



HAL
open science

Attentes des patients sur le conseil nutritionnel par le médecin généraliste : enquête qualitative

Marion Spriet

► **To cite this version:**

Marion Spriet. Attentes des patients sur le conseil nutritionnel par le médecin généraliste : enquête qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02896591

HAL Id: dumas-02896591

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02896591>

Submitted on 10 Jul 2020

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°19

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Février 2020

Par SPRIET Marion

Née le 03/10/1989 à Saint-Pierre (974)

**ATTENTES DES PATIENTS SUR LE CONSEIL
NUTRITIONNEL PAR LE MEDECIN GENERALISTE
ENQUETE QUALITATIVE**

Sous la direction du Dr Yves Montariol

Membres du jury :

Pr Jean-Philippe Joseph
Dr Emmanuel Prothon
Pr Philippe Castera
Pr François Petregne
Dr Yves Montariol

Président
Rapporteur
Examineur
Examineur
Directeur

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph :

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Prothon :

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Votre relecture précise et vos conseils avisés ont été précieux dans la rédaction finale de ce travail.

A Monsieur le Docteur Philippe Castera :

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Monsieur le Docteur François Petregne :

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Monsieur le Docteur Yves Montariol :

Merci d'avoir accepté de co-diriger, puis de diriger cette thèse. Vos conseils bienveillants et votre disponibilité m'ont été précieux tout au long de ce travail.

A Monsieur le Docteur Yves Dababie :

Merci d'avoir accepté initialement de diriger cette thèse et de l'intérêt porté à ce travail.

Merci au CGEA d'avoir financé la formation à la recherche qualitative nécessaire à la préparation de ce travail de thèse. Merci à la FAYR-GP d'organiser des formations à la recherche en médecine générale et de m'avoir ainsi initiée à la recherche qualitative.

Je remercie tous les médecins qui m'ont aidée au recrutement des participants ainsi que tous les participants qui ont accepté de se livrer sur un sujet intime et qui ont permis l'élaboration de cette étude.

A ma famille,

Merci Maman pour ton soutien sans faille depuis le début de ses longues années d'études. Sans toi rien de tout ça n'aurait pu être possible. Merci à mes frères Yohan et Ludovic d'avoir toujours cru en moi et soutenu et à vos compagnes et enfants d'éclairer chaque jour mes journées.

Merci Papa de m'avoir transmis ton amour pour les sciences et la rigueur et de m'avoir soutenue tout au long de ces études malgré la distance.

Merci à Audrey d'avoir relu mon travail et merci de m'avoir accueillie avec Michael chez vous à de si nombreuses reprises. Votre soutien m'a été d'une aide précieuse.

A mes amies,

Merci à mes amies d'enfance d'être toujours présentes, depuis les bancs de la primaire jusqu'à aujourd'hui malgré le temps et la distance. Maeva ma première amie, ma voisine, merci encore aujourd'hui de m'écouter me plaindre de l'autre bout de la planète. Merci à Maë de toujours me faire rire avec tes histoires improbables, merci à Diane et tous les autres.

Merci à mes amis du lycée, Soraya pour ta bonne humeur et ton flegme légendaire, Cyrielle pour ton entrain et nos discussions interminables et tous les autres : Pauline, Charles, Adrien...etc.

Merci à mes amies rencontrées à mon arrivée à Bordeaux d'avoir découvert la vie étudiante bordelaise avec moi : Jennifer, Magalie, Leslie, Sophie, Karine, Nadia, Julie, Elisa.

Merci à mes amis rencontrés sur les bancs de la fac de médecine et pendant l'internat. Merci à Justine d'avoir traversé les études de médecine avec moi depuis la première année en passant par les ECN, l'internat jusqu'aux premiers remplacements et à la thèse. Merci d'être devenue une amie pour toujours sur laquelle je peux compter dans tous les instants. Merci à Alix qui est devenu un ami également et qui a la patience de supporter nos conversations interminables avec Justine. Merci à Camille pour tous ces bons moments pendant nos stages d'internes et encore aujourd'hui. Merci à mes amis rencontrés à Périgueux, Julie, de m'entraîner toujours dans toutes tes activités et de ton enthousiasme permanent, Matthieu, de nos soirées danse aux discussions les plus sérieuses (et de ton aide précieuse dans mon travail de thèse), Noémie pour tes conseils toujours avisés et ton calme olympien, Elise et Alex pour nos soirées quizz et à Pierre, Thomas et Boris pour tous ces bons moments passés ensemble.

Table des matières

Abréviations :	5
Préambule : Contexte de l'étude :	6
I. Introduction :	14
II. Méthode :	16
A : Choix de la méthode :	16
B : Population étudiée :	16
C : Techniques de recueil de données :	17
D : Méthode d'analyse :	17
III- Résultats :	18
A : Caractéristiques des répondants :	18
B : Les résultats de l'étude :	20
1. Les attentes de la population en matière de conseil nutritionnel :	20
2. La perception du médecin généraliste dans le conseil nutritionnel :	22
3. La perception de l'alimentation en santé :	24
IV. Discussion :	27
A. Résultats principaux :	27
B. Forces de l'étude :	27
C. Limites de l'étude :	27
D. Mise en perspective :	28
V. Conclusion :	31
VI. Bibliographie :	32
Annexes :	35
Annexe 1 : Affiche recrutement cabinet de médecine générale :	35
Annexe 2 : Fiche d'enregistrement CNIL	36
Annexe 3 : Formulaire de consentement :	39
Annexe 4 : Guide d'entretien version 1 :	41
Annexe 5 : Guide d'entretien version 2 :	42
Annexe 6 : Extrait carnet de bord :	43
Annexe 7 : Serment d'Hippocrate :	46
Résumé :	47

Abréviations :

AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments
ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
AVC : Accident vasculaire cérébral
BAC : Baccalauréat
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNRH : Centre de recherche en nutrition humaine
COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research
CPP : Comité de protection des personnes
DASH : Dietary approaches to stop hypertension
EFSA : Autorité européenne de sécurité des aliments
ENNS : Etude nationale nutrition santé
FAO : Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
Fayr-GP : French organisation of young researchers in General practice
HTA : Hypertension artérielle
IMC : Indice de masse corporelle
NCB : Névralgie cervico brachiale
OGM : Organisme génétiquement modifié
OMS : Organisation mondiale de la santé
PNNS : Plan national nutrition santé
Predimed : Prevencion con dieta mediterranea
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
SAOS : Syndrome d'apnée obstructive du sommeil
SFMG : Société française de médecine générale
TDAH : Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Préambule : Contexte de l'étude :

I : Histoire de l'alimentation dans la santé :

Si depuis ses débuts, l'homme a conscience que l'alimentation est indispensable à sa santé en tant que carburant du corps, dès l'antiquité en occident, la médecine avec Hippocrate à Cos et Galien à Rome s'intéresse à la nutrition, qui est perçue comme un élément fondamental de la bonne santé des biens portants et des malades. L'aliment doit alors participer au maintien des 4 éléments, eau, terre, air, feu et des 4 tempéraments, mélancolique, lymphatique, sanguin et colérique, la bonne santé étant le résultat de leur équilibre (1). Malgré l'ignorance des mécanismes, certains conseils alimentaires peuvent même alors s'avérer utiles comme par exemple la prescription de produits d'origine marine pour les goîtres. Il semble que dans le reste du monde, notamment en Chine et en Inde ayurvédique, une approche conceptuelle similaire est établie entre l'alimentation et l'état de santé à travers le maintien d'un équilibre semblable (2). Un peu plus tard, médecins perses et arabes soulignent à leur tour l'importance de l'alimentation pour le maintien de la santé et ainsi Rhazès à Bagdad enseignait « *Tant que tu peux soigner avec des aliments, ne soigne pas avec des médicaments* ». Quelques années plus tard encore, Ibn Butlan publie un traité sur les aliments, décrivant les propriétés de nombreux aliments ainsi que des conseils d'hygiène de vie. On voit également l'apparition de régimes végétariens recommandés chez certains groupes sur des bases morales ou philosophiques (1).

Cette approche conceptuelle perdure pendant le moyen âge, et le savoir sur l'alimentation se développe et se ramifie sous différents types d'ouvrage. En règle générale, dans les consultations, la partie thérapeutique comprend toujours, aux côtés de préparations pharmacologiques, une « diète » souvent largement consacrée à l'alimentation. On retrouve également à cette période de nombreux textes mettant en évidence l'aspect conservatoire voire « préventif » de l'alimentation. La plupart de ces « diètes » sont cependant réservées à une élite qui vit dans l'opulence pendant que le reste de la société subit famine, disette et empoisonnement des récoltes, créant carences (scorbut, crétinisme), malnutrition et épidémies (choléra, mal des ardents)(1,3). L'opulence et la suralimentation dans les hautes sociétés décrites comme la « gula » sont, elles, déjà décriées par les médecins de l'époque bien que cela prenne sûrement racine dans une moralisation de ces comportements, en opposition à l'idéal de sobriété, voire de frugalité, des Anciens grecs hérité du modèle aristotélicien et de la tradition chrétienne.

La renaissance et les siècles suivants voient les changements annonçant l'époque moderne avec la diversification alimentaire suite aux croisades et explorations qui ramènent en Europe des légumes et fruits inconnus. Le XVIIIème siècle voit le début de la révolution industrielle avec l'arrivée de la pomme de terre introduite par Parmentier qui contribuera à réduire les famines jusqu'à la fin du XVIII et l'apparition de nouveaux modes de conservation comme la « mise sous vide ».

Le XIXème siècle est un tournant devant le développement de la chimie et la découverte de nombreuses molécules comme le glucose, l'iode etc., entraînant un progrès fondamental dans la compréhension, le traitement et la prévention du goître endémique ou du diabète de type 2. On note également une diminution des maladies infectieuses d'origine alimentaire suite à l'amélioration de l'hygiène alimentaire et hydrique, liée à la démonstration de l'origine microbienne de celle-ci par les travaux de Pasteur (1).

II : Les problématiques actuelles :

De nos jours, à la suite de l'industrialisation massive des pratiques agroalimentaires ainsi que l'urbanisation et la modification des lieux d'achats des denrées alimentaires, nous faisons face à de nouveaux paradoxes.

D'un côté dans notre société, on observe une abondance alimentaire avec une augmentation des disponibilités caloriques totales, de 1700kcal à la fin du XIXème siècle à 3600kcal actuellement, avec cependant une importante modification de la composition énergétique du régime alimentaire actuelle au profit des lipides et une augmentation de la consommation de produits d'origine animale. (1,4) Cette augmentation des ressources disponibles a permis une augmentation de la longévité et de la taille, cependant elle est également responsable de maladies de surcharge de plus en plus importantes, engendrant des dépenses de santé croissantes. En 2008, l'OMS estimait ainsi qu'une alimentation déséquilibrée était un facteur de risque majeur de maladies non transmissibles, qui représentaient elles-mêmes 63% des causes de décès dans le monde en 2008 (5).

En France, en 2015, les premières causes de décès sont ainsi les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire (6), et malgré la diminution du taux de décès lié à l'amélioration des pratiques, dans le même temps on enregistre une augmentation de la morbidité des maladies chroniques probablement liée à l'amélioration des diagnostics mais aussi à la persistance de facteurs de risques directement due à une mauvaise alimentation (maladies de surcharge) (7).

En effet, on constate une augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité. L'étude Obepi conduite en 2009 retrouvait ainsi une prévalence de 31,9% du surpoids (IMC \geq 25) dans la population adulte dont 14,5% d'obèse (IMC \geq 30). Au total depuis le début de l'étude en 1997, on estimait donc une augmentation relative moyenne de +5,9% par an depuis 12 ans. (8) Parallèlement, on observe le même constat dans la population des 6-17 ans avec une prévalence estimée à 17% en 2017, dont 4% d'obèses, d'après l'étude ESTEBAN. Après des années d'augmentation progressive, il semble cependant au regard de la dernière étude ESTEBAN qu'il existe actuellement une stabilisation du surpoids (à 49% pour les adultes en 2015) et de l'obésité (17% pour les adultes en 2015) que ce soit chez les enfants ou les adultes (9).

On observe également une augmentation des facteurs de risques cardiovasculaires. Dans la population adulte, la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) est de 30,6% en 2015 contre 16,5% en 1992 (10).

Concernant le diabète, en 2016 la prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France était de 5% de la population soit 3,3 millions de personnes dont 90% de diabète de type 2. Sur cette population, 8800 ont été hospitalisés pour un infarctus, 198000 pour un AVC, 26700 pour une plaie du pied, 8400 pour une amputation du pied et 4400 mis sous dialyse, soit une morbidité majeure sachant que ces résultats sont probablement sous-estimés (11).

Depuis plusieurs années, on constate une augmentation constante de mise sur le marché de produits alimentaires ultra transformés qui de par leur prix, leur hyper palatabilité et leurs aspects pratique (prêt-à-manger, rapide) ont tendance à remplacer les produits bruts dans l'alimentation de la population. Pourtant ces produits souvent très sucrés, salés, riches en graisses saturées et additifs sont d'un intérêt nutritif pauvre et des études récentes tendent à montrer que la consommation de ce type de produits est associée à une augmentation du risque de cancer (12), de maladies cardiovasculaire (13) mais aussi de décès toutes causes confondues (14).

