



Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes

Etude réalisée par
l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes



Février 2004

Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes

Réalisation de l'étude :

Delphine GRUAZ, chargée d'études

Docteur Denis FONTAINE, médecin directeur d'études

Direction de la publication :

Docteur Olivier GUYE

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes remercie particulièrement les médecins qui ont accepté de participer aux enquêtes ; ce rapport n'aurait pu être réalisé sans leur contribution.

Merci également à l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de la région Rhône-Alpes, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rhône-Alpes et l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes pour leur participation au comité de pilotage de l'étude.

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

Espace Régional de Santé Publique - 9, quai Jean Moulin 69001 LYON

Tél : 04 72 07 46 20 - Fax : 04 72 07 46 21 - Email : courrier@ors-rhone-alpes.org

Site Internet : www.ors-rhone-alpes.org

Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes

Février 2004

- Résumé d'étude -

Cette étude a été faite à la demande de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de la région Rhône-Alpes. Elle a pour objectif de décrire les pratiques des médecins généralistes en matière d'éducation nutritionnelle, d'identifier leurs attentes par rapport à différents publics, leur connaissance du PNNS, leurs avis et réactions par rapport à une offre de service et leur perception des problématiques émergentes.

Deux enquêtes ont été réalisées fin 2003 par l'Observatoire Régional de la Santé :

- 1- Une enquête par questionnaire postal auprès d'un échantillon représentatif de 206 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes.
- 2- Une enquête qualitative par entretiens auprès de vingt médecins généralistes de la région.

Des médecins concernés par la nutrition mais peu informés

Près de trois quarts des médecins déclarent que leur rôle en matière d'éducation nutritionnelle est de donner des conseils personnalisés, même en l'absence de demande du patient. Cependant seule la moitié d'entre eux a connaissance du PNNS et des guides "la santé vient en mangeant" qui ont été envoyés à tous les médecins. On constate que les plus informés sont les médecins installés en zone urbaine, les femmes, et les moins de 45 ans.

La crainte d'une augmentation de l'obésité chez les jeunes

Les médecins redoutent l'augmentation de l'obésité dans les années à venir, en

particulier chez les enfants et les adolescents, du fait d'une mauvaise hygiène alimentaire. C'est pourquoi ils estiment que l'éducation nutritionnelle doit être axée sur les plus jeunes. Leur seconde priorité concerne les personnes âgées, de plus en plus touchées par des problèmes de déséquilibre alimentaire et de dénutrition. Les situations de précarité ainsi que la manque d'activité physique ne ressortent pas comme des priorités spontanément exprimées.

Des pratiques très variées en matière d'éducation nutritionnelle

Dans le cadre de cette étude, ont été exclues les situations où il y a une pathologie nécessitant une adaptation nutritionnelle (obésité avérée, hypertension artérielle, diabète..).

Les médecins peuvent aborder les questions de nutrition de leur propre initiative et en dehors d'une maladie dans plusieurs cas : de manière systématique avec tous leurs patients, au cours des visites systématiques (bilans, vaccins, certificats...) ou encore quand ils repèrent des signes qui les incitent à en parler. Pour certains, l'éducation nutritionnelle est difficile à faire quand il n'y a pas de demande des patients.

Les pratiques des médecins diffèrent également concernant leur manière d'interroger, de conseiller, et de suivre leurs patients en matière de nutrition. Enfin, si certains médecins ont une pratique identique en matière d'éducation nutritionnelle avec tous leurs patients, d'autres ciblent certains publics (jeunes, personnes âgées) qu'ils considèrent plus concernés par des problèmes liés à la nutrition.

Cette diversité des pratiques des médecins peut s'expliquer par leurs différences

d'intérêt pour la nutrition et de perception de leur rôle en matière d'éducation nutritionnelle et de prévention.

Quatre types de pratiques ont été décrits :

- Les médecins qui pensent que c'est leur rôle de faire de l'éducation nutritionnelle et qui en font systématiquement avec tous leurs patients,
- Ceux qui pensent que c'est leur rôle, et qui en font systématiquement avec certains publics et dès qu'ils repèrent un signe d'appel avec les autres patients,
- Ceux qui pensent que c'est leur rôle et qui en font dès qu'ils repèrent un signe d'appel,
- Ceux qui pensent que ce n'est pas leur rôle et qui n'en font que quand il y a un signe d'appel.

Les obstacles à l'éducation nutritionnelle quand il n'y a pas de demande

Les médecins généralistes mentionnent plusieurs obstacles pour faire de l'éducation nutritionnelle :

- le risque d'intrusion dans l'intimité du patient à travers ce sujet personnel,
- le risque de perturber la relation médecin patient (crainte de gêner, vexer les patients),
- le manque de temps et de connaissances pour faire de l'éducation nutritionnelle,
- le manque d'efficacité visible à court terme,
- l'environnement non facilitant (famille, publicité..).

Ces difficultés ne diffèrent pas selon le type de pratique des médecins, on constate cependant que certains parviennent à les gérer tandis que pour d'autres elles sont un véritable frein.

Un intérêt pour des outils pratiques

Les besoins exprimés par les médecins sont en lien avec les difficultés qu'ils rencontrent pour faire de l'éducation nutritionnelle. Les médecins sont principalement demandeurs d'outils pratiques, en particulier de fiches-

conseils (77%). Des thèmes prioritaires ont été déterminés par les médecins pour les 4 publics définis dans le PNNS. Les autres attentes concernent des annuaires des ressources existantes (49%), des livres, guides, DVD... Des séances de formation ou d'information pourraient également intéresser les médecins (30%), notamment sur l'alimentation et les besoins nutritionnels spécifiques aux différentes périodes de la vie, ainsi que sur la prévention et la prise en charge de l'obésité.

Par ailleurs, certains médecins souhaiteraient disposer de plus de temps à consacrer à l'éducation nutritionnelle (et à la prévention en général) et par-là même, avoir un financement spécifique pour cela.

Enfin, la participation des médias et des autres professionnels potentiellement concernés par la nutrition est vivement souhaitée par certains médecins afin d'appuyer leur discours.

Des étapes préalables pour les médecins peu concernés par l'éducation nutritionnelle

Pour les médecins peu intéressés par la nutrition et estimant que l'éducation nutritionnelle ne fait pas partie de leur rôle en l'absence de demande des patients, des étapes préalables à la mise à disposition d'outils semblent nécessaires :

- Prendre conscience de l'importance de la nutrition et de l'activité physique pour la santé, et de l'apport du médecin par l'éducation nutritionnelle,
- Acquérir un savoir-faire pour pouvoir ouvrir le dialogue sur les questions de nutrition avec leurs patients sans les heurter.

Une nouvelle action de communication sur le PNNS présentant les outils disponibles et décrivant des manières d'engager le dialogue avec le patient pourrait être envisagée, ainsi que des articles publiés dans les revues professionnelles.

SOMMAIRE

I - Cadre de l'étude	2
II - Objectifs	2
III - Sujets et méthode	3
IV - Etude quantitative	
IV – 1. Résultats	4
IV – 2. Discussion et conclusion de l'étude quantitative	15
V - Etude qualitative	17
V – 1. Résultats	17
V – 1. 1. Perception du rôle du médecin concernant l'éducation nutritionnelle et la prévention des maladies liées à la nutrition	17
V – 1. 2. L'éducation nutritionnelle chez les enfants et les adolescents	18
V – 1. 3. L'éducation nutritionnelle chez les personnes âgées	21
V – 1. 4. Les difficultés rencontrées par les médecins pour faire de l'éducation nutritionnelle	22
V – 1. 2. Les attentes et propositions des médecins	24
V – 2. Discussion et conclusion de l'étude qualitative	26
VI – Conclusion générale et recommandations	30
Annexes	32
Annexe 1 - Questionnaire	33
Annexe 2 - Réponses aux questions ouvertes	38
Annexe 3 - Grille d'entretien	46

I - CADRE DE L'ETUDE

Sur le plan épidémiologique, il est établi que l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement et/ou à l'aggravation de maladies répandues en France comme dans l'ensemble des pays industrialisés (maladies cardio-vasculaires, diabète, hypercholestérolémie, obésité). Dans ce contexte, le Gouvernement a établi un Programme National Nutrition Santé (PNNS) pour 2001-2005, relayé par l'Assurance Maladie.

La promotion d'une attitude préventive visant à l'équilibre nutritionnel concourt aux missions de l'Assurance Maladie dans le champ de la régulation, c'est pourquoi l'étude des modalités de relais et d'amplification du PNNS ont été inscrites au Programme Régional de l'Assurance Maladie (PRAM) 2002.

A cet effet, un groupe de travail a eu pour mission d'étudier la faisabilité et l'opportunité d'actions de prévention spécifiques en direction des quatre publics cibles identifiés par le PNNS : les femmes enceintes, les enfants et les adolescents, les personnes âgées et les personnes en situation de précarité. Un des objectifs secondaire du groupe était également de permettre aux différents organismes d'Assurance Maladie de se fédérer autour d'un projet commun, sur une thématique de prévention, à partir d'un échange d'expertises et de pratiques.

Suite à ces travaux, un plan d'actions pour 2003 a été validé. Un des objectifs de ce plan vise à associer les professionnels de santé au plan d'actions. Cet objectif a conduit à la mise en place d'une enquête, initiée par le groupe de travail nutrition du PRAM 2003 et réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. Cette étude est ciblée sur les médecins généralistes, acteurs de prévention de première ligne dont il importe de connaître la perception et les besoins avant de leur proposer des actions.

II - OBJECTIFS

Objectif général :

Identifier en matière de nutrition les sollicitations dont peuvent faire l'objet les médecins généralistes, leurs réponses et leurs attentes par rapport à différents publics, leurs avis et réactions par rapport à une offre de service et leur perception des problématiques émergentes.

Objectifs spécifiques :

- Evaluer l'implantation du PNNS auprès des médecins et de leurs patients (connaissance du PNNS, des guides, appropriation ainsi que degré d'implication des professionnels sur ce thème).
- Par type de public, recenser les attentes et problématiques abordée dans le champ préventif.
- Déterminer les attentes et besoins des médecins en la matière (outils, formations...).
- Recueillir leurs réactions sur des propositions d'offres de service (documentation, lettre électronique, CD Rom, annuaire des ressources, fiches patient, module d'intervention brève à l'image du tabac, alcool ou cannabis).
- Connaître leur perception des problématiques émergentes en matière de nutrition.

III - SUJETS ET METHODE

Pour répondre à tous les objectifs spécifiques, une approche quantitative et une approche qualitative ont été combinées, avec une enquête par questionnaire auto-administré, et une enquête par entretiens semi-directifs dans un deuxième temps pour approfondir les pratiques, les perceptions des problèmes et les attentes des médecins en fonction des résultats de l'enquête quantitative.

- **L'étude quantitative**

L'enquête quantitative a eu lieu auprès d'un échantillon aléatoire de 206 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes

La liste des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes a été fournie par la DRASS (fichier ADELI). Les médecins ont été classés par département et un tirage au sort proportionnel a été effectué par département.

Les médecins tirés au sort ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude, auquel cas ils ont été inclus dans l'échantillon. Un questionnaire [annexe 1] leur a ensuite été envoyé par courrier. Au total, 234 des 324 médecins contactés ont accepté de répondre à l'enquête, et 206 médecins ont retourné le questionnaire.

Chaque médecin participant a été indemnisé (2C). Les non-répondants ont été relancés par téléphone.

Les réponses des médecins ont été nominatives pour suivre les non-répondants et indemniser les répondants. Les questionnaires ont été anonymisés après réception et ne permettent pas de remonter à l'identité des répondants.

Les données ont été saisies et analysées sous le logiciel Epi-Info.

- **L'étude qualitative**

L'enquête par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès d'un échantillon de vingt médecins de l'ensemble de la région Rhône-Alpes, constitué à partir des répondants à l'étude quantitative.

Les médecins ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude et convenir d'un rendez-vous pour l'entretien. Les entretiens ont été réalisés en face à face, dans les cabinets des médecins, du 1^{er} au 16 décembre 2003. Une indemnisation (2C) a été versée à chaque médecin participant à l'étude. L'exploitation des données est anonyme.

IV - L'ETUDE QUANTITATIVE

IV – 1. Résultats

Sur les 234 médecins généralistes libéraux de la région Rhône-Alpes ayant accepté de participer à l'étude, 206 ont renvoyé leur questionnaire rempli, ce qui constitue un bon taux de retour de 88%.

Si on prend en compte les 324 médecins initialement contactés, le taux de retour est de 64%, ce qui est bien supérieur aux 10 à 20% de réponses à un questionnaire postal non accompagné.

- **Caractéristiques des répondants**

Sexe

L'échantillon de médecins généralistes libéraux est composé de deux tiers (67%) d'hommes et d'un tiers (33%) de femmes. Cette répartition n'est pas significativement différente de celle des médecins généralistes en France au 1^{er} janvier 2003¹ (29% de femmes).

Age

L'âge moyen des médecins participants est de 45,8 ans. Ils sont 42% à avoir entre 40 et 49 ans, et 37% à être âgés de 50 ans et plus (*tableau 1*). La répartition par âge des médecins dans l'échantillon est semblable à celle des médecins généralistes en France¹.

Les femmes sont plus jeunes que les hommes : l'âge moyen des femmes est de 41,9 ans contre 47,7 ans pour les hommes ($p < 10^{-5}$).

Tableau 1 - Répartition des médecins généralistes par âge

AGE	effectifs	%	% en France
Moins de 35 ans	15	7,3	8,0
Entre 35 et 39 ans	29	14,1	12,2
Entre 40 et 44 ans	46	22,4	19,9
Entre 45 et 49 ans	40	19,5	20,5
Entre 50 et 54 ans	51	24,9	22,5
55 ans et plus	24	11,8	16,8
Total	205	100,0	100,0

Département et commune d'exercice

La répartition des médecins par département dans l'échantillon est conforme à celle de l'ensemble des médecins de la région.

Par ailleurs, les médecins généralistes répondants sont 83% à exercer dans une commune urbaine² et 17% dans une commune rurale. Ces pourcentages sont semblables à ceux observés en France¹ : 16% exercent en zone rurale au 1^{er} janvier 2003.

¹ Sicard D. Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2003. Série statistique, document de travail DREES ; n°57, sept 2003.

² Selon la définition de l'INSEE, une commune urbaine a sur son territoire un ensemble d'habitations qui présentent entre elles une continuité et compte au moins 2000 habitants.

Ancienneté d'installation

Les médecins répondants sont 22% à déclarer être installés dans leur cabinet actuel depuis moins de cinq ans, 35% depuis dix à vingt ans, et 30% depuis plus de vingt ans (*tableau 2*).

Les femmes se sont installées plus récemment que les hommes : depuis en moyenne 10,5 ans contre 17,5 ans pour les hommes ($p < 10^{-4}$), ce qui est cohérent avec leur plus jeune âge.

Tableau 2 - Répartition des médecins généralistes selon leur ancienneté d'installation dans ce cabinet

Ancienneté d'installation	effectifs	%
Moins de 5 ans	44	21,5
Entre 5 et 9 ans	27	13,2
Entre 10 et 14 ans	31	15,1
Entre 15 et 20 ans	41	20,0
Plus de 20 ans	62	30,2
Total	205	100,0

Mode d'exercice particulier

Plus d'un quart (27%) des médecins généralistes répondants ont déclaré avoir un mode d'exercice particulier, les principaux étant l'homéopathie et l'acupuncture, puis la médecine manuelle (ostéopathie, vertébrothérapie...), la nutrition et l'angéiologie [annexe 2].

Pour l'analyse, les modes d'exercices particuliers ont été regroupés en deux catégories :

- les médecines dites "douces" type homéopathie, acupuncture, médecine manuelle, mésothérapie, phytothérapie, nutrithérapie, naturopathie (21% des médecins)
- Les spécialisations type angéiologie, nutrition, allergologie, sexologie, gériatrie, médecine du sport, médecine thermale...(6%)

Les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à avoir un mode d'exercice particulier : elles sont 43% contre 19% des hommes ($p < 0,001$).

Particularités d'exercice

Les médecins participants sont 80% à exercer en secteur I. Ce pourcentage ne diffère pas significativement de celui observé en France au 1^{er} janvier 2002³ : 85% des médecins généralistes exerçaient en secteur I.

Les médecins n'ayant pas de mode d'exercice particulier sont plus nombreux que les autres à exercer en secteur I (89% contre 56%) ($p < 10^{-6}$), ce qui est conforme à la répartition nationale³ (90% contre 49%).

D'autre part, 15% sont médecins référents, et 9% participent à un ou plusieurs réseau(x) de soins. Les principaux réseaux cités concernent la toxicomanie (6 médecins), le VIH (4), les soins palliatifs (4) et l'hépatite C (3) [annexe 2].

Type de patients

Près de la moitié (45%) des médecins participants ont une clientèle composée à part égale d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées de plus de 60 ans.

Pour l'autre moitié (55%), les patients sont principalement des adultes (38%), des enfants et des adolescents (25%) ou des personnes âgées de plus de 60 ans (14%) (le total est supérieur à 55% du fait des choix multiples).

³ CNAMTS. Le secteur libéral des professions de santé au 31 décembre 2001. Résultats du SNIR 2001. Carnets statistiques, 2003, N°109.

- **Le médecin généraliste et l'éducation nutritionnelle**

Près de trois médecins sur quatre (72%) pensent que le rôle du médecin généraliste en matière d'éducation nutritionnelle est de donner des conseils préventifs personnalisés, même en l'absence de demande du patient (*tableau 3*).

L'analyse ne fait pas apparaître de différences de répartition selon le sexe, l'âge, la commune d'exercice ou encore le type d'exercice du médecin.

Tableau 3 – Parmi les trois profils de médecin suivants, duquel vous sentez-vous le plus proche ?

