ! évidemment on a des consult' d'un quart d'heure alors tout ça il faut le faire rentrer. Pour moi c'est chronophage donc je ne peux pas en faire. Quand c'est des patients qui sont chroniques je le fais dans le cadre de leur maladie chronique. Mais honnêtement je ne peux pas bloquer une heure pour m'occuper de quelqu'un en nutrition j'ai essayé de le faire, c'est pas possible, on y arrive pas" Dr B*

Quasiment tous les médecins interrogés insistaient sur le **caractère chronophage de la nutrition**. « *Ça prend beaucoup de temps. La première réaction quand on nous dit : " Et sinon, qu'est-ce que vous pensez de l'alimentation ?" on se dit "ouf, ça va nous prendre du temps !" »* Dr D

« *Enfin moi je trouve que c'est super long la nutrition quoi !* » (Souffle, un peu lassée) Dr Q

Le médecin généraliste doit en effet **gérer l'ensemble des problématiques de santé de son patient sur le temps de la consultation**. « *Même si tu gardes tes patients vingt minutes, c'est pas vingt minutes de consultation diététique, il y a tout le reste* » Dr I

« *Le temps ! parce que les gens ils vont jamais venir juste pour une consultation de diététique quoi. C'est toujours la diététique avec le renouvellement de la tension, du machin... et j'ai plus d'temps quoi* » Dr Q

D'autant plus que la question alimentaire ne serait **pas un motif de consultation fréquent**

« *Souvent ils ne viennent pas pour ça. D'ailleurs ils ne viennent jamais que pour ça. C'est chronophage de l'insérer au cœur d'une consultation* » Dr P

De plus ce sujet arrivant souvent en fin de consultation laisse peu de temps pour le traiter comme le dit Dr D : « *Quand quelqu'un vient en consultation pour une pathologie autre et que moi j'ai envie d'aborder cette question-là, forcément ça déborde d'un temps de consultation* »

Ce qui conduit le Dr F à **négliger cette part du soin par manque de temps** : « *Je pense que personnellement je néglige trop la part alimentaire. Mais j'ai pas le temps et c'est pas parce que la consultation est plus longue. C'est un problème de timing. Parce qu'il y a trop de travail ailleurs. C'est pas par rapport à un patient donné ; le problème c'est qu'il faut trouver une demi-heure* »

Dr F soulevait là le problème de la rencontre avec **la pression des patients à consulter**, limitant le temps général disponible du médecin qu'il doit répartir entre tous ses patients. Tout comme le relèvent également Dr H et le Dr A :

« *Le temps ! Oui le temps, le temps. Parce que tu as un flux de patients vachement important. Moi j'ai des patients qui attendent* » Dr H

« *Si une consultation prend trente minutes, à vingt patients par jour ça fait dix heures, c'est déjà pas mal. Le médecin peut toujours donner des conseils, mais c'est souvent un problème de temps dans la médecine générale il faudrait prendre le temps ; je trouve que c'est... inachevé, qu'on ne va pas assez au bout des choses* » Dr A

C'est justement ce problème de temps pour l'aborder qui **pousse certain médecin à ne pas traiter la question et la déléguer** à d'autres professionnels comme Dr C

« *Il faudrait des consultations très longues pour faire de vraies consultations nutritionnistes. C'est pour ça que je passe à un nutritionniste, j'ai pas de temps à perdre* » Dr C

Malgré l'obstacle, Dr I et J essayent tout de même de prendre ce temps
« *Le temps. Le temps pour moi c'est l'obstacle majeur. Quand il le faut il le faut mais c'est long la diététique* ». Dr I
« *Mais il faut que tu prennes du temps pour voir tous leurs problèmes et d'en parler ; c'est tout.* » Dr J

En revanche Dr E et N **ne voient pas le temps comme un problème**. Ils le prennent s'ils le jugent nécessaire et Dr N voit ça **comme faisant partie du travail**
« *Alors moi personnellement je bloque beaucoup de temps pour certains patients après je pense que tout le monde le fais pas* » Dr E
« *Après non, le temps c'est pas un obstacle. C'est notre boulot hein. En général quand ça vient sur la table bin on y va quoi* » Dr N

2. Autres difficultés pour le médecin :

- **Le désintérêt du médecin pour ce sujet**

« *En fait ça m'intéresse pas... (rires gêné, léger) ... voilà enfin... hein. On peut pas tout faire. Et comme ça m'intéresse pas et que j'ai pas envie de dépenser mon énergie à ça, j'essaye de le déléguer* » Dr Q

- **La crainte d'aborder un sujet délicat**

Notamment en cas de surpoids, participe également à éviter le sujet.
« *Souvent j'ai peur de les mettre mal à l'aise parce qu'ils ne viennent pas pour ça. Donc je me dis "Ce n'est pas forcément le moment."* Je finis par le faire mais très souvent je prends du temps » Dr E

- **Sensation d'impuissance, découragement et abandon**

« *Après faire maigrir les gens nous en médecine général franchement ça marche pas. Non ça marche pas. Il faut aller plus loin. Je suis un peu pessimiste sur les résultats. On se fait pas trop d'illusions* » Dr F
« *Parce qu'elles disent qu'elles mangent rien et qu'elles grossissent ; qu'elles ont mal au genou et qu'elles peuvent pas marcher. Et c'est vrai que je me sens démunie. La diététicienne ça servira à rien je pense parce qu'elles savent ce qu'elles mangent et elles disent qu'elles mangent pas plus ; et qu'elles feront pas plus d'effort... Et c'est leur seul plaisir quelque part... les faire bouger c'est compliqué...* » Dr E
« *Tant qu'on a l'impression que ça sert à quelque chose on fait. Ce qui se passe c'est qu'il arrive un moment où les gens font n'importe quoi. Donc là ça sert plus à rien ; on laisse tomber* » Dr K
« *Alors j'essaye et quand je vois que je n'y arrive pas, je laisse tomber, je lâche, parce que j'ai pas envie de m'épuiser. J'ai pas envie de prêcher dans le vide.* » Dr B

Voire même un certain **fatalisme**

« Le gars qui est obèse, qui est obèse depuis la nuit des temps. Une fois que je lui ai dit une fois deux fois trois fois. Je vais pas l'emmerder ça lui bouffe la vie. » Dr M

- **Désillusions et doutes à propos du patient**

« Ils l'acceptent. Ils reçoivent le message. Après ce qu'ils en font une fois rentré... Je pense qu'il y a peu de chose qui sont dites à la consultation et sont faites à la maison... » Dr I

« Ils sont ouverts à discuter mais je ne sais pas si vraiment ils font ce que je dis. S'ils suivent les conseils et ça je peux pas te dire parce que je peux pas avoir le contrôle. »

« Je pense qu'il fait semblant de faire croire qu'il va faire des efforts mais il ne les fera pas" Dr C

- **Limitation des connaissances et des compétences du médecin**

« Les connaissances. Ouais, la base. Je sens que je manipule pas bien. C'est pas faute de relire des documents » Dr D

« Ce qui est très difficile c'est d'évaluer les quantités qu'ils mangent, qu'ils ingurgitent. Ça c'est plus difficile à faire » Dr F

« Là on a des fois un peu des difficultés parce que on a pas de régime type. Ou alors bon dans ces cas-là il faut avoir des entretiens beaucoup plus étoffés sur leur façon de manger comme font les endocrinologues. Malheureusement des fois ça suffit pas. Il faudrait pouvoir le prolonger. Moi j'en suis incapable » Dr O

« Et clairement je le dis je ne me sens pas du tout compétente. » Dr Q

- **Un manque de professionnels de santé et un réseau insuffisant**

« Que ce soit l'hôpital de jour, que ce soit le centre diététique ou autre on est obligé d'aller loin parce que les Mées ont fermé donc tout de suite ça va être à la Roque d'Anthéron ou Marseille » Dr D

« Au niveau diet' on est un peu pauvre ici. » Dr N

- **Des moyens limités en prévention primaire**

« En France la prévention primaire on sait pas faire. Il faut absolument qu'on ait des outils efficaces de prévention primaire » Dr B

- **L'absence de cotation adaptée à la consultation nutritionnelle**

« Je ne peux pas le coter. J'ai demandé à la sécu. Moi je pense qu'il faudrait coter. La cotation pour les enfants elle est bien mais je pense qu'il faut introduire une cotation pour les adultes. Pour les adultes on n'a rien. Faut qu'on soit reconnu dans ce qu'on est capable d'apporter aux gens »

Dr M quant à lui ne rencontre pas personnellement de problèmes dans l'abord de la nutrition mais pense que cela viendrait plutôt des patients : « Y'en a pas. Moi j'ai pas de problème. Moi je suis pas bloqué. C'est souvent les gens, parce qu'ils n'y arrivent pas »

3. Freins venant du patient

Le médecin reste **limité à la volonté du patient** dans l'abord de la nutrition

« Je leur dit il faut faire quelque chose. Après il font, il font pas hein » Dr M

« On ne peut pas soigner quelqu'un malgré lui. Donc ils ont leur libre arbitre. S'ils veulent manger du Mac do et du Nutella c'est leur choix. Je suis là pour les aider s'ils ont envie de changer. Mais je ne peux pas faire malgré eux » Dr A

3.1 Les freins cognitifs et comportementaux

- **Le refus du sujet par le patient**

« La réticence du patient. C'est soit il est pas concerné ou soit il me dit clairement qu'il en a rien à foutre. Ce qui arrive. Ça c'est un obstacle » Dr N

« J'en ai un qui m'a dit : "J'arrêterai pas ma côte de bœuf de deux kilos". Ah mais j'ai dit : " C'est votre choix mais ne venez plus me dire : "C'est pas normal docteur, j'ai mal au dos, j'ai mal aux genoux "" ...d'ailleurs il a arrêté ». Dr L

« Mais bien sûr qu'il y a des gens qui ne veulent pas. Qui ne veulent rien faire. Surtout pour les enfants » Dr J

- **Un désintérêt**

« Je pense que les gens ne se sentent pas tellement concernés par ça : par leur prise en charge de la santé à travers l'alimentation. Il y a très très peu de gens qui ont pris des fiches. Il y en a très peu qui partent. Les gens il préfèrent lire les dernières nouveautés de la couronne d'Angleterre hein... » Dr F

« Y'a des patients qui sont étanches. Pfff... Tu sens que ça rentre par là, ça sort par là et ils s'en foutent. Ça les intéresse pas... (visage d'impuissance) ; et là je peux rien faire, ça me désespère » Dr B

« La difficulté, je dirais que les gens ne sont pas réceptifs. La prévention pourtant c'est fondamental mais les gens ici ne sont pas accessibles à la prévention » Dr R

- Au-delà du désintérêt, c'est parfois une **non prise de conscience de l'importance de la nutrition en santé ; voire par un déni des problèmes nutritionnels.**

« Les parents ne sont pas souvent inquiets. Très souvent (hésitations...) ils s'en fichent... J'ai l'impression que pour les enfants ils s'en foutent un peu... enfin voilà tant qu'il n'y a pas eu de moquerie ou de difficultés. Et puis après il y en a certains qui disent "c'est familial". Ils disent "moi je suis comme ça, mes enfants sont comme ça..." et du coup dans la tête des enfants c'est familial, c'est normal donc il n'y a pas d'intérêt à en parler. Là on y arrive pas. De toute façon, on les revoit pas ; là c'est l'obstacle que je rencontre » Dr E

« J'arrive pas à comprendre qu'ils se disent pas " mais on fait n'importe quoi, c'est nos enfant, c'est leur santé" » Dr B

« Ceux qui viennent pour mal au dos et mal au genou ils veulent pas entendre que c'est un problème de surpoids et que donc forcément il va falloir travailler dessus. » Dr L

- **Une place de second plan**

Cette position secondaire se retrouve aussi bien dans la perception du lien entre nutrition et santé, que dans la place de l'alimentation dans la prise en charge.

Plutôt que les modifications thérapeutiques du mode de vie, on retrouve notamment une **préférence pour les traitements médicamenteux ou pour la chirurgie**, vues comme des solutions plus efficaces, plus rapides ou plus faciles.

« Les patients ne voient pas la nutrition comme une première étape de prise en charge » Dr D

« C'est que dans le diabète y'a aussi les médicaments. Et ils pensent qu'on peut continuer à manger n'importe comment. On explique que ce n'est pas l'idéal. Mais bon ... » Dr K

« Je trouve que les gens dès qu'on introduit une statine après ils ne regardent plus que leur prise de sang et ils oublient tout le reste, toute l'activité physique. Ils croient que leur médicament c'est la panacée... Et en prévention primaire je pense que les statines ça ne sert à rien. Mais l'alimentation oui. » Dr Q

« Eux ils prennent des médicaments et des injections de tout et je sais pas quoi ; mais le régime il passe après » Dr J

« Alors ici, autant ils sont pas trop nutrition, mais ils sont très médicament... et autant ça va vite du côté de la chirurgie bariatrique parce que pour eux c'est facile » Dr R

Dans cette préférence pour un traitement autre qu'alimentaire, Dr R et Dr K s'aperçoivent que le médecin généraliste est souvent « **court-circuité par les patients dans le parcours de chirurgie bariatrique** ». Ils précisent pourtant qu'ils continuent après de revoir les patients sur le long court et doivent parfois gérer les carences nutritionnelles dues à une mauvaise adaptation des habitudes alimentaires post-opératoires.