D'autre part, ces pathologies de surcharge liées à l'abondance et aux modifications des comportements alimentaires cohabitent avec des pathologies carencielles persistantes. Celles-ci peuvent être liées à différents éléments, le principal étant la constante paupérisation de la population entraînant des choix alimentaires défectueux. Ces carences concernent surtout les fruits et légumes, les poissons et les produits carnés entraînant des déficits en protéines, vitamines et micro-nutriments. (1) Ainsi 8% des femmes appartenant à des foyers défavorisés présentent une anémie par carence martiale contre 0,8% des femmes appartenant aux foyers les plus aisés (15). A cela s'ajoute le recours à des régimes amaigrissants de façon non contrôlée, vantés par la presse, et les dictats actuels de la mode, pouvant aller jusqu' à des situations d'anorexie mentale. On voit également apparaître des conduites alimentaires comme le végétalisme notamment, pouvant entraîner des carences en vitamine B12 principalement, mais aussi des carences plus importantes aux conséquences désastreuses en cas de grossesse, ou chez les enfants (1).

L'autre paradoxe concerne la sécurité sanitaire. En effet, dans une société où les contrôles sanitaires sont de plus en plus sévères, persistent des pollutions et contaminations alimentaires entraînant parfois des scandales sanitaires défrayant la chronique et majorant les craintes dans la sécurité alimentaire pour la population, comme on a pu le voir avec le scandale de la vache folle, du poulet à la dioxine ou plus récemment avec la contamination de plusieurs lots de lait infantile en poudre (16). Persistent également de grandes incertitudes concernant les nouveaux processus d'industrialisation de l'agriculture sur l'innocuité des pesticides et OGM (organismes génétiquement modifiés).

III : Mise en place d'une action par les pouvoirs publiques pour promouvoir l'alimentation dans la santé

Actuellement, le rôle d'une alimentation déséquilibrée est connu comme représentant un facteur de risque de maladie non transmissible, que ce soit d'obésité, de maladies cardiovasculaires, de cancers, de maladies osseuses (ostéoporose et cancer) ou de maladies carencielles. De récentes études ont montré que, de façon opposée, une alimentation équilibrée dès le plus jeune âge ou la correction d'une alimentation déséquilibrée avaient un impact sur la morbi-mortalité de ces pathologies (17).

Ainsi, les études DASH (dietetary approach to stop hypertension) en 1997 et DASH sodium en 2000 mettaient en évidence une amélioration de la pression artérielle et des taux de cholestérol chez les sujets ayant suivi une alimentation équilibrée associée à une réduction des apports en sel comparés à ceux ayant une alimentation déséquilibrée et riche en sel, et des meilleurs résultats lorsque les 2 étaient associées par rapport à l'un ou l'autre séparément (18). De même, l'étude Predimed réalisée en 2013 retrouvait une réduction du risque d'évènements cardiovasculaires chez les patients qui suivaient un régime méditerranéen avec une supplémentation en huile d'olive et en noix comparés aux personnes ayant un régime bas en matière grasse simple (19).

Conscients de tels enjeux, que ce soit au niveau national ou international, une sensibilisation des populations à une alimentation équilibrée est devenue un des enjeux majeurs des pouvoirs publics. En 1943, paraît aux Etats-Unis la première publication des apports nutritionnels recommandés. En France, il faudra attendre 1982. En 1985, le conseil national de l'alimentation est mis en place et en 1990 la nutrition est reconnue en tant que discipline universitaire autonome dans les facultés de médecine. Les années 90 voient également la création de centres de recherches pour

la nutrition (CNRH) sous l'influence du ministère de la recherche et la réalisation de plusieurs enquêtes INCA suivant l'évolution des consommations d'un groupe d'individu représentatif de la population française. Sur le plan sanitaire en 1963, l'OMS et le FAO créent le Codex alimentarius qui établit des normes alimentaires internationales pour protéger le consommateur. En 1998, naît l'agence française de sécurité sanitaire pour l'alimentation (AFSSA) maintenant devenue Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et en 1999 le Livre blanc de l'Union européenne sur la sécurité alimentaire pour une politique nutritionnelle globale et cohérente, « de la ferme à la table », avec un rôle de contrôle, suite à différents scandales sanitaires (poulet à la dioxine, vache folle). En 2002, l'agence européenne de sécurité des aliments (EFSA) est créée et en 2004, l'OMS lance une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, montrant l'intérêt de la communauté internationale pour la sécurité alimentaire suite aux différents scandales sanitaires et à l'augmentation des maladies de surcharge dans les pays développés comme dans les pays en voie de développement (4). Dans son rapport sur les statistiques sanitaires mondiales en 2012, l'OMS évoque même les maladies non transmissibles (maladies de surcharge, cancers...), dont l'alimentation est l'un des principaux facteurs de risque, comme un défi sanitaire majeur du XXI-ème siècle (5).

En 2001 naît le Programme national nutrition santé (PNNS), premier acte fondateur d'une politique nutritionnelle en France, avec 4 plans successifs (2001-2005 ; 2006-2010 ; 2011-2015 ; 2017 ; 2019). Ces différents programmes fixent ainsi des objectifs de santé publique à atteindre et des repères nutritionnels pour la population générale en fonction des dernières publications et enquêtes sur la nutrition (20-21). Différentes actions sont mises en place afin de promouvoir une consommation plus importante de fruits et légumes, laitages et une activité physique avec différentes campagnes publicitaires dans les médias, ainsi que la restriction des publicités pour les produits sucrés, l'interdiction des distributeurs de boissons et de produits alimentaires dans les établissements scolaires, etc. Parallèlement, les différentes études INCA et l'étude nationale nutrition santé (ENNS) en 2006, puis l'étude ESTEBAN (étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition) menée de 2014 à 2016 permettent d'évaluer les changements de consommation et les répercussions sur la santé de la population. Ces dernières études ont permis l'élaboration de nouvelles recommandations nutritionnelles en 2019 qui comportent quelques nouveautés comme la mise en avant de la consommation de fruits à coques, de légumes secs, des féculents complets et l'utilisation de l'huile d'olive et de noix. Elles mettent également en avant le « fait maison » (en opposition aux aliments ultra transformés) et insiste sur la saisonnalité des produits, l'utilisation de produits issus de l'agriculture biologique ajoutant donc une composante écologique et durable dans ces recommandations. Enfin, la diminution de la viande rouge, de la charcuterie et des produits ultra transformés sont maintenant recommandés. On note la mise en place d'outils comme le Nutriscore permettant à la population de s'orienter sur la qualité des produits alimentaires et ainsi de faire un choix plus sain (22).

Malgré les différentes actions menées par l'état, les derniers résultats de l'étude ESTEBAN montrent une stabilité du surpoids et de l'obésité dans la population générale, ainsi qu'une absence d'évolution des comportements alimentaires avec une consommation toujours trop riche en graisse, sucres, sel et pauvre en fruits et légumes malgré le PNNS (9,23-24). Au niveau sanitaire, on observe une sensibilité de plus en plus importante des consommateurs concernant le contrôle et la qualité des aliments. Cette sensibilité semble cependant beaucoup plus importante qu'envers une campagne

nutritionnelle sur des risques déjà connus (alcool, obésité) alors que le risque n'est pas moins important. (4) Il est donc nécessaire de poursuivre les actions de prévention au niveau nutritionnel.

III : Le rôle du médecin généraliste :

D'après la nouvelle définition européenne de la médecine générale rédigée par la WONCA-Europe (société européenne de médecine générale) en 2002 et révisée en 2011, l'un des principaux rôles du médecin généraliste est la promotion et l'éducation à la santé, ainsi que l'intervention à un stade précoce et indifférencié de la maladie du développement, des maladies qui pourraient requérir une intervention rapide. Il a donc un rôle prépondérant dans la prévention, d'autant plus qu'il est habituellement le premier contact de la population avec le système de soins (25), et il est le professionnel de santé qui connaît le mieux le patient. De fait, il touche une grande part de la population et peut ainsi délivrer des messages de prévention publique plus adaptés et personnalisés à ses patients par rapport à une campagne d'information publique (26). Il peut également plus facilement toucher des classes sociales basses, qui sont souvent les personnes qui nécessitent le plus de conseils, et ne sont parfois pas touchées par les campagnes de santé publique, car elles ne disposent pas de télé ou autres moyens d'informations, ou n'ont pas accès à d'autres professionnels de santé, notamment à cause de leur coût (nutritionniste, diététicien). De plus, le médecin généraliste est perçu positivement par la population, en effet 91% de la population ont une bonne opinion de leur médecin généraliste (27) et le perçoivent comme la source la plus fiable en matière de conseil nutritionnel (28). Réciproquement, plusieurs études démontrent un effet bénéfique d'un conseil nutritionnel effectué par leur médecin généraliste sur ses patients sur leur alimentation au décours et même sur l'IMC (29–31).

D'après une étude menée en 2009 par la société française de médecine générale, il semble que la plupart des médecins généralistes dispensent des conseils nutritionnels et se sentent à l'aise sur ce sujet. Cependant, de nombreuses barrières semblaient cependant exister, comme le manque de temps, de connaissances, le manque de remboursement, le manque de support, l'inadaptation de la consultation sous sa forme actuelle à dispenser des conseils de bonne qualité, mais également parfois la peur de brusquer les patients ou le manque de retour ou de résultats visibles (32-33). A noter également que ces conseils sont plus souvent dispensés aux patients qui présentent déjà une maladie de surcharge donc en prévention secondaire, alors qu'ils seraient également bénéfiques en prévention primaire.

L'intérêt d'une politique de prévention qu'elle soit donc générale par les campagnes de santé publique, ou individuelle par le médecin généraliste ne fait pas de doute. Cependant, devant l'absence de résultats probants, peut se poser la question d'une inadéquation entre ce qui est fait actuellement et ce qu'attendent réellement les patients en matière de conseil nutritionnel. En effet, si de nombreuses études ont étudié le ressenti et les pratiques des médecins généralistes sur ce thème, nous avons trouvé peu d'études sur ce que le patient attendait alors qu'il est le premier concerné. En France, deux thèses se sont intéressées à cette question, une thèse avec une méthode quantitative sous forme de questionnaires envoyés aux patients réalisée en 2016 (34) et une thèse avec méthode qualitative s'intéressant uniquement aux patients de moins de 40 ans en 2016 (35).

D'où, l'idée de réaliser une nouvelle étude à méthode qualitative afin de faire émerger si possible de nouvelles hypothèses et de s'éloigner le plus possible des présupposés de la littérature,

mais sur un échantillon moins restreint que dans la thèse du docteur Ferrer.

IV : Bibliographie :

1. Jaffiol C. Alimentation et santé dans l'histoire humaine : paradoxes et incertitudes de notre siècle, séance publique [Internet]. 2011 [consulté le 20 nov 2018]. Disponible sur: https://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/academie_edition/fichiers_conf/JAFFIOL2011.pdf
2. Hubert A. Alimentation et Santé : la Science et l'imaginaire. *Anthropology of Food*. 2001;S1. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/aof/1108>
3. Nicoud M. L'alimentation, un risque pour la santé ? Discours médical et pratiques alimentaires au Moyen Âge. *Médiévales*. 30 nov 2015;(69):149-70.
4. Chemineau P, Donnars C, Sabbagh C, Tibi A, Etiévant P, et al. Évolutions des consommations, pratiques alimentaires et recommandations nutritionnelles. Dans: INRA, Comportements alimentaires : choix des consommateurs et politiques nutritionnelles. Versailles: Quæ, « Matière à débattre et décider », 2012, p. 5-26.
5. Organisation mondiale de la santé. Statistiques sanitaires mondiales 2012 [Internet]. Genève: Bibliothèque de l'OMS; 2012 [consulté le 11/09/18]. Disponible sur internet : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44857/9789242564440_fre.pdf;jsessionid=621490087C80CE7956C6F9773E49B48A?sequence=1.
6. Institut national d'études démographiques. Causes de décès [Internet]. [consulté le 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/causes-deces>
7. DREES. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017 Synthèse [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2017 mai [consulté le 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-2.pdf>
8. ObÉpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. Paris: Inserm/Kantar Health/Roche; 2012. [Consulté le 8 oct 2019]. Disponible sur: https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche_france/fr_FR/doc/AttachedFile_10160.pdf
9. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017 [Consulté le 05/11/2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-corpulence>
10. Frérot L, Le Fur P, Le Pape A, Sermet C. L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique septembre [internet]. Paris: Enquête INSEE-CREDES; 1999[Consulté le 05/11/19]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports1999/rap1276.pdf>
11. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018 [Consulté le 05/11/2019]. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
12. 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*. 2018 Feb 14; 360(8141):k322.