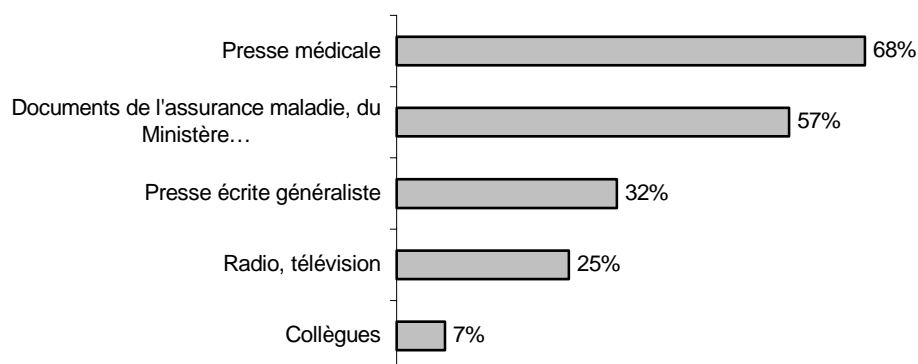
	Effectifs	%
En dehors de l'éducation thérapeutique (en cas de diabète, hypertension artérielle...), <u>ce n'est pas le rôle du médecin</u> généraliste de faire de l'éducation nutritionnelle.	3	1,5%
En dehors de l'éducation thérapeutique (en cas de diabète, hypertension artérielle...), le rôle du médecin généraliste en matière d'éducation nutritionnelle est de <u>répondre à la demande</u> du patient ou de l'entourage.	54	26,2%
En dehors de l'éducation thérapeutique (en cas de diabète, hypertension artérielle...), le rôle du médecin généraliste en matière d'éducation nutritionnelle est de donner des conseils préventifs personnalisés, <u>même en l'absence de demande</u> du patient.	149	72,3%
Total	206	100,0%

- **Connaissance du Programme National Nutrition Santé (PNNS)**

Un peu moins de la moitié (43%) des médecins généralistes participants ont entendu parler du Programme National Nutrition Santé (PNNS), et ce, essentiellement par la presse médicale (68% d'entre eux) et par des documents de l'Assurance maladie, du Ministère (57%) (*graphique 1*).

Graphique 1 – Par quelles sources avez-vous entendu parler du PNNS ?

Réponses des médecins (n=88)



L'analyse montre que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir entendu parler du PNNS, indépendamment de l'âge (61% contre 35%) ($p < 0,03$). De même, indépendamment du sexe, il apparaît que les médecins de moins de 45 ans connaissent davantage le PNNS que ceux de 45 ans et plus (57% contre 33%) ($p < 0,04$).

- **Les guides "la santé vient en mangeant" diffusés fin 2002**

Connaissance du guide professionnel

Un peu plus de la moitié (52%) des médecins généralistes enquêtés ont pris connaissance du guide professionnel.

Il apparaît que les médecins installés en zone urbaine sont significativement plus nombreux que ceux en zone rurale à déclarer avoir lu le guide professionnel (55% contre 35%) ($p < 0,04$). De plus, à âge égal, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à l'avoir lu (69% contre 44%) ($p < 0,05$) ; et indépendamment du sexe, les médecins de moins de 45 ans sont également plus nombreux que les autres à avoir lu le guide (66% contre 42%) ($p < 0,03$).

Ceux qui n'ont pas lu le guide professionnel pensent ne pas l'avoir reçu (66%) ou précisent ne pas avoir eu le temps de le lire (31%).

Connaissance du guide grand public

Les médecins répondants sont un peu moins de la moitié (47%) à avoir pris connaissance du guide grand public.

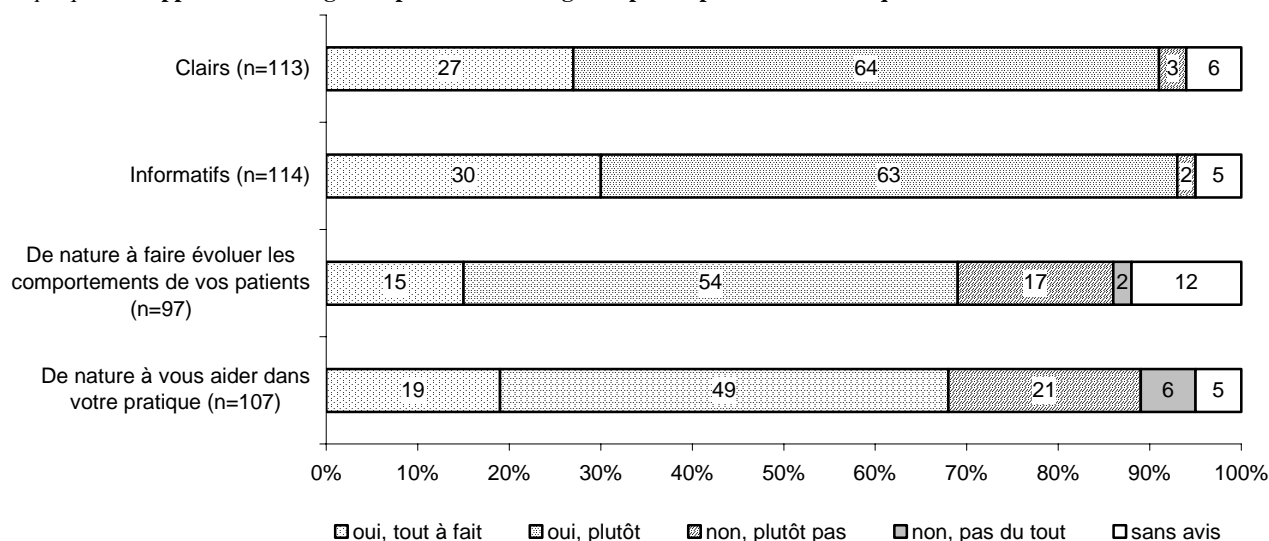
Il semble que les différences selon le sexe et l'âge observées pour la connaissance du guide professionnel par les médecins se retrouvent pour le guide grand public, cependant le manque de puissance du test ne permet pas de conclure à des résultats statistiquement significatifs.

Les raisons citées par les médecins n'ayant pas lu le guide grand public rejoignent celles concernant le guide professionnel : 63% pensent ne pas l'avoir reçu, 33% n'ont pas eu le temps de le lire, tandis que 2% ne sont pas intéressés par ce guide.

Appréciation des guides

Les médecins ayant lu les guides les jugent clairs (91%) et informatifs (93%). Ils sont plus de deux tiers à penser que le guide grand public est de nature à faire évoluer les comportements de leurs patients (69%) et que le guide professionnel est de nature à les aider dans leur pratique (68%) (graphique 2).

Graphique 2 – Appréciation des guides professionnel et grand public par les médecins qui les ont lus :



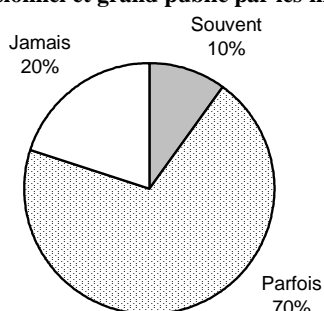
Les guides sont globalement appréciés par les médecins puisque la moyenne des notes qu'ils attribuent à ces guides est de 7,4 sur 10 pour le guide grand public, et de 7,1 sur 10 pour le guide professionnel. Environ la moitié des médecins ont noté les guides entre 8 et 10 (53% pour le guide grand public et 47% pour le guide professionnel). Pour les deux guides, ils sont 6% à leur avoir mis une note inférieure à 5 sur 10.

Utilisation des guides

Parmi les médecins ayant eu connaissance des guides "la santé vient en mangeant", 80% déclarent les utiliser souvent ou parfois (*graphique 3*).

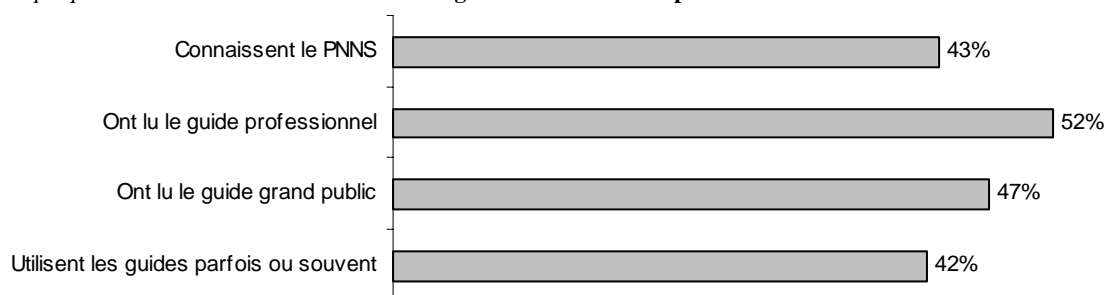
Les autres n'utilisent pas ces documents pour diverses raisons : ils les jugent inutiles (9 médecins), ils manquent de temps lors des consultations (6), ils ne pensent pas à s'en servir (3), ils ne sont pas convaincus de leur intérêt (2), ils n'ont plus ces documents à leur disposition (2) ou encore le contenu des guides ne leur convient pas (1) [annexe 2].

Graphique 3 – Utilisation des guides professionnel et grand public par les médecins qui les ont lus (n=108)



En résumé, la moitié de l'ensemble des médecins connaît le PNNS et les guides, et environ 40% les utilisent (*graphique 4*).

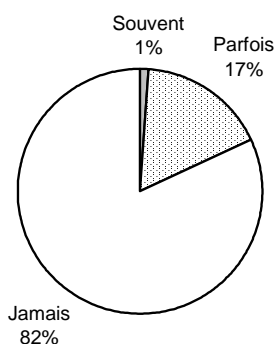
Graphique 4 – Connaissance du PNNS et des guides – Schéma récapitulatif



Connaissance du guide grand public par les patients

Moins d'un médecin sur cinq (18%) a déclaré que le guide grand public avait déjà été évoqué, parfois ou souvent, par ses patients (*graphique 5*).

Graphique 5 – Le guide grand public a-t-il été évoqué par certains de vos patients ? Réponses des médecins (n=202)



Il apparaît que les médecins ayant pris connaissance des guides ou ceux qui les utilisent parfois ou souvent sont plus nombreux que les autres à avoir eu des patients qui ont évoqué le guide grand public (respectivement 26% contre 8%, et 32% contre 4% ; $p < 0,01$).

Les remarques qui ont été formulées par les patients concernant ce guide sont diverses [annexe 2] : ils mentionnent un document intéressant, bien fait, clair et accessible à tout public (16 citations), la présentation du guide est appréciée également (3), ainsi que son côté pratique (3). Par ailleurs, le guide a été source de réflexion chez certains patients (10 citations) qui ont posé des questions au médecin suite à sa lecture, et qui ont pu prendre conscience de certaines de leurs erreurs sur le plan diététique. Deux médecins ont rapporté que leurs patients s'interrogeaient quant au sérieux des informations contenues dans le guide.

- **Les pratiques et les attentes des médecins par type de public**

- La nutrition et les femmes enceintes

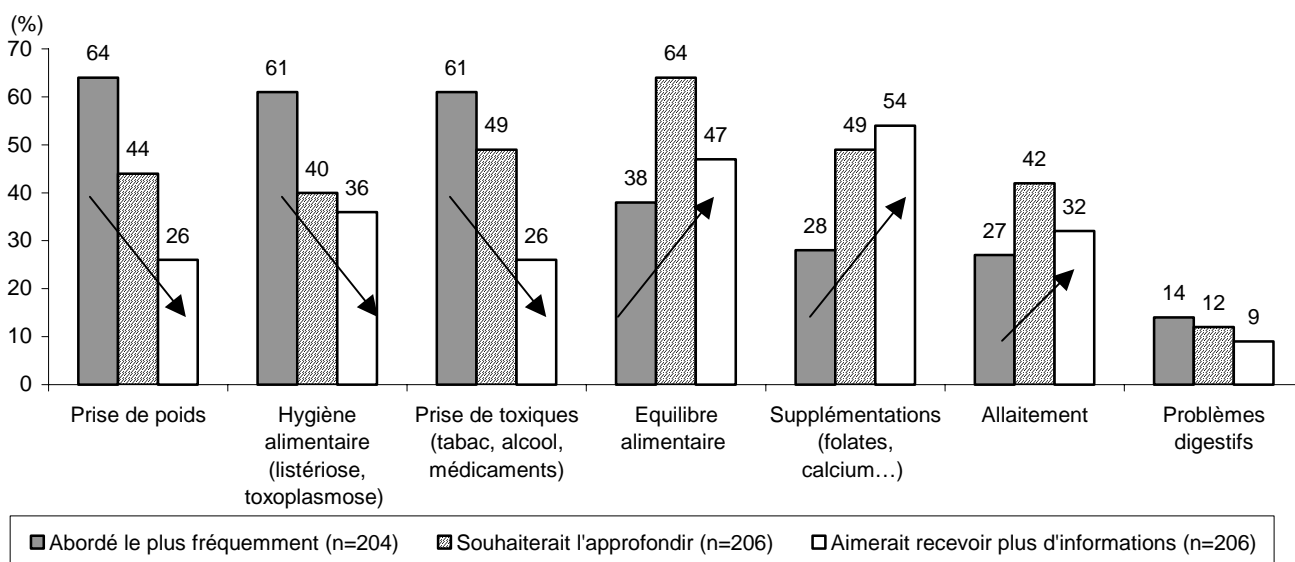
Les trois items relatifs à la nutrition les plus fréquemment abordés en consultation avec les femmes enceintes sont la prise de poids (64%), l'hygiène alimentaire (61%) et la prise de toxiques (61%) (graphique 6).

Parmi les thèmes que les médecins généralistes souhaiteraient approfondir avec les femmes enceintes, l'équilibre alimentaire est cité par 64% d'entre eux, les supplémentations et la prise de toxiques par 49%.

Concernant le public des femmes enceintes, les médecins aimeraient recevoir davantage d'informations sur les supplémentations (54%), l'équilibre alimentaire (47%) et l'hygiène alimentaire (36%).

Graphique 6 – Concernant les femmes enceintes :

Quels sont les trois items abordés le plus fréquemment avec vos patientes ?
Quels sont le ou les item(s) que vous souhaiteriez approfondir avec vos patientes ?
Quels sont les items sur lesquels vous souhaiteriez recevoir plus d'informations ?



Les thèmes prioritaires sont définis comme étant ceux où la demande d'information et d'approfondissement est plus importante que la pratique (↗), viennent ensuite ceux pour lesquels la demande d'information et d'approfondissement est importante mais inférieure à la pratique (↘).

Ainsi, les thèmes prioritaires concernant le public des femmes enceintes sont les suivants, par ordre décroissant :

- Priorité 1 - Equilibre alimentaire ; suppléments.
- Priorité 2 - Allaitement.
- Priorité 3 - Prise de poids ; hygiène alimentaire ; prise de toxique.
- Priorité 4 - Problèmes digestifs.

- La nutrition et les femmes allaitantes et les nourrissons

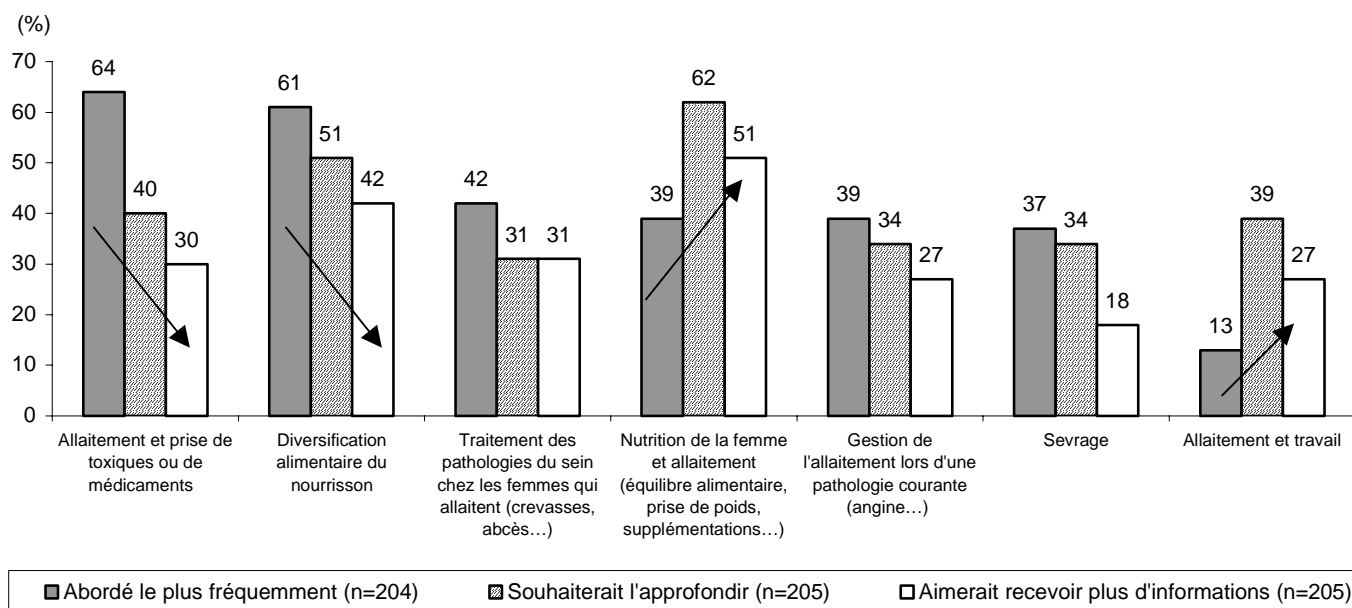
Concernant les femmes allaitantes et les nourrissons, les trois thèmes relatifs à la nutrition les plus fréquemment abordés en consultation sont : l'allaitement et la prise de toxiques ou de médicaments (cité par 64% des médecins), et la diversification alimentaire du nourrisson (61%) (*graphique 7*).

Les médecins souhaiteraient approfondir les questions relatives à la nutrition de la femme qui allaite (62%) et la diversification alimentaire du nourrisson (51%).

C'est sur ces deux thèmes également qu'ils souhaiteraient recevoir davantage d'informations (respectivement 51% et 42%)

Graphique 7 – Concernant les femmes allaitantes et les nourrissons :

Quels sont les trois items abordés le plus fréquemment avec vos patientes ?
Quels sont le ou les item(s) que vous souhaiteriez approfondir avec vos patientes ?
Quels sont les items sur lesquels vous souhaiteriez recevoir plus d'informations ?