Cette place de second plan se retrouverait aussi dans **le budget des patients** :

« Ils ont un budget d'environ cent euros par mois pour des trucs qui sont pas bon pour eux. Et alors quand il faut mettre vingt euros pour une salle de sport là ça ne devient plus possible. Alors c'est aussi une excuse. Je leur dis d'ailleurs » Dr B

« Ils n'identifient pas le problème parce qu'ils pourraient manger mieux –ça leur coûterait même moins cher– mai c'est une histoire "d'à côté". Parce que s'ils arrêtaient d'acheter les cocas et les machins à côté... ça vaut une fortune les sodas ! » Dr Q

Dr J note comme un **désinvestissement pour la santé** « Il y a un problème de conception parce que pour la santé il faut pas dépenser. Parce qu'on est pris en charge pour tout, partout, toujours. Pour la santé on dépense rien. Tu te rends compte, si je prescris un médicament qui est pas remboursé qui coûte quelques euros ils me disent " ... je sais pas, j'ai

pas d'argent''. Mais pour tomber malade oui. Alors je leur dis : "Vous savez, si je viens avec vous en course dans un supermarché. Eh bien moi c'est sûr que dans votre chariot je vais trouver beaucoup de choses qui vont coûter beaucoup plus d'argent que ce médicament et qui ne sont pas bons pour la santé. Et vous ne devez plus du tout l'acheter !" Je le dis comme ça. Et ils restent un peuuu... "hein ?" »

- **La réticence au changement**

« Ceux qui ont peu d'hygiène de vie ils ne sont pas prêts à changer tout de suite. La seule difficulté c'est la volonté du patient. Sinon ce serait facile » Dr C

« Ah bien il faut accepter de changer de mode de fonctionnement. Ah oui c'est compliqué. C'est comme arrêter de fumer » Dr K

« Ici ils ne sont pas pour le changement. Ils sont d'accord pour que ça change autour d'eux mais ils ne sont pas prêts de se dire 'tiens qu'est-ce que je pourrais faire ? Qu'est-ce que je fais qui est pas correct dans mon maintien en santé ?' » Dr R

- **Les bénéfices secondaires**

On peut les retrouver dans certaines situations comme l'obésité :

« D'autant plus qu'y en a qui sont bien dans l'obésité. Psychiquement. Disons qu'il en ont besoin. Ça fait partie de leur personnalité ». Dr M nous évoque là un certain bien être psychique dans la situation d'obésité, même si ce n'est pas concordant avec la santé physique de l'individu.

- **L'alimentation récompense ou compensation**

« Si on en est à pas réussir à enlever cette récompense c'est qu'on en a besoin et qu'on en a besoin parce qu'on souffre c'est pas tant de manger, ou d'arrêter de manger ou de surveiller ce que tu manges qui leur fait peur. C'est de perdre le soulagement que leur apporte la suralimentation ». La peur de perdre cette récompense agit comme un frein au changement.

L'alimentation constituait parfois aux yeux du médecin une **réelle addiction alimentaire**.

« Parce que la bouffe finalement, c'en est une ; c'est aussi une addiction » Dr B

« Les patients qui prennent dix fruits par jour c'est parce qu'ils sont addicts au sucre. C'est pas qu'un problème d'hygiène de vie, ils ont besoin de leur sucre » Dr C

- **La conformation aux codes sociétaux**

Pour Dr I, les changements alimentaires peuvent également être freinés **par la peur de prendre du poids**, notamment pour les femmes *« il y a quand même beaucoup de femmes qui pour garder la ligne font l'économie d'un apport protéique suffisant »*

3.2 Difficultés d'échange dans la consultation

- **Fausse déclaration des pratiques alimentaires**

« Les diabétiques surtout. Ils cachent une partie de la vérité. Ah ils disent pas non hein. 'Vous avez raison. Ah c'est bizarre. J'ai encore pris deux kilos ce mois-ci' » Dr J

- **L'incapacité à intégrer le message délivré par le médecin**

« Et après tu as la réceptivité du patient qui joue. Il y a des patients tu peux dire ce que tu veux, tu lui décolles pas la pulpe du fond... » Dr H

- **Perte du message**

« Ce qui est dit c'est un message. Je pense qu'une fois rentré à la maison s'il en reste cinquante pour cent c'est bien. Je ne me fais pas trop d'illusions. » Dr I

« Parce qu'après dans la consultation c'est bien ils retiennent sur place. Mais après quand ils sont à la maison. Ils se rappellent pas : 'Qu'est-ce qu'elle m'a dit ? Ça oui, ça non, je me souviens plus...' » Dr J

- **La proximité du médecin généraliste**

Pour le Dr M, elle empêcherait la démarche nécessaire au changement ne faisant pas de lui le meilleur acteur pour cela : « C'est trop facile. Nous, ils viennent nous voir ; je suis juste à côté. Je leur donne des conseils, tout ça... Ils peuvent ne pas suivre. Il n'y a pas de démarche de leur part. ils traversent la rue et ils sont chez nous. Tu vois ». Dr M

3.3 Des limites de moyens

- **Problème du temps pour le patient**

Le temps constitue aussi un frein et à plusieurs niveaux. On peut le retrouver dans la **longueur du processus** de prise en charge nutritionnelle qui aurait tendance à **décourager les patients et limiter leur recours**. « Mais je crois savoir : les personnes en surpoids c'est l'échec en fait. Souvent les personnes sont dans l'attente d'un résultat rapide. Mais ce qui est plus difficile c'est de sensibiliser les personnes. Leur dire que c'est long. Que c'est une prise en charge sur le long terme et qu'on ne peut pas leur faire perdre du poids rapidement. C'est une autre façon de manger. » Dr O

Les médecins pensent que certains patients accordent peu de **temps à leur alimentation, des courses à la cuisine** : « Après y'a toujours le problème du temps aussi. Selon chez qui. Pour faire du sport faut du temps. Pour cuisiner un peu mieux faut un peu de temps. C'est bien sympa d'aller faire les courses chez le boucher, d'aller chez le primeur. Mais faut la journée quoi » Dr N

Pourtant Dr O fait remarquer qu'une cuisine « santé » ne serait pas si chronophage : *« Entre le plat préparé qu'on achète au supermarché et de faire son repas du midi –de façon très simple– ça va pas prendre plus de temps. Si on mange une salade avec une tranche de jambon nature avec un yaourt on n'a pas pris beaucoup plus de temps »*

- **La limite d'accès aux soins**

Au-delà du rapport du patient à la nutrition, on trouve également des freins matériels, constitués en premier lieu par les **limites socio-économiques dans l'accès aux soins**.

« Les sous, l'argent. Je pense qu'il y a un vrai frein. En plus pour les classes défavorisées tout ce qui est du confort, c'est-à-dire le nutritionniste, ce ne sera pas remboursé donc ils n'y auront pas accès. La salle de sport c'est pas pris en charge... » Dr B

Le frein économique le plus relevé par les médecins pour les patients est celui de la **non prise en charge financière des professionnels de santé** dans le cadre de la nutrition et en premier lieu les diététiciens.

« Il y a quand même un premier obstacle qui est l'obstacle financier parce que les diététiciens ne sont pas remboursés. Certaines mutuelles prennent en charge, donc ce sera plus facile pour certaines personnes. Car même si les diététiciens ne font pas d'excès, ça reste quand même une quarantaine d'euros par consultation. Ça a un coût certain. » Dr B

« Le frein il est pour ces personnes qui n'ont pas les moyens ; que ce soit la locomotion ou le financement pour aller jusqu'à un diététicien » Dr D ajoute là la **notion d'inaccessibilité physique** pour certains patients.

Dr Q fait la différence avec les prises en charge de groupe par la PTA qui sont eux pris en charge mais non suffisants : *« C'est vrai que les diététiciennes c'est pas remboursé donc c'est un peu ce qui fait obstacle. Alors je délègue mais y'a le frein financier. Les groupes c'est pris en charge. Les groupes (PTA) c'est déjà bien, mais les groupes c'est vrai que c'est pas suffisant »*

Dr H souligne aussi le **manque de prise en charge des traitements liés à la nutrition** comme les suppléments vitaminiques des carences avérées ou à risque : *« Je pense qu'il faut rembourser les vitamines B1 et B6 pour les alcooliques. C'est un vrai problème. Je pense que ça devrait être remboursé à cent pour cent »*

La limite financière agit également dans l'**accès au matières premières alimentaires** "On a le frein économique également pour acheter des produits frais pour le patient parce que souvent ça coûte plus cher" Dr D

« De toute façon les gens en surpoids, c'est beaucoup des gens qui sont en contexte socio-économiques défavorisés. Donc ça joue aussi, le fait de pas pouvoir acheter des produits de qualité. Le frein financier pour les familles je pense qu'il est important. J'ai quelques familles qui m'en ont parlé. » Dr Q

Le frein économique apparaît donc pour l'accès aux soins mais également dans l'accès à une alimentation de qualité. Concernant ce dernier obstacle, certains médecins relativisent leur propos en l'attribuant plus à un **facteur éducationnel et culturel** que réellement économique.

« Je pense qu'on peut très bien manger pour pas cher mais le constat c'est quand même que les classes défavorisées mangent mal. C'est plus éducationnel finalement. Je pense que c'est pas tellement des gens qui n'ont pas de sous, c'est des gens qui ne sont pas éduqués à ça. Là par exemple j'ai une patiente qui n'a pas un rond et qui a perdu vingt kilos parce qu'elle a fait une rééducation nutritionnelle et elle mange que du fait maison, que du local, et elle se débrouille pour manger sain et pas cher. J'en ai plein des exemples qui mangent sains et pas cher » Dr B

« Alors il y a les AMAP ou le marché surtout qui sont moins chers mais il faut du temps de cuisine, et le savoir aussi qu'ils n'ont pas forcément » Dr D

« Mais quand tu leur expliques que les légumes c'est pas si cher que ça. Ils ont du mal et surtout ils ont aucune culture culinaire. Ils savent pas les faire. Les gens qui mangent plus de salade l'hiver c'est des gens qui ont plus de pognon, des gens plus éduqués » Dr H

3.4 Limites culturelles et éducationnelles

L'ensemble du processus alimentaire est vu comme **une chaîne complexe qui nécessite des connaissances pratiques** : *« Parce que l'alimentation c'est manger quelque chose qui a été préparé. Pour préparer quelque chose il faut savoir le préparer. Il faut savoir faire ses achats au préalable, il faut gérer le budget alimentation. C'est toute une chaîne complexe. C'est pas du tout "on ouvre le frigo et on se sert" » Dr F*

- **Une carence éducationnelle**

« Il manque vraiment une éducation à la nutrition. Manger n'est pas si simple que ça. Le médecin se retrouve dans des situations où tu essaies de rattraper les lésions on va dire, les dégâts, causé par une culture en général » Dr F

« Ça manque de culture tout ça. La nourriture a changé. Et il y a beaucoup beaucoup d'éducation à faire » Dr H

- **Entrainant des méconnaissances nutritionnelles générales**

« Je vois les frites au petit-déjeuner, les pâtes au goûter.... Terrible ! (air consterné) » Dr Q

« Tu t'aperçois qu'il y a des manques de connaissances sur la nutrition, des fausses idées sur la nutrition qui sont totalement aberrantes et des gens qui se font des idées sur la nutrition qui sont surprenantes des fois. Tu te demandes d'où ça sort » Dr F

« "Docteur je ne mange pas de sucre, je mange que du miel" » Dr F

« Je lui demande s'il boit des boissons sucrées : "non". Mais une bière : "oui". Ou encore "Docteur je mange zéro glucide". Et je demande pour les pâtes, pour le pain : "oui" » Dr N

Pour le Dr R on retrouve la circulation de **fausses informations, d'idées erronées** et de **croyances sur la nutrition** entre les patients. Il précise aussi que la parole amicale de la « voisine de palier » sur les questions alimentaires à parfois plus de valeur que le propos scientifique de médecin.

- Et des **méconnaissances de l'alimentation adaptée à leurs pathologies**

« J'ai vu des patients traités pour le diabète et ils ne savent pas qu'ils n'ont pas trop le droit de boire beaucoup de jus de fruits, d'orange, de mandarine... 'Ah ouais? (patient étonné) Ah je n'ai pas le droit de boire ça? mais je bois tous les jours au petit déjeuner' » Dr J

« Ils n'ont pas de connaissances. Du tout. Même pour le diabète qui est très très important avec des complications et de tout » Dr J

- **Manque de connaissances techniques culinaires**

« Le souci c'est qu'il y a des personnes qui ne savent pas faire la cuisine » Dr A

- Ou **manque d'idée voire de culture culinaire**

« Les gens ils y pensent pas. Le problème c'est qu'ils y pensent pas. La majorité tu leur dis de faire ça et ça et puis ils sont contents. 'ah oui j'ai bien aimé ça'. Quand ils se tapent des brochettes de merguez ils ne pensent pas à mettre des aubergines, ou des courgettes sur le barbecue. Alors que ça passe très bien. C'est ce que fait la moitié de la population mondiale. De la Grèce jusqu'à la Corée. Et les mecs ici ils le font pas. Ils mettent des saucisses et des merguez à qui mieux mieux et ils bouffent ça avec du pain... »

- Le tout aboutissant à une **monotonie alimentaire**

« 'Vous mangez quoi?' - ' (en forçant l'accent) Bin de la caillette, des œufs, et euh... de la tarte tatin...' ». Ils ont une fenêtre de nutrition qui est toujours très étroite. Les gens ils ont tendance à manger un peu tout le temps la même chose. » Dr H

Les patients partagent en général leur alimentation avec les autres membres de leur groupe social. Qu'ils soient autonomes ou dépendants de tierces personnes comme les enfants ou certaines personnes âgées, cet **environnement familial peut constituer un frein.**

« Parce qu'après les enfants c'est très dur. Parce que c'est vrai qu'avec les enfants même si je leur donne des conseils, ça va pas. Ça va pas parce que les parents ils gâtent un peu leurs enfants » Dr J

« A partir du moment ou celui qui nourrit l'enfant n'est pas prêt à entendre ton discours pour l'enfant, parce que ça remet en cause sa propre manière de fonctionner. » Dr L

« Ou alors il y'a des mecs qui te diront : " Je sais pas, c'est ma femme qui fait tout..." » Dr H

De plus les médecins interrogés sont généralement convaincus de **l'emprise de la culture familiale et sociétale** sur leurs patients, rendant très difficile tout changement.

« Et puis les parents avaient des habitudes qui étaient pas tellement ... Et aussi un peu en surpoids. Et en interrogeant : ‘‘On a tendance à se resserrer ; et à resserrer aussi l’enfant. S’il en demande c’est qu’il a encore faim...’’ » Dr E

« J’ai l’impression que les gens sont victimes de leur culture familiale. C’est le principe en Italie de la mamma qui fait les bons spaghettis. Tout ça. Alors si vous avez vu toute votre enfance votre mère cuisiner d’une certaine façon. Vous avez tendance à reconduire la façon de manger. Et c’est ça qui faut un peu casser. Si vous avez la mère qui est en surpoids. Les enfants aussi sont en surpoids et ainsi de suite. Pourquoi ? Parce qu’ils reproduisent la culture familiale. Qu’il faut un peu casser. » Dr O

« Le problème c’est comment tu vas amener d’une façon culturellement acceptable ton patient à adhérer à un changement diététique. Et ça c’est compliqué ». Dr H

4. Obstacles sociétaux

Dépassant le simple niveau du patient, les médecins ont l’impression de devoir lutter contre un modèle de société qu’ils décrivent à contre-courant de la protection de la santé.

« Aller au Mac Do c’est presque un signe de joie, de confort, de ressembler à un cliché social. Ça rentre dans leur symbolique consumériste » Dr B

« C’est plutôt culturel. Ces familles qui mettent plein de sous dans des consoles de jeu avec des enfants qui sont en surpoids, voir obèses, qui mangent n’importe quoi à n’importe quelle heure. On s’américanise quand même » Dr J

« Et encore une fois c’est une habitude de société. Tu travailles, donc tu fais pas tes gâteaux maison donc tu vas acheter le paquet de gâteaux au supermarché et ils sont disponibles. Donc au lieu de manger trois cookies que tu as fait toi, bin tu vas manger le paquet entier de gâteau de cookies parce que t’as qu’à donner deux euros et t’as le paquet. » Dr L

- **Mauvais automatismes de société**

« Souvent c’est machinal d’aller en grande surface, d’acheter des cochonneries, faire des plats rapides » Dr A

- **Un excès de possibilités qui nous dessert**

« Parce que pour moi la société actuelle et la vie civilisée fait qu’on a les moyens d’aller acheter de la viande à tous les repas, qu’on a les moyens de boire du coca tous les soirs ou à chaque repas ou dix fois par jour. On a trop de moyens. »

Au milieu de cette relative abondance de choix, est ressortie l’idée de **matières premières peu adaptées à l’organisme** : « Et d’ailleurs les mecs quand ils achètent du pain ici ils ont mal au bide. Quand ils achètent du pain là-bas (boulangerie « bio », au levain) ils ont pas mal

au bide... tiens va comprendre ça. Ils disent j'ai une maladie cœliaque mais ils bouffent plein de "merdes". La levure chimique, les additifs et tout et tout. » Dr G

A cela s'ajoutait l'idée de **produit de faible qualité nutritionnelle** dans la grande distribution : *« Le patient on le voit, il va dans les grandes surfaces, ressort avec le caddy plein de cochonneries » Dr A*

- **Risque des modes santé non fondées**

« Il y a une espèce de mode pour vendre des produits spécialisés sur les évictions permanentes, de tout et n'importe quoi. Ça repose sur absolument rien. » Dr G

- **Perte de la notion de goût** (Dr H et L)

« Les gars sont capables d'acheter des fraises industrielles espagnoles pas bonne. Je leur dis mais vous ne vous rappelez pas le goût des fraises quand vous étiez petit. Et ils me disent 'ah oui c'était pas ça' » Dr H

- **Carence éducative de l'école**

« Je ne comprends pas que depuis le plus jeune âge, à la maternelle on ne commence pas de savoir ce qu'on mange et à préparer à manger »

- Accusation d'un **rythme de vie stressant** qui pousse à trouver des

anti-stress, dont l'alimentation : *« Et puis la société elle te demande tellement de trucs que tu es stressé, tu es angoissé... et c'est tellement facile de manger quelque chose. C'est un apaisement immédiat. Le sucre a un effet immédiatement apaisant, antalgique. » Dr L*

5. Le mode de vie dans les Alpes-de-Haute-Provence : Aide ou obstacle ?

En fin d'entretien, il a été demandé aux médecins quelle influence avait la culture locale sur le rapport de leurs patients à l'alimentation, et si cela pouvait être un atout ou un obstacle dans la démarche de soins.

Les aspects évoqués sont la **culture provençale et méditerranéenne qui seraient d'elle-même plutôt protectrice** avec beaucoup de légumes et d'huile d'olive.

« Ici 'est vrai que l'alimentation méditerranéenne nous aide. Il y a une bonne nutrition mais c'est surtout la quantité qui pose problème » Dr C

« Le régime crétois, qui est la référence, ils commencent à s'en rapprocher. Ils sont pas si éloignés » Dr G

« Dans la cuisine traditionnelle je dirais provençale, il y a beaucoup plus de légumes qu'il n'y en a dans le nord, déjà. Pour moi je trouve que c'est une facilité parce que c'est plus facile de sensibiliser, de revenir à des plats traditionnels » Dr D

En revanche on note une **faible consommation de poisson** vu l'éloignement de la mer et une **forte imprégnation d'habitudes carnées** dans ce département. De plus on trouve aussi dans les habitudes locales la **culture de l'apéro et des viandes grillées au feu**.

« *Tout ce qui est poisson tout ça ils en mangent pas énormément, ils mangent plus de la charcuterie, de la viande. Après nous on est un peu loin de la mer. Malgré qu'il y ait un bon poissonnier qui vient toutes les semaines sur le marché. N'empêche que culturellement c'est pas ancré* » Dr M

« *Dans le département ils mangent beaucoup de viande. Certain mangent beaucoup de viande. Enfin, beaucoup de salaisons. Avec l'incidence que ça a sur les cancers digestifs. Sur l'hypertension, sur le cholestérol tout ça. Vous mangez quoi ? '' (imité avec l'accent) De la caillette, de la rilette... mais j'ai pris des tomates hein... ''* » Dr H

« *Ici on a un problème, les gens mangent beaucoup de viande. Les provençaux d'ici, des Basses-Alpes. Le végétarisme c'est pas gagné ici. J'ai quelques tchoul, les bab' de Forca*, c'est beaucoup plus ouvert. Mais les papi-mamies, t'es pas près de leur enlever la bidoche de l'assiette. Déjà leur dire d'en manger qu'une fois par jour c'est dur* » Dr B

« *En local l'apport culinaire c'est le pastis. Et y a la cuisine de la grillade* » Dr H

« *Alors y a beaucoup de pastis. Y'a un peu la culture de l'apéro, du barbeuc tout ça* » Dr N

La forte ruralité du territoire permet **un apport en produits locaux en vente directe** ce qui est vu comme un gage de qualité et de prix. Certains médecins y voient là une notion de **territoire privilégié**, notamment dans le pays de Forcalquier.

« *Je pense que les personnes d'un certain âge ont un régime méditerranéen, font leur ratatouille de légumes, leur potager, élèvent des poules. C'est des gens qui mangent hyper sainement* » Dr B

« *Alors on a la chance d'avoir des gens qui ont des terrains. Qui ont une nourriture qui est variée parce qu'ils ont beaucoup de légumes l'été. Le rapport à la terre joue sur beaucoup de gens.* » Dr H

Toutefois il est précisé que ce cadre idéal de base serait **rattrapé par l'uniformisation et industrialisation des pratiques**, avec un **meilleur accès à la « malbouffe »** et finalement une diversité de ressources locales peu utilisées malgré leur accessibilité. « *Oh comme partout quoi. C'est relativement déséquilibré comme la nourriture des français hein...* » Dr M

« *Les jeunes, eh bien c'est des jeunes quoi. Avec des vies modernes, avec des bouffes de jeunes. Ils ont perdu cette attache à la tradition, ils font pas leur ratatouille* » Dr B

« *On a le même Leclerc ici qu'à Dijon. On a accès à la même malbouffe nationale et européenne* » Dr N

* comprendre « babas cool », se parfumant au patchouli. Notamment présents dans l'aire urbaine de Forcalquier

« Ils vont à Intermarché, dans les grandes surfaces. Alors qu'il y a un très beau marché de fruits et légumes de saison. Non les gens cuisinent peu. Ils n'utilisent pas tellement les ressources locales » Dr F

« On pourrait avoir beaucoup plus accès aux fruits et légumes mais en fait j'ai vraiment l'impression que c'est beaucoup plus le niveau socio-économique qui importe » Dr P

Dr P avance même l'idée que l'on pratiquerait plus la diète méditerranéenne dans les quartiers aisés de la capitale qu'en Provence : « Je pense que l'influence socio-économique est importante. Que ce soit en région parisienne ou ici. J'ai pas l'impression que les gens mangent plus méditerranéen ici que dans des banlieues privilégiées à Paris »

De plus, le territoire est formé d'une **multitude de populations et de cultures** différentes ayant chacune apportées leurs habitudes culinaires.

« C'est des ruraux. C'est souvent des populations genre immigrés italiens, immigrés espagnols. Plutôt anciens. Donc qui ont tous un jardin » Dr A

« J'ai des familles de ch'ti qui mangent des patates. Y'a des pieds noirs qui mangent de la chorba et du couscous » nous évoque le Dr H, ravi de cette mixité culturelle.

« Il y a aussi une population d'Afrique du nord qui a une culture familiale bien ancrée. Les parents ont appris à faire la cuisine au Maroc » Dr O

Certaines habitudes alimentaires seraient aussi accompagnées des **facteurs de risque** qu'elles peuvent constituer : « Les maghrébins qui ont plus l'habitude de manger sucré. Ils ont plus de diabète. Alors peut-être c'est leur cuisine qui est beaucoup plus sucrée que la cuisine française traditionnelle je dirais » Dr J

Même si dans les Alpes-de-Haute-Provence le **monde rural reste proches des centres urbains**, une **opposition est faite dans les pratiques alimentaires** des habitants de ces deux zones ; les urbains étant décrits comme plus éloignés des réalités de la terre.

« Ici on est entre deux. On est dans une ville. La ville des Alpes mais une petite ville quand même. On a la campagne juste à côté. Je pense que globalement les gens d'ici ils ont une vie plutôt saine au départ. » Dr K

« Je pense qu'en ville c'est plus compliqué parce qu'il faut trouver son réseau. Nous ici c'est un milieu semi-rural et ça c'est important car on est plus sensibilisé, c'est plus facile d'aller à la Biocoop, d'aller chez le paysan chercher ses légumes » Dr A

« Alors par rapport à la ville on a peut-être un mode de vie qui fait qu'il y a des choses qui sont plus simples. On n'a pas les fast-foods. On y a moins accès » Dr N

« Le milieu rural et le milieu urbain c'est assez différent. Et le milieu urbain je le séparerais du milieu suburbain. Parce que la banlieue par contre là on repart dans le kebab/pizza. Et là tu touches au problème socio-économique » Dr H

« Pour moi c'est plus l'opposition vie urbaine et vie rurale. En rural les gens se nourrissent par eux même plus que dans les centres urbains. Parce que je pense qu'en milieu citadin où les gens délèguent la façon de se nourrir, ils sont assez impuissants » Dr I

Cependant la **Provence est mise en avant par rapport aux autres provinces** françaises, notamment de la moitié nord, qui auraient de moins bonnes habitudes alimentaires et souffriraient donc en conséquent des pathologies qui y sont liées.

« Rapport aux gens du nord qui ont plus d'obésité on n'est pas les pires » Dr N

« C'est pas du tout la même population que j'avais en région parisienne, ici ils mangent nettement mieux. Moi dans le neuf/trois ils mangent que de l'industriel » Dr G

« Alors j'étais en Haute-Savoie et c'est vrai que le fromage ... (rires)... les habitudes alimentaires étaient... différentes » Dr E

« Venant de Lille, les habitudes alimentaires ici ne sont pas du tout les mêmes que dans le Nord. Il y a quand même une facilité d'accès aux fruits et légumes frais qui est évidente par rapport au Nord, vraiment » Dr D

6. Solutions envisagées

La recherche des obstacles a également été faite en passant par les solutions que proposent les médecins. Elles illustrent en effet leurs besoins répondant à une difficulté ressentie.

Dr E évoque le besoin **de donner l'idée au patient** que parler de nutrition en consultation est possible : « Un questionnaire en salle d'attente je pense que ça pourrait être intéressant. Mais simple, pour les orienter puis bin leur faire prendre conscience qu'ils peuvent prendre rendez-vous pour ça.

Dr F et N proposent d'intégrer la nutrition à la **ROSP** (Rémunération sur objectif de santé publique) **afin d'inciter les médecins à en parler :**

« Si ça apparaissait dans le ROSP peut-être » Dr I

« Je me demande même si ça va pas faire partie du ROSP » Dr N

Pour d'autres ce rôle **revient à la société ou aux pouvoirs publics :**

« C'est pas au médecin, c'est plus la société » Dr A

« Je pense que là les pouvoirs publics devraient agir sur la pression industrielle » Dr O

L'idée d'éducation aux connaissances alimentaires et culinaires revient, dans le monde scolaire mais aussi tout au long de la vie grâce à des ateliers à proposer : *« Je pense qu'il faudrait faire des cours de nut' dans les écoles. Il faut arrêter de faire de la nut' par des profs qu'on forme. Il faut demander à des nutritionnistes. Il faut ramener les professionnels dans le monde de l'éducation. Il faut dégager du pognon pour ça et à la fin tu vas faire des mégas économies. (...) Le cost-effectiveness serait à mon avis largement supérieur »* Dr H

« Le souci c'est qu'il y a des gens qui ne savent pas faire la cuisine, alors que c'est pas grand-chose. Moi je dis, il faudrait apprendre dès le plus jeune âge, à la maternelle » Dr A

« Les gens ils faut les emmener vers une culture culinaire. Le médecin il participe très modestement à ce genre de chose. Très modestement. Après il y a la télé, il y a les médias, il y a le bouche-à-oreille, il y a aussi les gens qui vont manger les uns chez les autres 'ah elles sont bonnes tes salades'' » Dr H

« Après continuer à faire de l'éducation aux gens c'est quand même pas mal » Dr B

« C'est vrai que si on rêvait on pourrait imaginer des ateliers où on irait faire les courses ensemble. » Dr I

« Il y aurait des ateliers de cuisine qui iraient dans le sens du propos nutritionnel et ce serait intéressant » Dr O

« A mon avis ça passe par l'éducation. Mais c'est pour la génération d'après Alors à l'école c'est bien. Parce que les gens sont encore attachés à l'idée de l'école » Dr R

DISCUSSION

A. Validité interne de l'étude : les forces et limites

1. Forces

Une composition diversifiée de l'échantillon :

La diversité de population étudiée est un critère important de validité des études qualitatives. Notre population d'étude –les médecins généralistes exerçant comme médecin traitant– présente ce critère de diversité par l'étalement de l'âge des participants (35-63 ans), les différences d'ancienneté en matière d'expérience professionnelle, l'équilibre de la représentation du genre, un intérêt varié pour la nutrition et une variété de lieux d'installations allant du territoire rural isolé au grand pôle urbain. Bien que la représentativité de la population ne soit pas ici recherchée, notre échantillon s'approche des caractéristiques départementales des médecins généralistes (39,42).

Des entretiens adaptés :

Nous avons essayé de placer les médecins interrogés dans les meilleures conditions possibles afin de permettre un témoignage le plus révélateur de leur pratique et de leur mode de pensée. C'est à ces fins qu'avait été choisi le mode d'entretien individuel plutôt que le focus groupe, le libre choix des conditions d'entretien, et l'information préalable par téléphone du sujet d'étude. Ces conditions ont permis d'établir un lien de confiance et le temps moyen accordé pour les entretiens –31 minutes– semble attester de la liberté de parole.

Quantité de données et saturation :

La question posée dans cette étude est relativement large et appelait donc un grand nombre de notions potentielles. Nous avons pu les couvrir grâce à un nombre suffisamment élevé d'entretiens cumulant 9 heures d'expression verbale avec une saturation des données arrivant dès le seizième entretien.

2. Limites

Limites géographiques :

Notre méthodologie impliquant le déplacement vers le sujet étudié, il a été choisi pour des raisons pratiques de réaliser l'étude sur un territoire diversifié mais resserré. Cette concentration sur un territoire restreint pourrait possiblement induire un particularisme local dans les réponses des médecins interrogés. Cependant on peut relativiser ce biais par la variété de l'origine universitaire de notre population et par l'uniformisation des programmes

d'enseignement de la médecine au niveau national. Le particularisme local peut en revanche être présent dans la patientèle que rencontre le médecin généraliste.

Une autre limite géographique dans notre étude est constituée par l'absence de grande métropole dans notre territoire. Des médecins exerçant dans des villes d'échelle supérieure comme Aix-en-Provence ou Marseille pourraient en effet avoir un abord différent de la question ou manifester d'autres difficultés.

Limites d'échantillonnage

Il n'est pas exclu que les médecins ayant accepté de participer à l'étude soient plus intéressés par les questions nutritionnelles. Cependant nous n'avons rencontré que peu de refus lors de notre recherche de population, et lorsqu'il avait lieu, il se faisait dès l'évocation d'un travail de thèse, avant même de parler du sujet. Nous avons également été aidé pour cela par le directeur de thèse qui connaissait bien le territoire et a pu nous indiquer des médecins représentatifs d'un exercice global de la médecine générale.

Limites d'investigation

Cette étude était le premier travail de recherche qualitative de l'investigateur. Il se peut donc que le manque d'expérience dans la manière de mener l'interrogatoire n'ait pas permis d'explorer au maximum les sujets abordés. Nous avons de plus remarqué au cours de la progression des entretiens une meilleure fluidité dans leur réalisation avec des questions de relance, reformulation et recentrage mieux placées, induisant une meilleure exploration des thèmes abordés.

Limite d'interprétation :

Les entretiens auprès des médecins et l'analyse des données recueillies ont été réalisés par l'investigateur seul. La technique de la triangulation permettant la double lecture ou le croisement de techniques de recueil n'a pas été réalisée pour cette étude ce qui peut induire une interprétation inadaptée ou insuffisante (38).

Limite de déclaration :

L'entretien individuel en « tête à tête » prête à recevoir un récit authentique mais peut également emmener à un biais de déclaration par désirabilité. Etant en effet un jeune confrère, l'investigateur aurait pu amener les médecins à avoir un discours plus idéalisé que la réalité de leur pratique.

Le sujet de l'étude suggérait de plus d'avoir un regard sur l'ensemble de leur pratique ce qui est un exercice très difficile. Nous avons remarqué par exemple que plusieurs médecins ont relaté des faits de la semaine précédant la rencontre, ce qui aura probablement influencé leur discours.

B. Importance d'un sujet inconstamment traité

Tous les médecins interrogés dans notre étude évoquaient l'importance à leurs yeux de la nutrition –alimentation et activité physique– pour la bonne santé de l'individu. Elle est catégorisée d'importante, centrale, indispensable, essentielle, omniprésente. Nous pouvons ainsi remarquer la progression d'une vision positive de la santé par l'alimentation par rapport à l'étude qualitative réalisée par l'ORS Rhône-Alpes en 2004 dans laquelle cette importance de la nutrition en santé n'était pas reconnue unanimement (33).

Malgré cette importance déclarée nous sommes étonnés de voir que les praticiens ne l'intègrent que très inconstamment dans leur pratique, avec une grande diversité entre les médecins interrogés. Dans deux études quantitatives, menées dans les Pays-de-la-Loire et en Provence, les médecins généralistes étaient respectivement 93,8% et 79% à se sentir concernés par l'alimentation de leurs patients (35,36). Cependant, si cette part est conséquente, d'autres travaux montraient qu'ils n'étaient plus que 28,8% à 42,4 % à donner des conseils nutritionnels en consultation (31,32).

Cet écart entre importance perçue du sujet et intégration à la pratique peut être expliquée par la conception qu'ont les médecins généralistes du soin. Les différents obstacles qu'il vont rencontrer dans leur mise en pratique constitueront ou non des freins.

- Influence de la vie du médecin

Au cours des entretiens, les médecins de notre corpus ont régulièrement fait référence à leur parcours personnel. Leur rapport à la nutrition semblait en effet conditionné par des situations vécues. Leur enfance et les interactions avec leurs proches, la grossesse, l'allaitement et la parentalité, ou encore leurs expériences vécues dans l'exercice sont autant de situations évoquées conditionnant leur rapport au sujet. Cela apparaît aussi dans les intérêts personnels comme le sport ou la cuisine.

Mais le médecin a aussi son propre vécu de l'alimentation. En effet, contrairement à la plupart des autres sujets traités en consultation de médecine, l'expérience de l'alimentation est obligatoirement vécue par tout médecin dans son quotidien puisqu'elle est inhérente à la vie humaine. Il est dans ce cas fort probable que cette expérience personnelle ait un réel impact sur les conseils qu'il donne à ses patients. Le Dr G par exemple avait des difficultés à conseiller en nutrition car il a lui-même un problème de poids qu'il n'arrive pas à réguler par les conseils classiques. Il essaye d'ailleurs actuellement le « jeûne court alterné ». Le Dr H aussi est en surpoids mais il utilise son apparence de « bon mangeur » pour évoquer l'importance de cuisiner et parler de diversité alimentaire. Dr B applique à elle-même tous ses conseils et se place comme modèle pour ses patients.

La thèse d'exercice du Dr Chambon s'était spécifiquement intéressée à cette influence du vécu du médecin sur les conseils nutritionnels qu'il prodiguait. Elle concluait que l'abord de la nutrition par le médecin en consultation est directement en lien avec son vécu propre, notamment ses expériences de vie, sa personnalité et sa propre alimentation (43).

- Perception du rôle du médecin et conviction dans le message nutritionnel

En plus de leur vécu personnel, l'abord de la nutrition semblait conditionné par la vision qu'ont les médecins de leur propre rôle. Pour certains, ce rôle est simplement d'informer, voire orienter le patient qui, après, sera responsable de sa santé. Le médecin considèrera à ce moment avoir fait sa part du travail.

D'autres se voient comme sensibilisateurs. Dans ce cas le travail est plus approfondi car ils doivent non seulement informer mais aussi amener le patient à prendre conscience de l'importance de l'alimentation et de l'activité physique pour sa santé.

Enfin pour quelques praticiens, le médecin généraliste se doit d'en parler en toute occasion. Ils prendront donc régulièrement en charge le sujet nutritionnel dans leur pratique.

La conviction des médecins est également importante. Nous pouvons en effet remarquer un investissement différent dans le domaine nutritionnel selon qu'ils ont confiance ou non dans les recommandations nutritionnelles actuelles, qu'ils sont persuadés ou non de la possibilité d'améliorer la santé par la nutrition et enfin qu'ils croient ou non en la capacité de changement de leurs patients.

Cette perception des rôles du médecin et de la place à accorder à la nutrition, ainsi que la manière de la traiter, sont aussi très probablement liées à l'image et la place qui en a été donnée dans l'enseignement de la médecine. Nombre de médecins nous ont d'ailleurs évoqué leur manque de connaissances lorsqu'on les interrogeait à propos des obstacles qu'ils rencontraient dans leur exercice.

- Formation en médecine, parcours personnels et image de la nutrition

Les médecins de notre corpus nous ont évoqué, dans leurs difficultés, manquer de connaissance en nutrition et ne déclaraient pas de formation initiale spécifique dans ce domaine au cours de leurs études mis à part le médecin ayant étudié en Roumanie. Les savoirs dans ce domaine étaient pour la plupart issus de formations complémentaires, de formations sur le terrain, de lectures personnelles ou de formations continues. Ces évocations de la formation nous font suggérer un sujet insuffisamment traité dans les études de médecine. Un rapport interministériel pointait d'ailleurs cette carence, estimant à une vingtaine d'heures le temps accordé à la nutrition dans l'ensemble des études de médecine (44). La diététique et l'éducation thérapeutique ne sont en revanche pas enseignés. L'enseignement de la nutrition se limitait jusqu'à très récemment à celui d'une science fondamentale de premier cycle souvent associée à la biochimie et à physiologie digestive. Le premier collège national de nutrition ne date que de 2011 mais cette discipline est encore souvent traitée de manière transversale à travers les autres spécialités. Lors de la réforme du 3^{ème} cycle en 2017 elle n'a d'ailleurs pas été érigée en spécialité médicale à part entière mais rattachée à l'endocrinologie. On peut cependant noter tout de même une valorisation de son image car la spécialité se nomme désormais « Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition »

Autres compétences essentielles en nutrition, mais aussi dans l'exercice de la médecine dans son ensemble, la relation médecin patient et le savoir-être par rapport au patient ne faisaient pas partie du socle commun. Pourtant, aborder un patient, dialoguer, transférer des connaissances, amener au changement d'habitude de vie sont des compétences qui s'apprennent, et pas que par l'expérience d'externe en 2^{ème} cycle où l'on retrouve une très grande variabilité d'enseignement entre les différents terrains de stage.

Dans nos entretiens revenait l'idée de prise de conscience de l'importance de la nutrition. Pour le Dr A cela s'est fait par une rencontre. Ces propos suggèrent que l'intérêt que les médecins portent à la nutrition pourrait être laissé au hasard et questionnent donc l'image qui en est donnée lors des études médicales, laquelle influe leur vision de la santé et du soins en général. La pharmacologie est par exemple un domaine inévitable dans l'enseignement médical, mais le rôle de l'alimentation dans la santé ainsi que la diététique pourraient en revanche être déductif ou même hasardeux. Cela renforce notre idée qu'il est essentiel de remettre l'importance de la nutrition à sa juste place dans la conception véhiculée du soin et de la santé dans les facultés de médecine. Nous pouvons également supposer que l'apprentissage de 2^{ème} cycle en vue du concours national classant, avec son évaluation par « mots-clés » n'a pas aidé à l'intégration de la nutrition. Les termes cotés « règle hygiéno-diététique », « éducation nutritionnelle », « exercice physique » ou « régime sans sel » n'étant pas nécessairement le meilleur moyen pour appréhender la complexité d'un patient et son monde alimentaire.

Un des risques à délaissier l'enseignement de la nutrition et de la diététique serait de la voir quitter le champ de la médecine vers des pratiques mal définies comme la naturopathie, la nutrithérapie, le coaching en nutrition, voire même des chaînes commerciales d'amincissement. Dr N évoquait d'ailleurs la possibilité pour ses patients d'aller dans de telles chaînes et Dr G évoquait le charlatanisme qui pouvait exister dans le domaine nutritionnel.

Nous pouvons donc avancer qu'il serait très probablement nécessaire d'augmenter la part de l'enseignement la nutrition afin de mettre tous les médecins sur la même base de connaissances et compétences et ainsi de pouvoir utiliser le potentiel thérapeutique de l'alimentation à sa juste valeur. De plus, cela permettrait de valoriser l'image de la nutrition tant en prévention qu'en thérapeutique. Ces recommandations se retrouvent d'ailleurs dans le rapport au ministère du Pr Martin (44). Il en est de même pour l'acquisition de compétences en communication avec le patient, en éducation thérapeutique et en approche motivationnelle qui seraient utiles tant dans le domaine du conseil nutritionnel que dans l'ensemble de la pratique médicale.

C. Le cadre de la médecine générale et la consultation nutritionnelle

1. Concordance entre médecine générale et nutrition

La place de la nutrition en médecine ne semblait pas évidente pour tous les médecins. Elle était facile à accepter en cas de pathologie, mais pas toujours en prévention primaire ou sous la forme d'éducation nutritionnelle. Pourtant ce versant du soin entre bien dans les compétences du médecin généraliste. C'est une évidence lorsqu'une place thérapeutique lui est reconnue comme dans le diabète ou la maladie cœliaque mais aussi en prévention, primaire, secondaire et tertiaire comme le définit la WONCA (45).

2. Le temps, principal obstacle en consultation

Les médecins interrogés dans notre population évoquent tous la difficulté du temps nécessaire pour aborder la nutrition. En 2006 le Ministère de la Santé analysait à 16 minutes le temps moyen de consultation en médecine générale ce qui laisse peu de temps pour aborder un sujet aussi complexe (46).

Lorsque le besoin d'explorer le sujet était perçu par le médecin ou bien émanait d'une demande du patient, diverses attitudes étaient révélées :

- Intégrer la nutrition dans la consultation, souvent en la traitant simplement
- Déléguer cette partie du soin à une fiche ou un autre soignant
- Proposer une consultation différée et dédiée

Tous les médecins utilisaient ces trois modalités selon leur propre intérêt pour la nutrition, la conviction qu'ils avaient en son potentiel d'amélioration de la santé, le besoin et l'intérêt du patient, mais aussi le temps qu'ils souhaitaient accorder à ce sujet.

Le temps consacré à la nutrition au sein de la consultation avait été mesuré dans l'étude quantitative Nutrimège ainsi que dans le travail de thèse du Dr Vuillemin-Baillif. Il était de 4.39 minutes pour 20.34 minutes de consultation dans la première, et de 1 minute pour 16,5 minutes pour la seconde (31,32). Ces résultats rejoignent bien le caractère « annexe » du sujet mentionné dans notre étude et conforte l'idée de réaliser une consultation dédiée, à part, dans le but de plus l'approfondir. Trois médecins sur les dix-huit interrogés prévoyaient un temps dédié spécifiquement à la consultation nutritionnelle.

Le travail de thèse du Dr Valin-Le Madec rapportait par exemple que 71% des médecins interrogés étaient favorables à l'idée d'une consultation annuelle ciblée sur la nutrition (35). La question de la nutrition aussi pourrait paraître dans les questions standards de facteur de risque des médecins au même titre que le tabac, l'alcool ou l'activité physique.

Même si son exploration peut difficilement se résumer à une question fermée, un abord standardisé, factuel et presque banalisé permettrait d'introduire le sujet plus facilement et laisserait au patient la possibilité de s'en saisir ou non, voire lui suggérer qu'il est possible d'en parler lorsqu'il sera prêt. C'est ce que faisait le Dr D qui l'intègre dans ses facteurs de risque et propose ensuite une consultation dédiée si elle en suppose le besoin.

3. Des différences de pratique entre médecins

On peut remarquer, sans valeur statistique dans notre étude que les médecins accordant le plus d'importance, de place et approfondissant le plus la question nutritionnelle sont des femmes. Les hommes portaient un intérêt moins grand, l'abordaient moins fréquemment et avaient une prise en charge plus superficielle. Ils manifestaient moins le sentiment manque de connaissance mais admettaient plus volontiers que ce n'est pas leur rôle.

Les femmes sont les premières à déplorer le manque de connaissance, en général parce qu'elles souhaiteraient pousser plus avant un domaine qui les intéresse. Ces observations confirment celles déjà réalisées pour l'abord de la nutrition en prévention primaire en 2006 en Rhône-Alpes (33).

La formation complémentaire en nutrition n'est que partiellement liée à la prise en charge du sujet dans notre étude. Elle est équilibrée entre hommes et femmes, laissant penser que la formation personnelle n'est pas toujours corrélée à la mise en pratique en consultation. Le Dr B qui a suivi un DU de nutrition dit l'aborder en permanence, mais le Dr D qui l'aborde très fréquemment ne s'y est pas formée. Le contre-exemple est le Dr C qui s'est auto-formé par des lectures et pense que la nutrition est très importante mais qui pourtant ne l'aborde que très peu dans sa consultation, préférant déléguer à des fiches ou d'autres professionnels de santé. Ceci est probablement plus lié à une vision de la nutrition et de la médecine en générale qu'à un socle connaissances dans le domaine.

Il n'y a pas de différence nette entre monde rural et monde urbain sur l'implication des médecins. Les praticiens ruraux interrogés étaient essentiellement des hommes. La seule femme présente en zone rurale faisait partie des médecins abordant le plus la nutrition. Et à l'inverse les trois hommes exerçant en ville n'abordaient pas plus la question nutritionnelle que leurs confrères ruraux. On peut donc penser que cet abord est plus influencé par le genre que par l'installation géographique. Cependant la pression de travail étant plus forte en milieu rural du fait de la moindre densité médicale, les praticiens dégagent plus difficilement de temps que leurs confrères urbains.

On note dans notre étude une proportion importante de médecins de plus de 60 ans mais qui est à rapprocher de la démographie médicale départementale. En effet, deux tiers des médecins des Alpes-de-Haute-Provence avaient plus de 55 ans en 2018 (39). Cependant l'âge

ne semble pas intervenir dans le rapport à la nutrition car il n'y a pas vraiment de différence de propos entre les médecins les plus jeunes et les médecins plus âgés. Cela laisse à penser que l'abord de la nutrition dans l'enseignement de la médecine a peu changé entre les différentes générations. On ne retrouve pas non plus de particularité fonction du lieu d'étude en France. On peut en revanche noter que le médecin ayant étudié en Roumanie précisait avoir eu à Bucarest un enseignement de base qu'elle jugeait solide en diététique et nutrition à Bucarest.

Les années d'expérience, en revanche, semblent intervenir agir sur la désillusion et le découragement des médecins dans leur capacité à faire changer le patient dans cette voie. Dans leurs discours, les médecins semblaient d'autant plus résignés qu'ils accumulaient les années d'ancienneté.

4. Rémunération à l'acte et consultation « CSO enfant »

Prévoir des consultations dédiées à la nutrition, qui prennent souvent plus de temps, posait aussi la question de leur rémunération. En France, le mode de paiement à l'acte rémunère le médecin de la même manière quelque-soit la difficulté du problème traité et le temps passé en consultation. Cela peut donc à l'extrême pousser à laisser de côté des sujets trop chronophages et sans périls imminents – comme la nutrition – dans un souci de rentabilité. L'introduction de cotations a déjà permis de valoriser le temps nécessaire à certaines consultations dans d'autres domaines, comme par exemple lors de l'instauration de première contraception ou lors l'évaluation de la dépression par l'échelle de Hamilton. Ce manque de valorisation financière pour la nutrition était pointé dans des études antérieures (31,35,36,47) ainsi que dans le rapport du HSCP de 2017 (25).

C'est dans cette idée qu'a été créé la consultation « CSO de l'enfant » : valoriser l'acte nutritionnel. Une meilleure rémunération de la consultation permet en effet au médecin d'y accorder plus de temps et valorise symboliquement cet acte. Pour le patient cela est important car la nutrition ne devient plus un conseil de décours de consultation ; elle est « La » consultation, officialisée par l'institution.

Paradoxalement, malgré les attentes qui ressortaient dans les études sus-citées, la consultation CSO n'est pas encore très bien connue des médecins que nous avons interrogés. Une campagne d'information a normalement été faite par les conseillers médicaux de la sécurité sociale mais il se peut qu'elle soit encore incomplète ou aussi que les médecins n'aient pas été réceptifs.

A travers nos entretiens nous ne remarquons pas que cette intégration de la consultation CSO ait beaucoup changé l'attitude des médecins. Ceux qui accordaient du temps à la nutrition s'en servent et se satisfont de voir leur travail reconnu et valorisé. Ils ont

globalement de bons retours de leurs patients. Ceux qui l'abordaient peu n'ont pas encore changé leur pratique et ne se disent pas prêt à la changer. Ils ciblent plutôt d'autres problèmes comme le manque de réseau, d'outils, de financement que la rémunération CSO ne résout pas à elle seule. Au-delà de la consultation « CSO » en elle-même, c'est surtout le système de rémunération à l'acte qui est critiqué par les médecins sceptiques. Ils craignent son utilisation pour une rémunération abusive sans pour autant améliorer la prise en charge de l'obésité.

Afin d'appuyer l'importance de la prise en charge de l'obésité, la sécurité sociale a également placé un indicateur dans la ROESP. Celle-ci permet de rémunérer le médecin sur le travail effectif ; cependant l'évaluation de la qualité du travail dépend des indicateurs choisis. Dans le cas de l'obésité de l'enfant c'est l'inscription de la courbe d'IMC au moins une fois par an dans le dossier du patient qui a été choisie (48). Or cela ne montre en rien une prise en charge de l'obésité mais juste une évaluation anthropométrique. Un indicateur dynamique basé sur la stabilisation de la courbe de poids ou encore la preuve d'une prise en charge (cotation CSO, adressage chez un diététicien) aurait été à notre sens plus cohérent dans un objectif de santé publique. Cependant, si cet indicateur de santé semble faible, il a au moins le mérite de mettre le focus sur l'importance de la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Si elle est un premier pas encourageant pour améliorer le cadre de prise en charge de l'obésité de l'enfant, la consultation CSO ne modifie pas les limites rencontrées avec le patient comme le soulignaient certains des médecins peu confiants. L'abord de la nutrition reste en effet limité à l'accord du patient mais savoir qu'un dispositif officiel et national est mis en place donne une valeur à cet acte. Il est donc possible que cela incite le patient et sa famille à l'aborder.

Il n'y a pas encore d'évaluation officielle de l'efficacité de la consultation « CSO enfant » à ce jour, mais un programme d'évaluation plus large – la « Mission : retrouve ton cap » – incluant réseau obésité enfant et consultations « CSO enfant » en médecine générale ambulatoire est à l'essai dans trois départements français (49).

5. Les atouts de la médecine générale

Malgré des limites structurelles l'inscription dans le temps du suivi en médecine générale s'accorde avec le temps nécessaire au changement des habitudes alimentaires. D'abord parce que le médecin généraliste est proche de son patient, connaît ses habitudes, son lieu de vie, l'offre alimentaire environnante. Il arrive même qu'il voit ses patients dans leur propre environnement immédiat, à domicile, et au moment du repas.

Ensuite parce qu'il suit le patient au long cours et est amené à le revoir fréquemment avec donc la possibilité de reparler de ces questions. L'intérêt de la répétition des conseils était mis en avant par les médecins de notre étude et l'on pouvait retrouver l'efficacité de ce mode de transmission du message dans une méta-analyse réalisée en 2017 (50).

De plus, adapter son alimentation nécessite un changement de fond. Selon le modèle transthéorique des changements de comportement de Prochaska et Di Clemente, les modifications des habitudes en santé –et donc en nutrition– doivent passer par six étapes : pré-réflexion– réflexion– préparation– action– maintien– rechute– réussite, qui vont donc s'étaler dans le temps. Ces changements de long cours font encore une fois de la médecine générale le cadre adaptée pour traiter de nutrition (45,51).

D. Une prise en charge variable selon les médecins

Lors des discours nous avons pu noter une grande variabilité des motifs, du contexte ainsi que des manières d'aborder le thème nutritionnel, tant dans l'espace (salle d'attente, consultation, visite à domicile) que dans le temps (première consultation, consultation dédiée, au long des consultation de suivi...).

1. Grande variabilité des motifs d'abord

Les sujets d'abord recouvraient tout le champ de la santé : de la prévention primaire à tertiaire ; du « mieux vivre » à l'alimentation thérapeutique ; du nourrisson au vieillard ; de la pathologie aiguë à la pathologie chronique. Chaque aspect est plus ou moins abordé selon le médecin, ses priorités et ses sujets de prédilections.

- Des pathologies prioritairement prises en compte

Les situations évoquées en premier lieu étaient liées à des pathologies ; principalement diabète, dyslipidémies et surpoids. Ces déclarations rejoignent les résultats des études quantitatives antérieures (32,34,35). Les pathologies constituent en effet en elle-même un motif d'abord ce qui permet d'introduire plus facilement la nutrition.

Le diabète est la première pathologie évoquée. La nutrition est en effet intrinsèquement liée à cette pathologie et même les médecins s'intéressant le moins à la nutrition l'évoquent forcément dans ce contexte. La goutte, dont la causalité est très liée à l'alimentation revenait aussi régulièrement. En revanche nous avons noté que l'HTA apparaît moins comme une évidence alors que l'adaptation de l'alimentation et de l'activité physique figure comme la première étape de prise en charge recommandée (52). Cela pourrait être lié au grand nombre de médicaments anti-hypertenseurs existants permettant de contrôler efficacement l'HTA. Ainsi la prise en charge nutritionnelle apparaît comme accessoire aux yeux des médecins.

L'excès de poids figure comme la première circonstance de prévention secondaire et tertiaire. Cela peut être expliqué par la prévalence, le grand nombre de pathologie auxquelles il est lié, mais aussi parce qu'il est visible et peut s'identifier au premier « coup d'œil », avant même la pesée. De plus, l'obésité fait aujourd'hui partie des priorités de santé publique ce qui influe très probablement sur l'attention portée par les médecins.

Nous avons d'ailleurs remarqué lors des entretiens qu'en laissant libre cours à la parole des médecins sur le sujet alimentaire, leur pensée revient très fréquemment au surpoids. C'est en effet la situation qui semble la plus liée pour eux à la nutrition mais aussi leur poser le plus de problèmes. Une des explications peut être que nous ne disposons pas de traitement médicamenteux efficaces en médecine générale pour juguler le surpoids. L'orientation vers la chirurgie bariatrique est quant à elle réservée à des indications bien précises et n'est pas sans conséquences. Les médecins généralistes la mentionnent peu et elle apparaît comme une prise en charge parallèle à la médecine générale. Si les patients peuvent y voir une solution radicale, efficace et rapide, elle ne dispense pas d'adaptation thérapeutique du mode de vie. Le conseil nutritionnel sera donc inévitable dans une démarche de soins pour contrôler l'excès de poids, ainsi que le temps qu'il nécessite.

D'autres entités nosologiques liées à la nutrition ne sont au contraire évoquées que succinctement. Nous avons par exemple été étonné du peu de mention et de l'évocation succincte des troubles digestifs. Tout comme pour l'HTA, nous supposons que leur intégration à des pathologies digestives disposant de traitements médicamenteux rendent les modifications alimentaires accessoires aux yeux des médecins interrogés. Une adaptation alimentaire transitoire pour les troubles aigus tels que diarrhées et constipations était en revanche avancées.

Dans le cas de l'alcoolisme, aborder la nutrition est important mais peut sembler secondaire face à toute la problématique addictive. La prise en charge nutritionnelle pourra faire partie de la réappropriation d'habitudes de vie plus « saines » une fois le problème addictif contrôlé.

Dans l'études quantitatives du Dr Vuillemin Baillif, la dépression fait partie des motifs d'abord fréquent de la nutrition en consultation (32). Nous la retrouvons également mentionnées par certains médecins de notre corpus. Si les liens de causalité avec l'alimentation sont en cours de recherche, nous pouvons supposer que, dans le cas de notre étude, les praticiens traitent surtout des conséquences de la dépression sur l'équilibre alimentaire, et ainsi sur la promotion du bien être psychique à travers l'alimentation. Dans le cadre des pathologies psychiatrique, nous avons toutefois été étonnés du peu de mention des troubles du comportement alimentaire. Mis à part l'idée d'addiction alimentaire revenue deux fois, et plutôt pour désigner des appétences excessives pour certains aliments, notamment le sucre, le terme TCA n'a été évoqué qu'une seule fois par le Dr P. On peut expliquer cette moindre fréquence par une prévalence moins importante que les autres pathologies citées ci-dessus, mais aussi par le fait que les TCA (et à moindre échelle les dépressions) sont souvent prises en charge au long cours dans des parcours spécialisés.

Ainsi, nous avons donc pu observer à travers les discours que les pathologies liées à la nutrition sont inégalement prises en compte par les médecins traitants. Cela dépendait de la force du lien de causalité perçu mais aussi de l'existence et l'acceptabilité de thérapeutiques médicamenteuses. La récurrence des pathologies en termes de prévalence et régularité de consultation peut également expliquer ce phénomène.

- L'importance de matérialiser les problèmes nutritionnels

L'autre mode d'abord régulièrement évoqué est celui des examens biologiques : là c'est la mise en évidence d'un problème auparavant invisible, ou bien la matérialisation d'un problème supposé. Les situations nosologiques y étant les plus liées dans les discours sont les dyslipidémies. Cette observation est confortée par les résultats de l'étude du Dr Vuillemin-Baillif qui observait que le prétexte de l'abord de la nutrition par les médecins était en premier lieu les résultats de biologie à 31,37% (32).

Les outils de mise en évidence et d'exploration des problèmes nutritionnels demeurent restreints : pesées, IMC, courbes de poids, examens de biologie. Ils sont utilisés pour dépister et suivre l'évolution du patient mais aussi ancrer la nutrition à une réalité. Nous pouvons en effet supposer qu'en l'absence de signes cliniques visibles comme le surpoids, les xanthélasmas, ou encore de sensations vécues comme l'hypoglycémie, il semble difficile pour le patient de percevoir les problèmes nutritionnels. Les mesures biométriques et la comparaison à des normes peuvent ainsi permettre de mettre en relief l'invisible et de l'ancrer dans une réalité. Le corollaire à ce mode de pensée est la nécessité d'attendre une anomalie – clinique ou biologique – pour aborder la nutrition et donc de passer à côté de la prévention primaire, en amont de tout signe de pathologie.

- En l'absence de motif, comment l'aborder en prévention primaire ?

En prévention primaire, les médecins ciblaient préférentiellement les nourrissons, les enfants, les femmes enceintes, et les seniors. Ces populations étaient également retrouvées dans d'autres études (33–35). Cependant notre étude a pu mettre en évidence deux autres populations cibles de prévention primaire : le patient sportif, ainsi que les patients végétariens ou végétalien.

Ceci confirme le besoin d'un motif pour aborder la nutrition. Un âge (enfants/seniors), un état (la grossesse), ou une pratique liée (le sportif, les végétariens) donnent en effet le motif nécessaire au médecin. De plus certaines données biométriques balisent le parcours de ces groupes comme la courbe de croissance chez l'enfant, ou les biologies régulières de la femme enceinte, ce qui permet d'enclencher la discussion préventive. Seul le Dr B aborde la nutrition en continu mais c'est elle qui s'intéresse le plus au sujet et a suivi un DU en ce sens.

Cette part réduite de la prévention primaire en nutrition n'est pas un fait isolé. Elle se retrouve dans les dépenses de santé publique de prévention en général qui peuvent constituer un bon reflet de l'importance considérée à ce versant du soin actuellement en France (53).

En croisant les différents motifs d'abord nous pouvons ainsi déduire un profil qui ne bénéficiera que rarement de conseils alimentaires : l'adulte d'âge moyen non sportif intense, n'étant pas identifié comme consommateur de toxiques et sans pathologie connue ou supposable. A moins qu'il ne se préoccupe lui-même de son alimentation et souhaite s'informer auprès de son médecin. Ce profil n'est pourtant pas moins à risque de déclarer des pathologies liées à une alimentation déséquilibrée dans le futur et c'est justement à ce stade que doit intervenir la prévention primaire.

2. Une prise en charge centrée sur la communication orale

- Des outils restreints

Que le sujet soit abordé à la suite d'une demande du patient, en prévention primaire ou dans un contexte pathologique, il est traité principalement à l'oral. Cela rejoint les résultats d'études quantitatives antérieures dans lesquelles l'échange verbal prédominait dans 80,4% à 90% des consultations (31,34). Néanmoins, d'autres moyens ont été cités dans notre étude :

Le journal alimentaire est une technique utilisée par les médecins les plus impliqués en nutrition mais abandonnée par les autres car il nécessite souvent de dédier une consultation spécifique ou, du moins, en très grande partie accordée à l'alimentation. Il est aussi qualifié plusieurs fois de « complexe à utiliser » pour le patient qui rapporterait au médecin des documents parfois non exploitables.

Le cas de la fiche alimentaire est différent. Elle est utilisée par un plus grand nombre de médecins soit pour dispenser les conseils et donc ne pas « perdre de temps » en consultation, soit comme introduction à la nutrition pour y revenir dans un second temps, soit encore comme prolongement des informations données en consultation. Elles peuvent être issues d'un livre, éditées par un laboratoire pharmaceutique, issues du PNNS, créées par le médecin lui-même. Le type de fiche nous semble assez révélateur de l'intérêt du médecin pour la nutrition. Les fiches personnalisées demandent en effet plus de temps et d'investissement pour leur réalisation et des travaux avaient montré une meilleure efficacité qu'une fiche pré-imprimée (54).

Afin de donner une information au patient, les médecins ont aussi avancé l'utilisation des outils numériques : internet et applications. De nombreuses informations circulent sur internet mais faut-il encore savoir quelles sont les sources valides. Le médecin peut là aussi conseiller le patient et l'orienter vers des références de qualité comme le site du PNNS, ou les tables Ciqua.

Nous pouvons d'ailleurs remarquer que les outils du PNNS remportaient une adhésion variable de la part des médecins interrogés. Ceux abordant le moins la nutrition les utilisaient pour donner une information générale. Mais ceux qui abordaient la nutrition plus spécifiquement les trouvaient souvent trop généralistes et ne les utilisaient pas. Le but des plans nationaux est en effet de s'adresser à la population la plus large possible, ce qui ne correspond pas à la réalité de la consultation de médecine générale ciblée sur un individu ou son environnement familial proche. Une utilisation synergique des deux modes d'abord nous semblerait tout à fait pertinent : plans nationaux et leur communication pour une sensibilisation au sujet avec une information générale, relayés par une exploration « sur-mesure » et une information personnalisée en consultation.

- Des conseils proches du PNNS 4

Les informations délivrées en consultation s'inscrivaient dans les idées d'équilibre général, de qualité, de quantité et de diversité des aliments, de plaisir de manger, d'adaptation à la dépense physique, d'opposition aux régimes amaigrissants... Même sans se réclamer des campagnes nationales les médecins généralistes rejoignent globalement leurs notions. Le PNNS 4 aborde notamment la nutrition sous l'aspect « augmenter », « aller vers », « réduire », ce qui est proche de ce qu'évoquent les médecins (55). Pour certains cela passe également par de l'approvisionnement local, en circuit court, voir en « bio », notions nouvellement introduites dans le dernier plan national.

Dans le propos, certains nutriments sont reliés plus spécifiquement à des pathologies : les glucides avec diabète et surpoids, les protéines chez la personne âgée, les lipides pour le cholestérol et surpoids, le calcium chez les femme. Mais les médecins ne se concentrent pas sur cette échelle du nutriment, ce qui pourrait relever du « nutritionisme ». Ils gardent un discours global d'équilibre et insistent dans un second temps sur les problématiques plus spécifiques de la personne à qui ils s'adressent.

La notion de plaisir est souvent mise en avant. Indissociable de l'alimentation, le changement doit également passer par lui selon nos médecins, loin de la classique association nutrition - privation. Ceci est en accord avec le PNNS 4 qui ne prône aucune interdiction mais incite à des modulations, évitant ainsi la frustration et la possible restriction cognitive. Cependant, certains discours laissent encore transparaître des notions d'interdiction ou de privation.

- La nécessaire adaptation du discours

L'idée générale d'adaptation au patient est fortement mise en avant afin de correspondre à ses besoins et d'avoir un discours qui soit audible et acceptable, condition sine qua non pour impulser un changement.

Pour Tristan Fournier, l'observance diététique répond à plusieurs déterminants : le niveau de gestion alimentaire de l'individu (cuisine, courses) ses critères socio-démographiques (famille, lieu de résidence, genre), mais aussi le contexte des repas (3). Dans notre étude le Docteur F évoquait bien cette complexité de la chaîne de l'alimentation.

Notre corpus a évoqué à plusieurs reprises la nécessaire adaptation au patient. Ce sont des consultations pensées comme « sur-mesure ». Comme observé dans les discours, chaque personne a son propre vécu de l'alimentation et il semble donc naturel que le médecin doive s'y adapter.

L'adaptation est aussi celle du discours médical, correspondant au patient. On remarque l'utilisation de techniques retrouvées en éducation thérapeutique et en sciences de l'enseignement en général : simplicité, brièveté, explication des mécanismes, transmission des savoirs. En plus des conseils que les médecins prodiguent on peut retrouver aussi des images véhiculées comme celle de l'importance de la nutrition, du potentiel thérapeutique, mais aussi des conséquences possiblement néfastes d'une alimentation inadaptée. Ils essayent par se biais d'induire une « prise de conscience » ou un « déclic » chez le patient. Il faudra toutefois veiller à ne pas susciter une peur contre-productive dans l'information sur les risques inhérents à la nutrition.

- Induire les changements de comportement

Les docteurs B et D qui traitent beaucoup de nutrition, utilisent sans les nommer des techniques d'approche motivationnelle. Ces techniques se centrent sur le patient plus que sur la maladie, se focalisent sur ses attentes, ses besoins et ses possibilités. Elles cherchent à faire émaner la solution et fixer des objectifs par le patient lui-même (56). Le docteur B a d'ailleurs suivi la formation en éducation thérapeutique où sont enseignées ces techniques du changement.

On peut noter que les femmes sont associées à un fort potentiel de changement. Elles sont perçues comme celles qui occupent le rôle central dans l'alimentation de la famille et sont donc un levier important de changement pour tous ses membres. Leur rôle a été mis en avant aussi pour faire changer les habitudes des maris. Mais un des médecins a aussi identifié une potentielle difficulté si les mères et épouses se sentent remise en cause dans leur « rôle nourricier ».

3. Un réseau restreint et difficile d'accès

Lorsqu'ils ont besoin d'orienter leur patient, les médecins que nous avons interrogés se dirigeaient principalement vers les diététicien(ne)s. Les praticiens ont une bonne estime de leur travail et fonctionnent en bonne entente avec eux ce qui n'était pas toujours le cas dans les études antérieures.

En revanche le frein principal dans l'accès à l'orientation vers un autre professionnel de santé (confrère spécialiste, diététicien, psychologue, professeur d'activité physique adaptée...) reste le non-remboursement. Cela influe d'ailleurs sur le choix des médecins traitants. Lorsque leurs patients ont des difficultés financières ils adressent de préférence à des professions remboursées comme les médecins spécialistes ou aux PTA. Cela ne correspond pas toujours au parcours qui aurait été le plus adapté. Ce manque de travail possible en équipe était déjà pointé par la SFMG en 2006 (34). La possibilité d'un remboursement est suggéré par le rapport du HCSP de 2017 (25). Le travail multidisciplinaire apparaît en effet comme un impératif pour un sujet aussi multifactoriel et transdisciplinaire que la nutrition. Il serait donc nécessaire d'amener ces différents acteurs à travailler ensemble et leur donner les moyens, notamment financiers de faire fonctionner ce réseau.

Nous avons été étonnés de voir que cette difficulté d'accès pouvait constituer un atout pour certains médecins qui pensent que l'énergie à mobiliser (financière ou physique) constitue un avantage motivationnel dans la démarche du changement.

D'autres médecins comparent la consultation diététique à l'ostéopathie et supposent qu'elle ne serait pas rentrée dans les mœurs contrairement à cette dernière. Toutefois la logique est différente : l'ostéopathe vient apporter un soin à un problème souvent aigu qu'il tente de soulager dans l'immédiat, alors que le diététicien intervient dans un processus de changement au long cours.

Il faut cependant noter que nos observations sur le réseau de soins sont probablement insuffisantes. En effet les entretiens ont eu lieu dans un territoire peu urbanisé et Manosque, plus grande ville de ce territoire avoisine les 27000 habitants. Des zones de plus forte concentration urbaines comme Aix-en-Provence ou accueillant un CHU comme Marseille, regroupent plus de spécialistes et un réseau de soin plus dense. Notre étude aurait alors pu recueillir une plus grande variabilité de notions en incluant ces territoires.

Ce que l'on peut en revanche noter dans notre étude c'est que les médecins de MSP utilisent volontiers cette structure dans leur approche de la nutrition. Elles leur donnent le réseau, les outils et parfois même les moyens nécessaires (salles, matériel pédagogique, moyens financiers, coordination, projet de soins...). Ceux qui sont en création de MSP attendent d'ailleurs beaucoup de ce mode d'exercice : ils projettent l'association avec des diététiciens, des séances d'éducation thérapeutique ou des dispositifs comme les infirmières ASALEE ou IPA dans les pathologies chroniques. Cet appui est certainement encore plus nécessaire dans les zones rurales disposant d'une offre de soins moins étoffée que dans les villes.

Au final, on retrouve le médecin généraliste en clé de voûte du système, figure fixe sur le parcours du patient, centralisateur des informations et orienteur vers les autres professionnels de santé.

E. Des facteurs externes venant compliquer l'exercice du soin

1. Un rapport au patient parfois complexe

- Un intérêt du patient tout relatif

Comme le révélaiient certains des médecins de notre étude, une des difficultés reviendrait au fait que le patient consulterait rarement à la recherche d'un avis nutritionnel, voire ne s'attend pas à rencontrer ce sujet abordé en consultation. Cette perception qu'ont nos médecins peut discorder avec une forte attente des patients déclarée dans des travaux quantitatifs antérieurs (27–29) mais se retrouve dans les études observationnelles. L'étude Nutrimege retrouvait en effet un sujet nutritionnel initié à près de 80% par les médecins (31). Cela était plus réparti dans l'étude du Dr Vuillemin-Baillif : 49% par le médecin, 45% par le patient et 6 % par l'entourage (32).

Il se peut donc que, malgré une attente générale, les patients n'intègrent pas la nutrition dans leur rapport avec le médecin généraliste. Soit parce que le motif de consultation entrave le désir du patient d'aborder le sujet ou bien parce que le temps limité de la consultation ne lui laisse pas la possibilité de le faire. Il est également possible qu'il n'ose pas aborder ce sujet face à son médecin, avec la peur d'être jugé, voir stigmatisé. Cette discordance semble très dépendante de la relation médecin-patient qui aura été établie.

Toutefois, la pratique du médecin conditionne sa vision du patient. En effet les praticiens abordant peu le sujet laissent la place au patient de le faire, comme dans le cas du Dr Q par exemple. Ils ont donc l'impression que cette question vient fréquemment du patient. Alors que d'autres, comme le Dr B, anticipent la question du patient en abordant le sujet systématiquement.

Cette structuration de la consultation de médecine où le médecin doit répondre à une attente du patient complexifie donc l'introduction de la nutrition si ce dernier ne l'attend pas. Le médecin devra alors identifier le moment opportun s'il juge nécessaire de parler nutrition.

Les médecins de notre étude suggéraient que l'intérêt de leurs patients à la nutrition répondait fréquemment à des stimuli comme les modes alimentaires (gluten, lactose, régimes) et les inquiétudes véhiculées par les médias (toxiques présents dans les aliments, crises alimentaires), ou encore un lien supposé entre un symptôme et l'alimentation. On notera par exemple que le mode d'entrée par prise de sang est évoqué autour du cholestérol, souvent prescrit par les médecins mais aussi sujet largement médiatisé. Ces exemples mettent bien en relief le rôle des médias ; notamment internet et télévision (27,28,30).

Cette médiatisation de la santé par l'alimentation peut constituer une aide pour le médecin car elle fait prendre conscience de l'importance de la nutrition au patient. A contrario, l'influence médiatique peut constituer un obstacle lorsqu'elle véhicule des informations aux sources scientifiques généralisées ou peu fondées, génératrices de cacophonie nutritionnelle que le médecin aura du mal à corriger.

- Un sujet délicat

Selon le sociologue Tristan Fournier, « tenter de modifier les habitudes alimentaires d'un individu c'est prendre le risque d'entrer en interférence avec les nombreux mécanismes impliqués dans l'acte alimentaire : socialisation, création et entretien des liens sociaux, construction et affirmation des identités sociales et culturelles » (3).

Aborder la nutrition en consultation n'est donc pas si anodin. Devant ces situations sensibles, les médecins généralistes interagissent avec tact, délicatesse, empathie, sans jugement, en cassant les tabous. Ils cherchent le moment le plus opportun pour l'aborder et passent aussi par des abords contournés, via l'activité physique ou une fiche remise au patient car blesser voire « braquer » le patient risquerait d'altérer la relation médecin-patient mais aussi l'efficacité du message sanitaire. Ceci est d'autant plus vrai dans le rapport aux enfants. Le discours nécessite en effet une adaptation à l'âge, au niveau de compréhension et de maturité, mais c'est également l'entourage de l'enfant qui peut mettre le médecin en difficulté. Il est l'atout indispensable pour modifier les habitudes de l'enfant mais peut être un réel frein s'il n'en a pas conscience ou si l'évocation du problème soulève ses propres problématiques personnelles. On retrouve également cette difficulté pour la personne âgée dépendante, pour qui l'entourage peut être une aide extrêmement précieuse ou un réel obstacle dans la gestion de l'alimentation.

La sensibilité d'abord de la nutrition fait écho à la souffrance psychique parfois ressentie par les patients notamment dans les situations d'excès de poids. Le Dr J a particulièrement insisté sur ce point. Il semble essentiel de rechercher et de traiter cet aspect avant même d'espérer une modification du mode alimentaire.

2. Environnement et particularisme culturel

Les déterminants des choix alimentaires se font selon des facteurs individuels (connaissances, croyances, psychologie, plaisir, valeur, image de soi), des facteurs micro-environnementaux et personnels (communauté, école, famille, amis, collègues, environnement immédiat) et des facteurs sociétaux, politiques et législatifs (gouvernement, collectivité territoriale, offre alimentaire, accessibilité de l'environnement, politiques publiques, médias, ethnie) (57). Le médecin, s'il peut agir, en partie, sur certains facteurs individuels, n'a que peu d'accès sur les autres déterminants. La nutritionniste de santé publique Geneviève Le Bihan souligne l'importance d'avoir des comportements individuels responsables mais aussi la nécessité de créer des environnements propices à l'adoption de ces comportements favorables à la santé pour obtenir les effets escomptés de l'éducation nutritionnelle sur l'individu et la collectivité. Elle précise que l'éducation nutritionnelle ne peut se limiter aux connaissances liées à l'équilibre alimentaire ou à la nécessité de faire de l'activité physique « pour sa santé » (3). Les préconisations du rapports HCSP ayant abouti au PNNS 4 allaient dans ce sens (25).

Même convaincu par le médecin de l'importance d'équilibrer son alimentation, l'individu est pris dans une culture. « Sa décision alimentaire est en pratique un choix dans un éventail de produits fixés par l'offre, dans un modèle alimentaire forgé par la culture, sous des contraintes socio-économiques et les conséquences de ses propres choix antérieurs. L'habitude étant le facteur le plus prédictif, la décision est souvent par défaut une non-décision : faire comme d'habitude » écrivait le psychologue social Saadi Lahalou (3).

Le point de vue des médecins sur les particularités régionales illustre bien cette prégnance culturelle de l'alimentation. Ils mettent en avant des habitudes alimentaires provençales plus corrélées avec une « alimentation santé » par rapport à d'autres régions –notamment septentrionales– où ils ont exercé ou vécu. Cette différence se retrouve dans les particularités régionales de l'étude Nutrinet-santé où la région PACA est une plus grande consommatrice de fruits et de légumes frais et d'huile d'olive (58). Cependant les médecins perçoivent une différence entre zone urbaine et rurale, notamment autour de l'offre alimentaire. Certains secteurs sont même qualifiés de « privilégiés », de par la facilité d'accès à des produits frais, en vente directe depuis le producteur ou par l'usage du potager ; d'autres territoires, notamment urbains, sont à l'inverse perçus comme rattrapés par une uniformisation industrielle de l'alimentation ainsi qu'un recours facile et régulier à la « fast-food », moins associés à des pratiques « santé ». Nous retrouvons bien là l'effet sur les choix alimentaires de l'environnement sur lequel le médecin n'a pas de prise mais qui peut simplifier ou au contraire rendre plus difficile la prise en charge nutritionnelle de ses patients.

3. Alimentation, soin, et difficultés socio-économiques

Les liens prégnants entre qualité nutritionnelle et niveau socio-économique de leurs patients revenaient régulièrement dans les discours des médecins interrogés. En 2011 les 20% de ménages les plus modestes consacraient 18,2% de leur budget à l'alimentation, contre 14,2% pour les ménages les plus aisés. En revanche le montant absolu consacré à l'alimentation était 2,6 fois plus élevé pour les foyers gagnant plus de 3500 euros par mois que pour ceux gagnant moins de 1000 euros par mois (59).

De plus, à calories égales, les fruits et légumes coûtent cinq fois plus cher que les autres groupes d'aliments (25). En raison du prix des aliments, les ménages pauvres adoptent naturellement un régime riche en calories qui est de surcroît plus palatable. Or ce régime est moins rassasiant et peut induire des effets néfastes sur la santé d'où l'intérêt d'agir sur l'accès physique et économique aux denrées alimentaires selon leur qualité nutritionnelle (3). Les mesures de taxation s'avèrent efficaces sur les comportements, comme l'a encore démontré récemment une étude menée sur l'effet des taxes sur les boissons sucrées instaurée à Philadelphie (60). Afin de rééquilibrer les inégalités d'accès aux denrées alimentaires, le HSCP suggérait dans son rapport de 2017 de réinvestir ces taxes dans le financement des aliments à bonne valeur nutritionnelle mais coûteux comme les fruits et légumes, par exemple à l'aide de tickets d'achat dédiés pour les ménages les plus modestes (24).

Au-delà des inégalités financières se sont aussi les différences de groupes sociaux qui sont mises en action par la vision du « bien se nourrir ». De nos jours, pour les catégories aisées cela revient à consommer des aliments jugés sains (poissons, légumes), alors que les catégories modestes sont plutôt portées vers les aliments « rassasiants » (féculents, viandes). Le poids des traditions et des habitudes familiales reste fort (3). S'il est vrai que le frein socio-économique peut être en partie contourné par le niveau d'éducation et une culture alimentaire riche comme le mentionnaient certains médecins, éducation et culture restent bien souvent dépendantes du groupe social.

4. L'éducation à la santé

Un important levier de transmission des connaissances évoqué ici était l'enseignement à l'école. L'éducation à l'alimentation est jugée comme primordiale par notre corpus. La transmission d'un message nutritionnel par le médecin y participe à moindre échelle mais c'est surtout l'éducation à l'école, et ce le plus tôt possible, qui est mise en avant. Cette éducation à l'alimentation comprend les connaissances nutritionnelles mais aussi la connaissance des aliments disponibles et l'apprentissage des techniques culinaires. En France le code de l'éducation prévoit une information et une éducation à l'alimentation à l'école. Un de nos médecins ne jugeait pas cela suffisant et souhaiterait voir les professionnels de santé diététiciens et médecins invités à participer à cette éducation nutritionnelle.

L'intervention de l'état est dans ce domaine primordiale. La reconduite du PNNS est un bon signe de son implication et il faut souhaiter que les actions sur l'éducation des enfants inscrites dans les plans précédents se poursuivent et même se diffusent (61,62).

L'idée de cours de cuisine pour les familles a été recueillie dans les entretiens afin de transmettre ces compétences. Ce genre d'atelier est aujourd'hui possible dans les parcours d'éducation thérapeutique diabète ou obésité, mais il serait en effet très pertinent d'agir en prévention primaire et dans la population générale.

Pour que l'information nutritionnelle soit entendue par des « mangeurs pluriels » il est nécessaire de mettre en place une éducation nutritionnelle mais aussi une culture alimentaire(3).

CONCLUSION

La place de la nutrition dans le cadre du soin ne cesse de progresser dans le sillage des avancées de la recherche, des politiques de santé publique, mais aussi parallèlement à la progression des pathologies qui y sont liées. La médecine générale, base du système de santé, est également impliquée dans ce développement. Notre étude a pu montrer que désormais les médecins traitants perçoivent plus largement l'importance de la nutrition pour la santé humaine, ce qui ne semblait pas être le cas il y a seulement quinze ans. Son intégration dans le cadre de leur exercice est en revanche moins évidente et nous avons constaté une grande variabilité dans les pratiques.

L'abord des sujets nutritionnels nécessitait souvent pour les médecins d'avoir un motif clinique ou biologique. Cela les conduisait à prendre en charge les problèmes préférentiellement au stade de prévention secondaire ou tertiaire. Les entités nosologiques de prédilection étaient le diabète, les écarts pondéraux, les dyslipidémies, l'hypertension artérielle, et la goutte. La prévention primaire n'était pas réalisée par tous, et se rattachait à des motifs situationnels : l'enfance, la grossesse, le grand âge, les sportifs et les patients végétariens. Seul le médecin présentant le plus d'intérêt pour la nutrition et ayant suivi une formation complémentaire par un diplôme universitaire de nutrition abordait systématiquement le sujet.

Une fois abordée, la question de la nutrition était traitée principalement oralement. Le journal alimentaire semblait être un outil plus difficile à mettre en place et les médecins généralistes y recouraient donc peu. Les conseils alimentaires associaient fréquemment la situation rencontrée à un nutriment. Ils reposaient cependant sur un ensemble de principes qui rejoignaient souvent ceux du PNNS 4, sans que les médecins ne s'en réclament pour autant. On retrouvait ainsi l'importance de la diversité alimentaire, du plaisir de manger, des justes rythmes et quantités alimentaires, de l'équilibre entre les apports et les dépenses, notamment via l'activité physique.

Un relais d'information par fiche papier ou via des outils numériques était fréquent. Ces prises en charge se faisaient, là encore, selon une grande variabilité inter-individuelle, avec des explorations, conseils et suivis plus ou moins approfondis selon les médecins. Les qualificatifs de place « annexe » ou à l'inverse « primordiale » donnés par les médecins reflétaient bien leurs pratiques.

Le cadre de la médecine générale influait pour beaucoup dans les pratiques. La consultation nutritionnelle étant qualifiée de « chronophage » il paraissait difficile de l'inclure dans la consultation de médecine générale. Cela pouvait constituer un frein pour certains qui l'abordaient donc superficiellement ou préféraient la confier à un autre professionnel ou à une fiche informative. Une solution suggérée ou appliquée était de dédier des consultations à ce sujet lorsque le besoin était mis en évidence. Il était toutefois difficile de pouvoir accorder ce temps supplémentaire compte tenu de la raréfaction de l'offre médicale. Cela était d'autant plus vrai dans les zones rurales isolées, où le médecin subit une forte demande de soins. Les

médecins qui traitaient le plus de nutrition étaient donc ceux que leur motivation avait poussé à trouver les ressources de connaissances ainsi que les moyens matériels pour dépasser ces difficultés. Cela nous prouve bien que l'intégration de la nutrition en médecine générale n'est pas encore une évidence aujourd'hui.

La question de la rémunération de consultations dédiées à la nutrition, comme la consultation « CSO enfant », divisait les médecins. Ceux s'intéressant le plus à la nutrition et appliquant déjà des consultations dédiées saluaient cette reconnaissance et souhaitaient son extension à l'adulte. Les moins impliqués en nutrition ne pensaient pas qu'elle était la solution adéquate, du moins de manière isolée, à la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Cette position allait souvent de pair avec une critique du modèle de rémunération à l'acte. Néanmoins, dans la conception actuelle de rémunération du médecin et au vu des blocages structurels qu'il rencontre pour parler de nutrition, il semble tout à fait adapté de développer l'usage de la consultation CSO de l'enfant, voire même d'étendre ce système à l'adulte et à la prévention primaire.

Si l'opinion est divisée quant aux moyens à utiliser et à mettre en place, notre étude a pu mettre en évidence que la médecine générale constitue le niveau de soin idéal pour le développement de la prise en charge des problèmes nutritionnels. Grâce à sa proximité avec le patient, à la relation de confiance établie avec lui, à la connaissance de son environnement social et de son lieu de vie, à son suivi régulier au cours des années, le médecin généraliste est un des soignants les plus à même de lui parler de nutrition. Ce rythme de la médecine générale répond au besoin de temps nécessaire pour obtenir des changements de mode de vie dans le domaine de la santé.

La prise en main du sujet nutritionnel par les médecins interrogés dépendait pour beaucoup de leurs intérêts personnels, de leurs expériences de vie, et de la conception qu'ils s'étaient faite du soin et de leur rôle comme médecin traitant. L'ensemble de ces déterminants se sont exprimés dans le cadre fixé par l'institution pour l'exercice de la médecine générale. Ces variabilités inter-individuelles nous font supposer qu'il serait nécessaire d'accorder une place plus importante et de donner plus de valeur à l'enseignement de la nutrition et de la diététique dans le cadre des études de médecine, au premier et deuxième cycle, mais également lors de la spécialisation. L'apprentissage de l'éducation thérapeutique et des techniques d'approche motivationnelle semble également essentiel à intégrer dans l'enseignement pour améliorer la relation médecin-patient et impulser des changements comportementaux.

Les praticiens que nous avons interrogés identifiaient le temps comme obstacle principal à la prise en charge de la question nutritionnelle dans leur consultation. De plus les entretiens ont pu mettre en relief plusieurs difficultés sur lesquels les médecins n'ont que peu de prise : un réseau de soins et des moyens insuffisants ; le sujet nutritionnel lui-même délicat, intime et donc difficile à aborder ; le désintérêt, l'absence de prise de conscience, le déni et les réticences du patient ; la difficulté à changer les habitudes de vie, suivie d'une sensation

d'impuissance par le médecin dans le domaine nutritionnel ; l'influence des conditions socio-économiques et la culture alimentaire du patient ; l'environnement proche du patient (famille, habitat, possibilité ou non de cuisiner, offre alimentaire, marchabilité et cyclabilité du lieu de vie) ; un manque de culture et de connaissances sur l'alimentation et la cuisine ; et enfin un environnement global non facilitant (habitudes de société, publicité, politique de santé, réglementation)

Si l'amélioration de la santé de la population en matière de nutrition doit passer par des modifications de l'environnement pour le rendre compatible avec des comportements cohérents avec la santé, poursuivre la communication des bonnes pratiques alimentaires nous semble essentiel. Cela est vrai pour la médiatisation des campagnes d'information comme le PNNS 4, dans le cadre de l'éducation nationale, ou même dans le cadre de la santé au travail, mais la consultation de médecine générale reste le lieu idéal par sa capacité à toucher l'ensemble de la population. Il faut donc continuer à encourager la prise en charge de la nutrition en médecine générale en donnant au praticien les moyens de le faire : enseignement universitaire des connaissances utiles, formations continues, réseau de santé efficient, possibilités structurelles dans l'exercice. Ainsi le médecin généraliste pourra effectuer au mieux cette mission, que ce soit dans la prise en charge des pathologies liées à la nutrition mais aussi à tous niveaux de prévention nutritionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hippocrate : DU RÉGIME livre premier. (bilingue) [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/regime.htm>
2. Birlouez É. La santé par l'alimentation: de l'Antiquité au Moyen âge. Rennes: Éd. « Ouest-France »; 2013.
3. Esnouf C, Fioramonti J, Laurioux B, Houllier F, Poulain J-P. L'alimentation à découvert. Paris: CNRS; 2015.
4. Stevens J, Cai J, Pamuk ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JL. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. *N Engl J Med*. 1 janv 1998;338(1):1-7.
5. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 17 avr 1997;336(16):1117-24.
6. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*. 24 avr 2003;348(17):1625-38.
7. Nutrition et santé [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/nutrition-et-sante>
8. Baudry J, Assmann KE, Touvier M, Allès B, Seconda L, Latino-Martel P, et al. Association of Frequency of Organic Food Consumption With Cancer Risk: Findings From the NutriNet-Santé Prospective Cohort Study. *JAMA Intern Med*. 1 déc 2018;178(12):1597-606.
9. Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ*. 14 févr 2018;360:k322.
10. de Lorgeril M, Renaud S, Mamelle N, Salen P, Martin JL, Monjaud I, et al. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet Lond Engl*. 11 juin 1994;343(8911):1454-9.
11. de Lorgeril M. Mediterranean diet and the French paradox Two distinct biogeographic concepts for one consolidated scientific theory on the role of nutrition in coronary heart disease. *Cardiovasc Res*. juin 2002;54(3):503-15.
12. Lairon D, Vincent S, Defoort C. Alimentation méditerranéenne et maladies cardiovasculaires: analyse des études d'intervention. *Cah Nutr Diététique*. 1 déc 2006;41(6):335-40.
13. Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol*. déc 1986;124(6):903-15.

14. Willcox D, Willcox B, Todoriki H, Suzuki M. The Okinawan Diet: Health Implications of a Low-Calorie, Nutrient-Dense, Antioxidant-Rich Dietary Pattern Low in Glycemic Load. *J Am Coll Nutr.* 1 août 2009;28 Suppl:500S-516S.
15. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
16. Obepi Roche, Recherche Médicale, Maladie Cardio Vasculaire - Roche.fr [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.roche.fr/fr/innovation-recherche-medicale/decouverte-scientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html>
17. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l’obésité chez l’enfant et l’adulte [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: [/liste-des-actualites/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte](#)
18. Selon un rapport de l’ONU, la faim dans le monde continue d’augmenter [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/11-09-2018-global-hunger-continues-to-rise---new-un-report-says>
19. FAO - Nouvelles: Le gaspillage alimentaire porte atteinte au climat, à l’eau, aux terres et à la biodiversité [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.fao.org/news/story/fr/item/196268/icode/>
20. Chapter 3 — Global Warming of 1.5 °C [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ipcc.ch/sr15/chapter/chapter-3/>
21. Qu’est-ce que le PNNS ? | Manger Bouger [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Qu-est-ce-que-le-PNNS>
22. Herberg S, Castetbon K. Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Institut de veille sanitaire; 2006.
23. INCA 3 : Evolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/inca-3-evolution-des-habitudes-et-modes-de-consommation-de-nouveaux-enjeux-en-mati%C3%A8re-de>
24. HCSP. Pour une Politique nutritionnelle de santé publique en France. PNNS 2017-2021 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 sept [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=632>
25. Pour une Politique nationale nutrition santé en France PNNS 2017-2021. Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 sept.
26. Giet D. ECOLOGIE DES SOINS MÉDICAUX, CARRÉ DE WHITE, SOINS PRIMAIRES ET MÉDECINE GÉNÉRALE. *Rev Med Liege.* :8.
27. Labbé L. Conseils nutritionnels par le médecin généraliste: attentes des patients [Thèse d’exercice]. [France]: Université d’Angers; 2016.

28. Senez-Gadenne C. Education nutritionnelle: besoins et attentes d'une population [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2011.
29. Ferrer E. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire: expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016.
30. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Perrin-Escalon H, Bossard C, Beck F, Bachelot-Narquin R. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis: Éditions Inpes; 2009.
31. Covi A, Letrilliart L. L'éducation nutritionnelle en médecine générale: fréquence, modalités, déterminants. UPEC, France; 2008. 59 p.
32. Vuillemin-Baillif M. Approches nutritionnelles au cabinet du médecin généraliste, analyse des contenus et des représentations à partir d'enregistrements vidéo de consultations de médecine générale. 2013.
33. GUYE O, GRUAZ D, FONTAINE D. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. ORS Rhône-Alpes; 2004.
34. Kandel O, Boisnault P. Nutrition en médecine générale: Quelles réalités? SFMG; 2006.
35. Valin-Le Madec M. Recommandations alimentaires en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2004.
36. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obes Res.* 2005;13(4):787-95.
37. Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf
38. Netgen. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
39. Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Alpes-de-Haute-Provence, 2018. ORS PACA; 2018.
40. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 - Insee Première - 1374 [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281191#consulter>
41. Besson V, Biau O. Portrait de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Insee PACA; 2012.
42. demographie_31-12-2018_1.pdf [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: http://www.conseil04.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-325/34275/demographie_31-12-2018_1.pdf
43. Chambon E. Influence des habitudes alimentaires du médecin généraliste sur les conseils alimentaires qu'il donne à ses patients [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.

44. Martin A. LA FORMATION A LA NUTRITION DES PROFESSIONNELS, Rapport au Ministre de la santé. Ministère des solidarités et de la santé; 2009.
45. Allen DJ, Heyrman PJ. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE, WONCA Europe. 2002;52.
46. La durée des séances des médecins généralistes. Drees, Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006.
47. Le Lay E. Les médecins généralistes et la nutrition santé [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
48. Rosp du médecin traitant de l'enfant [Internet]. [cité 7 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant>
49. Un enjeu de santé publique [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/sante-prevention/surpoids-et-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique>
50. Patnode CD, Evans CV, Senger CA, Redmond N, Lin JS. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 11 juill 2017;318(2):175-93.
51. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Change. Am J Health Promot. 1997; 12(1): 38-48
52. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-artérielle-de-l-adulte
53. Femina A, Geffroy Y, Sarlon E, Sermet C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Drees, Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
54. Campbell MK, DeVellis BM, Strecher VJ, Ammerman AS, DeVellis RF, Sandler RS. Improving dietary behavior: the effectiveness of tailored messages in primary care settings. Am J Public Health. mai 1994;84(5):783-7.
55. Recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité pour les adultes. Santé publique France; 2019 janv.
56. Lécaillier D, Michaud P. L'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique. Alcoologie et addictologie 2004; 26 (2):129-134.
57. Simon C. Prévention de l'obésité. La revue du praticien 2005;(55):1453-60.
58. Etude Nutrinet-Santé, Etat d'avancement et 1ers résultats [Internet]. 2009. Disponible sur: https://info.etude-nutrinet-sante.fr/protectednew/pdf/dossier_presse_nutrinet_30_novembre_2009.pdf
59. Le budget des familles en 2011 – Les dépenses des ménages en 2011 | Insee [Internet]. [cité 7 oct2019].

Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2835605?sommaire=2015691#graphique-figure1>

60. Association of a Beverage Tax on Sugar-Sweetened and Artificially Sweetened Beverages With Changes in Beverage Prices and Sales at Chain Retailers in a Large Urban Setting | Nutrition | JAMA | JAMA Network [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2733208>
61. Éducation à l'alimentation et au goût - Découvrir l'alimentation - Éduscol [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/cid47662/decouvrir-alimentation.html>
62. Education - Manger Bouger Professionnel [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/pro/education>

ANNEXES

Annexe 1

GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF

Présentation

Dans le cadre de mon travail de thèse de médecine j'aborde le sujet de la nutrition en médecine générale par cette question : Comment le médecin généraliste aborde-t-il la question nutritionnelle auprès de ses patients lors de la consultation en cabinet de médecine ambulatoire ?

Ce guide d'entretien qualitatif vise donc à explorer l'approche de la question nutritionnelle par les médecins généralistes, son application, et les freins à son application.

Il se déroulera en deux parties :

- La première consiste en un entretien verbal semi-dirigé autour de questions ouvertes. Votre parole sera enregistrée à l'aide d'un dictaphone. Elle peut être totalement libre car l'entretien sera confidentiel et garanti par l'anonymat. Les données pourront être effacées à tout moment si vous le souhaitez. Vous pouvez donc vous permettre ici un témoignage personnel et authentique sur lequel il ne sera porté aucun jugement. De plus, l'entretien intégral ne figurera pas dans le travail final, mais juste quelques extraits pertinents sélectionnés et toujours anonymes.
- La seconde partie est un court questionnaire quantitatif permettant de définir les caractéristiques de la population étudiée : ici les médecins généralistes exerçant en ambulatoire dans le sud des Alpes-de-Haute-Provence.

Je vous remercie par avance d'avoir accepté de participer à ce travail de thèse et mettrai à votre disposition les résultats en fin d'étude si vous le souhaitez.

Entretien qualitatif semi-dirigé

1. Quelle est la place de la nutrition dans votre exercice médical au quotidien ?

Quelle serait sa place pour vous en médecine général ?

Quel intérêt portez-vous à ce versant du soin ?

Comment y avez-vous été sensibilisé ?

Abord en consultation

2. Comment arrive la question nutritionnelle au sein de vos consultations ?

3. Quelles sont les situations dans lesquelles vous parlez de nutrition ?

Pour quels patients ou quelles situations cliniques ?

A quel moment abordez-vous les conseils nutritionnels avec un nouveau patient ?

Exploration de la question

4. Une fois abordée, comment se passe en pratique l'exploration de la question nutritionnelle ?

Sur quels aspects de la nutrition insistez-vous ?

Quels outils utilisez-vous ? (mesures, informations, attitude...)

Quelle utilité avez-vous des documents du PNNS ?

5. Au besoin, à quel professionnel ou réseau de santé faites-vous appel ? Comment ?

6. Dans l'ensemble, comment percevez-vous la position de vos patients sur cette question de la nutrition ?

7. Et personnellement, comment vous sentez lors de l'abord de ces questions ?

Freins et solutions

8. Quels sont les obstacles ou difficultés que vous rencontrez dans l'abord et l'exploration de cette question nutritionnelle ?
Quel rôle joue, selon vous, la culture alimentaire locale lorsque vous parlez de nutrition en consultation ?
9. Qu'est-ce qui pourrait faciliter, selon vous, l'abord de la nutrition en cabinet ?
D'ailleurs, que pensez-vous de la nouvelle cotation de la sécurité sociale pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant ?

→ Question de fin : Voulez-vous ajouter quelque-chose ?

Caractérisation de l'échantillon

- Sexe :
- Age :
- Année d'obtention du diplôme/ faculté :
- Depuis combien d'années êtes-vous installé ?
- Selon quel mode d'exercice ?
- Avez-vous reçu un enseignement de nutrition pendant vos études ? oui/non
- Avez-vous une/des formation(s) complémentaire(s) en nutrition ? Oui/non
Si oui, lesquelles ?

Annexe 2

CONSENTEMENT ECLAIRE

Thèse : Abord de la question nutritionnelle par les médecins généralistes lors de la consultation de médecine ambulatoire. Etude qualitative dans la zone sud des Alpes-de-Haute-Provence

Investigateur : Rémy SCHWARTZLER
Faculté de Médecine de Marseille

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude qualitative dans le cadre de la thèse de Médecine Générale susnommé. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire. Je peux l'arrêter à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi (loi du 20 décembre 1988 article 15). Au cours de cette expérience, j'accepte que mes réponses soient recueillies par données audios. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif de l'investigateur concerné. J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Nom du volontaire :

Date et Signature (précédée de la mention «lu et approuvé ») :

Nom de l'investigateur :

Signature :

Liste des abréviations

AMAP : Association pour le Maintien d'une Agriculture Paysanne
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
CIQUAL : Centre d'Information sur la Qualité des Aliments
CSO (cotation) : Consultation Spécialisée de l'Obésité
DASH : Dietary Approches to Stop Hypertension
DU : Diplôme Universitaire
DPC : Développement Professionnel Continu
ENNS : Evaluation Nationale Nutrition Santé
FAO: Food and Agriculture Organization
FMC : Formation Médicale Continue
GIEC : Groupement International d'Expert pour le Climat
HSCP : Haut Conseil de Santé Publique
HTA : Hypertension artérielle
IMC : Indice de Masse Corporelle
INCA : Etudes individuelles Nationales des Consommations Alimentaires
INRA : Institut National de la Recherche Agronomique
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPA : Infirmière de Pratique Avancée
MICI : Maladies Inflammatoires Chronique de l'Intestin
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PTA : Plateforme Territoriale d'Appuis
ROSP : Rémunérations sur Objectif de Santé Publique
SFMG : Société Française de Médecine Générale
TCA : Troubles du Comportement Alimentaire
TFI : Troubles Fonctionnels de l'Intestin
WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academics
Associations of general practitioners

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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(e) et méprisé(e) si j'y manque.