13. Srour B, Fezeu L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, Andrianasolo R et al. Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospective cohort study (NutriNet-Santé). *BMJ*. 2019 May 29 ; 365(8201):l1451.
14. Rico-Campà A, Martínez-González M, Alvarez-Alvarez I, Mendonça R, de la Fuente-Arrillaga C, Gómez-Donoso C et al. Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study. *BMJ*. 2019 May 29; 365(8201):l1949.
15. DREES. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011. Nutrition et activité physique. Anémie et carence en fer, [Internet] InVS;. 2011 [cité 6 nov 2019] p. 146-147. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_18_nutrition_obj7.pdf
16. ANSES. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à la filière de production des préparations en poudre pour nourrissons [Internet]. Maisons-Alfort: ANSES; 2019 [consulté le 03/12/2019]. Disponible sur internet: <https://www.anses.fr/fr/content/pr%C3%A9parations-en-poudre-pour-nourrissons-les-recommandations-de-l%E2%80%99anses-pour-am%C3%A9liorer-la>
17. Reedy J, Krebs-Smith S, Miller P, Liese A, Kahle L, Park Y, et al. Higher Diet Quality Is Associated with Decreased Risk of All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality among Older Adults. *J Nutr*. June 2014;144(6):881-889. [Consulté le 22 mai 2018].
18. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 4 janv 2001;344(1):3-10.
19. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M-I, Corella D, Arós F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med*. 4 avr 2013;368(14):1279-90.
20. Ministère de l'emploi et de la solidarité haut comité de santé publique. Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France: enjeux et propositions. ENSP Ed. Juin 2000. 276 pages
21. ANSES. Actualisation des repères du PNNS : révision des repères de consommations alimentaires Avis de l'Anses Rapport d'expertise collective [Internet]. 2016 déc [cité 22 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0103Ra-1.pdf>
22. Santé publique france. Recommandations relatives à l'alimentation, l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes. Etat des connaissances [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019 [consulté le 12/01/2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186841/2320233>
23. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Consommations alimentaires [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017 [Consulté le 05//11/2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016-chapitre-consommations-alimentair>
24. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017 [consulté le 05/11/2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de->

[sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016-.chapitre-activite-physique-et-sede](#)

25. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The european definition of general practice / family medicine [Internet]. Barcelone: WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille); 2002[Consulté le 05/11/2019]. Disponible sur: <https://www.woncaeuropa.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
26. Drenthen AJM, Van Binsbergen JJ. Nutrition guidance in The Netherlands: the role of the GP in the translation from population strategy to individual approach. *Fam Pract.* déc 2008;25 Suppl 1:i56-59.
27. Hermange M, Ambroise-Thomas, Couturier D, Loisanche D. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'Institut BVA pour Académie nationale de médecine. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2008, 192, no 4, 805-816, séance du 8 avril 2008.
28. Hiddink GJ, Hautvast JG, van Woerkum CM, Fieren CJ, van 't Hof MA. Consumers' expectations about nutrition guidance: the importance of primary care physicians. *Am J Clin Nutr.* 1997;65(6 Suppl):1974S-1979S.
29. Sacerdote C, Fiorini L, Rosato R, Audenino M, Valpreda M, Vineis P. Randomized controlled trial: effect of nutritional counselling in general practice. *Int J Epidemiol.* avr 2006;35(2):409-15.
30. Lazić D, Cikac T, Ozvacić Z, Cop R. [GP's intervention in changing lifestyle behavior of adipose patients]. *Acta Med Croatica.* févr 2007;61(1):7-11.
31. Sculati O, Bettoncelli G, Brignoli O, Corgatelli G, Ponti D, Rumi A, et al. [Efficient prevention of overweight and obesity in the experience of family practitioners and « nutrition units » of the public health system in Lombardy]. *Ann Ig.* févr 2006;18(1):41-8.
32. Kushner RF. Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med.* nov 1995;24(6):546-52.
33. Kandel O, Boissnault P. Nutrition en Médecine Générale : quelles réalités? [Internet]. SFMG, Enquête, 2007. [Consulté le 23 nov 2018]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/6188681-Nutrition-en-medecine-generale-queelles-realites-resultats-de-l-enquete-sfmg-realisee-en-mars-2006.html>
34. 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 de médecine, Nice: Université de Nice-Sophia Antipolis; 2016.
35. Labbe L. Conseils nutritionnels par le médecin généraliste : attentes des patients. Thèse de médecine, Angers: Université d'Angers; 2016.

I. Introduction :

L'alimentation est un sujet souvent au cœur de l'actualité médiatique, à la suite de scandales sanitaires (vache folle,...), de découvertes sur son rôle dans la santé (association entre la consommation de viande rouge et l'augmentation du risque de cancer du côlon (1), association entre l'alimentation issue de l'agriculture biologique et la diminution du risque cancer (2)) ou de nouvelles tendances alimentaires (véganisme, ...). Cette présence dans les médias reflète une préoccupation de plus en plus importante de la population au sujet de l'alimentation, devant les changements liés à la modernisation et l'industrialisation de l'agriculture. La population s'interroge sur le contenu des assiettes et l'impact sur sa santé et cherche à s'informer sur comment mieux manger (3).

Le rôle de l'alimentation sur la santé est connu depuis l'antiquité avec Hippocrate et l'apparition des grandes civilisations. Si, avant la période moderne, les principaux problèmes de santé liés à l'alimentation étaient des carences d'apports ou des contaminations alimentaires, de nos jours dans les pays développés, nous faisons face à plusieurs paradoxes. Abondance, diversification des denrées alimentaires et paupérisation croissante de la population se côtoient, entraînant l'association de carences alimentaires aux maladies de surcharges (HTA, diabète, obésité). De même, avec l'industrialisation alimentaire et la nécessité de réduire les coûts de production, malgré des contrôles sanitaires toujours plus importants, plusieurs scandales sanitaires ont fait la une de l'actualité (4).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'une alimentation déséquilibrée représente un facteur majeur de risque de maladies non transmissibles (63% des causes de décès dans le monde en 2008) (5). En France, les premières causes de décès sont ainsi les cancers et les maladies cardiovasculaires (6). Malgré la diminution du taux de décès liée à l'amélioration des pratiques, on enregistre une augmentation de la morbidité des maladies chroniques liée à l'amélioration des diagnostics, mais aussi à la persistance de facteurs de risques due à une mauvaise alimentation (maladies de surcharge) (7). Ainsi, le surpoids touche un adulte sur deux et sur cette population un sur six est obèse (7). De façon opposée, une bonne alimentation avait un impact sur la mortalité et la morbidité de ces pathologies chroniques (8). Ainsi, l'étude Predimed (9) a montré un bénéfice sur le risque d'incidents cardiovasculaires et les régimes DASH et DASH sodium (10) une amélioration des chiffres tensionnels.

Consciente de tels enjeux, une sensibilisation de la population à une alimentation équilibrée est au cœur de la politique de santé publique de l'état en France depuis plusieurs années passant notamment par le Programme nationale nutrition santé (PNNS) créé en 2001 et prolongé à 4 reprises (2006,2011,2017,2019) (11-12). Ces différents programmes fixent ainsi des objectifs de santé publique à atteindre, ainsi que des repères nutritionnels pour la population. L'étude ESTEBAN de 2015-2016 visant à évaluer les évolutions en matière de comportements alimentaires, d'activité physique ou de l'évolution de la corpulence de la population montre cependant une stabilité du surpoids, de l'obésité et une absence d'évolution des comportements alimentaires (13-15). Il est donc nécessaire de poursuivre les actions de prévention au niveau nutritionnel en accord avec les nouvelles recommandations nutritionnelles parues en 2019 (16).

L'un des rôles du médecin généraliste est la prévention, qui est une des compétences professionnelles enseignée au cours du DES de médecine générale. Il est amené à conseiller le

patient sur son alimentation afin d'éviter l'apparition de pathologies à la suite d'une alimentation déséquilibrée. Premier interlocuteur médical, il touche une importante part de la population et peut prononcer un discours plus personnalisé que les campagnes de santé publique (17). Il est perçu comme la source la plus fiable en matière de conseil nutritionnel (18). Réciproquement, des études ont démontré un effet bénéfique du conseil nutritionnel par le médecin généraliste sur ses patients sur leur alimentation et leur IMC au décours (19-21). Les médecins généralistes dispensent en majorité des conseils nutritionnels à leurs patients (3).

Cependant, de nombreuses barrières ont été mises en évidence : le manque de temps, de connaissances, de remboursement, de support, l'inadaptation de la consultation sous sa forme actuelle à dispenser des conseils de bonne qualité, la peur de brusquer les patients et le manque de retour ou de résultats visibles (3,22). Ces conseils sont plus souvent dispensés aux patients présentant déjà une maladie de surcharge, donc en prévention secondaire.

Peu d'études ont été réalisées sur les attentes de la population sur le conseil nutritionnel. Deux thèses en France se sont intéressées à ce sujet, une quantitative sous la forme d'un questionnaire en population générale avec 485 questionnaires exploitables et une qualitative ciblant les moins de 40 ans, montrant néanmoins des résultats similaires : les patients étaient en attente de conseils en matière de nutrition. Cependant la première étude s'intéressait à tous types de population et était quantitative et la deuxième ciblait une population de moins de 40 ans (23-24). Nous nous sommes donc intéressés à construire une nouvelle étude avec une méthode qualitative s'intéressant à un échantillon plus large.

Notre question de recherche était : quelles sont les attentes des patients de moins de 65 ans sur le conseil nutritionnel délivré par leur médecin généraliste ?

II. Méthode :

L'objectif principal de notre étude était de déterminer les attentes des patients sur le conseil nutritionnel par le médecin généraliste.

Les objectifs secondaires étaient d'explorer le ressenti des patients sur le conseil existant et sur la place du médecin généraliste en nutrition et également de comparer nos résultats avec la littérature existante.

A : Choix de la méthode :

La recherche qualitative, utilisée notamment dans les sciences humaines et s'attachant à explorer, comprendre et théoriser des représentations, des comportements, un vécu ou des interactions entre personnes, a été retenue. Le but de cette recherche plutôt compréhensive qu'explicative n'est pas de confirmer, mais de construire des théories. Il s'agit donc d'une méthode inductive avec un ajustement progressif entre les hypothèses scientifiques et la réalité des données sur le terrain. Pour notre étude, le but étant de définir les attentes des patients envers leur médecin, elle paraissait la plus adaptée afin de faire émerger des hypothèses nouvelles, par rapport à une étude quantitative avec un questionnaire où seuls pourraient être évalués les présupposés de l'auteur. Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude afin de permettre une mise à distance des présupposés. L'étude a été construite en suivant la grille de qualité COREQ-32 (25).

B : Population étudiée :

Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les participants de l'étude devaient avoir entre 18 et 65 ans, résider en Gironde et parler le français couramment. La limite d'âge a été fixée à 65 ans, car à partir de cet âge, les problématiques et conseils alimentaires deviennent sensiblement différents du fait du vieillissement et des problématiques de dénutrition chez cette part de la population.

Recrutement « raisonné » :

Le but était d'obtenir un échantillon en variation maximale, afin de recueillir des points de vue les plus diversifiés possibles. Nous avons donc décidé de critères pré établis, afin de maximiser l'expression de la diversité. Ces critères ont également été choisis sur leur susceptibilité à influencer les réponses des participants. Les deux genres de classes d'âges différents (18-29 ;30-44 ;45-54 ; 55-65 ans) ont été interrogés. Nous avons également tenu compte du niveau de fin d'études, ainsi que de la localisation géographique des participants (urbaine et rurale) et de l'IMC.

Nous avons recruté les répondants dans différents cabinets de médecine générale par le biais d'affiches (annexe 1) présentant le concept de l'étude. Ce recrutement s'est fait lors de consultation avec les médecins sollicités, ainsi qu'avec l'investigatrice elle-même et également dans l'entourage de l'investigatrice. Après huit premiers entretiens réalisés sans sélection particulière, l'échantillonnage a été raisonné afin d'obtenir des profils distincts des personnes déjà interrogées, pour une variation maximale.

Taille de l'échantillon :

Dans une enquête qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas requise au début de l'étude et la fin du recueil des données n'intervient que lors de la saturation ou suffisance des données. Dans le cas de notre étude, nous avons estimé que 12 à 16 entretiens seraient probablement nécessaires.

Comité d'éthique :

Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été faite (Annexe 2). Notre étude ne nécessitait pas l'accord du Comité de protection des personnes (CPP), car il s'agit d'une recherche en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé.

C : Techniques de recueil de données :

Entretiens individuels semi dirigés :

L'alimentation pouvant être un sujet sensible et personnel, nous avons fait le choix d'entretiens individuels. L'entretien individuel permet à la personne interviewée d'exprimer ses opinions sans influence de la part d'un autre sujet comme cela peut être le cas lors d'un focus groupe. L'entretien semi dirigé paraissait le plus adapté afin de faire émerger des réflexions nouvelles de la part des répondants sans qu'ils soient orientés de façon trop importante, mais que l'entretien reste structuré pour autant. Les entretiens menés par l'investigatrice se tenaient soit au domicile ou dans un lieu calme choisi par la personne interviewée, soit dans une pièce calme du cabinet médical.

L'interviewé informé du sujet de l'étude et de l'enregistrement signait un consentement écrit (annexe 3). Le recueil des données démographiques était réalisé, puis débutait l'entretien enregistré avec un dictaphone et un smartphone. Afin d'être reproductible et d'aborder des thèmes importants, il s'appuyait sur un guide.

Guide d'entretien :

Il a été réalisé par l'investigatrice après une formation à la recherche qualitative (Ecole d'automne de la Fayr-GP 2018 à Marseille) et validé par un autre chercheur (directeur de thèse) et 2 entretiens tests réalisés auprès de personnes de l'entourage du chercheur. Il était orienté selon la question de recherche, basé sur les données de la littérature existante (3,23-24) et composé de questions thématiques ouvertes, permettant à l'interviewé de s'exprimer librement, et de questions de relance, si certains thèmes n'étaient pas abordés spontanément (Annexe 4). Il a été modifié au cours de l'étude devant l'émergence de thématiques nouvelles et afin d'améliorer la qualité de recueil de données (Annexe 5).

Retranscription des données :

Les enregistrements étaient retranscrits mot à mot (sauf données identifiantes) de manière intégrale, anonyme et confidentielle, au fur et à mesure de leur réalisation, puis détruits. Les verbatims ainsi rédigés étaient gardés de manière sécurisée. Les informations démographiques, le ressenti de l'investigatrice, la date et la durée de l'entretien étaient également notés au début de chaque retranscription afin de comprendre le contexte au moment du codage.

D : Méthode d'analyse :

Les verbatims étaient analysés avec l'aide du logiciel Nvivo 12 plus® de manière continue par l'investigatrice alors que les entretiens se poursuivaient. Une triangulation était réalisée tout au long de l'étude. Une deuxième chercheuse également formée à la recherche qualitative pratiquait séparément un codage ouvert sur 1 entretien sur 3, avec une mise en commun à l'issue. La méthode par théorisation ancrée dont la finalité consiste à élaborer une théorie sur des phénomènes observés était utilisée. L'entretien était donc lu à plusieurs reprises et analysé selon 3 niveaux de codage, codage ouvert, thématique, puis sélectif, afin de dégager les thèmes qui répondaient le mieux à l'objectif (Annexe 6) (26).