Les thèmes prioritaires concernant le public des femmes allaitantes et des nourrissons sont les suivants, par ordre décroissant :

- Priorité 1 - Nutrition de la femme et allaitement.
- Priorité 2 - Allaitement et travail.
- Priorité 3 - Allaitement et prise de toxiques ou de médicaments ; diversification alimentaire du nourrisson.
- Priorité 4 - Traitement des pathologies du sein chez les femmes qui allaitent ; gestion de l'allaitement lors d'une pathologie courante ; sevrage.

- La nutrition et les enfants et les adolescents

Avec les enfants et les adolescents, ce sont les questions de nutrition relatives au déséquilibre pondéral, à l'équilibre alimentaire, l'hygiène et le rythme de vie, ainsi que l'activité physique qui sont le plus fréquemment abordées en consultation (cités respectivement par 83%, 80% et 67% des médecins) (*graphique 8*).

Les principaux items que les médecins souhaiteraient approfondir avec les enfants et les adolescents concernent l'équilibre alimentaire, l'hygiène et les rythmes de vie (pour 63% des médecins), le déséquilibre pondéral (61%) et les tendances anorexiques ou boulimiques chez l'adolescent (50%).

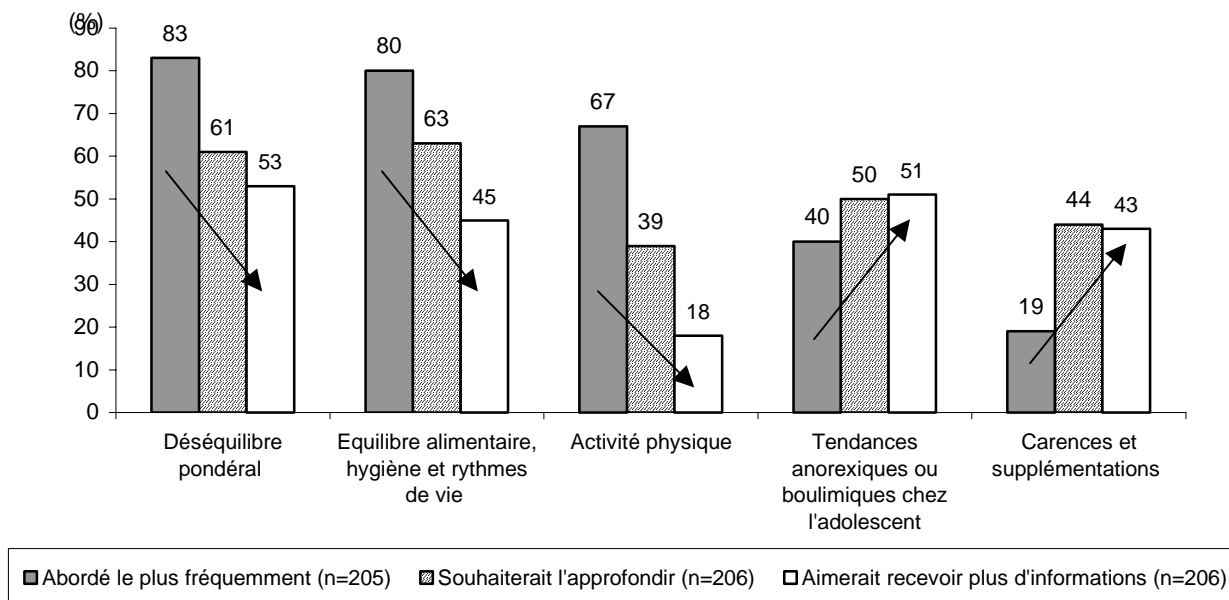
C'est principalement sur le déséquilibre pondéral et les tendances anorexiques ou boulimiques chez l'adolescent que les médecins souhaitent recevoir davantage d'informations (cités par respectivement 53% et 51% des médecins répondants).

Graphique 8 – Concernant les enfants et les adolescents :

Quels sont les trois items abordés le plus fréquemment avec vos patientes ?

Quels sont le ou les item(s) que vous souhaiteriez approfondir avec vos patientes ?

Quels sont les items sur lesquels vous souhaiteriez recevoir plus d'informations ?



Les thèmes prioritaires concernant le public des enfants et des adolescents sont les suivants, par ordre décroissant :

Priorité 1 - Tendances anorexiques ou boulimiques chez l'adolescent ; carences et suppléments.

Priorité 2 - Déséquilibre pondéral ; équilibre alimentaire, hygiène et rythmes de vie.

Priorité 3 - Activité physique.

- La nutrition et les personnes âgées de plus de 60 ans

Avec les personnes âgées de plus de 60 ans, les thèmes relatifs à la nutrition les plus fréquemment abordés en consultation concerne les régimes alimentaires (cité par 61% des médecins), les problèmes de dénutrition et de perte de poids (54%), ainsi que les problèmes psychosociaux ayant un retentissement sur l'alimentation (54%) (*graphique 9*).

Parmi les principaux items que les médecins souhaiteraient approfondir avec leurs patients : l'équilibre alimentaire et les suppléments (pour 61% des médecins), la dénutrition, la perte de poids (53%), et les problèmes psychosociaux ayant un retentissement sur l'alimentations (49%).

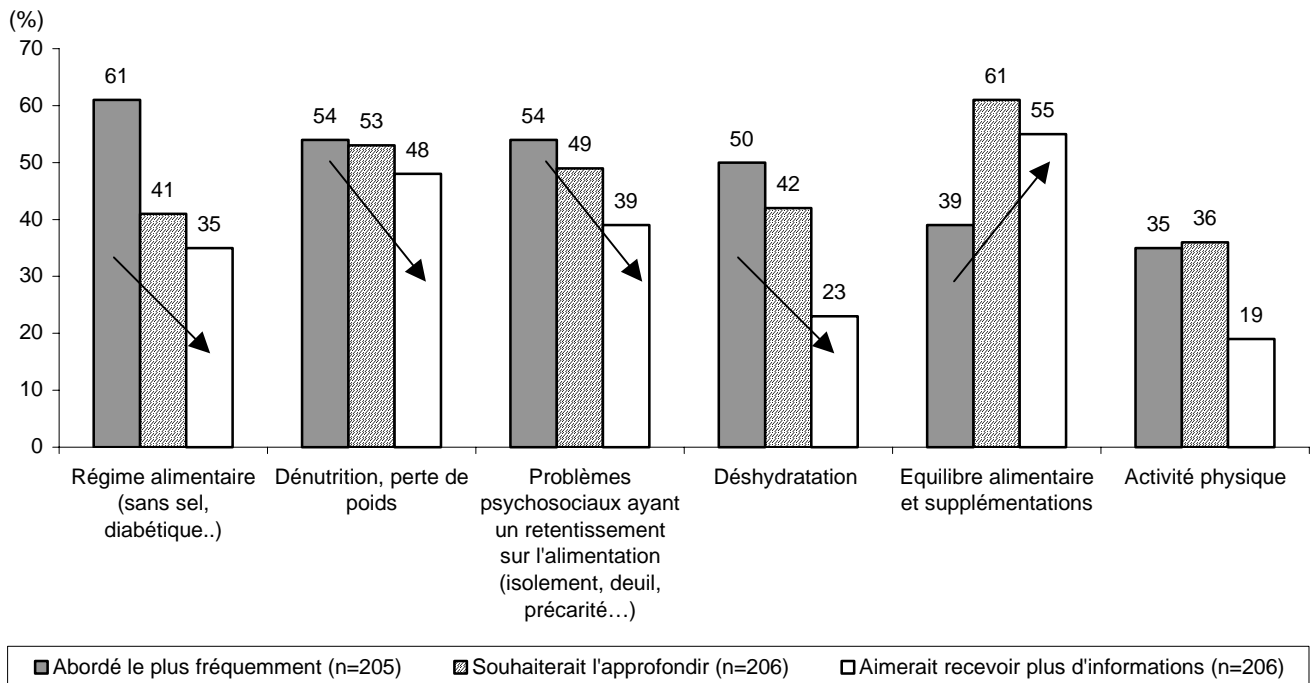
C'est sur ces mêmes sujets que les médecins souhaiteraient recevoir davantage d'informations (cités respectivement par 55%, 48% et 39% des médecins).

Graphique 9 – Concernant les personnes âgées de plus de 60 ans :

Quels sont les trois items abordés le plus fréquemment avec vos patientes ?

Quels sont le ou les item(s) que vous souhaiteriez approfondir avec vos patientes ?

Quels sont les items sur lesquels vous souhaiteriez recevoir plus d'informations ?



Les thèmes prioritaires concernant le public des personnes âgées de plus de 60 ans sont les suivants, par ordre décroissant :

Priorité 1 - Equilibre alimentaire et suppléments.

Priorité 2 - Dénutrition, perte de poids ; problèmes psychosociaux ayant un retentissement sur l'alimentation.

Priorité 3 - Régime alimentaire ; déshydratation.

Priorité 4 - Activité physique.

- **Les attentes et propositions des médecins**

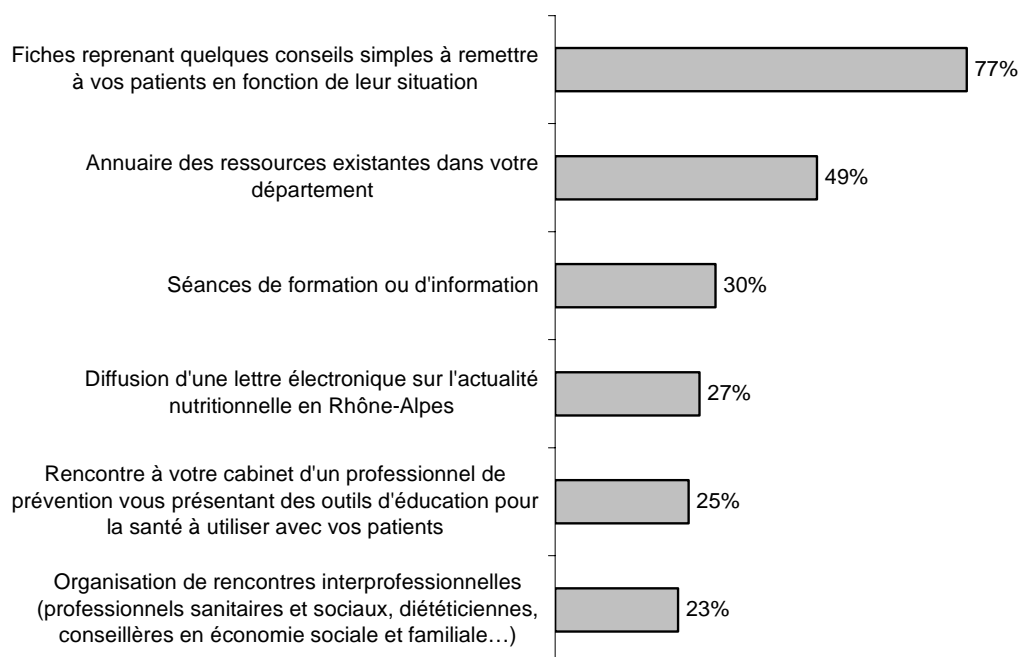
Plus de trois médecins sur quatre (77%) seraient intéressés par des fiches reprenant quelques conseils simples en matière de nutrition et qu'ils pourraient remettre à leurs patients en fonction de leur situation (*graphique 10*).

Environ la moitié des médecins (49%) apprécieraient d'avoir un annuaire des ressources existantes dans leur département dans le champ de l'éducation nutritionnelle.

Des séances de formation ou d'information intéressent les médecins dans une moindre mesure (30% d'entre eux). Les thèmes proposés pour ces séances concernent principalement l'alimentation et les besoins nutritionnels spécifiques aux différentes périodes de la vie (55 citations), l'obésité (prévention, prise en charge...) (13), nutrition et pathologies associées (diabète, hypertension artérielle, allergies alimentaires...) (10), les suppléments (8), problèmes psychosociaux de la personne âgée et nutrition (5) et l'éducation nutritionnelle (comment communiquer pour une meilleure adhésion du public) (5) [annexe 2].

Environ un quart des médecins seraient intéressés par la diffusion d'une lettre électronique sur l'actualité nutritionnelle en Rhône-Alpes (27%), par la rencontre à leur cabinet d'un professionnel de prévention leur présentant des outils d'éducation pour la santé à utiliser avec leurs patients (25%), et par l'organisation de rencontres interprofessionnelles (23%). Parmi les thèmes proposés pour ces rencontres interprofessionnelles : équilibre nutritionnel et alimentation à chaque période de la vie (30 citations), prévention et prise en charge de l'obésité (18), les suppléments (7), problèmes psychosociaux et nutrition (7) [annexe 2].

Graphique 10 – Dans le champ de l'éducation nutritionnelle, quelles initiatives seraient susceptibles de vous intéresser? Réponses des médecins (n=206)



Quelques médecins ont suggéré d'autres initiatives susceptibles de les intéresser [annexe 2] :

- des outils pour les médecins et/ou les patients (cité par 5 médecins) : fiches pour les professionnels sur la diététique et les régimes, livres, revues, CD Rom...
- des actions de sensibilisation des enfants et des parents à l'éducation nutritionnelle (4)
- le remboursement des consultations diététiques pour certaines pathologies (1)

- **Les problématiques majeures susceptibles d'émerger dans les années à venir en matière de nutrition**

Le questionnaire se terminait par une question ouverte sur les problématiques majeures susceptibles d'émerger dans les années à venir en matière de nutrition. L'**obésité** est la plus citée par les médecins répondants, principalement chez les adolescents (73 citations) et les enfants (68 citations), mais aussi sans préciser de population (31) [annexe 2]. Le **manque d'activité physique** (8) et la **mauvaise hygiène alimentaire** des jeunes (42) sont mises en avant par les médecins, d'où l'importance selon eux d'une prévention ciblée dès maintenant sur l'éducation alimentaire des enfants et des adolescents (24). Cette prévention n'est pas toujours facile étant donné le changement des habitudes alimentaires avec notamment l'évolution vers une cuisine industrialisée et rapide (16), la pression commerciale majeure sur l'alimentation (7), ainsi que la faible sensibilisation des adultes à l'équilibre alimentaire (4).

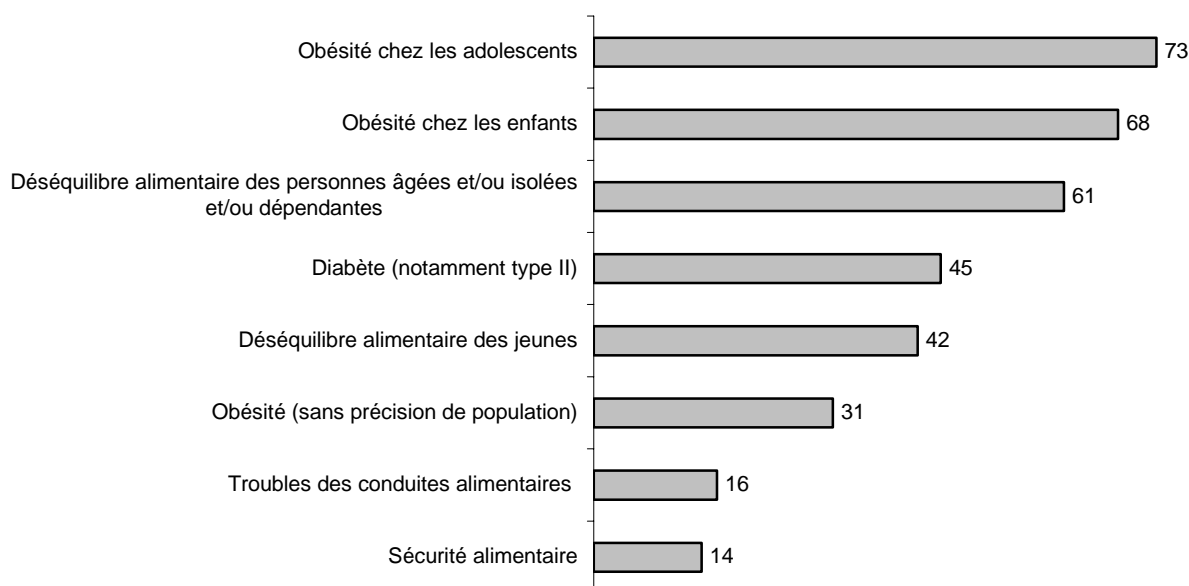
L'obésité est également redoutée chez les adultes (9), les populations des milieux socialement et économiquement défavorisés (4), du fait notamment d'un manque d'exercice physique (11) et d'une alimentation déséquilibrée (25), parfois due au coût élevé des "bons" aliments (fruits, légumes...) (6).

Selon les médecins, les personnes âgées sont de plus en plus concernées par les problèmes de déséquilibre alimentaire, de dénutrition et de déshydratation (36 citations), difficultés accentuées par l'isolement (16), la dépendance ou les problèmes psychosociaux de ces personnes (9).

Les médecins craignent également l'émergence de pathologies secondaires comme le diabète (23 citations), le diabète de type II de plus en plus précoce (22), les maladies cardio-vasculaires (12), les allergies alimentaires (7), l'hypercholestérolémie (5), les troubles lipidiques (3), l'hypertension artérielle (2), le cancer (2)...

D'autres problématiques ont été citées par quelques médecins : les troubles des conduites alimentaires (16 citations) notamment chez les jeunes, le problème de la sécurité alimentaire et de l'accès à des aliments "sains, naturels, non trafiqués" (14), ainsi que la prise de toxiques (tabac, alcool, drogue, médicaments) (11) en particulier chez les femmes enceintes ou les jeunes.

Graphique 11 – Principales citations concernant les problématiques susceptibles d'émerger dans les années à venir : Réponses des médecins (n=206)



IV – 2. Discussion et conclusion de l'étude quantitative

L'échantillon des 206 médecins répondants peut être considéré comme représentatif des généralistes libéraux de la région en raison du bon taux de retour et de la concordance de leurs caractéristiques générales avec celles connues au niveau national.

Les médecins généralistes se disent concernés par la nutrition...

Près de trois quarts des médecins pensent que leur rôle en matière d'éducation nutritionnelle est de donner des conseils préventifs personnalisés, même en l'absence de demande du patient. Aucune différence n'apparaît concernant le sexe ou l'âge des médecins, tous ayant ainsi la même vision de leur rôle actif concernant l'éducation nutritionnelle de leurs patients.

Par ailleurs, l'augmentation de l'obésité dans les années à venir est le problème le plus redouté par les médecins en matière de nutrition, en particulier chez les enfants et les adolescents, c'est pourquoi ils estiment que l'éducation alimentaire doit être axée sur les plus jeunes. Ils pensent aussi que les personnes âgées seront de plus en plus touchées par des problèmes de déséquilibre alimentaire et de dénutrition, et ils craignent l'émergence de pathologies liées à une alimentation déséquilibrée dans la population générale (diabète, maladies cardio-vasculaires, allergies alimentaires...).

... mais semblent peu informés du PNNS et des outils à leur disposition

En pratique, la connaissance du Programme National Nutrition Santé par les médecins n'est pourtant pas évidente puisque plus de la moitié d'entre eux déclarent ne pas en avoir entendu parler. On peut penser que l'identification du PNNS à travers notamment la campagne médiatique de promotion de la consommation des fruits et légumes (en 2001) ou même les guides "la santé vient en mangeant" n'a peut-être pas été si claire que cela. En effet, plusieurs médecins ayant lu les guides ont déclaré ne pas avoir entendu parler du PNNS, et un médecin a demandé si le PNNS était "la campagne pour les fruits et légumes".

La majorité des médecins n'ayant pas lu les guides précisent qu'ils ne pensent pas les avoir reçus. Cela pose le problème de la communication par courrier dans une profession où l'abondance de courrier favorise le "*classement vertical rapide*" (selon l'expression d'un médecin répondant).

Les femmes, les moins de 45 ans et les urbains sont les plus intéressés

Les femmes et les médecins de moins de 45 ans sont les plus nombreux à connaître l'existence du PNNS. De même concernant le guide professionnel "la santé vient en mangeant", envoyé fin 2002 à tous les médecins : si la moitié des médecins déclarent l'avoir lu, ce sont surtout les femmes, les moins de 45 ans et ceux installés en zone urbaine.

Ces résultats laissent penser que les médecins de moins de 45 ans, de sexe féminin et exerçant en zone urbaine sont plus particulièrement intéressés par la nutrition et par l'éducation nutritionnelle de leurs patients.

Par ailleurs, pour les principales variables étudiées, on n'observe pas de différence selon le mode d'exercice particulier du médecin, que ce soit des médecines dites "douces" ou d'autres spécialisations.

Les guides ont été appréciés

Les guides "la santé vient en mangeant" sont largement appréciés par les médecins qui les ont lus. Ils sont le plus souvent utilisés, même si les médecins sont relativement partagés concernant leur capacité à faire évoluer le comportement des patients et à les aider dans leur pratique. Pourtant, d'après les médecins, les patients jugent le guide grand public intéressant et bien fait, et il apparaît que ce guide a été pour certains une source de réflexion ayant entraîné une discussion avec leur médecin. Néanmoins, l'épaisseur de ces documents a pu être dissuasive, tant pour le médecin que pour le patient.

Des pratiques acquises et d'autres à consolider ?

Pour chacun des quatre types de publics cités dans l'enquête (femmes enceintes, femmes allaitantes et nourrisson, enfants et adolescents, personnes de plus de 60 ans), on constate que les thèmes relatifs à la nutrition abordés le plus fréquemment en consultation diffèrent en général de ceux que le médecin souhaiterait approfondir avec ses patients ou encore de ceux sur lesquels il aimerait recevoir davantage d'informations. Ce décalage soulève quelques interrogations : est-ce que les thèmes abordés font partie de certaines pratiques acquises avec certains publics ? Et au contraire, les autres thèmes qui ne sont pas suffisamment approfondis selon les médecins, le sont-ils par manque d'habitude, de savoir-faire, d'informations ? L'enquête qualitative tentera de répondre à ces questions.

Un intérêt pour des outils pratiques pour l'éducation nutritionnelle

Les attentes et les besoins des médecins en matière d'éducation nutritionnelle concernent essentiellement des outils utilisables dans leur pratique, en particulier des fiches-conseils qu'ils pourraient remettre à leurs patients selon leur situation, ou encore un annuaire des ressources existantes dans leur département. Selon certains médecins, les guides comportent une information riche et dense, et sont donc peu pratiques à utiliser lors d'une consultation. On peut penser que le choix de documents tels que des fiches pratiques ou un annuaire des ressources est moins impliquant pour les médecins qu'une demande de formation sur la nutrition, ou encore qu'il représente un gain de temps pour eux, ce qui pourrait expliquer leur préférence pour ces propositions.

Des séances de formation ou d'information pourraient intéresser certains médecins, les thèmes à privilégier étant l'alimentation et les besoins nutritionnels à chaque période de la vie, et la prévention et la prise en charge de l'obésité. Ces thèmes rejoignent ceux que les médecins citent comme étant les problématiques majeures susceptibles d'émerger dans les années à venir (l'obésité, en particulier chez les enfants et les adolescents, déséquilibre alimentaire...).

IV - L'ETUDE QUALITATIVE

IV – 1. Résultats

Vingt médecins ayant participé à l'enquête quantitative ont été rencontrés individuellement pour un entretien approfondi. Le choix des médecins visait à représenter l'éventail des pratiques (avec une sur-représentation du milieu rural), tout en gardant la répartition par sexe et par département. Ainsi, l'échantillon se compose de 12 hommes (9 exerçant en zone urbaine et 3 en zone rurale) et 8 femmes (6 exerçant en zone urbaine et 2 en zone rurale). Les hommes sont âgés de 33 à 53 ans et les femmes de 35 à 55 ans. La répartition par départements est la suivante : 2 médecins dans l'Ain, 1 en Ardèche, 2 dans la Drôme, 3 en Isère, 2 dans la Loire, 5 dans le Rhône, 2 en Savoie et 3 en Haute-Savoie.

Lors de cet entretien semi-directif ont été abordés leur rôle en matière d'éducation nutritionnelle, leurs pratiques auprès des enfants et des adolescents et auprès des personnes âgées⁴, les difficultés qu'ils rencontrent pour faire de l'éducation nutritionnelle, leurs attentes et propositions [Annexe 3].

IV – 1. 1. Perception du rôle du médecin concernant l'éducation nutritionnelle et la prévention des maladies liées à la nutrition

- Certains pensent que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prévention des maladies liées à la nutrition, et doit à ce titre faire de l'éducation nutritionnelle à ses patients, en particulier auprès des enfants et des adolescents : *"En parler est légitime pour tout médecin généraliste, il faut simplement du temps pour ça, et moi je le prends"*.

Ils jugent important de donner ce type d'information au patient, même si celui-ci n'est pas demandeur ou ne semble pas intéressé, afin qu'il agisse ensuite en connaissance de cause ou pour que l'information mûrisse dans son esprit : *"ça fait partie de ce que je dois dire. J'éclaire la scène, j'explique, ensuite le patient est libre de faire ce qu'il veut, c'est une liberté éclairée. Il faut généralement un temps de maturation de l'information"*.

Un médecin insiste sur le fait que le médecin généraliste est *"le mieux placé pour faire cette information"*. Il a *"le pouvoir énorme"* de questionner un patient sur ses habitudes alimentaires et lui donner quelques conseils, et il doit s'en servir.

Ces médecins sont généralement convaincus de l'importance de la nutrition dans la prévention des maladies : *"ça fait partie intégrante d'une consultation de savoir ce qui se passe du côté de l'alimentation du patient. Une mauvaise alimentation est à l'origine de la moitié des pathologies"*.

- D'autres pensent que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de faire de l'éducation nutritionnelle si le patient n'a pas formulé de demande. Plusieurs raisons sont invoquées par les médecins :

- le manque de temps pour aborder d'autres sujets que le motif précis de la consultation, ou encore le choix de ne pas "s'éparpiller" : *"je reste ciblé sur la demande, je ne veux pas mélanger les choses"*.

- l'idée que le médecin va "gêner" voir "vexer" les patients en abordant ce sujet sans qu'il y ait de demande de leur part, et qu'il risque de paraître moralisateur.

- l'idée que le médecin ne doit pas être interventionniste, ni "forcer la main" : *"il faut respecter la part de liberté des gens et attendre qu'il y ait une demande"*.

- l'inefficacité de leur discours si les patients ne sont pas en attente d'une telle information,

- l'idée que les patients n'ont pas besoin de ses conseils concernant la nutrition de leurs enfants : *"le médecin ne va pas apporter grand chose, les parents savent ce qu'ils ont à faire"*.

- la dimension psychologique fortement liée aux problèmes de nutrition en fait un *"sujet sensible"* auquel les médecins ne jugent pas forcément bon de se mêler : *"le rapport à l'alimentation cache"*

⁴ Le temps d'entretien étant limité, les pratiques n'ont pas été explorées pour les quatre publics cibles du PNNS ; la priorité a été mise sur les enfants et les adolescents, et dans une moindre mesure sur les personnes âgées.

beaucoup de choses et le médecin n'a pas à se mêler de tout, tout le temps ; on n'est plus tellement dans la nutrition chez certains patients, ça tourne vite à la psychothérapie".

- l'idée que les patients doivent être responsables et capables de gérer seuls la question de leur alimentation, et qu'ils ont de quoi s'informer sur ce sujet (livres, magazines, documents de l'Inpes...): *"c'est aux gens de se prendre en charge, il y a trop d'assistantat".*

- le fait que l'éducation nutritionnelle fasse partie du rôle des parents, de l'école ou encore des organismes de prévention pour la santé (Inpes), et non de celui du médecin : *"concernant la nutrition, je me sens à la limite à la fois de mes compétences et de mon métier".*

- l'impact négligeable de la nutrition sur la santé par rapport à d'autres problématiques auxquelles les médecins doivent être attentifs : *"je ne suis pas un nutritionniste, je suis un médecin généraliste, je m'intéresse davantage aux vaccins, au tabac ; l'alimentation n'a pas autant d'impact sur la santé, ce n'est pas une priorité pour moi".*

IV – 1. 2. L'éducation nutritionnelle chez les enfants et les adolescents

Le médecin était interrogé sur ses pratiques en excluant les situations où il y a une pathologie nécessitant une adaptation nutritionnelle (obésité avérée, hypertension artérielle, diabète...).

Ont également été exclus les cas où les médecins sont amenés à parler de nutrition lorsqu'il y a une demande explicite de la part des parents ou des adolescents, ce qui est plus ou moins fréquent selon les médecins.

Dans quels cas les médecins abordent-ils de leur propre initiative les questions de nutrition ?

Les pratiques des médecins sont très diverses, le thème de la nutrition pouvant être abordé dans plusieurs cas auprès des enfants et des adolescents :

- Certains médecins abordent systématiquement la question de la nutrition avec les enfants et les adolescents, quel que soit le motif de la consultation. Cela fait partie de la consultation, ils considèrent que c'est important de connaître l'hygiène de vie des patients et de leur donner un minimum de conseils pour corriger les erreurs éventuelles (*"il est important de donner des bonnes habitudes tôt, même si à l'adolescence ils s'égareront, ils les auront toujours en tête, elles reviendront"*).

- Certains parlent de nutrition avec les enfants et les adolescents lors des visites systématiques (bilan de santé, visite des six ans, vaccins, certificats sportifs...), au cours desquelles ils ont du temps pour approfondir les questions relatives au mode de vie des patients, ce qu'ils ne peuvent pas forcément faire au cours des autres consultations (*"j'ai le temps, je ne suis pas embarrassé par du pathologique"*).

- Certains médecins questionnent les enfants ou les adolescents sur leur hygiène alimentaire quand il y a un signe d'appel (problème pathologique, antécédent, cassure de la courbe de poids, fatigue...). Si il n'y a pas de signe particulier, ils n'en parlent pas avec leurs patients (*"si il n'y a aucun signe, j'en déduis que tout va bien"*).

Certains médecins ont des pratiques différentes entre enfants et adolescents. Quelques-uns font systématiquement de l'éducation nutritionnelle aux adolescents et moins aux enfants, pour lesquels ils attendent une demande de la part des parents ; d'autres ciblent systématiquement les parents des jeunes enfants et n'interviennent auprès des plus grands que lorsqu'ils repèrent un problème.

Comment se déroule l'éducation nutritionnelle à l'initiative du médecin ?

• Le recueil d'information

Les médecins interrogent les patients sur leurs habitudes alimentaires. Pour les enfants, ils orientent leur discours vers les parents, tandis qu'avec les adolescents, les parents ne participent généralement pas à la discussion. Certains médecins abordent ce thème très directement, tandis que d'autres l'abordent prudemment, *"avec tact et mesure"*, notamment avec les adolescents. Un médecin explique qu'il *"tend une perche pour que l'adolescent en parle"*, et si il ne la saisit pas, il n'insiste pas.

L'exploration du contexte du patient est plus ou moins approfondie selon les médecins, certains font une "enquête globale" sur les habitudes de vie du patient, ses connaissances en matière de nutrition, tandis que d'autres se contentent de quelques questions rapides et ciblées sur la nutrition.

Le poids et la taille sont généralement mesurés par les médecins, mais le calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC) n'est pas systématique. Certains ne le calculent qu'en cas de problème ou de doute, d'autres ne le calculent jamais. Un médecin s'en sert pour faire comprendre à ses patients qu'ils ont un problème de poids, et un autre précise qu'il n'est "*pas utile de calculer l'IMC pour faire de la prévention*" puisque la prévention s'adresse à tous les patients, y compris ceux qui n'ont pas de problème de poids. Concernant les techniques de calcul de l'IMC, certains le calculent eux-mêmes, d'autres ont des "disques IMC" ou bien un logiciel informatique qui le calcule automatiquement.

En cas de surpoids, certains médecins demandent à leurs patients de noter chaque jour ce qu'ils mangent pendant une semaine, et s'appuient sur ce semainier pour corriger leurs erreurs.

• *Les conseils*

En fonction des éléments dont disposent les médecins, ils peuvent donner au patient des conseils de base personnalisés et ciblés, et corriger les erreurs éventuelles, ou bien des conseils généraux et brefs en matière de nutrition. Certains précisent qu'ils adaptent leur discours en fonction de l'importance du problème ressenti ("*s'il y a besoin d'approfondir, je m'attarde davantage*").

Les médecins donnent généralement des conseils oraux et estiment cela suffisant. Cependant, pour illustrer leurs propos, quelques-uns s'appuient sur des fiches pratiques qu'ils donnent aux patients ou gardent dans leur cabinet. Les fiches sont données par des laboratoires ou issues de logiciel de nutrition, elles donnent des informations générales que le médecin peut personnaliser ensuite oralement (les besoins nutritionnels des enfants, les quantités et types d'aliments pour les adolescents...) ou bien des exemples de menus-type. Cela leur permet de gagner du temps et de laisser au patient une trace écrite de ce qui a été dit. Quelques-uns utilisent les guides "la santé vient en mangeant" qu'ils jugent très complets et très pratiques.

A l'inverse, certains médecins conseillent leurs patients oralement et jugent les autres supports inutiles. Selon eux, les fiches pratiques sont impersonnelles, trop générales ("*il faut adapter les conseils en fonction du sexe, de l'âge, du métier, de la taille...*") ou trop pointues et "*restrictives dans les conseils*": "*les fiches toutes prêtes n'ont aucun intérêt, il faut respecter la culture alimentaire de chacun*". Ils pensent que les patients perdent les fiches et qu'ils ne les appliquent pas, il préfèrent donner une information orale, directe et personnelle "*c'est important de passer par la parole du médecin*". Certains médecins préfèrent que leurs patients prennent des notes lors de la consultation, "*qu'ils soient actifs*" et qu'ils s'impliquent en construisant eux-mêmes leur menus.

- Dans le cas des enfants, les médecins sont amenés à faire de l'éducation nutritionnelle aux parents, qui sont en général "*assez ouverts*". Ils "*veulent bien faire*" et suivent volontiers leurs conseils : "*les choses sont vite rétablies, les conseils simples sont bien appliqués par les parents*". Les parents qui ont du mal à convaincre leurs enfants apprécient généralement que le médecin appuie leur discours.

Certains médecins précisent tout de même qu'il est parfois difficile de convaincre les parents, en plus des enfants, de changer leurs habitudes, ceux-ci ne voulant pas "*faire de déplaisir à leurs enfants*" : "*les enfants ne sont pas très réceptifs en éducation nutritionnelle et il est parfois dur d'éduquer les parents*".

- Avec les adolescents, cela se passe un peu différemment. Souvent, l'alimentation n'est pas leur souci, ils ont beaucoup d'idées préconçues et fausses en matière de nutrition : "*ils considèrent qu'ils font bien*". Certains médecins leur rappellent que l'alimentation est quelque chose d'important, que c'est la base de la santé : "*quand il viennent pour une maladie quelconque, je fais chaque fois le parallèle avec l'alimentation*". Ils s'attachent à recadrer les bases, corriger les idées fausses et les mauvaises habitudes, en donnant beaucoup d'explications ("*c'est important pour convaincre*"), en argumentant et en reparlant souvent ("*je glisse un mot à chaque consultation*"). Ils insistent sur l'importance de les motiver régulièrement. Les médecins reconnaissent que les adolescents sont souvent assez difficiles à convaincre ("*ils sont dans une période où ils s'opposent aux adultes en général*") et que la manière dont le médecin présente les choses est importante. Même si les conseils des médecins ne sont pas

souvent appliqués, il est important que l'information soit faite : "*quand ils seront plus matures, ils s'en souviendront et les appliqueront*". Certains pensent que leur discours passe mieux quand l'adolescent connaît bien son médecin et a confiance en lui.

• *Le suivi*

Certains médecins reparlent régulièrement de nutrition avec leurs patients et "surveillent" ce sujet de près, que ce soit avec des enfants ou bien des adolescents, ayant ou non un problème lié à la nutrition. Pour d'autres, le suivi est adapté selon l'importance du problème repéré. Enfin, certains médecins n'en parlent qu'une fois avec leur patient et "laissent mûrir" l'information en attendant que ce soit le patient qui en parle de nouveau : "*ils le savent, on n'y revient pas sinon on devient moralisateur et on fait de la dictature médicale*" ; "*les contraintes des consultations de régimes ennuient les enfants*".

L'orientation vers un autre professionnel de santé

Dans quels cas ?