III- Résultats :

Les entretiens se sont déroulés du 24/01/19 au 08/10/19.

La saturation des données a été obtenue au 12ème entretien et nous en avons réalisé 2 supplémentaires pour la confirmer, soit au total 14 entretiens.

La médiane des entretiens était de 24 minutes 18 secondes, variant de 7 à 51 minutes.

Notre échantillon était varié selon les critères pré établis. (Tableau 1)

A : Caractéristiques des répondants :

Le détail des caractéristiques socio-démographiques des répondants est développé dans le tableau ci-dessous :

	Sexe	Age	Niveau d'études	Zone démographique	Antécédents	Statut marital	Enfant	IMC
R 1	H	30-44	CAP	Rural	Aucun	Pacsé	Oui	22,8
R 2	F	30-44	BAC+4	Rural	Aucun	Pacsée	Oui	23,2
R 3	H	30-44	CAP	Rural	Ethylisme, obésité, HTA, TDAH	Célibataire	Non	34,7
R 4	F	30-44	BAC+2	Rural	Hypothyroïdie, Tumeur phyllode, Obésité	Mariée	Oui	30,8
R 5	F	45-54	BAC+5	Urbain	Pre diabète, dépression, obésité morbide	Célibataire	Non	>40
R 6	F	55-65	BAC+9	Urbain	HTA	Mariée	Oui	25,5
R 7	F	18-29	BAC	Urbain	Aucun	Célibataire	Non	21,5
R 8	H	18-29	BAC	Urbain	Fracture tibia	Célibataire	Non	24,4
R 9	F	30-44	BAC+5	Rural	Aucun	Mariée	Non	19,6
R 10	F	18-29	BAC+2	Urbain	NCB droite, lombalgie commune	Divorcée	Non	27,7
R 11	H	30-44	BAC+5	Urbain	Rosacée	Concubinage	Non	25,1
R 12	H	30-44	BAC+6	Urbain	Dyslipidémie	Célibataire	Non	32,7
R 13	H	45-54	BAC+5	Urbain	HTA, Diabète, Goutte	Concubinage	Oui	28,3
R 14	F	55-65	BAC+2	Urbain	SAOS, adénome hypophysaire, glaucome, asthme	Divorcée	Oui	35,9

Tableau 1: Caractéristiques des répondants.

H : Homme F : Femme

B : Les résultats de l'étude :

L'analyse des verbatims a mis en évidence l'apparition de 3 grands thèmes :

Les attentes de la population en matière de conseil nutritionnel.

La perception du médecin généraliste dans le conseil alimentaire.

La perception de l'alimentation en santé.

1. Les attentes de la population en matière de conseil nutritionnel :

-Aborder le sujet en consultation :

En effet, que ce soit parce qu'ils ne voulaient pas déranger, parce qu'ils n'osaient pas en parler ou parce qu'ils ne pensaient pas ou ne savaient pas que le médecin était un interlocuteur sur ce sujet, la plupart des participants souhaitaient que ce thème soit simplement abordé par leur médecin généraliste afin qu'ils puissent l'identifier comme un interlocuteur ouvert et disponible sur ce sujet. « *J'oserais pas trop poser trop de questions.[...] C'est plutôt pour ne pas les gêner dans leur travail.* » R6

Il ne fallait donc pas que le médecin généraliste hésite à faire le premier pas. Certains participants reconnaissaient même qu'ils n'auraient pas osé faire le premier pas et qu'ils pensaient que c'était donc au médecin, s'il estimait qu'il existait une problématique de santé, de l'aborder en consultation.

-Une attitude bienveillante et non jugeante :

Concernant l'abord de ce conseil, il était souhaité par les répondants que dans son attitude le médecin reste neutre, qu'il ne soit pas dans le jugement et qu'il respecte le choix des patients de suivre ou non ses conseils. « *Le seul mot qui me viendrait à l'esprit c'est de la bienveillance. Parce que je connais personne qui change de comportement d'une manière ou d'une autre, parce qu'on lui a fait la leçon ! Et peu importe que la personne qui fasse la leçon, ait raison ou pas !* » R 12

L'alimentation étant un sujet intime, personnel et culturel, donner des conseils sur ce thème pouvait être perçu comme moralisateur, et chez certains patients en surpoids ou présentant des insécurités physiques entraînant parfois une détresse psychologique, cela pouvait être perçu comme un jugement négatif. « *Euh, il ne faut pas aussi que ça devienne un donneur de leçon, quoi ! [...] Plus dans la prévention, pas de...pas blâmer quoi ! Plus le côté d'encourager, voilà, pour pas que, qu'on se braque quoi !* ». R 11

Le médecin devait donc avoir plus un rôle de conseiller adaptant les recommandations aux singularités des patients. « *C'est d'informer en fait, sur effectivement le choix en fait... rappeler le PNNS, mais sans pour autant que ce soit un dictat de ce qui doit être mangé, parce que...hum... Lorsqu'on parle de PNNS, lorsque vous regardez la télé, enfin tout ça en fait, c'est... hum... Si vous dérogez à ce genre de chose en fait, ben voilà, vous êtes plus bien en fait.* » R 5

L'abord de ce sujet, selon les répondants, se devait donc d'être progressif et amené de façon naturelle et dans une continuité des soins, prioritairement en tête à tête. « *Ben j'en vois pas l'intérêt en fait. Surtout, s'il n'y a pas d'explications ni de lien de causalité.* » R 5

-Un conseil personnalisé et prenant en compte l'individu dans sa globalité :

Au niveau de la durée et du contenu du message, celui-ci devait selon les répondants être personnalisé et adapté à chacun. En effet, il devait prendre en compte l'individu dans sa globalité, que ce soit dans ses représentations sur l'alimentation, sa culture, ses autres problèmes de santé et notamment son état psychologique, sa situation économique et son niveau de compréhension afin d'adapter le message et le conseil qu'il souhaitait transmettre de façon adaptée. « *Ce serait bien, si le médecin ne se cantonne pas à prescrire pour un mal quelque part. Si on est plus en fait, vers une approche, je dirais holistique de la personne, et non plus en fait : « -Docteur, j'ai mal là ? -Oui, d'accord je vous donne ça.* » R 5

Pour les personnes sans problème de santé ni demande particulière, un conseil simple rappelant les notions de base de façon régulière était suffisant, et des conseils plus approfondis, voire une consultation dédiée, étaient plus adaptés à des patients présentant une problématique de santé. « *Ça peut être bien pour tout le monde généralisé et les personnes où vous vous rendez compte, si les médecins se rendent compte qu'elles ne mangent pas bien, une consultation spéciale aussi, ça peut être bien. Pour les aider.* » R 2

Une consultation de synthèse ou un point sur l'état de santé global du patient, où seraient soulevées des problématiques telles que l'alimentation, l'état psychique, le sommeil etc., à la manière des consultations de suivi pour les enfants, était parfois souhaitée. « *Euh, savoir si on a bien dormi, si on n'a pas eu, voilà après des décès dans la famille, si ça peut pas jouer sur l'humeur, plein de choses, le travail si ça se passe bien, vie sentimentale, et sur la nourriture.* » R 3

-Le contenu de la consultation axé sur des conseils mais aussi une aide pour trier l'information et un rôle de soutien :

Au niveau du contenu de la consultation, les répondants souhaitaient que le médecin généraliste soit un guide, un référent parmi les nombreuses sources d'informations existantes actuelles sur l'alimentation, permettant de faire le point sur le vrai et le faux. « *Et c'est vrai que, comme l'information sur l'alimentation est un peu effrayante et disséminée n'importe comment ... ça peut être intéressant, je pense, d'avoir un référent qui redonne des bases, des bases simples.* » R 9

Certains souhaitaient également qu'il soit un élément moteur et un soutien en instaurant des consultations de suivi et des objectifs. « *Moi, ce que j'aurais aimé, c'est qu'à la rigueur elle me dise qu'on se fixe un objectif, que je vais vous donner peut-être...Euh, je sais pas, de me demander comment je mangeais [...] Donc, pourquoi au niveau de l'alimentation, ce serait pas pris au sérieux et pourquoi on dit pas : « on se revoit dans deux semaines, pour voir si votre poids, il a changé ? Si vos habitudes elles ont changé ? » » R 10*

D'autres souhaitaient également plus d'informations sur les conséquences d'une alimentation déséquilibrée. « *Euh, oui, peut-être parfois oui...Peut-être qu'il aille plus loin. Ouais qu'il aille plus loin dans la façon d'expliquer quels sont nos risques...voilà.* » R14

-Le conseil oral en priorité et les autres supports en complément :

Certains répondants souhaitaient que le conseil nutritionnel soit explicité oralement de façon prioritaire, car cela était plus adapté notamment pour les étrangers et les personnes ne lisant pas le français, mais de façon répétée et régulière. « *J'aime pas lire le français. J'ai jamais appris la langue française donc pour euh, pour faire mon travail, c'est difficile déjà, alors lire.... Quand je lis c'est pour me faire plaisir, mais là... quand je lis du français, c'est un travail !* » R 6

Ils n'étaient cependant pas opposés à un rappel écrit mais expliquaient que bien souvent ces supports papiers pouvaient être perdus, ou non lus car jugés trop longs et trop contraignants. « *Ben, support écrit, c'est le papier qui va trainer, qu'on va mettre à la poubelle à un moment donné parce qu'on va l'oublier.* » R 4

Certains répondants évoquaient la possibilité de la mise en place d'application sur smartphone permettant un rappel des conseils alimentaires en complément au conseil oral et afin de pouvoir s'informer lorsque le médecin ne serait pas disponible ou en dehors des consultations tout en étant sûrs d'avoir une information validée médicalement.

Les différentes attentes évoquées ci-dessus sont intimement liées à la relation et perception que les participants entretenaient avec leur médecin généraliste et de leurs perceptions de l'alimentation dans la santé.

2. La perception du médecin généraliste dans le conseil nutritionnel :

-Le conseil nutritionnel souvent non perçu comme le rôle du médecin généraliste :

Dans notre étude, à plusieurs reprises le médecin généraliste a été défini dans sa qualité de soignant. En effet, on va voir le médecin généraliste lorsque l'on est « malade », ainsi, pour beaucoup, le seul rôle du médecin généraliste était de soigner, souvent en prescrivant des traitements médicamenteux, une fois la maladie installée, et moins dans un rôle de prévention. « *Ben, moi, je le vois plutôt comme un soigneur ! Voilà ce que je... Côté préventif, je le...Enfin, pour moi, quand on est malade et tout, on va voir le médecin. Une fois qu'on est malade quoi !* » R 11

Pour certains, il était néanmoins admis qu'il puisse dispenser des conseils aux personnes présentant une affection en lien avec l'alimentation. Cependant, il était souvent relégué à faire des généralités par opposition aux spécialistes et donc, en terme de conseils nutritionnels, les patients citaient plus régulièrement les diététiciens, les nutritionnistes voire les coachs sportifs comme des interlocuteurs plus appropriés et plus qualifiés afin d'aborder ce thème. Le médecin généraliste était

alors parfois cité comme simple orienteur vers d'autres interlocuteurs plus qualifiés. « *J'avoue, j'avoue que pour moi, je pars du principe, que ce n'est pas son rôle... Enfin, ouais, je sais pas en fait, quand j'ai eu besoin de conseils, je me suis directement tournée vers une diététicienne nutritionniste plutôt qu'un médecin généraliste.* » R 7

De même, certains exprimaient des doutes sur ses connaissances et aptitudes dans ce domaine et une variabilité en fonction des médecins, d'autant plus que celui-ci paraissait en surpoids. « *Le médecin aussi, mais après est ce que le médecin connaît vraiment « la bonne alimentation » ? Je...Je sais pas. Je sais pas aujourd'hui les médecins, il y en a un il va dire A, l'autre il va dire B, ils sont complètement contradictoires.* » R 8

-Une relation miroir :

Pour certains répondants, l'absence de conseil médical prodigué par leur médecin généraliste sur le thème de l'alimentation était perçue comme une validation de leurs habitudes par leur médecin. « *On n'a pas spécialement discuté de ça avec mon médecin, parce que vu qu'on pense faire bien les choses, et il pense mon médecin qu'on fait bien les choses, du coup on n'aborde pas spécialement le sujet là-dessus quoi !* » R 1

Pour d'autres, de façon miroir, l'absence de conseils ou la banalisation de ce sujet par leur médecin étaient signe que le sujet n'était pas important et ne nécessitait pas de prise en charge urgente ou particulière. « *C'est que c'est pas grave et s'il le suit pas, c'est que c'est pas urgent, ça ne nécessite pas de suivi particulier !* » R 10

Enfin, de façon miroir, un médecin présentant des signes physiques d'une possible alimentation déséquilibrée perdait de sa crédibilité sur le sujet. « *Je vois pas comment certains médecins en surpoids peuvent donner des conseils de nutrition à d'autres par exemple.* » R 8

-La relation médecin-patient, une relation de confiance et de proximité :

Pour certains participants, la relation médecin-patient était une relation de confiance et de proximité, a contrario des spécialistes. « *En général, c'est une relation plus de confiance, parce que vous avez plus de proximité. Il est censé en fait être la personne qui vous voit le plus souvent par rapport à un spécialiste ou par rapport à un... à des données qui sont... par la télé ou autre chose.* » R 5