Dans certains cas qui ne relèvent généralement pas de l'éducation nutritionnelle simple, les médecins peuvent orienter leurs patients vers d'autres professionnels de santé :

- Lorsque les patients leur demandent. Ce sont souvent des femmes, ou bien des patients qui souhaitent un autre avis. Certains médecins cherchent à mieux cerner la demande du patient avant de l'orienter : "*j'explique d'abord aux gens que les choses à savoir sont finalement assez simples*".
- Dès que le médecin décèle un problème lié à la nutrition, comme un surpoids. Certains ne souhaitent pas s'occuper de problèmes liés à la nutrition, d'autres n'ont pas suffisamment de temps à consacrer à ce type de prise en charge qui demande un suivi important et présente souvent "*des résultats décourageants*" : "*je ne peux pas gérer ça dans la durée*".
- Dans le cas de problèmes compliqués, de cas difficiles (problème particulier avec pathologies associées nécessitant un régime avec des exclusions, anorexie...).
- Lorsque le médecin constate un échec de ce qu'il a mis en place ou qu'il pense être à la limite de ses compétences.

Quelques médecins constatent que le discours d'un spécialiste a plus de poids que celui d'un généraliste, ce qui tend à donner de meilleurs résultats : "*les patients sont beaucoup plus attentifs avec un professionnel qu'ils paient pour ça, c'est plus efficace*". Un médecin précise que les patients n'aiment pas particulièrement aller voir un nutritionniste parce qu'il est "*trop dirigiste*".

Vers qui ?

Généralement, les médecins orientent leurs patients vers des nutritionnistes, des diététiciens, ou encore dans certains cas vers des endocrinologues ou des pédiatres hospitaliers spécialistes de la croissance et du poids. Quelques-uns ont déclaré ne pas avoir de correspondants pour gérer ces problèmes, ni connaissance de nutritionnistes vers qui orienter leurs patients.

A quelle fréquence ?

- Certains médecins orientent très facilement leurs patients vers un autre professionnel de santé, à leur demande ou en cas de problème, parce qu'ils ne souhaitent pas s'occuper de nutrition ou qu'ils ne pensent pas avoir les compétences pour le faire : "*je suis bien content de me décharger de ce problème-là*".
- D'autres, en revanche, le font plus rarement pour diverses raisons :
 - Il savent gérer les problèmes liés à la nutrition eux-mêmes,
 - Ils ont peu de problèmes liés à la nutrition dans leur patientèle,
 - Ils craignent de "*perdre*" leurs patients ("*je préfère m'en occuper moi-même pour les suivre*")
 - La situation géographique (fonds de vallée, milieu rural...) est un obstacle pour les patients qui doivent parcourir de nombreux kilomètres pour aller consulter un autre professionnel de santé

- Certains patients ne peuvent pas assumer financièrement les visites chez un nutritionniste (non prises en charge par la sécurité sociale)

- Deux médecins ont déclaré ne jamais orienter leurs patients vers d'autres professionnels de santé. L'un pense avoir les compétences suffisantes pour pouvoir gérer lui-même la prise en charge thérapeutique des patients en cas de problème lié à la nutrition (il n'hésite pas à téléphoner à un confrère en cas de besoin). L'autre précise que les patients viennent le consulter après avoir vu d'autres médecins et que "*la médecine traditionnelle n'a pas apporté de réponses à leur problème*". Il se charge donc de traiter leur problème d'une autre manière ("*la diététique vue sous l'angle de la médecine me paraît insatisfaisante*").

Quel suivi ?

Une fois que le médecin a orienté le patient vers un autre professionnel, il peut continuer le suivi du patient concernant la nutrition, simplement s'assurer que le patient est bien pris en charge ou bien ne plus s'en préoccuper :

- Deux médecins (tous deux référents) ont déclaré prendre le relais auprès du patient suite à la consultation auprès du spécialiste, pour "*suivre la décision et le traitement du spécialiste*".

- Certains médecins s'assurent que le patient est bien suivi par le spécialiste. Généralement, ils demandent simplement au patient si tout se passe bien lorsqu'ils le revoient à la consultation suivante, sans plus de détails. Un médecin cherche à savoir comment se passe la prise en charge avec l'autre professionnel de santé : "*si il y a un problème, je reprends avec eux ce qui leur a été dit, je réexplique*".

- Certains médecins n'en reparlent pas avec leurs patients, ils considèrent qu'ils ont "*passé la main au spécialiste*" et ne s'en occupent plus. Un médecin ne cherche pas à savoir si les patients vont effectivement voir les spécialistes vers lesquels il les oriente.

IV – 1. 3. L'éducation nutritionnelle chez les personnes âgées

Avec les personnes âgées, les médecins font de l'éducation nutritionnelle (de leur propre initiative, en dehors de pathologies) principalement dans deux cas :

- Certains questionnent systématiquement les personnes âgées sur leur alimentation, leur contexte (solitude, autonomie, aide à domicile..), leurs habitudes.

- D'autres n'en parlent qu'en cas de signe d'un éventuel problème lié à la nutrition (changement de poids, carences...).

Selon les médecins interrogés, les personnes âgées ne sont généralement pas demandeuses d'informations concernant la nutrition ; un seul médecin a précisé qu'il en parlait parfois à la demande d'un enfant d'une personne âgée.

L'exploration des habitudes alimentaires et du contexte des personnes est plus ou moins approfondie selon les médecins. Quelques-uns se renseignent également auprès de l'entourage de la personne, notamment les enfants. Pour certains médecins, les visites à domicile sont une occasion de compléter leur "enquête" : "*on se connaît bien, je n'hésite pas à soulever les couvercles des casseroles*" ; "*si besoin, je m'arrange pour jeter un coup d'œil dans le réfrigérateur*".

Les pratiques sont diverses également concernant le suivi : certains médecins restent vigilants avec leurs patients sur ce thème de la nutrition, d'autres moins.

Quelques particularités ont été mentionnées concernant le public des personnes âgées :

- Quelques médecins pensent qu'il est très difficile de changer les habitudes alimentaires déjà bien ancrées des personnes âgées, qui souvent ne souhaitent pas "se priver". Pour les convaincre, certains s'appuient sur des arguments forts (analyse de sang), n'hésitent pas à être "*fermes et directifs*", d'autres au contraire préfèrent "*y aller doucement*", ou font intervenir un tiers (enfant).

A l'opposé, quelques médecins se réjouissent de la bonne écoute des personnes âgées et de leur compliance par rapport au discours de leur médecin : *"l'impact du médecin est important, ils suivent les conseils, à condition ne pas placer la barre trop haut, ni de leur enlever tous leurs plaisirs"* ; *"pointer les grosses erreurs suffit"*.

- Parce qu'elles sont moins actives, les personnes âgées pensent qu'elles n'ont plus besoin de manger, c'est pourquoi il faut souvent les remotiver pour qu'elles mangent, ce qui n'est pas toujours facile (il y a souvent un déni de leur part). Dans ces cas-là, certains médecins jugent préférable de ne pas chercher à changer leurs habitudes, même mauvaises, mais de les encourager à manger davantage, et compenser leurs carences par des compléments en cas de besoin : *"avec les personnes âgées, l'objectif est d'arriver à leur faire conserver leur forme"*.

- Un médecin précise que les personnes âgées mangent mal pour d'autres raisons qu'un manque de volonté : d'autres facteurs comme la solitude, leur environnement, la maladie peuvent les empêcher de manger correctement et suffisamment. La prise en compte de tous ces éléments est essentielle pour donner des conseils adaptés aux patients.

IV – 1. 4. Les difficultés rencontrées par les médecins pour faire de l'éducation nutritionnelle

- Certains médecins notent que la nutrition est un sujet délicat (à aborder et à traiter) car *"on touche à beaucoup plus profond qu'on ne le pense"*. La question de l'alimentation est très liée à la mère, *"à la lignée"*, et cache des problèmes de fond plus importants : *"la nourriture symbolise beaucoup de choses. Remettre en question la façon de manger, c'est remettre en question les rapports parents enfants"*. Ce sujet de la nutrition touche des questions intimes pour les patients *"c'est quelque chose de très fort, c'est comme si on entrainait chez quelqu'un sans frapper"*, et les médecins ne se sentent pas forcément le droit ni les capacités de s'en mêler, d'autant plus qu'ils pensent que dans bien des cas, cela dépasse les simples conseils nutritionnels de base : *"c'est compliqué, ça débouche vite sur du psychologique"* ; *"ça cache des problèmes de fond plus importants qui concernent un mode de vie : on a le sentiment qu'il y a un mode de vie qui conduit certains à grossir, à mal manger, des familles où l'on s'ennuie. C'est très profond, c'est de l'ordre de la démission dans le combat pour la vie"* ; *"je ne saurais pas quoi dire à une fille trop maigre, ou anorexique"*.

- Les médecins ne savent pas toujours comment s'y prendre pour aborder ce thème sans gêner ou heurter les patients (*"c'est comme l'alcool, le tabac, la sexualité, c'est très difficile"*), en particulier avec des patients qui *"font une fixation sur leur poids"*. Ils craignent de vexer les patients, voire de *"les perdre"* (*"certains le prennent mal et ne reviennent pas"*), ou encore d'être perçu comme moralisateur. Certains pensent qu'il est plus facile de parler de nutrition avec les patients qu'ils connaissent bien, parce qu'une certaine confiance s'est établie, tandis que d'autres pensent que ce n'est pas forcément un avantage pour faire passer leur message. En effet, certains patients qui ont un problème de poids et qui refusent de se faire peser par leur médecin éludent le sujet en l'abordant sur le mode de la plaisanterie (*"oh non, vous n'allez pas recommencez!"*) et lui disent de ne pas insister.

Certains médecins pensent que les patients n'attendent pas et n'apprécient pas de leur médecin une discussion sur la nutrition : *"ils n'ont pas envie d'entendre un jugement sur leur alimentation"*. Les médecins ressentent parfois les "barrières" imposées par les patients : *"ce n'est pas moi qui m'interdit de leur parler de leurs habitudes alimentaires, mais peut-être plus les gens"*. Parfois les patients signifient clairement au médecin les limites de son intervention : *"mêlez-vous de ce qui vous regarde!"*.

- Certains médecins jugent particulièrement difficile de convaincre les patients, *"d'ébranler leurs convictions"* en ayant un discours qui les touche : *"c'est dur de leur faire comprendre que c'est important sans paraître moralisateur"*. Leurs habitudes alimentaires sont très souvent liées à leur culture, leur origine, leurs convictions or il n'est pas facile de les contrecarrer, leur faire "désapprendre" quelque chose qu'ils ont toujours fait ou mettre en cause leurs idées (exemples : végétariens, populations portugaises qui veulent des enfants "ronds"...).

Comme pour toute prévention, ils estiment plus difficile de faire passer un message quand il n'y a pas de demande de la part du patient, ni de maladie pour justifier ou appuyer un tel discours : "*les patients ne sont pas venus pour ça et je ne suis pas catalogué comme nutritionniste, ce n'est vraiment pas sûr qu'ils m'écoutent*".

Convaincre les patients ne suffit pas, il faut ensuite qu'ils appliquent les conseils. Or la majorité des médecins constatent qu'il est très difficile de faire changer les habitudes des patients, qui "*ne souhaitent pas se priver et préfèrent se faire plaisir*". Cette question de l'efficacité du discours du médecin est très liée à la volonté des patients, "*certaines ne veulent pas faire d'effort ou bien disent qu'ils en font mais n'en font pas*". Certains médecins remarquent qu'il est difficile d'avoir un avis objectif des patients concernant ce qu'ils mangent réellement, et que les semainiers qu'ils leur demandent parfois sont remplis plus ou moins sérieusement.

Il y a des publics plus ou moins réceptifs, avec une écoute et une application différente des conseils du médecin en matière de nutrition. Quelques médecins ont constaté qu'il était plus facile d'être entendu par les femmes, en particulier les mères de jeunes enfants, que par les hommes, les personnes après 60 ans ou encore les adolescents.

Concernant l'éducation nutritionnelle des enfants, les médecins sont parfois confrontés à la difficulté de devoir convaincre les parents, en plus des enfants, de l'intérêt d'une bonne alimentation et de "*résoudre d'abord le problème chez les parents*". Généralement les mères sont plutôt attentives aux conseils du médecin, mais ce n'est pas toujours le cas : "*il y a des parents qui ne font pas d'efforts pour eux et qui n'en feront pas pour leurs enfants*". Certains médecins regrettent le manque de suivi de certains enfants par leurs parents qui ne sont pas suffisamment attentifs à leur alimentation (c'est le cas par exemple de certains enfants qui mangent à l'école, chez la nourrice, les grands-parents...).

- Quelques médecins ont précisé avoir des difficultés pour faire de l'éducation nutritionnelle avec certaines populations défavorisées qui mangent mal (ou insuffisamment de fruits et de légumes par exemple) du fait de leurs difficultés financières : "*je ne sais pas quoi leur dire*".

- Un médecin mentionne la difficulté qu'il rencontre pour faire admettre à ses patients leurs problèmes avec l'alcool, perçu comme festif, convivial et non dangereux, en particulier en milieu rural : "*ils ne nient pas, ne sont pas gênés, simplement pour eux ce n'est pas un problème*".

- Les médecins ont souvent peu de temps de faire de l'éducation nutritionnelle. Le temps de la consultation sert à gérer le problème pour lequel les patients sont venus, et faire de l'éducation nutritionnelle demande "*un temps supplémentaire à celui nécessaire pour le motif premier de la consultation*" : "*on n'est pas payé pour ça, c'est du temps en plus de la consultation*". Le sujet est parfois abordé rapidement à la fin de la consultation, et lorsqu'il y a un réel besoin ou bien une demande plus approfondie de la part des patients, le médecin leur demande de bien vouloir prendre un autre rendez-vous pour en parler.

- Quelques médecins estiment qu'ils manquent de connaissances et d'informations en matière de nutrition pour pouvoir faire de l'éducation nutritionnelle.

- De nombreux facteurs liés à la société actuelle vont à l'encontre du discours des médecins qui se sentent impuissants : le consumérisme, la pression commerciale, la publicité, le mode de vie des gens, le modèle des mannequins : "*les gens sont conscients de mal manger, il s'en foutent*" ; "*c'est un problème de société : avant, les gens faisaient mal par ignorance, à présent, ils savent comment faire bien mais ne font pas l'effort de changer, ils n'ont pas le courage*" ; "*la société actuelle pense que le médecin peut tout résoudre, elle n'a pas la notion de l'importance de manger correctement*".

Le manque de cohérence, de consensus des différents discours va également à l'encontre de ce que peuvent dire les médecins : "*il y a trop d'informations dans tous les sens, chacun prêche pour sa paroisse, les magazines féminins, les clubs de sports, l'industrie agroalimentaire...*".

IV – 1. 5. Les attentes et propositions des médecins

Des outils pour les médecins et les patients

- Certains médecins aimeraient particulièrement disposer des fiches pratiques, avec des informations générales sur les régimes "normaux" et les besoins à chaque âge. Pour certains médecins, elles appuieraient, illustreraient leur discours, tandis que pour d'autres elle le remplaceraient : "*des fiches toutes prêtes pour que je puisse me décharger de ça*".

Un médecin suggère que ces fiches soient contenues dans un CD-Rom pour qu'il puisse imprimer la fiche adaptée au cas de son patient quand il en a besoin ("*les fiches volantes sont encombrantes et on les perd*").

- Le guide grand public "la santé vient en mangeant" a été cité comme un bon outil pour faire de l'éducation nutritionnelle aux patients.

- Des références de livres pour les médecins eux-mêmes ou pour conseiller à leurs patients. Un médecin aimerait pouvoir disposer d'articles scientifiques comme "*arguments supplémentaires pour les personnes difficiles à convaincre*".

- Un médecin aimerait avoir un DVD comme support pour des réunions d'information générales qu'il organiserait dans sa salle d'attente : "*je réunirai des familles pour faire cette information préventive concernant le public des enfants*".

- Quelques médecins aimeraient savoir comment convaincre leurs patients qui ne semblent pas réceptifs à leur message ("*avoir des "trucs" pour toucher les patients, en particulier ceux qui ne sont pas malades*").

La formation, l'information des médecins

- Certains médecins sont intéressés par des séances d'information ou de formation sur la nutrition, pour faire des conseils de base aux patients, ou pour avoir une information plus "scientifique" sur les quantités, les apports adaptés aux différents âges de la vie.

Quelques médecins souhaiteraient qu'il y ait un consensus sur les normes, sur les besoins nutritionnels nécessaires : "*les quantités, les apports pour les nourrissons, les enfants, ça change tout le temps!*" ; "*il faudrait qu'on se mette d'accord sur certaines informations pour combattre les idées reçues*".

- Quelques médecins suggèrent qu'il y ait davantage de cours sur la nutrition pour les étudiants en médecine et une plus grande sensibilisation des médecins sur l'importance de la nutrition au cours de leur formation ("*si j'avais été informé plus tôt de l'importance de la nutrition, j'aurais fait attention plus tôt*").

Du temps pour les médecins

Certains médecins aimeraient disposer de plus de temps pour pouvoir faire de l'éducation nutritionnelle, ce qui implique, selon certains, "*d'être financés pour le faire*". Un médecin précise que la solution qui s'offre à lui pour résoudre ce problème du manque de temps est de "*s'orienter définitivement vers la nutrition*", ce qu'il envisage sérieusement pour les années à venir.

Le rôle des médias

- Les campagnes de prévention nationales (via affiches, télévision, radio...) sur l'importance d'une bonne alimentation sont à développer. Certains médecins soulignent la nécessité d'une information régulière pour être efficace, tandis qu'un autre suggère de privilégier une approche percutante avec un ton cinglant: "*la campagne PNNS est trop "soft", c'est bien pour conforter celui qui mange déjà bien, mais ça ne va pas toucher celui qui mange mal*".

Pour certains médecins, les campagnes sont un point d'appui pour leur travail ("*le médecin est le relais pratique sur le terrain, son discours passe mieux après une campagne*") ; tandis que d'autres se déchargent entièrement sur elles : "*ça fait passer le message aux gens sans que j'ai à y revenir*".

Certains médecins pensent que ces campagnes ont un impact important sur la population, d'autres les jugent inutiles : *"ça donne mauvaise conscience aux gens, ça ne les aide pas à réfléchir et à corriger leurs mauvaises habitudes"*.