Cette relation de confiance semblait ainsi permettre d'aborder plus facilement des sujets intimes comme l'alimentation sans gêne. « *Les médecins traitants en général ils ont une proximité, enfin moi, mon médecin, je lui parle de... de tout hein ! Donc, pourquoi on ne parlerait pas de quelque chose qui est essentiel à notre corps humain ? Et l'alimentation qu'on met dedans ?* » R 10

Pour certains, le médecin traitant était vu dans une position de sage, de sachant, de personne référente en matière de santé auquel on pouvait avoir une confiance presque aveugle. « *On croit le*

médecin ! Les personnes quand même croient le médecin et le mettent rarement en doute quand même, surtout quand on est malade. » R 8

Cette position et cette confiance étaient alors gages d'une meilleure mise en application des conseils donnés par leur médecin. « *Ah, les yeux fermés ! Moi ce que me dit mon docteur je le fais, ça c'est sûr !* » R 9

3. La perception de l'alimentation en santé :

-Une alimentation saine et équilibrée, un idéal dont on essaie de se rapprocher :

Il ressortait de notre étude, qu'une alimentation saine et équilibrée était, somme toute, un objectif, un idéal qui demandait des efforts et que l'on s'efforçait bien souvent d'atteindre. « *Bon, dans l'absolu, il faudrait qu'il y ait à chaque repas un peu de tout mais bon, j'ai plutôt tendance à essayer de séquencer.* » R 12

Cet idéal était difficilement atteignable à la suite de différentes contraintes attribuées à une alimentation de qualité. Parmi elles, on trouvait :

-le coût. « *Les gens sont de plus en plus gros... Ben ouais, mais à un moment donné quand on n'a pas assez de sous, pour acheter des légumes, des fruits, des bonnes viandes, ben voilà quoi !* » R 9

-le manque de temps. « *Je l'applique pas au quotidien parce que j'ai pas le temps en fait, la bonne alimentation, ça doit prendre du temps.* » R 10

-un manque de plaisir. « *Et je vous assure que manger des choux de Bruxelles en fait, c'est pas toujours forcément un plaisir parce qu'on vous le dit !* » R 5

-des obligations sociales. « *Parce que, qui dit professionnel, dit il faut boire un coup !* » R 12

-La définition d'une alimentation saine et équilibrée, une question de perception individuelle et de connaissances :

La perception d'une alimentation équilibrée présentait des dénominateurs communs à plusieurs entretiens comme varier son alimentation, consommer de nombreux fruits et légumes, limiter le sel et le sucre, etc., mais son application était variable et dépendait de la représentation individuelle de chacun. « *Alors, cinq fruits et légumes par jour, ouais, je veux bien, mais alors, si je mets une rondelle de tomate, est ce que ça compte comme un légume ?* » R 4

Ces déterminants pouvaient également varier en fonction des connaissances et de la sensibilité culturelle des interviewés. « *Je mange chaque semaine, j'achète chaque semaine des... céleris, parce qu'en chine... Il y a plein plein de fibres, donc ça fait du bien pour nettoyer, comment dire ça...euh, le sang, pour baisser la tension. Je sais pas si c'est vrai, mais tout le monde dit ça.* » R 6

-L'aspect santé un déterminant secondaire dans le rôle de l'alimentation :

S'il était reconnu que l'alimentation paraissait indispensable à la survie dans sa fonction de carburant pour le corps, elle paraissait avant tout être un acte social, pourvoyeur de plaisir, de réconfort et d'échange, aboutissant à des conduites presque addictives et à une relation conflictuelle.

« *S'il y a quelque chose à manger, ça me soulage, parce qu'on est, tu vois, on est récompensé.* » R 6

« *C'est vraiment intéressant de découvrir la gastronomie et les produits tout ça. Je sais pas c'est, c'est un voyage aussi de manger. C'est un voyage !* » R 11

« *J'ai une relation plaisir, j'ai une relation réconfort, j'ai une relation émotive avec la nourriture. Il y a une relation avec la nourriture, qui en fait, est compliquée.* » R 5

Il paraissait alors parfois compliqué, même en ayant reçu des conseils nutritionnels, de les mettre en application au quotidien. « *Je pense que ce sont de bons conseils [...] mais je ne les applique pas nécessairement. Et pas par rébellion, par contestation, mais juste parce que parfois, soit par temps ou par...* » R 13

-L'impact mal connu de l'alimentation sur la santé et des répercussions vues comme tardives.

Si l'impact de l'alimentation sur la santé n'était pas remis en question, son rôle pouvait être minimisé par rapport à d'autres facteurs comme la génétique. « *On a 3 enfants dans ma famille qui ont problèmes de tension. Donc, c'est pas les alimentations, hein ! Bon, l'alimentation joue, mais pas définitif, pour moi. Donc, je n'y crois pas, pas trop !* » R 6

Le surpoids, voire l'obésité, en cas d'alimentation surabondante et les carences en cas de malnutrition étaient connus mais d'autres aspects d'une alimentation déséquilibrée étaient moins clairs. « *On se fait son petit mix et on sait ce qu'il faut et ce qu'il ne faut pas, mais on ne sait pas pourquoi en fait. Et, on ne sait pas ce que ça engendre dans notre corps, euh...dans la durée ou quoi.* » R 10

Devant l'absence de symptomatologie immédiate, l'impact sur la santé d'une alimentation déséquilibrée était difficilement perceptible. « *À côté de tout ça, loin d'en arriver à des symptômes cliniques particuliers vraiment marqués, il est très compliqué de juger du réel effet pour la personne, de son alimentation sur sa santé stricto sensu.* » R 12

L'inquiétude sur les pesticides, perturbateurs endocriniens et autres crises sanitaires était parfois plus importante que d'autres risques d'une mauvaise alimentation. « *Et après, par pas bien, j'entends... des produits bourrés de pesticides.* » R 9

-Une préoccupation liée à des événements de vie.

Notre étude mettait en évidence l'influence de l'entourage et des habitudes familiales acquises durant l'enfance sur l'alimentation à l'âge adulte. Finalement, on mangeait comme on avait appris à le faire suite au schéma familial sans se poser de questions. « *J'avoue que je mange comme ma maman m'a appris à manger, en fait.* » R 9

L'intérêt et le désir de changer pour une alimentation plus saine et équilibrée étaient alors souvent liés à des événements de vie comme :

-l'apparition de problèmes de santé ou l'âge. « *Mais, quand maintenant, je suis de plus en plus âgée[...]. Je commence ah oui, à changer un petit peu depuis quelques années.* » R 6

« *Par exemple, puisque j'ai problèmes de tension maintenant, je mange chaque semaine, j'achète chaque semaine des... céleris[...], pour baisser la tension.* » R 6

-la naissance d'un ou plusieurs enfants. « *Surtout depuis que j'ai des enfants, j'ai l'impression que je me nourris mieux, depuis que j'ai ma fille et mon fils, qu'on fait plus attention.* » R 2

-un objectif physique qu'il soit lié à une souffrance de l'image de soi ou à des objectifs sportifs. « *J'ai pas vraiment fait attention à ça avant, c'est plutôt en grandissant et en étant un peu plus une femme, en allant au lycée, en voyant les...euh en ayant envie de s'habiller correctement.* » R 10

L'ensemble de nos résultats a été synthétisé par une carte conceptuelle :

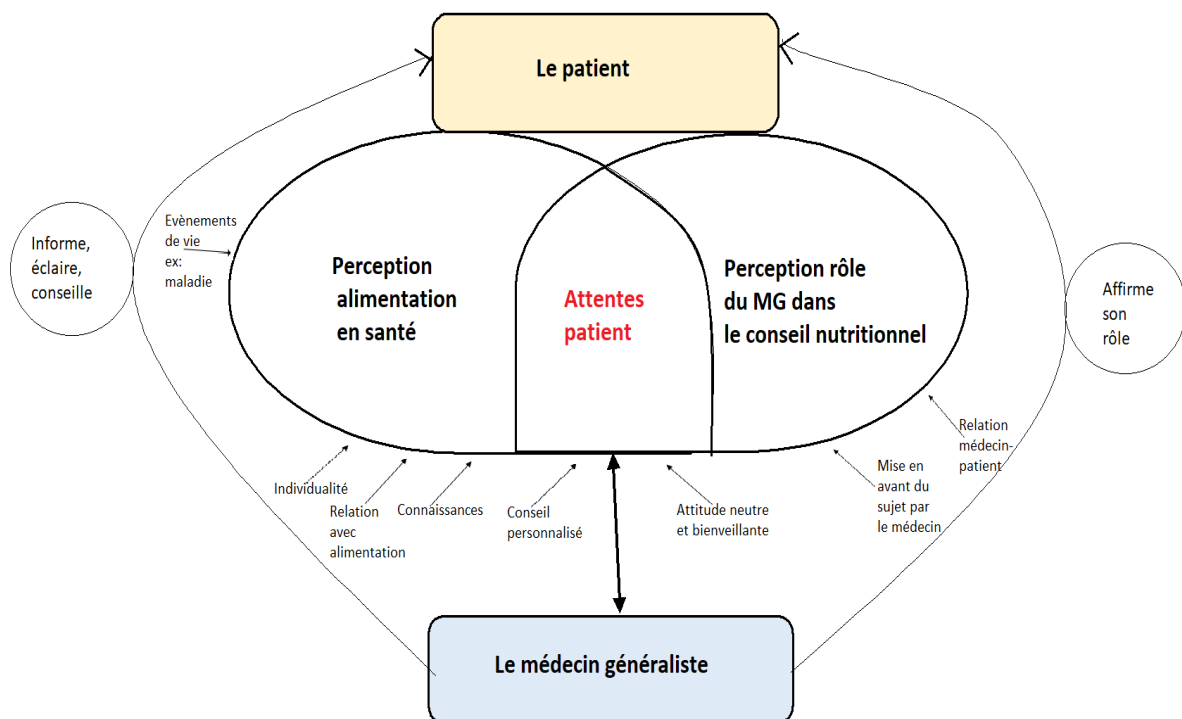


Illustration 1 : Carte conceptuelle.

IV. Discussion :

A. Résultats principaux :

Dans notre étude, le médecin généraliste devait aborder le thème de l'alimentation au cours de ses consultations, même sans demande du patient, afin qu'il soit perçu comme un référent sur ce sujet. Cependant, ce thème devait être abordé avec une attitude bienveillante et sans jugement, car ce sujet pouvait se révéler intime. Le conseil se devait d'être le plus personnalisé possible et tenir compte du patient en tant qu'individu dans sa globalité. La forme orale du conseil était prioritaire.

La relation entre un médecin généraliste et son patient semblait être vécue par les patients comme une relation de confiance et de proximité qui permettait d'aborder tous les sujets, même les plus intimes. Cependant, le rôle de conseiller en matière de nutrition et le rôle de prévention du médecin généraliste étaient souvent mal connus, le médecin généraliste étant souvent réduit à son rôle de prescripteur. L'intérêt et la prise de conscience des patients semblaient être le miroir de celui du médecin.

Une alimentation équilibrée était perçue comme un idéal difficile à atteindre devant des contraintes sociales, de temps, d'argent ou un manque de plaisir. Elle était également influencée par l'histoire individuelle (culture, habitudes familiales) et les connaissances acquises au cours de la vie. L'intérêt pour ce sujet était souvent lié à des événements de vie tels que la maladie, l'âge, etc. Son impact sur la santé, bien que connu, restait flou et tardif et, de ce fait, l'aspect santé restait un déterminant secondaire dans le rôle de l'alimentation.

B. Forces de l'étude :

Une des forces de notre étude était l'angle de vue abordé. Ici, le point de vue abordé était celui du patient et non du médecin. Il existe peu d'études dans la littérature recherchant ce que le patient attend de son médecin généraliste dans le domaine du conseil nutritionnel. Or, ce point de vue est important afin de renforcer l'alliance thérapeutique. De plus, du fait de la méthode de l'étude, les idées exprimées par les patients n'étaient que pas ou peu influencées par les présupposés de l'investigateur.

Sur la méthode, la construction de l'étude sur les critères de la grille COREQ (24) permet d'assurer la validité scientifique de notre étude. De plus, un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude afin de mettre à distance les a priori de l'auteur. Également, la triangulation ou double codage permet d'assurer une plus grande fiabilité à l'étude et à sa validité interne.

C. Limites de l'étude :

La saturation des données a été atteinte sur les 14 entretiens. Cependant, on peut se demander si la variation maximale de l'échantillon a été complète, car certains profils (personnes ayant un IMC<18, ou personnes en situation de précarité) n'ont pas été interviewés, étant plus difficiles à recruter et en raison du temps imparti.

Les critères d'inclusion, larges, ont abouti à des résultats eux même généraux. Des études sur des populations plus restreintes (patients atteints de diabète, d'obésité) existaient, mais peu sur le reste de la population, cela fut donc un choix. Réduire les critères d'inclusion à une population en

prévention primaire a été envisagé, mais la définition de la prévention primaire en termes d'alimentation était difficile à définir.

Les deux chercheurs ayant triangulé les entretiens, étant tous deux médecins, partageaient probablement un point de vue semblable, et il reste difficile de totalement mettre à distance leur point de vue médical. A noter également, que les verbatims n'ont pas été relus par les interrogés, ceux-ci n'ayant pas souhaité les relire.