- Les médias peuvent jouer un rôle positif dans la prévention des maladies liées à la nutrition, par exemple, comme le suggère un médecin, en publiant les menus des cantines scolaires dans la presse quotidienne régionale pour donner *"des exemples de menus validés"* au public.

D'autres médecins aimeraient qu'il n'y ait plus de publicité sur les produits *"de grignotage"* dans les médias car elle rend plus difficile le travail des médecins : *"le marketing de l'industrie agroalimentaire accentue le manque de volonté et de responsabilité des gens"*.

L'éducation nutritionnelle à l'école

- Certains médecins soulignent l'importance des séances d'éducation nutritionnelle faites dans les écoles pour transmettre des *"règles de base"* : *"il est important d'intéresser les enfants et de leur expliquer pourquoi il est bon d'avoir une alimentation correcte et comment il faut se nourrir"*. Ils précisent qu'il faudrait en faire *"régulièrement et dans toutes les classes"*, par les enseignants, le personnel médico-social ou encore des intervenants extérieurs. Pour ces médecins, ces séances ont généralement un bon impact, à la fois sur les enfants et les parents : *"les parents arrivent à faire manger plus de légumes aux enfants, et les enfants arrivent à faire changer les mauvaises habitudes des parents"*. Un médecin pense qu'il est bon que l'information soit donnée par d'autres personnes que la mère concernant un sujet qui oppose souvent l'enfant à ses parents.

- Un médecin souhaiterait que les distributeurs de friandises sucrées et salées soient supprimés dans les écoles : *"il faut arrêter d'anticiper sur la demande des gens, de créer des besoins. L'école n'est pas là pour donner à grignoter"*.

La promotion de l'activité physique avec l'éducation nutritionnelle

Quelques médecins ont suggéré d'insister sur l'importance de l'activité physique et de l'aborder systématiquement en faisant de l'éducation nutritionnelle : *"la société n'est pas très facilitante pour développer l'activité physique : rien n'est gratuit pour faire du sport, les horaires des cours à l'université sont peu adaptés..."*.

IV – 2. Discussion et conclusion de l'étude qualitative

Comment se construit l'intérêt des médecins pour l'éducation nutritionnelle et la nutrition ?

Parmi les 20 médecins généralistes interrogés, 10 montrent un fort intérêt pour la nutrition, 4 un intérêt moyen et 6 aucun intérêt. Diverses explications peuvent être avancées concernant ces différences :

- Certains médecins ont été personnellement sensibilisés à l'importance de la nutrition par des réunions ou des formations, ou bien ils ont constaté au cours de leur pratique une augmentation des problèmes liés à une mauvaise hygiène alimentaire, en particulier chez les jeunes. D'autres ont vécu une expérience personnelle directement en rapport avec ce sujet ("*j'ai perdu 36 kilos en deux ans, les patientes veulent mon "truc"!*").
- Le sexe du médecin semble jouer un rôle dans l'intérêt qu'ils peuvent porter à ce sujet puisque toutes les femmes interrogées s'intéressent à la nutrition et l'éducation nutritionnelle de leurs patients contre la moitié des hommes. Ces éléments sont cohérents avec les résultats de l'enquête quantitative qui montrait que les femmes avaient une meilleure connaissance du PNNS et des guides "la santé vient en mangeant" que les hommes.
- Les six médecins de l'échantillon ayant un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, mésothérapie) pensent tous que la nutrition fait partie intégrante de leurs consultations et sont convaincus de l'importance d'une bonne alimentation pour la santé.
- Certains médecins s'intéressent peu à la nutrition parce qu'ils estiment que ce n'est pas une priorité dans leur exercice, ni "*un problème de santé publique*" parmi leurs patients ("*il y a d'autres choses qui passent avant : mammographies, frottis, vaccinations...*"). La nutrition fait partie de leur travail dès lors qu'elle est liée à une pathologie à traiter, mais en dehors de ces cas-là, elle les concerne peu.
- D'autres mettent en avant les difficultés qu'il peut y avoir à faire de l'éducation nutritionnelle pour expliquer leur manque d'intérêt pour ce sujet : "*cela demande trop de temps*"; "*c'est décourageant car pas toujours efficace*"; "*on risque de heurter le patient, c'est un problème délicat qu'il faut savoir aborder*".

Une perception différente de leur rôle en matière d'éducation nutritionnelle et de prévention des maladies liées à la nutrition

Pour certains médecins, l'éducation nutritionnelle fait complètement partie de leurs missions, ils sont convaincus de l'importance de la nutrition dans la prévention des maladies. Ils estiment normal d'interroger les patients sur leurs habitudes alimentaires et de leur donner les informations nécessaires pour qu'ils puissent ensuite agir en connaissance de cause (même si leurs conseils ne sont pas toujours appliqués).

D'autres médecins pensent au contraire qu'ils n'ont pas à faire de l'éducation nutritionnelle, pour diverses raisons : ils manquent de temps ou de connaissances pour en faire, d'autres personnes sont mieux placées qu'eux pour faire de l'éducation nutritionnelle, la nutrition n'est pas un sujet prioritaire en santé, leurs conseils sont rarement appliqués, la nutrition est un sujet sensible dont les médecins n'ont pas à se mêler, il faut respecter la liberté de chacun, les patients sont responsables, informés, ils n'attendent pas un tel discours de la part de leur médecin, cela risque même de les vexer.

En matière d'éducation nutritionnelle, des pratiques variées selon les médecins...

L'enquête montre que les médecins font de l'éducation nutritionnelle de leur propre initiative avec les enfants et les adolescents dans trois cas principalement :

- certains abordent la question de la nutrition systématiquement avec tous leurs patients,
- d'autres le font principalement au cours de visites systématiques (bilans, vaccins, certificats...) qu'il y ait ou non un signe d'appel,
- d'autres repèrent des signes qui les incitent à en parler et n'abordent ce sujet que lorsqu'il y a un problème qui s'y rapporte.

Avec les personnes âgées, on constate deux types de pratiques selon les médecins : l'éducation nutritionnelle systématique et celle qui se base sur un signe d'appel.

Les pratiques des médecins sont également différentes concernant leur manière d'interroger les patients (plus ou moins approfondie), les conseils qu'ils leur donnent (larges et généraux, ou personnalisés et ciblés) et le suivi de leurs patients concernant ce thème.

On constate également que les médecins orientent leurs patients vers un autre professionnel de santé dans différents cas et plus ou moins facilement, selon leur intérêt pour la nutrition, leurs compétences, leur disponibilité, la proximité des autres professionnels de santé.

... mais aussi selon les publics

Certains médecins ont une pratique identique en matière d'éducation nutritionnelle avec tous leurs patients, que ce soit des enfants, des adolescents ou bien des personnes âgées, et d'autres ne procèdent pas de la même manière selon les publics. Certains ciblent des publics particuliers (par exemple les enfants, les nourrissons ou les femmes enceintes) pour faire de l'éducation nutritionnelle systématiquement, et n'en font que sur signe d'appel avec les autres patients. La manière d'interroger les patients, de les conseiller et de les suivre de chaque médecin peut également varier selon les publics.

Ces différences sont liées à leur perception de l'importance du problème de la nutrition pour chaque public, à leur facilité à traiter ce sujet avec certains patients, ou encore à l'appréciation de leur rôle en matière d'éducation nutritionnelle auprès de certains publics : *"avec les personnes âgées je me sens un peu plus le droit d'insister"*.

Quatre groupes de médecins

Les différences d'intérêt pour la nutrition et de perception de leur rôle en matière d'éducation nutritionnelle peuvent expliquer la diversité de pratiques des médecins. Globalement, quatre catégories de médecins⁵ ont été identifiées :

- 1 - Les médecins qui pensent que c'est leur rôle de faire de l'éducation nutritionnelle, qui sont particulièrement intéressés par la nutrition, et qui en font systématiquement avec tous leurs patients, même en l'absence de demande de leur part. Les médecins de l'échantillon ayant un mode d'exercice particulier tel que l'acupuncture, l'homéopathie ont généralement ce profil (6 médecins parmi les 20 interrogés).
- 2 - Les médecins qui pensent que c'est leur rôle de faire de l'éducation nutritionnelle, qui sont généralement intéressés par le sujet, et qui en font dans deux cas : systématiquement avec certains publics (enfants, femmes enceintes...) et dès qu'ils repèrent un signe d'appel chez les autres patients (3 médecins).
- 3 - Les médecins qui pensent que c'est leur rôle de faire de l'éducation nutritionnelle, qui sont généralement intéressés par le sujet, et qui en font dès qu'ils repèrent un signe d'appel chez un patient (5 médecins).
- 4 - Les médecins qui pensent que l'éducation nutritionnelle n'est pas du ressort du médecin, qui sont peu intéressés par le sujet et qui en parlent à leurs patients uniquement quand il y a un signe d'appel (6 médecins).

Par ailleurs, on constate des différences entre les déclarations des médecins lors de l'enquête quantitative concernant le profil de médecin qui leur correspond le plus en matière d'éducation nutritionnelle (cf. page 6) et ce qui ressort d'une analyse approfondie de leurs pratiques. Par exemple, certains médecins ayant déclaré que l'éducation nutritionnelle faisait partie de leur rôle n'avaient pas une pratique correspondant à ce profil, et inversement.

⁵ L'échantillon des 20 médecins n'est pas représentatif des médecins généralistes de la région, la sélection ayant été faite pour montrer l'éventail des pratiques existantes.

Des obstacles à l'éducation nutritionnelle

Plusieurs difficultés ont été évoquées par les médecins pour faire de l'éducation nutritionnelle à leurs patients :

- La nutrition est un sujet délicat, intime, lié à des problèmes profonds souvent d'ordre psychologique,
- Les médecins craignent de gêner, voire vexer certains patients qui pourraient mal percevoir leur message, d'autant plus s'ils n'attendent pas de leur médecin un tel discours, ce qui risquerait de fragiliser la relation médecin-patient,
- Les médecins constatent qu'il est très difficile de convaincre les patients de l'intérêt d'une bonne alimentation, et de parvenir à les faire changer d'habitudes, en particulier lorsqu'il n'y a pas de demande exprimée par les patients,
- Les médecins manquent de temps pour faire de l'éducation nutritionnelle (temps supplémentaire à celui nécessaire pour traiter le motif de la consultation),
- Les médecins manquent de connaissances et d'informations en matière de nutrition,
- La société actuelle qui va à l'encontre de leur discours (consumérisme, pression commerciale des industries agroalimentaires, mode de vie des gens).

Concernant ces obstacles cités par les médecins, aucune différence n'apparaît selon les quatre catégories de médecins identifiées. Ainsi, les difficultés semblent être les mêmes pour tous, mais **certains médecins font tout de même de l'éducation nutritionnelle, tandis que pour d'autres, ces difficultés sont un véritable frein**. Cette différence d'effet sur les pratiques tient à la fois à leur perception de leur rôle et au fait qu'ils aient expérimenté des façons de contourner les obstacles.

Par exemple, le manque d'efficacité peut être un frein pour certains médecins, ou tout au moins une raison supplémentaire pour ne pas "*perdre son temps*" à faire de l'éducation nutritionnelle si le patient ne change pas de comportement par la suite : "*c'est décourageant, dévalorisant si rien n'évolue suite à ce qu'on a pu dire*". D'autres constatent également la difficulté de la mise en pratique de leurs conseils par les patients, mais elle ne les gêne pas pour faire passer leur message. Ils questionnent les patients et leur donnent des informations en matière de nutrition parce qu'ils pensent que cela fait partie de leur travail, sans se focaliser sur le résultat : "*je donne des moyens, je ne suis pas là pour apporter des résultats, les gens sont responsables*" ; "*je conseille, ensuite c'est à eux de choisir*". Ils ne se découragent pas si les résultats ne sont pas immédiats : "*l'efficacité immédiate n'est pas ma préoccupation, je laisse germer l'idée*".

De même, certains médecins ont expliqué comment ils abordent ce "*sujet délicat*" pour éviter le plus possible de vexer ou gêner leurs patients. Ils insistent sur le "*tact et la mesure*" nécessaire pour cela, l'intérêt d'attendre parfois le bon moment pour en parler ou "*un prétexte*", l'importance de répéter les conseils régulièrement, d'expliquer largement les choses et de prendre du temps. Ils s'adaptent et "*négocient*" ce qu'ils peuvent, sans chercher à forcer les patients s'il sentent qu'ils ne sont pas réceptifs à leur message ("*sans insister lourdement si on sent des résistances*") : "*il ne faut pas chercher à tout changer, il faut y aller tout doucement et respecter leur culture et certaines de leurs habitudes*".

Les attentes exprimées par les médecins se rapportent globalement aux difficultés qu'ils rencontrent pour faire de l'éducation nutritionnelle. Elles concernent :

- des outils pour convaincre davantage, s'informer ou informer les patients : fiches pratiques, guides, livres, DVD...
- des formations, initiales ou continues, et des réunions d'informations pour acquérir plus de connaissances en matière de nutrition et être davantage sensibilisé sur ce thème,
- du temps à consacrer à la prévention, et par-là même un financement spécifique pour cela,
- davantage de communication de la part des médias et des autres professionnels potentiellement concernés par la nutrition, allant dans le sens de leur discours, notamment grâce à des actions nationales de prévention axées sur la nutrition et l'activité physique, des séances d'éducation nutritionnelle dans les écoles.

Les médecins faisant de l'éducation nutritionnelle et pensant que c'est leur rôle ont exprimé leurs attentes et, à travers elles, leur souhait d'améliorer leurs pratiques. Tel n'a pas été le cas, en général de ceux qui s'intéressent peu à la nutrition et qui pensent que ce n'est pas leur rôle de faire de l'éducation nutritionnelle. Ils n'ont pas formulé de besoins de formations, ni d'outils, mais plutôt l'intérêt d'une communication grand public sur la nutrition par le biais des médias, ou encore l'implication d'autres professionnels qu'eux sur ce thème-là.

VI - CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

L'enquête quantitative qui a concerné un échantillon régional représentatif de 206 médecins généralistes montre qu'ils se disent généralement concernés par le thème de la nutrition, mais il apparaît qu'ils sont **peu informés** (environ la moitié des médecins) **du PNNS et des outils à leur disposition** (guides "la santé vient en mangeant", disques IMC...). On constate que les plus informés sont les femmes, les moins de 45 ans et ceux installés en zone urbaine.

L'enquête qualitative basée sur des entretiens approfondis avec vingt médecins a confirmé ces éléments, montrant par ailleurs une **diversité des pratiques des médecins en matière d'éducation nutritionnelle** : elle est généralement faite sur signe d'appel, mais reste difficile pour certains quand il n'y a pas de demande des patients. Les médecins peuvent également cibler certaines populations (jeunes, personnes âgées) dont ils redoutent qu'elles soient le plus concernées par des problèmes liés à la nutrition dans les années à venir.

Cette diversité de pratiques tient essentiellement à la perception des médecins de leur rôle en matière d'éducation nutritionnelle et à l'intérêt qu'ils portent à ce thème.

Quatre types de pratiques ont été observés :

- les médecins qui pensent que c'est leur rôle de faire de l'éducation nutritionnelle et qui en font systématiquement avec tous leurs patients
- ceux qui pensent que c'est leur rôle, et qui en font systématiquement avec certains publics et dès qu'ils repèrent un signe d'appel avec les autres patients
- ceux qui pensent que c'est leur rôle et qui en font dès qu'ils repèrent un signe d'appel
- ceux qui pensent que ce n'est pas leur rôle et qui n'en font que quand il y a un signe d'appel

Plusieurs obstacles ont été mentionnés par les médecins pour faire de l'éducation nutritionnelle, ils ne diffèrent pas selon le type de pratique des médecins. Ils concernent :

- l'intrusion dans l'intimité du patient,
- la perturbation de la relation médecin patient,
- le manque de temps et de connaissance pour faire de l'éducation nutritionnelle,
- le manque d'efficacité visible immédiate,
- l'environnement non facilitant.

Les **besoins exprimés par les médecins** sont en lien avec les difficultés qu'ils rencontrent pour faire de l'éducation nutritionnelle. Le souhait d'améliorer ses pratiques concerne principalement les médecins qui pensent que c'est leur rôle ; ceux qui ne s'y intéressent pas et pensent que ce n'est pas leur rôle n'ont pas formulé de besoins "personnels" (outils, formation, information...) dans ce domaine.

- Concernant l'éducation nutritionnelle, il semblerait que les médecins ne soient pas "submergés" mais plutôt en attente d'informations et de documents. L'enquête quantitative montre une forte demande de la part des médecins **d'outils pratiques**, en particulier de **fiches-conseils** (mais aussi de livres, DVD, guides, annuaire des ressources existantes dans le département...). Les médecins qui connaissent les guides "la santé vient en mangeant" les apprécient et généralement les utilisent, même s'il apparaît que la richesse et la densité des informations qu'ils contiennent n'en font pas forcément un outil pratique à utiliser en consultation. Un CD-Rom, un logiciel d'aide aux conseils personnalisés ou encore un document "en ligne" consultable sur Internet pourraient permettre de répondre aux demandes très diverses des médecins qui pourraient ainsi choisir les informations et les outils adaptées à leurs besoins.

- Des séances de **formation**, des réunions **d'information** peuvent également intéresser les médecins. Les principaux thèmes généraux proposés par les médecins concernent l'alimentation et les besoins nutritionnels spécifiques aux différentes périodes de la vie (une aide aux conseils personnalisés), ainsi que la prévention et la prise en charge de l'obésité.

Selon les différents publics, différents thèmes apparaissent comme prioritaires pour les médecins en terme de **besoin d'informations et de souhait d'approfondir ces thèmes avec leurs patients** :

- Pour le public des femmes enceintes, les thèmes prioritaires sont l'équilibre alimentaire et les suppléments,
- Pour les femmes allaitantes, le thème prioritaire est la nutrition de la femme et l'allaitement,
- Pour les enfants et les adolescents, ce sont les tendances anorexiques ou boulimiques chez l'adolescent, ainsi que les carences et suppléments,
- Pour les personnes âgées de plus de 60 ans, les thèmes prioritaires sont l'équilibre alimentaire et les suppléments.