D. Mise en perspective :

La population est de plus en plus sensibilisée sur les risques de l'alimentation et cherche à s'informer. Cependant, bien souvent, la première source d'informations des patients ne semble pas venir du milieu médical ou du médecin généraliste. Dans plusieurs études, le médecin généraliste n'est cité comme première source d'informations que par environ 20 % des patients (27). En effet, bien que cette information soit pour les patients la plus fiable (17), beaucoup ne se tournent pas vers lui lorsqu'ils recherchent une information sur ce sujet. Cela est probablement dû au fait que, comme dans notre étude, pour beaucoup, le médecin soit principalement vu dans sa fonction de soignant. On consulte ainsi prioritairement son médecin en cas de problème de santé (66% des motifs de consultation), comme le montre l'étude réalisée en 2005 sur les modifications de la médecine générale. Pourtant dans le même temps, 76% des patients souhaitent voir leurs médecins généralistes aborder d'autres sujets que les motifs principaux de la consultation, dont à 79% la prévention (28).

Le patient attend donc que ce soit le médecin qui fasse le premier pas en abordant le sujet en consultation afin de l'identifier en tant que référent.

Actuellement au niveau national, les campagnes de prévention françaises sur l'alimentation mettent en avant le site « www.mangerbouger.fr », là où les campagnes de prévention pour l'alcool et le tabac orientent vers des numéros verts et des sites internet, mais en réfèrent également au médecin avec l'injonction « Parlez-en à votre médecin ». Il est ainsi directement mis en avant par l'état comme un référent et intervenant dans la prévention sur ce sujet. Peut-être serait-il intéressant de faire de même sur les campagnes de prévention nutritionnelle, afin d'identifier le médecin traitant comme l'un des acteurs et relais de ces messages de prévention.

Dans l'étude de la société française de médecine générale (SFMG), la peur de brusquer le patient en abordant un thème tel que l'alimentation était mise en avant comme une barrière à la dispensation de conseil de la part du médecin généraliste (3). Il semble en effet que l'alimentation soit un sujet parfois intime. L'acte alimentaire, en dehors de sa composante vitale et plaisir, possède également une composante sociale et culturelle (29). Ainsi, donner son avis sur un régime alimentaire peut être perçu comme une critique sur la représentation que la personne a d'elle-même, que ce soit physique ou culturelle. L'attitude souhaitée par les patients, à savoir une neutralité bienveillante prenant en compte l'individu de façon holistique retrouvée dans notre étude, prend donc tout son sens. Au niveau national, lors de l'élaboration du PNNS 2019, des études ont été menées pour tester les différents messages, et les participants se montraient plus réceptifs à des messages progressifs et moins culpabilisants, rejoignant les résultats de notre étude (16).

Dans le même temps, le médecin généraliste semble le plus habilité à réussir cette périlleuse

entreprise. En effet, dans notre étude comme dans la littérature, la relation médecin-malade est perçue positivement par 91% de la population (28,30). C'est une relation de confiance (91% des patients) et de proximité (95% des patients) qui permet d'aborder les sujets les plus intimes (28). Les études de L. Labbe et E. Ferrer vont dans ce sens (23-24). Le médecin généraliste semble également le référent médical qui, selon le patient, le connaît le mieux dans sa globalité par rapport aux spécialistes. Il peut donc plus facilement faire expliciter les conceptions de son patient sur l'alimentation, facteur de meilleure adhésion aux conseils, car permettant une personnalisation et une adaptation du conseil à l'individu selon A. Giordan, souhaitées par les patients dans notre étude (31).

Dans certains cas, une attitude plus proactive et la recherche d'un cadre donné par le médecin étaient souhaitées. Ainsi, certains souhaitaient la mise en place de consultations de suivi fixées par le médecin, ainsi que des objectifs. L'implication du médecin sur ce type de prévention était signe pour eux d'un réel problème à résoudre et donc entraînait un meilleur investissement dans le changement. En effet, dans les barrières au changement chez les patients obèses, A. Golay met en évidence des résistances liées au soignant, notamment son manque de motivation et ses propres conceptions sur la maladie (32).

Concernant le contenu des conseils, dans notre étude comme dans celle de L. Labbe, il était souhaité par les patients que le médecin s'informe de leurs habitudes alimentaires afin de les corriger, éventuellement, qu'il rappelle les repères nutritionnels et les risques encourus en cas d'alimentation déséquilibrée (23-24).

S'informer des habitudes alimentaires et des représentations des patients semble être une nécessité afin de pouvoir conseiller le plus efficacement le patient. En effet, dans notre étude, l'alimentation équilibrée semblait revêtir une signification et représentation différentes en fonction des individus, de leurs connaissances et de leur histoire de vie. Ainsi, demander à un patient s'il mange équilibré sans s'informer de ce qu'il entend par « équilibré » s'avère souvent réducteur. De plus, ce rappel des habitudes est le moment propice pour déterminer également quels sont les facteurs limitants pour le patient à adopter une alimentation équilibrée.

Le rappel des risques encourus en cas d'alimentation déséquilibrée semble un point important à prendre en compte. Pour beaucoup de patients, l'impact d'une mauvaise alimentation sur la santé semble en effet incertain et lointain. De plus, les campagnes de communication publique s'attachent plus à sensibiliser à une meilleure alimentation, qu'à expliciter les risques encourus. Cela place l'individu non seulement dans une situation incertaine, mais aussi incomplète, car il leur est impossible de recenser les conséquences de leurs actes. Or, des études montrent que les personnes citant le cancer comme lié à une alimentation déséquilibrée, étaient plus enclines à changer leurs habitudes alimentaires. Le médecin généraliste, en informant des risques encourus, peut donc ainsi permettre au patient de prendre conscience des effets à court et long termes d'une alimentation déséquilibrée de façon plus claire et complète (33). En effet, afin de débiter un processus de changement comme dans le modèle de Prochaska et Di Clemente, il est important pour le patient de comprendre qu'il existe un problème et de passer du stade de pré-contemplation à celui de contemplation (32).

Ce qui était nouveau, par rapport à ces deux études, était la nécessité exprimée que le médecin généraliste soit un guide dans l'information abondante sur ce sujet de nos jours. En effet, les patients et consommateurs sont de plus en plus inquiets au sujet de l'alimentation et les sources

d'informations sont nombreuses et parfois contradictoires (29). On remarque, ces dernières années, une inquiétude de la population face aux risques sanitaires comme la vache folle ou, plus récemment, le lait en poudre contaminé, sujets traités de façon intense par les médias alors même que ce sont des cas rares et, de façon opposée, une sous-estimation des risques du quotidien comme une alimentation déséquilibrée, et donc une moins grande adhésion aux campagnes (34). Le médecin généraliste a donc une place privilégiée, afin d'écouter les craintes des patients, les rassurer et les orienter sur les risques les plus fréquents et connus.

Finalement, les attentes des patients semblaient en accord avec les techniques d'entretien motivationnelle actuellement recommandées en éducation thérapeutique (32,35). A Giordan, va même plus loin, en ce qui concerne le sujet de l'alimentation, et parle d'environnement motivationnel, qui contrairement à l'entretien motivationnel n'est pas centré uniquement sur le patient, mais prend également en compte les liens tissés par le patient avec son environnement et le système de soins. (31) Cependant, cela peut être difficile à mettre en place lors d'une consultation unique et relèverait plutôt d'un suivi au long cours ou d'une prise en charge multidisciplinaire avec une équipe spécialisée.

Au niveau du temps accordé à ces conseils et à leur suivi, on notait dans notre étude comme dans la littérature, que les patients jeunes ou se sentant en bonne santé préféraient des conseils courts et épisodiques, quand ceux présentant des soucis de santé ou plus âgés préféraient des conseils plus longs avec un suivi renforcé, voire une consultation dédiée. Dans le baromètre santé 2008, on observe également que l'intérêt pour l'alimentation augmente avec l'âge et l'apparition de pathologies et que de ce fait, la demande de conseils nutritionnels était plus importante dans cette part de la population (27).

Dans notre étude, était également évoquée la possibilité d'instaurer une consultation dédiée à l'alimentation, qui pourrait être programmée à la demande du patient ou du médecin en cas de nécessité. Cela avait déjà été évoqué dans les travaux de E. Ferrer et de L. Labbe (23-24). Une autre alternative, suggérée par les patients, était la mise en place d'une consultation de synthèse, où le médecin prendrait connaissance des soucis de santé physiques, psychiques et émotionnels du patient, et qui serait le moment d'aborder également des sujets de prévention. Le problème posé alors, serait la création d'un acte de santé en tant que tel, rémunéré à la hauteur du temps investi pour ce type de consultation. En effet, dans l'étude de la SFMG (3), le manque de temps et de rémunération étaient deux critères majeurs entraînant la limitation des conseils. Selon M. Ammi et S. Bejean, la consultation préventive demandant plus d'efforts pour le médecin que la consultation curative, et les deux consultations entrant en concurrence, afin d'inciter les médecins à réaliser ce type de consultation, il serait nécessaire que la rémunération fixe soit plus importante et puisse être associée à une indexation en fonction du résultat. Cela est déjà plus ou moins fait actuellement, avec la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Cependant l'amélioration de l'alimentation, le changement comportemental, semblent être difficiles à mesurer, d'où l'importance d'une rémunération mixte avec une consultation de prévention et d'une rémunération sur des objectifs de santé publique (36).

Le conseil sous forme orale était la forme prioritaire pour les patients dans le conseil alimentaire. En effet, si le format papier revêt des intérêts dans sa pérennité de l'information pour peu qu'il ne soit pas perdu ou oublié, le conseil oral, en tant qu'interaction avec le médecin était la forme

souhaitée majoritairement. Ces résultats semblent en accord avec la littérature ; en effet, les travaux de L. Labbe retrouvaient des résultats similaires (24). Cette préférence pour la forme orale est probablement liée au fait que le conseil oral est souvent plus individuel que celui sous format papier qui, pour des raisons pratiques, est probablement plus souvent généraliste. De plus, le format oral sous-tend un échange bilatéral, une conversation, où le patient peut poser des questions et devenir acteur de sa prise en charge quand le format papier est unilatéral. Si les deux formats peuvent donc s'associer, le conseil nutritionnel doit prioritairement rester oral. D'après les résultats de la SFMG (3) ou l'étude Nutrimege (37), les médecins généralistes semblent actuellement répondre à cette attente, puisque la forme orale était la forme prioritaire. Dans notre étude, il ressortait également que l'intérêt d'une forme orale prioritaire était nécessaire pour les patients étrangers ne lisant ou n'étant pas forcément à l'aise avec la lecture du français et par extension à toutes personnes présentant des difficultés de lecture que ce soit dans des milieux étrangers ou dans des milieux défavorisés.

Finalement, comme illustré par notre carte heuristique, afin de répondre aux attentes du patient, il est important d'explorer non seulement leurs conceptions sur l'alimentation, mais également leurs conceptions du rôle du médecin dans ce domaine.

V. Conclusion :

L'éducation nutritionnelle est un levier majeur dans la prévention de nombreuses maladies. Les campagnes de santé publique démontrent la prise de mesures par le gouvernement depuis les vingt dernières années. Le médecin généraliste du fait de sa proximité au niveau des populations a un rôle déterminant à jouer. Différentes études montrent que les patients sont intéressés par des conseils venant de leur médecin.

Notre étude ne fait pas exception. Elle met ainsi en évidence que les patients attendent que ce soit le médecin généraliste qui fasse le premier pas et qu'il adopte une attitude à la fois non jugeante et bienveillante. Les conseils souhaités doivent être adaptés individuellement aux conceptions du patient sur l'alimentation et sur le rôle du médecin sur son alimentation, afin d'obtenir une meilleure adhésion. Les techniques de l'entretien motivationnel semblent particulièrement adaptées au conseil nutritionnel souhaité et le conseil oral est la forme privilégiée par les patients.

Actuellement, le rôle du médecin généraliste dans ce domaine n'est pas suffisamment mis en avant au niveau des campagnes nationales et l'actuel système de rémunération à l'acte n'encourage pas la mise en place de ce type de conseils par les praticiens. L'implication du médecin généraliste dans les campagnes nationales, ainsi qu'un nouveau système de rémunération pour ce type de consultation seraient donc des perspectives à développer. Une fois ces mesures mises en place, une prochaine étude pourrait en analyser l'efficacité.