Le manque d'activité physique, facteur favorisant notamment l'augmentation de l'obésité, a été peu mentionné par les médecins (10% des médecins). Il semble nécessaire de mettre davantage en avant le lien entre l'alimentation et l'activité physique. Les facteurs protecteurs de la pratique d'une activité physique quotidienne seront mis en avant grâce à la campagne nationale de promotion de l'activité physique inscrite dans le cadre de PNNS qui se déroulera en février et mars 2004 (campagne presse, télévisée, radiophonique).

Les problèmes d'alimentation dans les populations précaires sont également peu ressortis dans les deux études.

- Par ailleurs, les médecins souhaiteraient qu'il y ait davantage de communication allant dans le sens de leur discours de la part des médias mais aussi des autres professionnels potentiellement concernés par la nutrition : **actions de communication** à destination du grand public, **relais par d'autres professionnels** de terrain (éducation nutritionnelle à l'école)... Cela permettrait de contrebalancer le marketing très présent de l'industrie agroalimentaire.
- Enfin, le temps dont disposent les médecins pour faire de l'éducation nutritionnelle et, plus généralement, de la prévention leur paraît insuffisant, c'est pourquoi ils souhaiteraient un financement spécifique pour cela.

Pour les **médecins qui sont peu intéressés par la nutrition** et qui pensent que l'éducation nutritionnelle n'est pas leur rôle quand il n'y a pas de demande du patient, des étapes préalables à la mise à disposition d'outils semblent nécessaires :

- Une prise de conscience de l'importance de la nutrition et de l'activité physique pour la santé, de leur lien avec de nombreuses pathologies, et des problèmes de santé liés à la nutrition qui sont en augmentation.
- Une prise de conscience du rôle actif qu'ils peuvent jouer dans le domaine de l'éducation nutritionnelle, même lorsque le patient n'est pas spontanément demandeur. Chaque consultation peut fournir des occasions de prévention à saisir, en particulier pour un public en bonne santé qui ne consulte pas souvent.
- L'acquisition d'un savoir-faire pour pouvoir aborder plus aisément les questions de nutrition avec leurs patients et contourner les difficultés liées à ce thème (sujet délicat, intime, limites imposées par les patients...).

Afin de sensibiliser ces médecins, une **nouvelle action de communication sur le PNNS**, privilégiant le choix d'un document court, attractif, présentant les outils disponibles (notamment les guides), et décrivant des manières d'engager le dialogue avec le patient pourrait être envisagée. Des **articles publiés dans les revues professionnelles** pourraient également appuyer cette action.

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire	33
Annexe 2 – Réponses aux questions ouvertes	38
Annexe 3 – Grille d'entretien	46

Questionnaire "Médecins généralistes et nutrition"

Veillez entourer le numéro correspondant à votre choix ou remplir les espaces prévus.

Quelques questions générales sur vous et votre activité :

A1. Sexe : 1- masculin 2- féminin

A2. Age : / _____ / ans

A3. En quelle année vous êtes-vous installé dans ce cabinet ? / _____ /

A4. Quel est votre secteur de conventionnement ?

1- secteur I 2- secteur II

A5. Avez-vous un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture...)?

1- oui 2- non

A6. Si oui, lequel ? _____

A7. Etes-vous médecin référent ?

1- oui 2- non

A8. Participez-vous à un ou plusieurs réseau(x) de soins ?

1- oui 2- non

A9. Si oui, le(s)quel(s) ? _____

A10. Votre clientèle est composée principalement de :

1- enfants/adolescents

4- personnes âgées de plus de 60 ans

2- adultes

7- autant des trois groupes

Nous allons parler maintenant du Programme National Nutrition-Santé (PNNS) :

B1. Avez-vous entendu parler du Programme National Nutrition-Santé (PNNS) ?

1- oui 2- non

B2. Si oui, par quelles sources ?

Radio, télévision : 1- oui 2- non

Presse écrite généraliste : 1- oui 2- non

Presse médicale : 1- oui 2- non

Collègues : 1- oui 2- non

Documents de l'assurance maladie, du Ministère, ... : 1- oui 2- non

Autre (précisez) : _____

Des guides grand public "la santé vient en mangeant" et des guides d'accompagnement destinés aux professionnels de santé ont été diffusés fin 2002.

Avez-vous pris connaissance de ces guides "la santé vient en mangeant" ?

B3. Guide 1- oui

professionnel : 2- non → **B4. Si non, pourquoi ?**

1- je ne pense pas l'avoir reçu 3- cela ne m'intéresse pas

2- je n'ai pas eu le temps de le lire 4- autre : _____

B5. Guide 1- oui

grand public : 2- non → **B6. Si non, pourquoi ?**

1- je ne pense pas l'avoir reçu 3- cela ne m'intéresse pas

2- je n'ai pas eu le temps de le lire 4- autre : _____



Si vous ne connaissez pas les guides "la santé vient en mangeant", passez à la question B15.

Trouvez-vous ces guides : (Entourez le numéro correspondant à votre choix)

	<i>oui, tout à fait</i>	<i>oui, plutôt</i>	<i>non, plutôt pas</i>	<i>non, pas du tout</i>	<i>sans avis</i>
B7. Clairs	1	2	3	4	0
B8. Informatifs	1	2	3	4	0
B9. De nature à faire évoluer les comportements de vos patients (guide grand public)	1	2	3	4	0
B10. De nature à vous aider dans votre pratique (guide professionnel)	1	2	3	4	0

Quelle note leur attribueriez-vous entre 0 et 10 ?

B11. Guide grand public : / ____ /

B12. Guide professionnel : / ____ /

B13. Utilisez-vous ces documents ?

1- souvent 2- parfois 3- jamais

↳ **B14. Pourquoi?** _____

B15. Le guide grand public a-t-il été évoqué par certains de vos patients ?

1- souvent 2- parfois 3- jamais

B16. Quelles ont été les remarques formulées par vos patients concernant ce guide ?

B17. Parmi les trois profils de médecin suivants, duquel vous sentez-vous le plus proche ?

(Une seule réponse possible)

1- En dehors de l'éducation thérapeutique (en cas de diabète, hypertension artérielle...), ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de faire de l'éducation nutritionnelle.

2- En dehors de l'éducation thérapeutique (en cas de diabète, hypertension artérielle...), le rôle du médecin généraliste en matière d'éducation nutritionnelle est de répondre à la demande du patient ou de l'entourage.

3- En dehors de l'éducation thérapeutique (en cas de diabète, hypertension artérielle...), le rôle du médecin généraliste en matière d'éducation nutritionnelle est de donner des conseils préventifs personnalisés, même en l'absence de demande du patient.

Nous allons à présent aborder les questions de nutrition concernant quatre publics spécifiques :

LES FEMMES ENCEINTES

C1. Parmi les items proposés, quels sont les trois abordés le plus fréquemment avec vos patientes ?

- 1 - Hygiène alimentaire (listériose, toxoplasmose)
- 2 - Supplémentations (folates, calcium...)
- 3 - Equilibre alimentaire
- 4 - Problèmes digestifs
- 5 - Prise de poids
- 6 - Allaitement
- 7 - Prise de toxiques (tabac, alcool, médicaments)
- 8 - Autre (*précisez*) : _____

C2. Quels sont le ou les item(s) que vous souhaiteriez approfondir avec vos patientes ?

(nombre de réponses non limité)

- 1 - Hygiène alimentaire (prévention de la listériose, toxoplasmose)
- 2 - Supplémentations (folates, calcium...)
- 3 - Equilibre alimentaire
- 4 - Problèmes digestifs
- 5 - Prise de poids
- 6 - Allaitement
- 7 - Prise de toxiques (tabac, alcool, médicaments)
- 8 - Autre (*précisez*) : _____

C3. Quels sont les items sur lesquels vous souhaiteriez recevoir plus d'informations ?

Reprenez les numéros des items ci-dessus (maximum trois) : /____/ /____/ /____/

LES FEMMES ALLAITANTES ET LES NOURRISSONS

D1. Parmi les items proposés, quels sont les trois abordés le plus fréquemment avec vos patients ?

- 1 - Allaitement et prise de toxiques ou de médicaments
- 2 - Nutrition de la femme et allaitement (équilibre alimentaire, prise de poids, suppléments...)
- 3 - Traitement des pathologies du sein chez les femmes qui allaitent (crevasses, abcès...)
- 4 - Gestion de l'allaitement lors d'une pathologie courante (angine...)
- 5 - Diversification alimentaire du nourrisson
- 6 - Sevrage
- 7 - Allaitement et travail
- 8 - Autre (*précisez*) : _____

D2. Quels sont le ou les item(s) que vous souhaiteriez approfondir avec vos patients ?

(nombre de réponses non limité)

- 1 - Allaitement et prise de toxiques ou de médicaments
- 2 - Nutrition de la femme et allaitement (équilibre alimentaire, prise de poids, suppléments...)
- 3 - Traitement des pathologies du sein chez les femmes qui allaitent (crevasses, abcès...)
- 4 - Gestion de l'allaitement lors d'une pathologie courante (angine...)
- 5 - Diversification alimentaire du nourrisson
- 6 - Sevrage
- 7 - Allaitement et travail
- 8 - Autre (*précisez*) : _____

D3. Quels sont les items sur lesquels vous souhaiteriez recevoir plus d'informations ?

Reprenez les numéros des items ci-dessus (maximum trois) : /____/ /____/ /____/

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

E1. Parmi les items proposés, quels sont les trois abordés le plus fréquemment avec vos patients ?

- 1 - Equilibre alimentaire, hygiène et rythmes de vie
- 2 - Déséquilibre pondéral
- 3 - Tendances anorexiques ou boulimiques chez l'adolescent
- 4 - Carences et suppléments
- 5 - Activité physique
- 6 - Autre (*précisez*) : _____

E2. Quels sont le ou les item(s) que vous souhaiteriez approfondir avec vos patients ?

(nombre de réponses non limité)

- 1 - Equilibre alimentaire, hygiène et rythmes de vie
- 2 - Déséquilibre pondéral
- 3 - Tendances anorexiques ou boulimiques chez l'adolescent
- 4 - Carences et suppléments
- 5 - Activité physique
- 6 - Autre (*précisez*) : _____

E13. Quels sont les items sur lesquels vous souhaiteriez recevoir plus d'informations ?

Reprenez les numéros des items ci-dessus (maximum trois) : /____ / /____ / /____ /

LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS

F1. Parmi les items proposés, quels sont les trois abordés le plus fréquemment avec vos patients ?

- 1 - Equilibre alimentaire et suppléments
- 2 - Régime alimentaire (sans sel, diabétique..)
- 3 - Dénutrition, perte de poids
- 4 - Déshydratation
- 5 - Problèmes psychosociaux ayant un retentissement sur l'alimentation (isolement, deuil, précarité...)
- 6 - Activité physique
- 7 - Autre (*précisez*) : _____

F2. Quels sont le ou les item(s) que vous souhaiteriez approfondir avec vos patients ?

(nombre de réponses non limité)

- 1 - Equilibre alimentaire et suppléments
- 2 - Régime alimentaire (sans sel, diabétique..)
- 3 - Dénutrition, perte de poids
- 4 - Déshydratation
- 5 - Problèmes psychosociaux ayant un retentissement sur l'alimentation (isolement, deuil, précarité...)
- 6 - Activité physique
- 7 - Autre (*précisez*) : _____

F3. Quels sont les items sur lesquels vous souhaiteriez recevoir plus d'informations ?

Reprenez les numéros des items ci-dessus (maximum trois) : /____ / /____ / /____ /

Voyons enfin quelles sont vos attentes et propositions :

G. Dans le champ de l'éducation nutritionnelle, quelles initiatives seraient susceptibles de vous intéresser ?

- 1 - Diffusion d'une lettre électronique sur l'actualité nutritionnelle en Rhône-Alpes
- 2 - Organisation de rencontres interprofessionnelles (professionnels sanitaires et sociaux, diététiciennes, conseillères en économie sociale et familiale...)

Si oui, sur quel(s) thème(s) : _____

- 3 - Séances de formation ou d'information

Si oui, sur quel(s) thème(s) : _____

- 4 - Fiches reprenant quelques conseils simples à remettre à vos patients en fonction de leur situation

- 5 - Annuaire des ressources existantes dans votre département

- 6 - Rencontre à votre cabinet d'un professionnel de prévention vous présentant des outils d'éducation pour la santé à utiliser avec vos patients

7 - Autre (*précisez*) : _____

G8. En matière de nutrition, quelles sont à votre avis les problématiques majeures susceptibles d'émerger dans les années à venir, et les groupes concernés ?

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire et de bien vouloir le retourner dès que possible à l'adresse suivante :

ORS Rhône-Alpes
9 quai Jean Moulin
69001 LYON

Réponses aux questions ouvertes

A6. Quel est votre mode d'exercice particulier?

Homéopathie (27)
Acupuncture (11)
Médecine manuelle - ostéopathie (6), vertébrothérapie (1)
Mésothérapie (3)
Phytothérapie (2)
Nutrithérapie (1), micronutrithérapie (1)
Naturopathie (1)
Nutrition (5)
Angéiologie (5)
Allergologie (1)
Sexologie (1)
Gériatrie (1)
Médecine thermale (2)
Médecine du sport (3)
Médecine esthétique (1)
Psychothérapie (1)

A8. A quel réseau participez-vous ?

Toxicomanie (6)
Réseau HIV (4)
Soins palliatifs OIKIA (4)
Hépatite C (3)
Gérontologie(2)
SPAD du Faucigny (2)
Oncologie (1)
Epiphlébite (1)
GROG (groupes régionaux d'observation de la grippe) (1)
Réseau herpès zona (1)
Diabétologie (1)

B2. Par quelle autre source avez-vous entendu parler du PNNS ?

Lors d'un congrès

B4. Pour quelle autre raison n'avez-vous pas pris connaissance du guide professionnel ?

Par négligence

J'ai dû le lire mais je ne me souviens plus de son contenu

B4. Pour quelle autre raison n'avez-vous pas pris connaissance du guide grand public ?

Par négligence

J'ai dû le lire mais je ne me souviens plus de son contenu

B14. Pourquoi n'utilisez-vous pas ces documents (guides "la santé vient en mangeant") ?

- Ils jugent ces documents inutiles (9) :

"Je n'y ai pas appris grand chose" ; "j'ai une formation de nutrition, je connais assez bien le sujet" ; "ils ne m'apportent rien" ; "j'ai mémorisé ce qui m'intéresse" ; "ce document ne m'est pas utile" ; "document non indispensable à la pratique, multiples sources" ; "autre documentation" ; "informations données de vive voix".

- Ils manquent de temps lors des consultations (6) :

"Par manque de temps au cours d'une consultation" ; "support pas facile à consulter rapidement" ; "par manque de temps surtout" ; "beaucoup d'infos, trop fouillis, il faut tout lire pour en tirer une leçon, ce qui n'est pas ou peu fait".

- Ils ne pensent pas à utiliser ces documents (3) :

"Je n'y pense pas" ; "ils ont rejoint la multitude de documents variés que je stocke en me disant "qu'ils serviront un jour".

- Ils ne sont pas convaincus de l'intérêt de cet outil (2) :

"Les renseignements sont généralement connus du médecin et souvent du patient. Une question de volonté et de motivation est souvent en cause" ; "Il n'est pas démontré que ce type de support ait un rôle dans l'éducation en santé. De toute façon, ils ne font pas le poids face au matraquage incessant et contradictoire poly-médiatique des grandes firmes marketing qui ont des choses à vendre!"

- Ils n'ont plus ces documents à leur disposition (2) :

"Documents "empruntés" par des patients".

- Le contenu de ces documents ne leur convient pas (1) :

"Document incomplet, encore des idées fausses".

B16. Quelles ont été les remarques formulées par vos patients concernant ce guide ?

- Guide intéressant, bien fait (16) :

"Information intéressante" (3), "on apprend des choses" (2) ; "guide très apprécié en général" ; "tous les exemplaires reçus sont partis en moins d'une semaine et certains m'en ont redemandé pour donner à leurs proches" ; "bien fait (4)" ; "guide clair (3)" ; "bon guide" ; "accessible à tout public".

- Il a permis une réflexion chez les patients (10) :

"Questions posées, demandes de conseils complémentaires au médecin par rapport à leurs cas personnels" (4) ; "intérêt éveillé sur les problèmes de nutrition et les conséquences à long terme" ; "prise de conscience de leurs erreurs sur le plan diététique" ; "cela les amène à une remise en question" ; "comment faire à la maison avec parents, enfants, conjoints, adolescents..." ; "il corrige certaines idées reçues" ; "étonnements sur les quantités de boissons alcoolisées permises".

- Remarques positives sur la forme du guide (3) :

"Présentation attractive et simple" ; "il est agréable à feuilleter" ; "guide détaillé, bonne lisibilité, bonne iconographie".

- Il est pratique (3) :

"Il donne des idées pour cuisiner", "mise en pratique facile, astuces intéressantes, ça va pouvoir servir" ; "aide possible aux choix alimentaires".

- Certains patients sont interrogatifs concernant l'émetteur du guide (2) :

"Est-ce bien vrai? Peut-on faire confiance à ce guide?" ; "est-ce sérieux, sans aucune relation avec la publicité pour tel ou tel produit?"

- Manque de clarté (1) :

"Guide pas clair"

Concernant les femmes enceintes

C18. Autre item abordé le plus fréquemment avec vos patientes :

- Douleurs lombaires, sciatalgies de fin de grossesse
- Préparation à l'accouchement
- Association d'aliments dans le même repas pour l'équilibre alimentaire
- Rachialgie

C28. Autre item que vous souhaiteriez approfondir avec vos patientes :

- Diabète
- Préparation à l'accouchement
- Allaitement et allergie en prénatal
- La grossesse n'est pas une "maladie"

Concernant les femmes allaitantes et les nourrissons

D18. Autre item abordé le plus fréquemment avec vos patients :

- Douleurs lombaires post péridurales
- Les bienfaits de l'allaitement pour la mère et l'enfant

D28. Autre item que vous souhaiteriez approfondir avec vos patients :

- Allaitement et allergie
- Alimentation du bébé atopique
- Laits artificiels
- Nutrition préventive des pathologies de l'enfance

Concernant les enfants et les adolescents

E16. Autre item abordé le plus fréquemment avec vos patients :

- Statique vertébrale
- Anorexie du jeune enfant qui "ne mange rien"

E26. Autre item que vous souhaiteriez approfondir avec vos patients :

- L'explication de l'intérêt pour leur santé d'une bonne alimentation
- Toxiques
- Nutrition thérapeutique
- Chronobiologie

Concernant les personnes âgées de plus de 75 ans

F17. Autre item abordé le plus fréquemment avec vos patients :

- Douleurs abdominales, arthrose, suites de chutes
- Sevrage tabagique
- Surpoids

F27. Autre item que vous souhaiteriez approfondir avec vos patients :

- Tabagisme
- Intérêt des régimes hypocholestérolémiant
- Surpoids
- Nutrition thérapeutique

G2. Thèmes proposés pour l'organisation de rencontres interprofessionnelles (professionnels sanitaires et sociaux, diététiciennes, conseillères en économie sociale et familiale...) :

- Equilibre alimentaire, alimentation à chaque âge (30) :

Alimentation à chaque tranche de vie (2) ; les régimes : du nourrisson à la personne âgée ; alimentation du nourrisson (2) ; allaitement (2) ; nutrition des femmes enceintes ; équilibre alimentaire de l'enfant (3) ; nutrition de l'homme de 40 à 50 ans ; alimentation des personnes âgées (10) ; carences alimentaires des personnes âgées (2) ; équilibre alimentaire (5) ; éducation alimentaire.

- Obésité (prise en charge et prévention) (18) :

Nutrition et obésité (5), chez les enfants (3), chez les adolescents (4).

Prévention de l'obésité à tous les âges (1), chez l'enfant (3), chez l'adolescent (1), chez la personne âgée (1).

- Les suppléments (7) :

Différents régimes / suppléments en fonction des pathologies et troubles métaboliques (diabète, dyslipidémies..) (4) ; intérêt des suppléments par rapport à un régime équilibré (2) ; suppléments en fonction du profil des patients (prévention).

- Problèmes psychosociaux et nutrition (7) :

Problèmes psychosociaux de la personne âgée et déséquilibre alimentaire ; rôle de l'isolement social dans la prise alimentaire ; malnutrition et population défavorisée ; nourriture équilibrée et petit budget, nutrition de la population immigrée.

- Amaigrissement, dénutrition (3)

- Troubles des conduites alimentaires (2) :

Prévention des conduites alimentaires inappropriées chez l'adolescent (notamment l'adolescente) ; troubles du comportement alimentaire.

- Activité physique et équilibre alimentaire (2)

- Diabète

- Comment expliquer l'hygiène alimentaire aux patients

- Echanges d'expériences professionnelles ("qui fait quoi?")

- Valeur nutritive des aliments

- Nutrithérapie, évaluation des carences

G3. Thèmes proposés pour les séances de formation ou d'information :

- Equilibre alimentaire, alimentation à chaque âge (55) :

Reprenre les grands principes de nutrition et besoins nutritionnels spécifiques aux différentes périodes de la vie (6) ; alimentation et diversification alimentaire du nourrisson (6) ; nutrition de l'enfant (4) ; alimentation et équilibre alimentaire de l'adolescent (6) ; nutrition de la femme enceinte (5) ; allaitement (5) ; nutrition et ménopause (prise pondérale, déminéralisation) ; nutrition de l'homme de 40 à 50 ans ; nutrition des personnes âgées (10) ; carences alimentaires des personnes âgées (3) ; équilibre alimentaire : comment bien se nourrir ? (8).

- Obésité (prise en charge et prévention) (13) :

Prise en charge de l'obésité (3) ; prévention de l'obésité de l'enfant (3) ; déséquilibre pondéral de l'adolescent (6) ; obésité de l'adulte.

- Nutrition et pathologies associées (10) :

Nutrition et hypertension artérielle, diabète type II, insuffisance cardiaque ; diabète (4) ; diabète et nouvelles tendances alimentaires ; prescription de régime adapté dans les pathologies courantes (diabète, hyperlipidémie...) (2) ; nutrition et allergies alimentaires (2).

- Supplémentations (8) :

Carences et suppléments (3) ; suppléments vitaminique (étude SUVIMAX) (2) ; compléments alimentaires ; supplémentation calcique ; informations claires et pratiques sur le fluor : supplémentation ou pas, et de quel âge à quel âge...

- Problèmes psychosociaux de la personne âgée et déséquilibre alimentaire (5)

- Éducation nutritionnelle (5) :

L'éducation nutritionnelle des adolescents (2), des enfants ; comment communiquer sur la diététique pour une meilleure adhésion du public ; comment motiver un patient pour une modification de l'hygiène alimentaire au long cours.

- Troubles des conduites alimentaires (3) :

Troubles alimentaires chez l'adolescent ; conduite face à un adolescent anorexique ; troubles du comportement alimentaire.

- Dénutrition, déshydratation (3) :

Dénutrition, perte de poids ; déshydratation ; comment hydrater les personnes âgées ?

- Activité physique et nutrition (3) ; alimentation du sportif

- Les régimes alimentaires (2) :

Régime méditerranéen ; régimes : lesquels sont valables ?

- Informations sur les pesticides, engrais, qualité de l'eau

- Industrie et politique de santé publique

- Histoire de l'alimentation

- La conduite alimentaire dans le monde

- Comment établir un bilan nutritionnel

G7. Autre initiative susceptible de vous intéresser dans le champ de l'éducation nutritionnelle :

- Sensibilisation des enfants, des parents à l'éducation alimentaire (4) :

Sensibiliser les enfants à l'école : apprendre à manger bien le plus tôt possible ; dès l'école, notions de diététiques avec des ateliers avec les mamans intéressées ; dans les centres sociaux pour les jeunes mamans suivies à la PMI, ateliers sur les thèmes suivants : comment faire les courses avec un budget limité, comment construire un repas équilibré ; sensibiliser les patients à la prévention nutritionnelle en les incitant à consulter pour cette raison le médecin de famille. La demande doit venir du patient pour que les conseils du médecin aient une chance d'être écoutés et acceptés.

- Outils pour les médecins et/ou les patients (5) :

Fiches destinées aux professionnels de santé sur la diététique, les régimes, etc. ; programme d'éducation physique et régime diététique précis en fonction des classes d'âge ; documents écrits, livres ; CD Rom sur la nutrition avec des conseils pour les patients ; mises au point globales sur les différents items, conduite pratique sous forme de revue ou monographie claire.

- Remboursement des consultations diététiques pour certaines pathologies :

Prise en charge des consultations diététiques par les CPAM en tant que traitement à part entière de certaines pathologies.

- Formation :

Mise à niveau dans le cadre du DIU (Diplôme Inter-Universitaire).

G8. En matière de nutrition, quelles sont à votre avis les problématiques majeures susceptibles d'émerger dans les années à venir, et les groupes concernés ?

- Obésité :

Surpoids et obésité des enfants (68), des adolescents (73), des jeunes adultes (19), des adultes (9), des personnes âgées (2), des femmes (3), de la population des milieux socialement et économiquement (et aussi culturellement) défavorisés (4), de la population origine de l'émigration maghrébine (2), des personnes isolées (veufs, célibataires).

L'obésité, surcharge pondérale dans la population générale (31) (croissance inexorable de l'obésité dans les pays industrialisés, avec ses conséquences sur la morbidité et la mortalité et impact sur la vie sociale)

- Emergence de pathologies secondaires :

Diabète (23) (chez les enfants et les adolescents (3), chez le sujet de plus de 60 ans (4), dans les populations immigrées) ; diabète de type II de plus en plus précoce (22) ; maladies cardio-vasculaires (12) ; allergies alimentaires (7) (allergies et intolérances alimentaires co-facteurs des troubles immunitaires à l'origine d'allergies et pathologies auto-immunes et inflammatoires chroniques ; problème des aliments "raffinés", transformés par l'industrie alimentaires, des colorants, conservateurs, stabilisateurs et divers ajouts qui entraîneront des allergies ; OGM et allergies?) ; hypercholestérolémie (5) (en plus grand nombre chez les patients de 50 ans et plus) ; troubles lipidiques (3) ; hypertension artérielle (3) ; cancers (2) ; athéromatose précoce ; pathologies de surcharge (cirrhoses métaboliques) ; diabète et hypertriglycéridémie pour les femmes ; dégénérescence tissulaire précoce avec notamment apparition de cellulite et vergetures dès 12 ans.

- Déséquilibre alimentaire des jeunes (42) :

Mauvaise hygiène alimentaire, déséquilibre alimentaire de l'enfant (4), des jeunes (29) avec carences nutritionnelles (oligo-éléments, vitamines, fibres...) (futurs cardiaques, diabétiques, obèses ? recrudescence de maladies métaboliques ; ostéoporose à 70 ans si insuffisance d'apport de calcium à l'adolescence ou pré-adolescence) ; absence de schémas nutritionnels chez les adolescents ; alimentation rapide chez les jeunes (3) ; déstructuration du repas chez les jeunes (alimentation non variée, repas TV, grignotage, repas rapides, irréguliers..) ; les jeunes ont des modèles (américain entre autres (2)) où le sucre, les graisses et les excitants prédominent (=surconsommation) ; vision d'une alimentation "plaisir-réconfort" et non choisie en fonction de critères diététiques ; consommation refuge.

- Déséquilibre alimentaire des personnes âgées (36) :

Déséquilibre alimentaire, malnutrition, dénutrition des personnes âgées (29) ; déshydratation des personnes âgées (3) ; prise en charge et correction des troubles alimentaires pour les personnes âgées (3) ; politique d'un suivi diététique en maison de retraite.

- L'éducation alimentaire des jeunes (24) :

Il est important de cibler les adolescents d'aujourd'hui pour leurs enfants : quels adultes vont-ils être vis-à-vis de l'alimentation? (5) ; la mauvaise hygiène alimentaire des adolescents peut rejaillir ensuite sur la nutrition de leurs enfants : comment vont-ils faire leur éducation alimentaire? Est-ce qu'ils auront envie de cuisiner des légumes ? C'est une génération qui n'aura jamais mangé du pain et une barre de chocolat à son goûter!

Importance de la prévention chez les jeunes (4) (une éducation précoce (à l'école?) de ce que doit être la nourriture saine, sortie des lobbies, avec connaissance plus approfondie des bonnes huiles, végétaux, poissons, etc...) ; nécessité de revaloriser les "faits maison" chez les adolescents.

Grande difficulté pour éduquer les enfants (6), les adolescents (8) à une hygiène alimentaire correcte, équilibrée, diversifiée (notamment avec des parents qui travaillent : négligence, mauvaise prise en charge de la famille, manque de temps consacré aux enfants).

- Déséquilibre alimentaire à tout âge (21) :

Déséquilibre alimentaire toutes catégories d'âges (notamment excès de lipides et de glucides) avec carences nutritionnelles (vitamines).

- Manque d'activité physique (19) :

Sédentarité, manque d'activité physique dans la population générale (6), chez les adolescents et les jeunes adultes (8), chez les personnes âgées (1), chez les femmes (1) ; diminution voire absence d'activité sportive et augmentation du temps passé devant un écran (TV, ordinateur) avec non valorisation des activités en plein air (3).

- Changement des habitudes alimentaires, évolution vers une cuisine industrialisée (16)

Changements des habitudes alimentaires (diminution de la cuisine familiale), évolution vers une cuisine industrialisée (3) ; "mal bouffe" ; perte de compétence et de savoir-faire de la cuisine familiale; les français oublient les valeurs nutritionnelles traditionnelles (exemple : la soupe le soir) ; disparition de "l'art de cuisiner" ; la femme au fourneau et non au micro-onde ; plus le temps de préparer, on achète tout prêt : trop salé, trop sucré, trop gras ; trop d'alimentation préparée industrielle ; problème des restaurations rapides et peu chères ; perte d'intérêt dans la confection des repas ; "grignotage" de différents aliments énergétiques (barre céréale, chocolat..) et boissons outrageusement sucrées ; manque de temps pour bien manger ; perte de la fonction sociale du repas (repas pris "sur le pouce", fast food) ; nutrition = apport énergétique uniquement, et pas un mot sur les plaisirs de la table.

"Ce que je constate aujourd'hui dans mon travail, c'est la difficulté qu'ont les parents à faire manger à leurs enfants des fruits frais crus et des légumes verts. La faute à qui? La cuisine familiale se perd faute de temps et notre société de consommation nous propose plein de produits "tous faits". Trop facile! Peut-être devrait-on faire de la publicité pour les fruits et les légumes destinés aux enfants au lieu de toutes ces publicités sur les viennoiseries et biscuits hyper-sophistiqués et hyper-chers que nos bambins reconnaissent dans les rayons des supermarchés et demandent à leurs parents. "

- Déséquilibre alimentaire et isolement (16) :

Déséquilibre alimentaire, dénutrition liées à l'isolement des personnes âgées (13) ; pour les personnes en état d'isolement ou de pré-isolement social, perte des rythmes alimentaires avec une déstructuration alimentaire totale du fait de la précarité, isolement.. (2) ; disparition des commerces de proximité (produits frais, laitages, légumes..) pour les personnes âgées.

- Troubles des conduites alimentaires (16) :

Troubles des conduites alimentaires (anorexie ou restriction alimentaire sévère, boulimie) chez les jeunes (12), chez les adultes ; les "régimes délirants" de certaines femmes, entraînant des carences nutritionnelles (2) ; excès de régimes chez certaines personnes trop préoccupées par leur santé.

- Qualité des aliments (14) :

Problème de l'accès à des aliments sains, naturels, non "trafiés" (OGM, eau saine...) (3) ; qualité alimentaire (2) ; appauvrissement général de la valeur nutritive des aliments obligeant à une supplémentation alimentaire souvent chimique... (3) ; reconnaissance d'effets secondaires liés à la consommation de produits de remplacement (édulcorants), de produits "modifiés" (2) ; sécurité alimentaire ; problèmes dus à la rareté de l'eau ou à sa baisse de qualité ; retour à une alimentation et des produits industriels "raisonnés" (lutte contre le marketing effréné et la création de besoins alimentaires inutiles voire dangereux) ; accidents agroalimentaires.

- Prise de toxiques (11) :

Prise de toxiques (tabac, drogue...) chez les femmes enceintes ou allaitantes (3), chez les femmes (1) ; habitudes toxiques (alcool, marijuana...) des jeunes (3) ; alcoolisme, surconsommation médicamenteuse ; prises de toxiques et automédication dont suppléments.

- Alimentation et personnes dépendantes (9) :

Problèmes psychosociaux et alimentation chez les personnes âgées (4) ; manque de moyens en personnel pour s'occuper des personnes âgées (3) (chez la personne âgée, le problème est le plus souvent une nécessité de personnel soignant plus nombreux pour une assistance à l'alimentation du fait de la dépendance, donc en fait le problème de la prise en charge financière de la dépendance) ; pathologie psychique et déséquilibre alimentaire (2) ; troubles alimentaires chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

- Pression commerciale sur l'alimentation (7) :

Antagonisme diététique et commerce ; démagogie de l'industrie alimentaire ; pression commerciale majeure sur l'éducation alimentaire (3) ; quoique nous fassions, nous ne pouvons rien contre la puissance de l'agroalimentaire et ses messages publicitaires ; aspect commercial de toutes les informations destinées au grand public ; nécessité impérieuse de générer une prise de conscience collective nutritionnelle en opposition avec la société médiatique et de consommation dans laquelle nous baignons.

- Coût élevé d'une bonne alimentation (6) :

Déséquilibre alimentaire dans les populations défavorisées, du fait de difficultés économiques d'une tranche de la population (population la plus sensible à la publicité et la pression commerciale) (4) ; manger bien selon les recommandations (fruits, légumes..) coûte cher... quid des populations à faible revenu ? La prise en charge financière des "consultations" par un diététicien pourrait être aidée à une meilleure prise en compte de ces recommandations ; il semble qu'en France, l'éducation nutritionnelle soit assez diffuse (médecin, revues, média TV...), et bien intégrée par la population. Seuls les familles aux revenus faibles ont du mal (problème d'éducation, de niveau social, faiblesse des rentrées d'argent) à instituer un régime équilibré et stable. Leurs soucis se situent à un autre niveau.

- Déséquilibre alimentaire des adultes (4) :

Faible sensibilisation des adultes à l'équilibre alimentaire ; hygiène alimentaire déficiente du sujet en activité, avec le problème des repas de midi "sautés" ou pris rapidement, de mauvaise qualité, excès le soir...

- Alimentation du nourrisson (3) :

Allaitement maternel à promouvoir (2) ; nourrisson : trop de laitage.

- Alimentation et prévention du vieillissement (2) :

Meilleure prise en compte du vieillissement de la population avec une prévention très précoce : activité physique, conseils nutritionnels tout au long de la vie : quelle source d'économie de santé à long terme !

- Déséquilibre alimentaire et restauration collective (2) :

Déséquilibre alimentaire dans les restaurants scolaires et restaurants d'entreprises entraînant des obésités ou des carences chez les adolescents et les jeunes adultes

- Augmentation des disparités entre les pays développés et les autres, d'où augmentation des drames aigus ou chroniques liés à la malnutrition ou à la famine.

- Micro-nutrition

- Les oligo-éléments

Grille d'entretien - Etude nutrition et médecine générale

- **Activité du médecin**

Sexe

Age

Commune d'exercice

Secteur conventionnel

Mode d'exercice particulier

Médecin référent

Réseau(x)

- **Pratique et rôle du médecin en matière d'éducation nutritionnelle (prévention)**

- Situations dans lesquelles le médecin est amené à faire de l'éducation nutritionnelle en dehors de toute pathologie (diabète, HTA, obésité..).

- Situations dans lesquelles le médecin est amené à faire de l'éducation nutritionnelle face à **un enfant / un adolescent**, en dehors de toute pathologie : situations, manière d'en parler, types de conseils, outils utilisés, suivi.

Renvoi du patient auprès d'un autre professionnel de santé : lequel ? quand ? quel suivi ?

- L'éducation nutritionnelle **des personnes âgées** : différences, particularités pour ce public.

- **Difficultés rencontrées pour faire de l'éducation nutritionnelle**

- **Attentes et besoins en matière d'éducation nutritionnelle**

Les attentes pour eux et leurs patients, les moyens d'améliorer leurs pratiques.