VI. Bibliographie :

1. Centre international de recherche sur le cancer. Le Centre international de Recherche sur le Cancer évalue la consommation de la viande rouge et des produits carnés transformés [Internet]. Organisation mondiale de la santé. 2015 [consulté le 20 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/cancer-red-meat/fr/>
2. 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.* 2018;178(12):1597-1606. [Consulté le 20 nov 2018].
3. Kandel O, Boissnault P. Nutrition en Médecine Générale : quelles réalités? [Internet]. SFMG, Enquête, 2007. [Consulté le 23 nov 2018]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/6188681-Nutrition-en-medecine-generale-queelles-realites-resultats-de-l-enquete-sfm-g-realisee-en-mars-2006.html>
4. ANSES. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à la filière de production des préparations en poudre pour nourrissons [Internet]. Maisons-Alfort: ANSES; 2019 [consulté le 03/12/2019]. Disponible sur internet: <https://www.anses.fr/fr/content/pr%C3%A9parations-en-poudre-pour-nourrissons-les-recommandations-de-l%E2%80%99anses-pour-am%C3%A9liorer-la>
5. Organisation mondiale de la santé. Statistiques sanitaires mondiales 2012 [Internet]. Genève: Bibliothèque de l'OMS; 2012 [consulté le 11/09/18]. Disponible sur internet : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44857/9789242564440_fre.pdf;jsessionid=621490087C80CE7956C6F9773E49B48A?sequence=1>
6. Institut national d'études démographiques. Causes de décès [Internet]. [consulté le 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/causes-deces/>
7. DREES. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017 Synthèse [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2017 mai [consulté le 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-2.pdf>
8. Reedy J, Krebs-Smith S, Miller P, Liese A, Kahle L, Park Y, et al. Higher Diet Quality Is Associated with Decreased Risk of All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality among Older Adults. *J Nutr.* June 2014;144(6):881-889. [Consulté le 22 mai 2018].
9. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M-I, Corella D, Arós F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med.* 4 avr 2013;368(14):1279-90.
10. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med.* 4 janv 2001;344(1):3-10.
11. Ministère de l'emploi et de la solidarité haut comité de santé publique. Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France: enjeux et propositions. ENSP Ed. Juin 2000. 276 pages
12. ANSES. Actualisation des repères du PNNS : révision des repères de consommations alimentaires Avis de l'Anses Rapport d'expertise collective [Internet]. 2016 déc [cité 22 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0103Ra-1.pdf>
13. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Consommations alimentaires [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017 [Consulté le 05//11/2019]. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr
14. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017 [Consulté le 05//11/2019]. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr

15. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017 [consulté le 05/11/2019]. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr
16. Santé publique france. Recommandations relatives à l'alimentation, l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes. Etat des connaissances[Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2019 [consulté le 12/01/2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186841/2320233>
17. Drenthen AJM, Van Binsbergen JJ. Nutrition guidance in The Netherlands: the role of the GP in the translation from population strategy to individual approach. *Fam Pract.* déc 2008;25 Suppl 1:i56-59.
18. Hiddink GJ, Hautvast JG, van Woerkum CM, Fieren CJ, van 't Hof MA. Consumers' expectations about nutrition guidance: the importance of primary care physicians. *Am J Clin Nutr.* 1997;65(6 Suppl):1974S-1979S.
19. Sacerdote C, Fiorini L, Rosato R, Audenino M, Valpreda M, Vineis P. Randomized controlled trial: effect of nutritional counselling in general practice. *Int J Epidemiol.* avr 2006;35(2):409-15.
20. Lazić D, Cikac T, Ozvacić Z, Cop R. GP's intervention in changing lifestyle behavior of adipose patients. *Acta Med Croatica.* Févr 2007;61(1):7-11.
21. Sculati O, Bettoncelli G, Brignoli O, Corgatelli G, Ponti D, Rumi A, et al. Efficient prevention of overweight and obesity in the experience of family practitioners and « nutrition units » of the public health system in Lombardy. *Ann Ig.* févr 2006;18(1):41-8.
22. Kushner RF. Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med.* nov 1995;24(6):546-52.
23. 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 de médecine, Nice: Université de Nice-Sophia Antipolis; 2016.
24. Labbe L. Conseils nutritionnels par le médecin généraliste : attentes des patients. Thèse de médecine, Angers: Université d'Angers; 2016.
25. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
26. Lejeune C, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classe. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.
27. 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.
28. Olaya DE. Etude des mutations de la médecine générale. Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes; juil 2005. p. 123.
29. Chemineau P, Donnars C, Sabbagh C, Tibi A, Etiévant P, et al. Évolutions des consommations, pratiques alimentaires et recommandations nutritionnelles. Dans: INRA, Comportements alimentaires : choix des consommateurs et politiques nutritionnelles. Versailles: Quæ « Matière à débattre et décider »; 2012. p. 5-26.
30. Hermange M, Ambroise-Thomas, Couturier D, Loisançe D. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'Institut BVA pour Académie nationale de médecine. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2008, 192, no 4, 805-816, séance du 8 avril 2008.
31. A. Golay, G. Lager, A.Giordan, Education thérapeutique nutritionnelle. Dans: Schlienger JL,

Rolling AC. Nutrition clinique pratique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2011. p. 71-77.

32. Golay A, Lager G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine Mal Métaboliques*. mars 2007;1(1):69-76.
33. Seror V, L'Haridon O, Peretti-Watel P. Santé et comportements individuels : la prévention des risques liés au tabac, à l'alcool et aux mauvaises habitudes alimentaires. *Public Econ*. 15 nov 2012;(24-25):101-27.
34. Chemineau P, Donnars C, Sabbagh C, Tibi A, Etiévant P, et al. Les liens entre les comportements alimentaires et la santé. Dans: INRA, *Comportements alimentaires : choix des consommateurs et politiques nutritionnelles*. Versailles: Quæ, « Matière à débattre et décider »; 2012. p. 27-45.
35. Benarous X, Legrand C, Consoli SM. L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. *Rev Med Interne*. 1 mai 2014;35(5):317-21.
36. Ammi M, Béjean S. Les incitations à la prévention peuvent-elles être efficaces en médecine libérale ? *Journal de gestion et économie de la santé*. 2010; Volume 28(1):3-17.
37. Covi A. L'éducation nutritionnelle en médecine générale fréquence, modalités, déterminants. Thèse de médecine, Créteil: Université Paris-Val-de-Marne; 2008.

Annexes :

Annexe 1 : Affiche recrutement cabinet de médecine générale :

L'alimentation en Médecine générale : **Enquête auprès des patients.**

Introduction : Dans le cadre d'une thèse en médecine générale, je réalise des entretiens individuels dont le sujet principal est l'alimentation dans la santé. J'aimerais ainsi connaître l'expérience et le ressenti des patients à ce sujet. Cet entretien est anonyme et il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Pour des raisons pratiques et dans le but de retranscrire fidèlement les informations, l'entretien sera enregistré. Les informations recueillies ne seront utilisées que dans le cadre de ma recherche et aucun nom ne sera mentionné.

Je cherche à interroger toute personne âgée de 18 à 65 ans parlant couramment le français.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Marion SPRIET suivant vos disponibilités, dans les locaux *de votre choix (domicile ou au cabinet médical)*

Il durera de 20 à 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre vécu/expérience/connaissances à propos de l'alimentation et des conseils reçus à ce sujet par votre médecin généraliste.*

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon **anonyme et confidentielle**.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Marion SPRIET *et en collaboration avec* d'autres chercheurs en médecine générale formés à l'analyse de ces données.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse d'exercice de médecine générale et peuvent éventuellement être publiés.

Si vous êtes intéressé ou pour plus d'informations, vous pouvez me joindre au 0630331940 ou à l'adresse suivante : marion.spriet@u-bordeaux.fr

Annexe 2 : Fiche d'enregistrement CNIL

Fiche de registre

(format RGF, proposé par la CNIL)

Date de création de la fiche	11/01/2019
Date de dernière mise à jour de la fiche	11/01/19
Nom du responsable et du responsable conjoint du traitement (dans le cas où la responsabilité de ce traitement de données est partagée avec un autre organisme)	Université Bordeaux
Nom du logiciel ou de l'application (si pertinent)	

Objectifs poursuivis

Décrivez clairement l'objet du traitement de données personnelles et ses fonctionnalités.

Exemple : pour une activité « formation des personnels » : suivi des demandes de formation et des périodes de formation effectuées, organisation des sessions et évaluation des connaissances.

Etudier les connaissances des patients en matières d'alimentation ainsi que leurs attentes sur le conseil nutritionnel vis à vis de leur médecin généraliste

.....

Catégories de personnes concernées

Listez les différents types de personnes dont vous collectez ou utilisez les données.

Exemples : salariés, usagers, clients, prospects, bénéficiaires, etc.

Patients de la région Gironde âgés de 18 à 65 ans , parlant le français couramment.

Catégories de données collectées

Listez les différentes données traitées

Etat-civil, identité, données d'identification, images (nom, prénom, adresse, photographie, date et lieu de naissance, etc.)

Nom, prénom (dans table de correspondance dérivée des initiales), tranche d'âge.

Vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale, etc.)

Habitudes alimentaires, situation familial.

Vie professionnelle (CV, situation professionnelles, scolarité, formation, distinctions, diplômes, etc.)

Diplômes, formation, et situation professionnelle.

Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, données bancaires, etc.)

.....

Données de connexion (adresses Ip, logs, identifiants des terminaux, identifiants de connexion, informations d'horodatage, etc.)

.....

Données de localisation (déplacements, données GPS, GSM, ...)

.....

Internet (cookies, traceurs, données de navigation, mesures d'audience, ...)

.....

Autres catégories de données (précisez) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Des données sensibles sont-elles traitées ?

La collecte de certaines données, particulièrement sensibles, est strictement encadrée par le RGPD et requiert une vigilance particulière. Il s'agit des données révélant l'origine prétendument raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale des personnes, des données génétiques et biométriques, des données concernant la santé, la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle des personnes, des données relatives aux condamnations pénales ou aux infractions, ainsi que du numéro d'identification national unique (NIR ou numéro de sécurité sociale).

Oui

Si oui, lesquelles ? : Antécédents médicaux, données biométriques (taille, poids, DMC)

Durées de conservation des catégories de données

Combien de temps conservez-vous ces informations ?

..... jours mois

Autre durée :

Si vous ne pouvez pas indiquer une durée chiffrée, précisez les critères utilisés pour déterminer le délai d'effacement (par exemple, 3 ans à compter de la fin de la relation contractuelle).

Deux ans à compter de la présentation des résultats, sauf table de correspondance (nom, prénom) qui sera détruite dès inutilité.

Si les catégories de données ne sont pas soumises aux mêmes durées de conservation, ces différentes durées doivent apparaître dans le registre.

Catégories de destinataires des données

Destinataires internes

(exemples : entité ou service, catégories de personnes habilitées, direction informatique, etc.)

1. Médecins habilités aux codages 2.

3 4.

Organismes externes

(Exemples : filiales, partenaires, etc.)

3

1. 2.

3 4.

Sous-traitants

(Exemples : hébergeurs, prestataires et maintenance informatiques, etc.)

1. 2.

3 4.

Transferts des données hors UE

Des données personnelles sont-elles transmises hors de l'Union européenne ?

Non

Si oui, vers quel(s) pays :

Dans des situations particulières (transfert vers un pays tiers non couvert par une décision d'adéquation de la Commission européenne, et sans les garanties mentionnées aux articles 46 et/47 du RGPD), des garanties spécifiques devront être prévues et documentées dans le registre (article 49 du RGPD). Consultez le site de la CNIL.

Mesures de sécurité

Décrivez les mesures de sécurité organisationnelles et techniques prévues pour préserver la confidentialité des données.

Le niveau de sécurité doit être adapté aux risques soulevés par le traitement. Les exemples suivants constituent des garanties de base à prévoir et peuvent devoir être complétés.

Contrôle d'accès des utilisateurs

Décrivez les mesures : Mot de passe pour accès à table de correspondance, Mot de passe d'accès aux transcriptions, Mot de passe d'accès à l'ordinateur, Mot de passe d'accès à la boîte mail, stockage des informations sur boîte mail sécurisé de l'université de Bordeaux.

Mesures de traçabilité

Précisez la nature des traces (exemple : journalisation des accès des utilisateurs), les données enregistrées (exemple : identifiant, date et heure de connexion, etc.) et leur durée de conservation :

4

.....
.....
Mesures de protection des logiciels (antivirus, mises à jour et correctifs de sécurité, tests, etc.)
Décrivez les mesures :
Logiciel antivirus -windows defender antivirus, mise à jour régulièrement.

.....
.....
Sauvegarde des données
Décrivez les modalités :
Données sauvegardés sur boîte mail sécurisé de la fac, ainsi que sur ordinateur personnel verrouillé par mot de passe.

.....
.....
Chiffrement des données
Décrivez les mesures (exemple : site accessible en https, utilisation de TLS, etc.) :
.....
.....
.....



.....
.....
Contrôle des sous-traitants
Décrivez les modalités :
.....
.....
.....

.....
.....
Autres mesures :
.....
.....
.....
.....
.....

En tant que signataire du traitement, responsable du traitement, je certifie l'exactitude des informations portées sur cette déclaration.

Date : 11/01/2019 Nom : SPRIET MARION

signature :

 5 

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

L'alimentation en Médecine générale.

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de *patients de 18 à 65 ans parlant couramment le français.*

Introduction: Bonjour, je m'appelle Marion SPRIET, je suis chercheur en médecine générale. Je prépare actuellement une thèse pour laquelle je réalise des entretiens dont le sujet principal est l'alimentation dans la santé. J'aimerais ainsi connaître votre expérience à ce sujet. Je tiens à vous préciser que la transcription de cet entretien sera anonymisée et qu'il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Pour des raisons pratiques et dans le but de retranscrire fidèlement vos propos je vais enregistrer cet entretien. Les informations recueillies ne seront utilisées que dans le cadre de ma recherche et aucune donnée identifiante ne sera mentionnée.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Marion SPRIET suivant vos disponibilités, dans les locaux *de votre choix (domicile ou au cabinet médical)*

Il durera de 20 à 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre vécu/expérience/connaissances à propos de l'alimentation et des conseils reçus à ce sujet par votre médecin généraliste.*

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot (sauf données identifiantes) de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Marion SPRIET *et en collaboration avec* d'autres chercheurs en médecine générale formés à l'analyse de ces données.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse d'exercice de médecine générale et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot (sauf données identifiantes) de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant)_____

Signature (investigateur)_____

Date_____

Date_____

Nom_____

Nom_____

Guide d'entretien :

Présentation et introduction à l'étude : Bonjour, je m'appelle Marion SPRIET, je suis chercheur en médecine générale. Je prépare actuellement une thèse pour laquelle je réalise des entretiens dont le sujet principal est l'alimentation dans la santé. J'aimerais ainsi connaître votre expérience à ce sujet. Je tiens à vous préciser que cet entretien est anonyme et qu'il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Pour des raisons pratiques et dans le but de retranscrire fidèlement vos propos je vais enregistrer cet entretien. Les informations recueillies ne seront utilisées que dans le cadre de ma recherche et aucun nom ne sera mentionné.

(Remise de la fiche de consentement pour signature)

Données démographiques :

Sexe :

Age :

Profession/niveau scolaire :

Zone démographique (rural, semi-rural, urbain) :

Statut marital et nombre d'enfants :

IMC :

Antécédents médicaux :

Questions ? :

1. Parlez-moi de la dernière fois que vous avez fait vos courses ou de votre dernier repas ?
(Relation à l'alimentation, choix des aliments, est-ce équilibré ? Connaissances des recommandations nutritionnelles ? Qu'est-ce qu'une alimentation équilibrée ? Application de ce qu'ils savent dans leurs vies de tous les jours ? Hygiène de vie ? Coût de l'alimentation ?)

2. Quel est l'impact de l'alimentation sur la santé selon vous ?
(Impacts positifs ? impacts négatifs ?)

3. D'où viennent vos connaissances sur l'alimentation ? Où trouvez-vous les informations les plus fiables sur ce sujet selon vous ? (PNNS ? Médias ? Médicaux et paramédicaux ? Valeurs accordées ?)

4. Quel est la place de votre médecin généraliste sur vos habitudes alimentaires ?
(Avez-vous déjà eu des conseils ? Applications dans la vie réelle ? Temps accordé à ce sujet par leur médecin ? Racontez la dernière fois que leur médecin leur a parlé de l'alimentation ? Y a-t-il eu délivrance d'un support à l'issue ? Sont-ils gênés que leurs médecins abordent ce sujet ?)

5. Quelles sont vos attentes sur ce sujet de la part de votre médecin généralistes ?
(Quelles pourraient être les améliorations ? Comment souhaiteriez-vous que ce sujet soit traité en consultation ?)

6. Que pensez-vous d'une consultation dédiée à ce sujet ?

Guide d'entretien :

Présentation et introduction à l'étude : Bonjour, je m'appelle Marion SPRIET, je suis chercheur en médecine générale. Je prépare actuellement une thèse pour laquelle je réalise des entretiens dont le sujet principal est l'alimentation dans la santé. J'aimerais ainsi connaître votre expérience à ce sujet. Je tiens à vous préciser que cet entretien est anonyme et qu'il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Pour des raisons pratiques et dans le but de retranscrire fidèlement vos propos je vais enregistrer cet entretien. Les informations recueillies ne seront utilisées que dans le cadre de ma recherche et aucun nom ne sera mentionné.

(Remise de la fiche de consentement pour signature)

Données démographiques :

Sexe :

Age :

Profession/niveau scolaire :

Zone démographique (rural, semi-rural, urbain) :

Statut marital et nombre d'enfants :

IMC :

Antécédents médicaux :

Questions ? :

1. Parlez-moi de la dernière fois que vous avez fait vos courses ou de votre dernier repas ?
(Relation à l'alimentation, choix des aliments, est-ce équilibré ? Connaissances des recommandations nutritionnelles ? Qu'est-ce qu'une alimentation équilibrée ? Application de ce qu'ils savent dans leurs vies de tous les jours ? Hygiène de vie ? Coût de l'alimentation ?)

2. Quel rôle joue l'alimentation dans la santé selon vous ?
(Impacts positifs ? impacts négatifs ?)

3. D'où viennent vos connaissances sur l'alimentation ? Où trouvez-vous les informations les plus fiables sur ce sujet selon vous ? (PNNS ? Médias ? Médicaux et paramédicaux ? Valeurs accordées ?)

4. Quel est la place de votre médecin généraliste sur vos habitudes alimentaires ? Quel est son rôle dans le conseil alimentaire ?
(Avez-vous déjà eu des conseils ? Applications dans la vie réelle ? Temps accordé à ce sujet par leur médecin ? Racontez la dernière fois que leur médecin leur a parlé de l'alimentation ? Y a-t-il eu délivrance d'un support à l'issue ? Sont-ils gênés que leurs médecins abordent ce sujet ?)

5. Quelles sont vos attentes sur ce sujet de la part de votre médecin généralistes et comment souhaiteriez-vous qu'il soit traités ?
(Quelles pourraient être les améliorations ?)

6. Que pensez-vous d'une consultation dédiée à ce sujet ?

Annexe 6 : Extrait carnet de bord :

Carnet de bord :

23/07/2019 ; 24/07/2019 ; 01/08/19

Rangement étiquettes :

Attentes des patients de leur MG pour conseils nutrition :

-attitude médecin = neutralité bienveillante, en opposition avec expérience négative parfois (cf entretien 5), être dans l'écoute et non le jugement.

-Aider à faire le tri dans les informations extérieur

_CS individuel et personnalisé

_Support écrit

_conseil oral

_durée

_Contenu

Vision des patients de leur MG :

_MG vu dans son rôle de prescripteur

_On ne fait appel à lui qu'en cas de problème de santé = Rôle de guérison.

_MG= occupé/ pressé donc pas le temps d'aborder sujet vu comme secondaire

_MG= coordination orientation

_MG= proximité en opposition aux spécialistes.

_MG= interlocuteur privilégié car suivie long (depuis l'enfance parfois), proximité.

_MG= donner des conseils alimentaires n'est pas son rôle, car trop spécialisé ?

_MG= professionnel de santé, on peut parler de tout.

_Prise en charge variable

_MG en mauvaise « état de santé » = moins confiance en conseils diététiques

_Si MG n'en parle pas c'est qu'il valide ce qui est fait par patient/ ou sujet pas important.

De nombreuses sources d'informations :

_ Livres.

_Médias (télé, internet, magazine, application).

_ Milieu médical.

_Association de patients.

_Education.

_Messages de santé publique.

_Entourage/ famille.

_Autres (supermarchés)

Evènement déclenchant une recherche d'information ou de conseil :

_Prise de poids

_Sport

_prise de conscience lié aux campagnes médiatiques ?

_Naissances des enfants

_Vieillessement

_Maladies

_Evènement de vies (Mariage)

Représentation alimentation équilibré :

_Cher/ non accessible a personnes à faibles revenus.

_Demande des efforts

_demande de la préparation

Alimentation et émotions = relation complexe :

Idées résultats :

Alimentation équilibrée = une représentation vague pour la population et qui diverge en fonction des gens et des ethnies. Quel est la définition à l'heure actuelle d'une alimentation équilibrée ? Concept à éclairer par le médecin ?

Sources de connaissances sur alimentation abondantes sur divers formats avec parfois difficultés à faire le tri et trouver les bonnes sources dans cette surabondance. Le PNNS finalement mal connu par la population générale.

C. Perception de l'alimentation en santé :

1. équilibrée et saine = idéal dont on essaie de se rapprocher,

Vu comme demandant un effort : c'est quelque chose qu'on essaye de faire,

Plus ou moins selon son niveau de connaissances, ses possibilités économiques et, sa culture et son niveau d'investissement. Mais difficultés car alimentation est également une interaction sociale à part entière, en effet on mange souvent avec les autres pour partager un moment de plaisir, sceller un accord professionnel, ou partager un héritage culturel, dans ces moments-là, il est difficile de dire non ou de faire intervenir le facteur santé, qui est alors secondaire

2. Le rôle de l'alimentation dans la santé est globalement perçu par tous, en effet sa nécessité vitale en tant que carburant du corps est admise, et globalement l'on sait qu'un défaut ou un excès ou une mauvaise qualité peuvent être à l'origine de maladies,

Cependant ses maladies sont souvent floues et perçus comme lointaines, l'absence de symptômes immédiat ou de symptômes visibles, rendent difficile la perception de l'impact de son alimentation sur sa santé et donc la mise en application des conseils ou la mise en place d'un changement ou d'un acte de santé en soit.

3. L'information sur l'alimentation en santé :

Difficultés à trouver une information référente devant le nombre de sources (entourages, médias générales ou spécialisé, éducations...etc.)

Messages de l'état et des représentants de santé parfois perçu comme moralisateurs, simpliste, non adaptés.

Certains messages connus mais site référent souvent non consulté, plutôt parlez en a votre médecin ?

Le médecin généraliste : quel rôle dans le conseil alimentaire selon les patients ?

Non vu par les patients comme la ressource numéro 1 pour ce type de demande car : pas son travail, pas qualifié, sujet secondaire non important... bien que pourtant ont confiance en lui car proximité, plus fonction médicale = sage/docte.

Rôle du médecin généraliste flou : il fait un peu tout et un peu rien à la fois ? Quelles sont ses missions ?

Quel est le rôle/ le médecin a-t-il un rôle dans le conseil alimentaire ?

Médecin vu comme quelqu'un vers qui l'on se tourne qd maladie, or à partir de quel moment une mauvaise alimentation devient une maladie ? Problème de l'absence de retentissement immédiat d'une mauvaise alimentation sur l'état de santé, donc sujet non important et ne nécessitant pas un suivi médical. Revaloriser le rôle de prévention du médecin généraliste ?! Piste pour le futur ?

Redéfinir le rôle du médecin généraliste dans le conseil alimentaire ?

Les attentes :

Ouvrir le dialogue sur ce sujet, pour que chacun y trouve son compte et que les patients sachent que le médecin peut être une source d'aide et de conseils dans ce domaine si besoin/ libérer la parole à ce sujet.

Etre disponible pour répondre à ce type de question quitte à proposer une nouvelle consultation si nécessaire ou temps non suffisant pour faire un point plus précis.

Une attitude empathique car sujet sensible et personnel, sans jugement.

Des conseils courts et répétés à la demande ou spontanée avec des réponses plus précises et des conseils plus longs en fonction des situations des patients voire ensuite basculer vers une consultation dédiée.

Des informations personnalisées en fonction des patients (ethnies, âge, souhait du patient, maladies, IMC) en oppositions aux messages publics, avec cependant des conseils simples, ne pas donner surabondance d'information en une fois.

En bref ouvrir le dialogue sur le sujet...conseiller et orienter si besoin.

Plutôt un conseil oral avec plus ou moins remise d'un conseil écrit (mais attention conseil écrit ne convient qu'aux gens qui savent lire le français, donc non adaptés aux étrangers et illettrés).

Aider à faire le tri sur les sources d'informations, guider, conseiller.

Support : idée pour l'avenir : développer une application où le patient pourrait par exemple rentrer son journal alimentaire qui serait directement envoyé au médecin traitant et donc consultable pendant les consultations ?

Contexte : de la difficulté d'aborder l'alimentation :

D'abord pas de définition d'une alimentation équilibrée pour tous car elle doit inclure les notions de cultures et d'individualités

Alimentation a également une fonction sociale en dehors de sa fonction de « carburant » pour le corps.

Une mauvaise alimentation n'est pas toujours une « maladie » au sens propre donc pas dans le rôle du médecin comme il est perçu par la société. Le médecin soigne les maladies.

Rôle dans les émotions : notion de plaisir.

Société actuelle de consommations qui influe sur les modes de consommations, donc rôle des pouvoirs publics et éducation majeur, dans quel rôle et quelle partie doit s'intégrer la participation du médecin généraliste ??!

Difficulté à intégrer une part de santé qui implique un certain contrôle dans un sujet comme l'alimentation qui est une interaction sociale en elle-même. Trop contrôler implique une certaine déshumanisation et une intellectualisation complète d'un acte qui depuis des siècles fait partie du modèle sociale. Ouverture.

Annexe 7 : Serment d'Hippocrate :

“Au moment d’être admise 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.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j’y manque.”

Résumé :

Contexte : Le rôle de l'alimentation sur la santé est connu et la population s'interroge de plus en plus sur son impact sur la santé et cherche à s'informer. Le médecin généraliste premier interlocuteur médical et ayant un rôle de prévention a lui aussi un rôle à jouer. Objectif : Déterminer les attentes des patients sur le conseil nutritionnel par le médecin généraliste. Méthode : Méthode qualitative inductivo-déductive avec recueil des données par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients âgés de 18 à 65 ans en Gironde. Réalisation d'un échantillonnage à variation maximale, jusqu'à saturation des données. Analyse de contenu thématique assistée par logiciel NVivo 12® et triangulation par deux chercheurs. Résultats : Les patients attendent que le médecin généraliste fasse le premier pas. Son attitude doit être non jugeante et bienveillante. Les conseils doivent être adaptés individuellement aux conceptions du patient sur l'alimentation et sur le rôle du médecin sur son alimentation. En termes de contenu, il était souhaité que le médecin rappelle les repères, aide à faire le tri dans l'information et se place comme un élément de soutien et de motivation pour le patient. Le conseil oral est la forme privilégiée par les patients. Conclusion : Le médecin généraliste ne doit pas hésiter à donner des conseils nutritionnels. Afin d'obtenir la meilleure adhésion, il doit adopter une attitude bienveillante et s'enquérir des conceptions du patients dans ce domaine.

Mots clés : médecine générale, médecine préventive, intervention nutritionnelle, recherche qualitative

Abstract : Patient's expectation on nutritional advice by the general practitioner, qualitative survey.

Background : Alimentation's impact on health is known and the population is questioning more and more about its impact on health and looks for information. The general practitioner (GP) first medical contact has a preventive mission and has a role to play. Objective : To determine the expectations of patients on nutritional advice by the GP. Methods : Inductive-deductive qualitative method, with semi-structured individual interviews of patients aged 18 to 65 in Gironde. Maximum variation sampling was done, until data saturation was reached. Thematic content analysis assisted with NVivo 12® software and triangulation by two researchers. Results : Patients expect from GP to make the first step. His attitude must be nonjudgmental and caring. Nutritionnal advices should be individually adapted to patient's views on alimentation and on GP's role on this. In terms of content, GP need to recall the benchmarks, help to select the information and be an element of support and motivation for the patient. Oral counseling is the preferred form for patients. Conclusion : GP should not hesitate to providing nutritional advices. To obtain patient's adherence, his attitude have to be caring and he need to inquire into the patient's views on alimentation' s concept.

Key words : general practice, preventive medicine, nutritional management, qualitative research

Discipline: Médecine Générale

Université de Bordeaux, U.F.R. des Sciences médicales, 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux