

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 1993

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 135414 0

THESE N° 142 / 1

LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE  
PAR LE MEDECIN GENERALISTE :  
ETAT DES LIEUX EN CHARENTE EN 1993

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 06 juillet 1993

PAR

Madame Véronique RUIZ épouse VERGER  
née le 22 octobre 1963 à Vaison-La-Romaine (84)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LAUBIE	.....	Président
Madame le Professeur ARCHAMBEAUD	.....	Juge
Monsieur le Professeur-associé MOULIN	.....	Juge
Monsieur le Professeur PILLEGAND	.....	Juge
Monsieur le Docteur GOMES DA CUNHA	.....	Membre invité et Directeur de thèse



Ex 2  
Sib 2

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1993

THESE N° 142

LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE  
PAR LE MEDECIN GENERALISTE :  
ETAT DES LIEUX EN CHARENTE EN 1993

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 06 juillet 1993

PAR

Madame Véronique RUIZ épouse VERGER  
née le 22 octobre 1963 à Vaison-La-Romaine (84)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LAUBIE	.....	Président
Madame le Professeur ARCHAMBEAUD	.....	Juge
Monsieur le Professeur-associé MOULIN	.....	Juge
Monsieur le Professeur PILLEGAND	.....	Juge
Monsieur le Docteur GOMES DA CUNHA	.....	Membre invité et Directeur de thèse

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

\*\*\*\*\*

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD  
ASSESSEURS : Monsieur le Professeur PIVA  
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

\* PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ALDIGIER Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BOUTROS-TONI Fernand	Biostatistique et informatique médicale
BRETON Jean-Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
DARDE Marie-Laure	Parasitologie
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie et Imagerie Médicale
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
HUGON Jacques	Histologie, Embryologie, Cytogénétique

LABADIE Michel  
LABROUSSE Claude  
LASKAR Marc  
LAUBIE Bernard  
LEGER Jean-Marie  
LEROUX-ROBERT Claude  
LIOZON Frédéric  
LOUBET René  
MALINVAUD Gilbert  
MENIER Robert  
MERLE Louis  
MOREAU Jean-Jacques  
MOULIES Dominique  
OLIVIER Jean-Pierre  
OUTREQUIN Gérard  
PECOUT Claude  
PERDRISOT Rémy  
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine  
PILLEGAND Bernard  
PIVA Claude  
PRALORAN Vincent  
RAVON Robert  
RIGAUD Michel  
ROUSSEAU Jacques  
SAUTEREAU Denis  
SAUVAGE Jean-Pierre  
TABASTE Jean-Louis  
TREVES Richard  
VALLAT Jean-Michel  
VALLEIX Denis  
VANDROUX Jean-Claude  
WEINBRECK Pierre

Biochimie et Biologie moléculaire  
Rééducation fonctionnelle  
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire  
Endocrinologie et Maladies métaboliques  
Psychiatrie d'adultes  
Néphrologie  
Clinique Médicale A  
Anatomie pathologique  
Hématologie et Transfusion  
Physiologie  
Pharmacologie  
Neurochirurgie  
Chirurgie infantile  
Radiothérapie et Cancérologie  
Anatomie  
Chirurgie orthopédique et Traumatologique  
Biophysique et traitement de l'image  
Parasitologie  
Hépto-Gastro-Entérologie  
Médecine légale  
Hématologie et transfusion  
Neurochirurgie  
Biochimie et Biologie moléculaire  
Radiologie et Imagerie Médicale  
Hépto-Gastro-Entérologie  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gynécologie-Obstétrique  
Thérapeutique  
Neurologie  
Anatomie  
Biophysique et Traitement de l'image  
Maladies infectieuses

SECRETARE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

Je dédie cette thèse

à Stéphane

Pour tout l'amour et la tendresse qu'il me porte.  
Pour son soutien tout au long de ce travail.

à Nicolas, notre fils

Pour le bonheur qu'il m'apporte, jour après jour.

à mes parents

Pour l'affection et la confiance qu'ils me témoignent et  
qui m'ont permis de devenir médecin.

à Laurence et Jérôme

Pour toute votre tendresse.

à Yvette et Francis

Pour toute votre affection.

à tous mes amis

Pour toutes ces joies partagées.

à Monsieur le Professeur LAUBIE  
Professeur des Universités d'endocrinologie  
et maladies métaboliques  
Médecin des Hopitaux  
Chef de Service

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence  
de cette thèse.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre  
profond respect et de nos sincères remerciements.

à Monsieur le Professeur PILLEGAND  
Professeur des Universités  
d'hépatologie-gastro-entérologie  
Médecin des Hopitaux  
Chef de Service

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir vous intéresser à notre travail.

Permettez-nous de vous témoigner, à travers cet ouvrage, de notre très grande gratitude.

à Madame le Professeur ARCHAMBEAUD  
Professeur des Universités de Médecine Interne  
Médecin des Hopitaux

Vous avez eu la grande gentillesse de bien vouloir vous intéresser à ce travail.

Veillez trouver dans cette thèse, l'expression de notre totale reconnaissance.

à Monsieur le Professeur MOULIN  
Professeur-associé  
de médecine générale  
Médecin généraliste

Vous avez eu l'extrême obligeance de bien vouloir  
vous pencher sur notre travail.

Veillez trouver dans cette ouvrage, l'expression de  
notre profond respect.

\_à Monsieur le Docteur GOMES  
Médecin généraliste enseignant

Directeur de thèse

Vous avez eu l'extrême obligeance de bien vouloir me guider tout au long de ce travail.

Votre compétence et vos encouragements m'ont beaucoup aidée dans la réalisation de cet ouvrage.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

à tous les médecins généralistes de Charente

qui ont eu la gentillesse de participer à notre enquête,  
sans qui cette thèse n'aurait pas été possible

Soyez assurés de notre profonde reconnaissance.

## **PLAN**

### **INTRODUCTION**

### **METHODOLOGIE**

### **RESULTATS**

- 1-Présentation des données**
- 2-Les Motifs de consultation**
- 3-Les Résultats de consultation**
- 4-La prise en charge diététique en général**
- 5-La prise en charge diététique de la Surcharge Pondérale**
- 6-La prise en charge diététique des Dyslipidémies**
- 7-La prise en charge diététique du Diabète**
- 8-Autres pathologies de prise en charge diététique**

### **DISCUSSION**

- 1-Critique de la méthodologie**
- 2-Commentaires des résultats**

### **CONCLUSION**

### **ANNEXES**

### **BIBLIOGRAPHIE**

## INTRODUCTION

La Médecine Générale est un champ d'étude encore peu exploré: On retrouve très peu de travaux descriptifs rigoureux de la pratique généraliste.

Dans le domaine de la Diététique en particulier, la pauvreté des publications est frappante, notamment en France. Dans certains pays étrangers (Canada, Australie, Grande-Bretagne et Etats-Unis), nous retrouvons quelques travaux sur ce thème mais où la base de l'étude est un questionnaire destiné aux médecins.

Partant de ce manque, nous avons proposé aux médecins généralistes charentais de participer à une enquête transversale.

Notre but était ainsi d'établir un "état des lieux" de la prise en charge diététique en Médecine Générale. L'état des lieux étant une description en un temps et un lieu déterminés, notre but est de décrire la place réservée à la Diététique en Médecine Générale.

Nous souhaitons apprécier d'abord, au vu des résultats de séance de Médecine Générale, l'importance de la pathologie qui pourrait en relever.

Un autre objectif est ensuite de connaître la demande du patient dans ce domaine, et surtout la réponse qu'y apportent les médecins généralistes.

Nous souhaitons pouvoir apprécier quelques modalités de ces prescriptions diététiques; et si possible avoir un aperçu des résultats qu'obtiennent les praticiens.

Nous souhaitons que cet état des lieux puisse servir de point de départ à une réflexion sur l'évaluation des soins dans cette discipline difficile qu'est la Diététique.

## METHODOLOGIE

### 1-Présentation de l'enquête

Toutes les enquêtes retrouvées dans la littérature sur les problèmes de diététique en Médecine Générale se présentent le plus souvent sous la forme d'un questionnaire proposé aux médecins généralistes.

Il nous a paru original et pouvant refléter davantage la réalité de réunir des observations médicales, recueillies par des médecins différents sur une période déterminée, et d'en faire l'étude descriptive, étude qui portera surtout sur la prise en charge diététique de certaines pathologies.

Nous nous sommes limités au département de la Charente, l'enquête s'adressant à tous les Médecins Généralistes exerçant en clientèle privée. Le temps d'observation prévu était de 5 jours, à choisir par chaque médecin sur une période de 3 semaines (mois de février 1993).

Chaque médecin devait lors de chaque consultation (ou visite) remplir une fiche de recueil.

L'élaboration de cette fiche a comporté une première maquette (cf annexe n°1) qui a été testée par 8 médecins généralistes avant de subir des modifications tenant compte des réflexions de ces médecins.

La fiche ainsi élaborée (cf annexe n°2) a donc eu pour but :

1) de recueillir plusieurs données portant sur ::

- l'acte lui-même (consultation ou visite)
- le patient (âge, sexe, poids et taille)
- le ou les motifs de consultation
- le ou les résultats de consultation

2) de savoir si une prise en charge diététique a été réalisée lors de la consultation ("approche diététique lors de la présente consultation") et d'en connaître les indications et les modalités.

3) un chapitre intitulé "prescription diététique antérieure" précisera si une prise en charge diététique a été faite antérieurement pour ce même patient ; ceci afin de donner une idée plus large de la prescription diététique en Médecine Générale.

Il a été demandé aux médecins de noter le ou les Motifs de consultation ainsi que le ou les Résultats de consultation, selon la classification adaptée à la Médecine Générale établie par RN. BRAUN (7) et la Société Française de Médecine Générale.

Cette classification biaxiale prend en compte:

-d'une part une dénomination de la morbidité adaptée à la Médecine Générale,

-et d'autre part, l'évolutivité possible de l'état pathologique: c'est la position diagnostique.

Pour mémoire, nous rappelons les quatre positions diagnostiques:

A: symptôme isolé. Exemples: toux isolée, fièvre isolée

B: syndrome, association de plusieurs symptômes n'évoquant pas une maladie particulière. Exemple: toux + fièvre

C: tableau de maladie: ensemble de signes évocateurs d'une maladie.. Exemple: fièvre + érythème + signe de Koplik évocateurs de rougeole.

D: tableau de diagnostic confirmé, lorsque le diagnostic complet est effectivement possible. exemple: asthénie + adénopathies + splénomégalie + angine pultacée + MNI test positif = mononucléose infectieuse

Il a été bien précisé aux médecins de remplir une fiche de recueil pour chaque séance (consultation ou visite), quelque soit le motif de consultation, que l'observation comporte ou non une approche diététique.

## 2-Déroulement de l'enquête

Un premier courrier (cf annexe n°3) a été envoyé aux 361 médecins généralistes exerçant en Charente, leur demandant leur collaboration et précisant les modalités de l'enquête .

Sur l'ensemble de ces médecins, 292 ont pu être contactés personnellement par téléphone (les 69 autres n'ont pu être joints pour des raisons diverses: congés ou autres causes d'absence)

Sur ces 292 médecins , 160 ont refusé d'emblée de participer à l'enquête.

A chacun des 132 médecins prêts à participer, il a été demandé sur combien de journées ils étaient disposés à le faire (1 à 5 jours étaient proposés) . Certains ont précisé qu'ils ne pensaient pas pouvoir remplir de fiches pendant les visites mais seulement en consultation.

Un second courrier a été envoyé à ces 132 médecins, comportant le nombre de fiches nécessaires à l'enquête accompagnées d'une lettre explicative (cf annexe n°4) ayant pour but d'expliquer les modalités de remplissage des fiches. Il était précisé dans cette lettre que l'observation devrait si possible être effectuée dans une période comprise entre le 8 et le 27 février 1993. Une enveloppe timbrée et adressée pour le retour était jointe à l'ensemble.

Environ un mois après la fin de cette période, les médecins qui n'avaient pas encore envoyé leur travail ont été de nouveau contactés: 60 d'entre eux ont reconnu n'avoir pas pu réaliser l'enquête; et sur les 72 restants, 3 médecins ont

dû être exclus de l'étude parcequ'ils n'avaient noté que leurs prescriptions diététiques.

Finallement, a été recueilli le travail de **69** médecins ce qui correspond à **19%** des médecins généralistes de la Charente.

### 3-L'ECHANTILLON MEDICAL

Les 69 médecins généralistes du département de la Charente qui ont participé à l'enquête, se répartissent de la façon suivante:

Répartition en fonction du sexe:

La population médicale de notre échantillon comprend 62 hommes et 7 femmes (10,14%). La répartition globale en Charente (chiffres fournis par la CPAM de la Charente) est de 307 médecins hommes pour 54 médecins femmes (15%).

Répartition en fonction de l'âge: (cf graphiques 1 et 2)

âges	MG échantillon	MG Charente
26 à 30 ans	1,5%	0,3%
31 à 35 ans	16,7%	15,1%
36 à 40 ans	28,8%	24,7%
41 à 45 ans	30,3%	28%
46 à 50 ans	9%	13,7%
51 à 55 ans	4,6%	6,9%
56 à 60 ans	7,6%	6%
61 à 65 ans	1,5%	5,2%

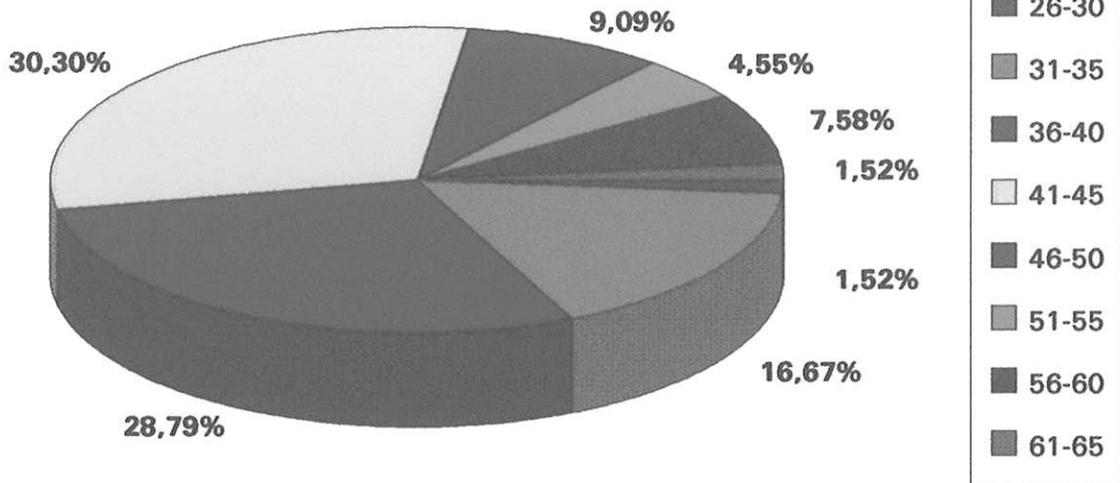
Répartition en fonction de l'année de thèse:(cf graphiques 3 et 4)

années de thèse	MG échantillon	MG Charente
1950 à 1955	0%	1,3%
1956 à 1960	1,5%	5,4%
1961 à 1965	3%	4,9%
1966 à 1970	3%	4,3%
1971 à 1975	18,8%	13,5%
1976 à 1980	23,2%	27%
1981 à 1985	29%	25,6%
1986 à 1990	21,7%	17,3%
1991	0%	0,8%

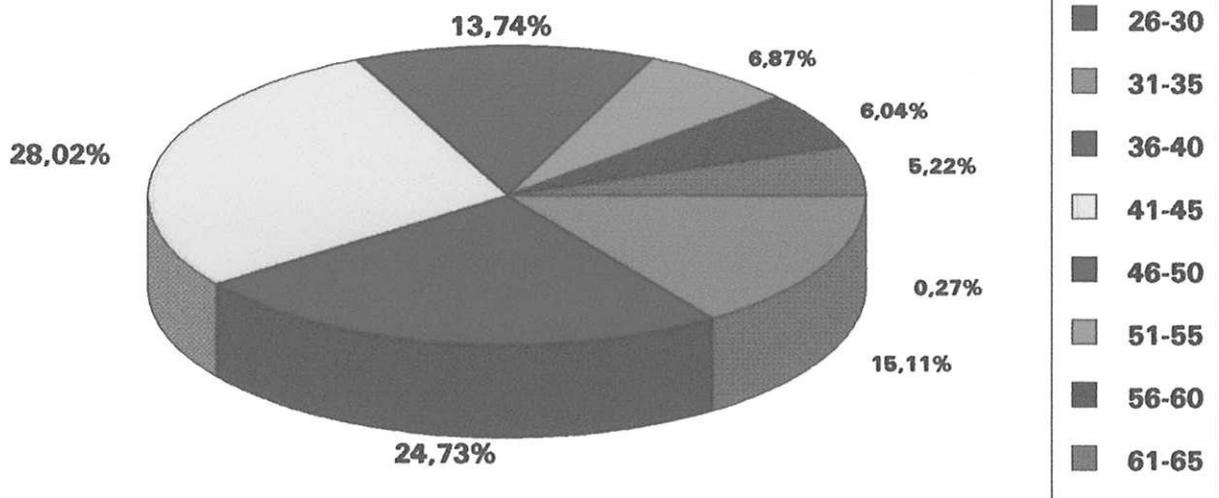
Répartition en fonction du lieu d'exercice: (cf graphiques 5 et 6)

Agglomérations	MG échantillon	MG Charente
< à 2000 habitants	30,4% (21)	31,4%
2000 à 10000 hab	47,8% (33)	39%
> à 10000 hab	21,7% (15)	29,5%

**graph n°1: Médecins généralistes (échantillon)**

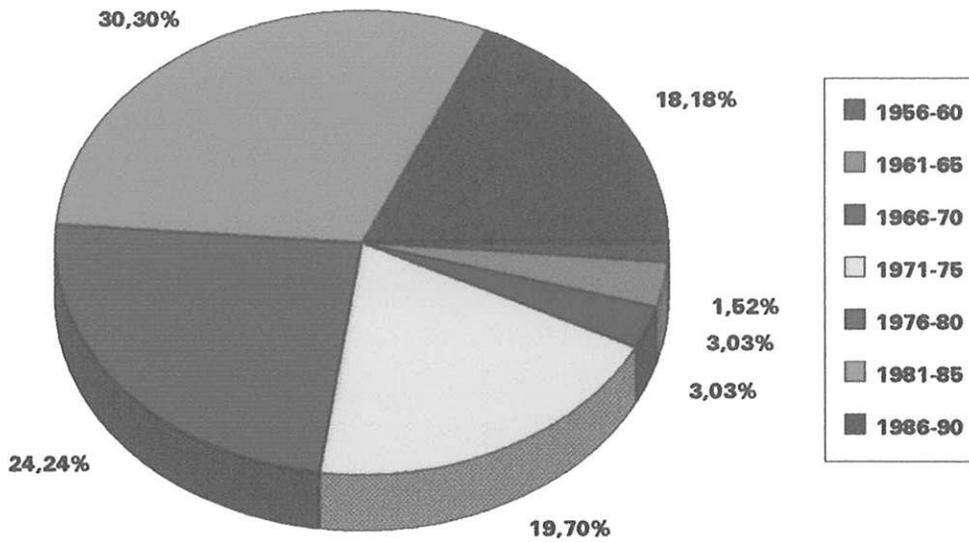


**graph n°2: Médecins généralistes de Charente**

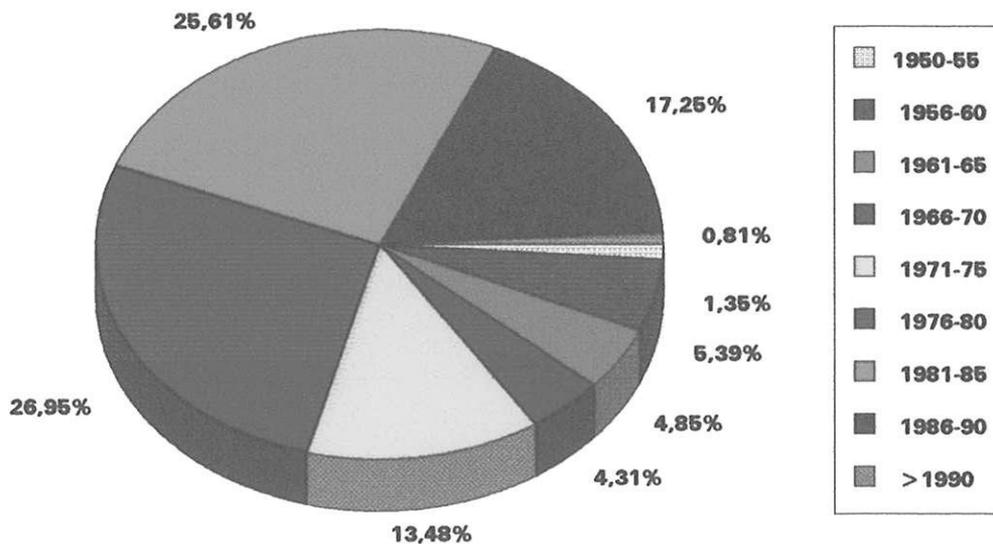


**REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES  
EN FONCTION DE L'AGE**

**graph n°3: Médecins généralistes (échantillon)**



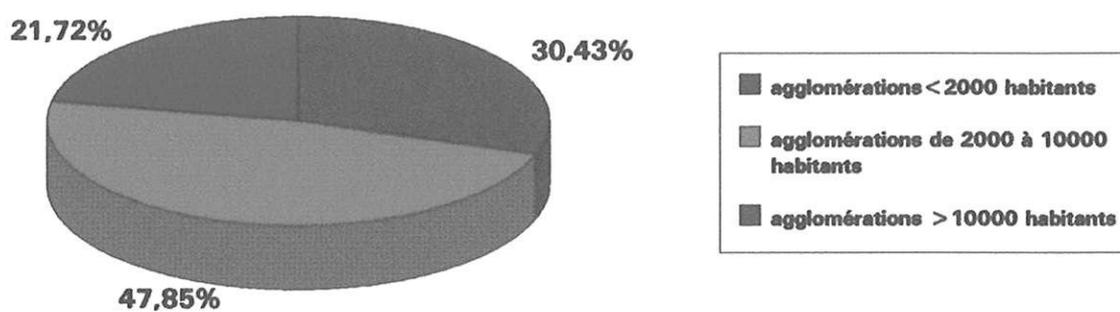
**graph n°4: Médecins généralistes de Charente**



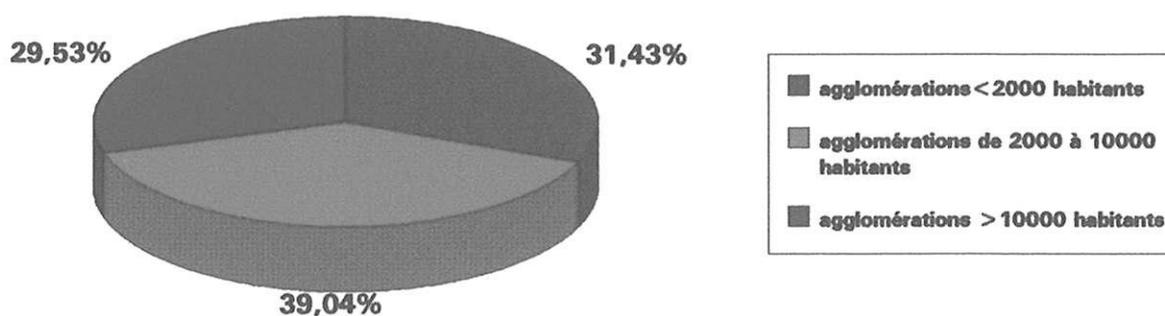
**REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES  
EN FONCTION DE L'ANNEE DE THESE**

## Répartition des médecins généralistes en fonction du lieu d'exercice

**GRAPH N°5: MEDECINS GENERALISTES (ECHANTILLON)**



**GRAPH N°6: MEDECINS GENERALISTES DE CHARENTE**



24 médecins ont une activité particulière (34,8%): Médecine du Sport (7 médecins), Homéopathie(4), Accupuncture(4), Allergologie(3), Gériatrie(3), Médecin des sapeurs pompiers(2), Mésothérapie(1), Ostéopathie(1), Médecin de PMI(1).

Médecins ayant une formation particulière en Diététique :

2 médecins ont un Diplôme Universitaire de Diététique et Hygiène Alimentaire . Et un 3<sup>e</sup> a suivi ces mêmes cours en auditeur libre.

1 médecin a eu compétence en Endocrinologie et Nutrition

### **3) Modalités de Recueil et d'Analyse des Données**

Il a été utilisé le logiciel **EPI INFO version 5**, qui est un programme de Saisie et de Traitement de Questionnaires sur micro-ordinateur.

La saisie des fiches de recueil a été réalisée par l'intermédiaire d'un codage numérique. Le codage des pathologies a été fortement inspiré du Code des Résultats de Consultation par RN BRAUN , complété par un code supplémentaire proposé par la WONCA (23).

Le même logiciel (EPI INFO 5) a permis l'analyse des données : calcul de fréquences et calcul pour chaque patient pour lesquels étaient précisés le poids et la taille: (86%), du Body Masse Index ou Index de Quetelet = poids(kg)/taille<sup>2</sup>(m)

Les Graphiques ont été obtenus grâce à un autre logiciel : le tableur EXCEL 3.0.

## RESULTATS

### 1)Présentation des données

Nous avons pu réunir, grâce aux 69 médecins ayant participé à l' enquête, 4565 observations qui ont été relevées sur une période allant du 1 février au 30 mars 1993 (En fait 68 médecins ont travaillé du 1 au 12 février et 1 médecin qui a réalisé son enquête du 25 au 30 mars, a quand même été inclu dans l' étude)

Ces observations se répartissent en 256 journées de pratique médicale: en effet 58 médecins ont travaillé pendant 1 à 6 journées complètes, et 11 médecins pendant 1 à 10 demi-journées de consultation.

On obtient une moyenne de **17,8 actes / jour**. Ces actes se répartissent en **2816 consultations(61,7%)** et **1749 visites(38,3%)**.

Si on ramène cette activité sur 6 mois, on obtient une moyenne de 2777 actes par médecin. Or l'activité des médecins généralistes en Charente sur le second semestre 1992 recensée par la CPAM, a été de 2560 actes par médecin, (63% en consultations et 35;5% en visites).

Nous précisons que toutes ces observations ont été relevées en semaine, en dehors des horaires de garde.

### 2) Les Motifs de Consultation:

On recense 5837 motifs de consultation différents, les médecins pouvant au maximum noter 4 motifs par observation.

Certains médecins ont noté seulement les motifs ou seulement les résultats de consultation: on peut en déduire que les résultats de ces consultations ont été les mêmes que les motifs ou inversement.

On retient que les 12 motifs de consultation les plus fréquents sont:  
-L'hyperthermie: 10,7% des motifs

- L'hypertension artérielle: 9%
- La toux: 8,2%
- Le renouvellement d'ordonnance (sans précision de pathologie): 3,3%
- Le syndrome grippal: 2,8%
- La rhinite (quelle que soit son origine): 2,8%
- Les maux de gorge: 2,6%
- Le Diabète :2,4%
- L'alcoolisme: 2,4%
- Les douleurs articulaires: 2,4%
- La surcharge pondérale: 2,2%
- Les hémorroïdes: 2,2%

On peut répartir les motifs de consultation en trois groupes (cf graphique7) pour le sujet qui nous intéresse: **-les maladies nutritionnelles** qui correspondent aux maladies pour lesquelles la diététique constitue l'unique ou principale thérapeutique (On y inclura certains états physiologiques aux besoins nutritionnels particuliers), **-les pathologies de traitement d'appoint diététique**, et -les pathologies qui n'ont aucun rapport avec la diététique (en tout cas classées comme telles par M APFELBAUM(1)).

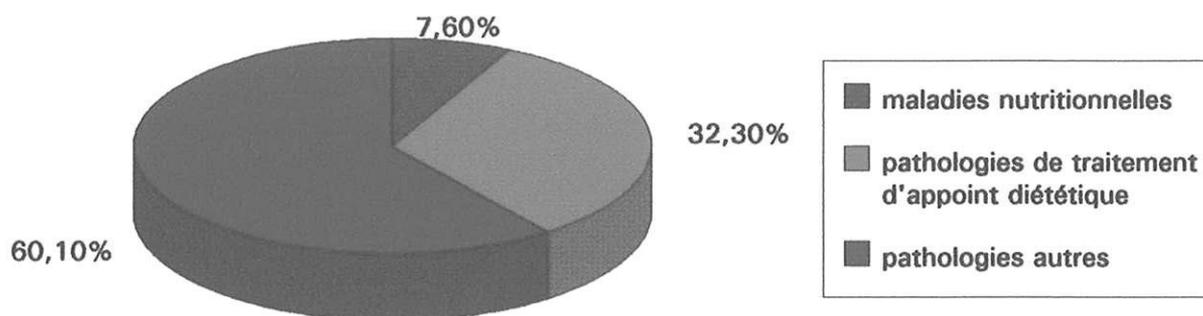
-Les Maladies nutritionnelles: 7,6% comprennent:

- Le Diabète:2,4%
  - Les surcharges pondérales: 2,2%
  - Les dyslipidémies: 1,5%
  - Les autres pathologies (dont la fréquence individuelle représente moins de 1% de l'ensemble des motifs) sont: la prévention hygiéno-diététique, la dénutrition, l'anorexie, la boulimie, la préparation diététique du sportif, l'hypoglycémie. la grossesse, l'allaitement.
- NB: Le Diabète sera classé dans les maladies nutritionnelles, bien que seul le Diabète Non Insulino-Dépendant en fasse partie, car les médecins ont rarement précisé de quel type de diabète il s'agissait.

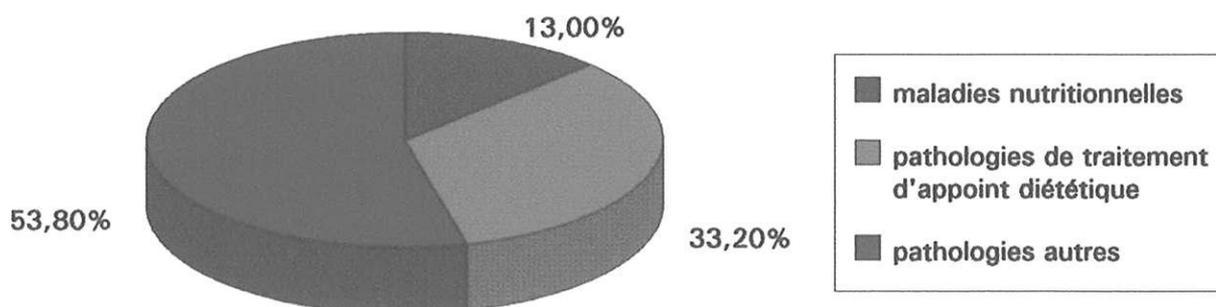
-Les pathologies de traitement d'appoint diététique: 32,3% regroupent:

- Certaines maladies cardiovasculaires comme -l'hypertension artérielle, ou l'insuffisance cardiaque.
- Des pathologies gastro-entérologiques, avec par ordre de fréquence décroissante: alcoolisme(2,4%), hémorroïdes, diarrhées(1,1%), constipation, gastro-entérites, dyspepsie, ulcères gastro-duodénaux, flatulence, suites de chirurgie digestive, hépatite aiguë, lithiases biliaires, cirrhose hépatique, pancréatite.
- Des pathologies uro-néphrologiques comme les cystites, l'Insuffisance rénale chronique, les lithiases rénales.
- Les états fébriles : hyperthermie, syndrome grippal .
- Des pathologies rhumatologiques comme goutte et hyperuricémie, ostéoporose.

**graph n°7: Motifs de consultation**



**graph n°8: Résultats de consultation**



-Enfin des pathologies diverses où nous retrouvons: grabaterisme, insuffisance respiratoire chronique, hypercorticisme, cellulite.

Les motifs restants qui n'ont pas de rapport avec la diététique, représentent **60,1%** de l'ensemble

### 3) Les Résultats de Consultation

On recense 5689 résultats de consultation, les médecins pouvant noter au maximum 4 résultats par observation.

Les résultats les plus fréquents sont les suivants:

- L'hypertension artérielle: 9,8%
- Le syndrome grippal: 9%
- La surcharge pondérale: 6%
- Les rhino-pharyngites: 4,2%
- Les bronchites aiguës: 4,1%
- Le renouvellement d'ordonnance (sans précision de pathologie): 3,2%
- Les syndromes anxio-dépressifs: 2,9%
- Le diabète : 2,8%
- Les dyslipidémies: 2,7%
- Les angines: 2,2%

On peut également regrouper ces résultats (cf graphique 8):

-Les maladies nutritionnelles: 13% avec par ordre de fréquence décroissante: les surcharges pondérales, le diabète, les dyslipidémies, la dénutrition, la diversification alimentaire du nourrisson, l'anorexie, la prévention hygiéno-diététique, l'hypoglycémie, la boulimie, la préparation du sportif, la déshydratation, la grossesse et l'allaitement.

-Les maladies de traitement d'appoint diététique: 33,6% qui comprennent::

- Des maladies cardio-vasculaires: HTA, Insuffisance cardiaque..
- Des pathologies gastro-entérologiques: gastro-entérites(1,6%), colopathies(1,1%), alcoolisme, diarrhée isolée, constipation, hémorroïdes, reflux gastro-oesophagien, ulcères gastro-duodénaux, dyspepsie, suites immédiates de chirurgie digestive, flatulence, lithiase biliaire, hépatite aiguë, cirrhose hépatique, hyperacidité gastrique, hernie hiatale, fissure anale, pancréatite.

- Des états infectieux fébriles: syndrome grippal, rhinopharyngite, bronchite aiguë, angine, otite moyenne aiguë, sinusite, pharyngite, rhinite, toux isolée fébrile, varicelle, laryngite, scarlatine, abcès, oreillons.
- Des pathologies rhumatologiques: goutte, ostéoporose.
- Divers: Insuffisance respiratoire chronique, arrêt du tabac, crise d'acétonurie, surveillance d'une corticothérapie.

-Les pathologies sans rapport avec la diététique qui représentent **53,8%** des résultats de consultation.

Nous avons vu que les maladies nutritionnelles représentaient 13% de l'ensemble des Résultats de Consultation. Mais on constate des variations de ce pourcentage pour les médecins qui ont participé à l'enquête (cf graphique n°9):

pour 7 médecins	moins de 5%
19 médecins	5 à 10%
24 médecins	11 à 15%
11 médecins	16 à 20%
2 médecins	21 à 25%
1 médecin	26 à 30%
2 médecins	31 à 35%
1 médecin	36 à 40%
1 médecin	70%

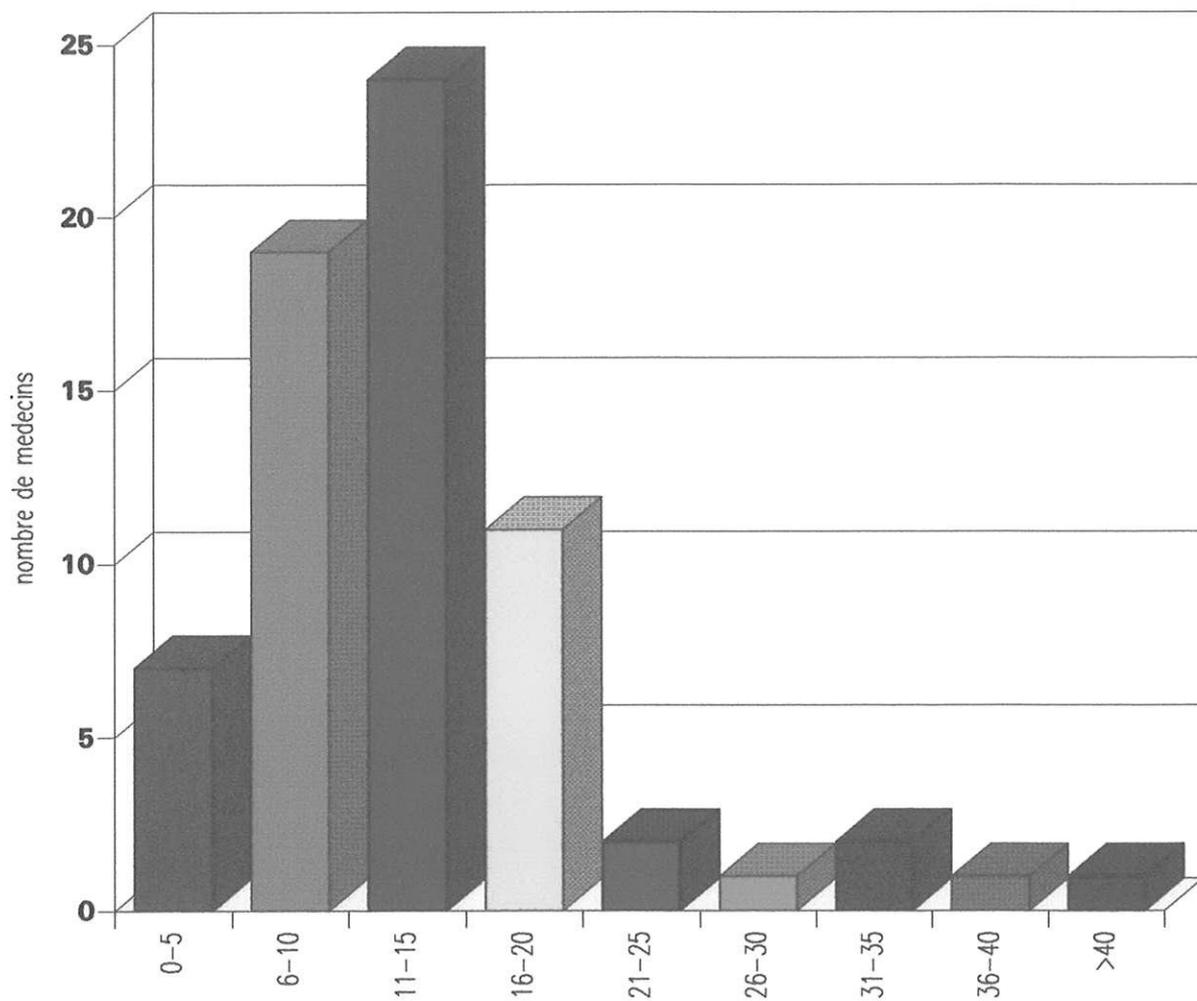
#### 4) La Prise en Charge Diététique en général

##### Fréquence:

On recense 895 actes comportant une prise en charge diététique, ce qui représente **19,6%** de la totalité des actes. Si on ramène ce pourcentage au nombre de journées de pratique, on trouve une moyenne de **3,2 prises en charge diététiques par jour**.

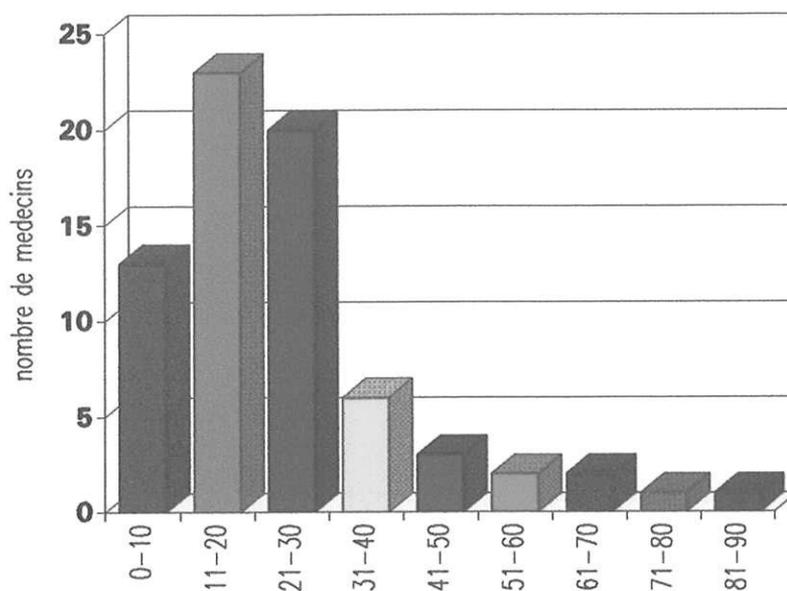
Les 69 médecins se répartissent de la façon suivante par rapport à cette moyenne (cf graphique 10a):

13 médecins	moins de 10%
23 médecins	10 à 20%
20 médecins	20 à 30%
6 médecins	30 à 40%
3 médecins	40 à 50%
2 médecins	50 à 60%
1 médecin	70 à 80%
1 médecin	80 à 90%

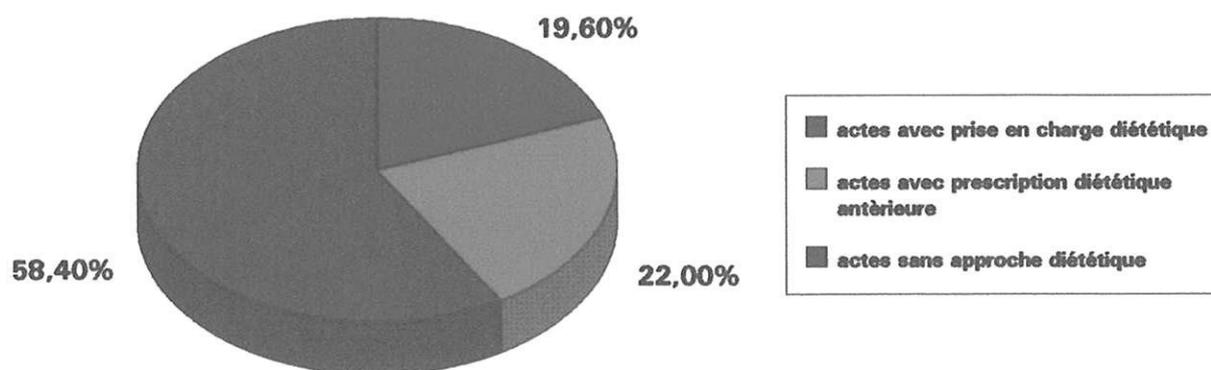


**Graph n°9 : Résultats de consultation**  
**Fréquence des maladies nutritionnelles en fonction des médecins**

**graph n°10a: Fréquence en fonction des medecins**



**graph n°10b: Fréquence de la prise en charge diététique**



**LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE EN GENERAL**

On constate que la majorité de ces prises en charge ont eu lieu en Consultation soit 66,4% contre 33,6% en Visite.

Sur les 3670 actes restants -c'est-à-dire les observations sans approche diététique- on recense 1005 actes où le médecin signale une prescription diététique antérieure à la consultation, soit 22% du total des observations (cf graphique n°10b).

### **-Indications**

On recense 67 indications différentes de prise en charge diététique. Sur les 895 actes recensés avec prise en charge diététique, on en compte 119 qui comprennent deux indications et 14 qui en comprennent trois.

-Les trois indications rencontrées le plus souvent sont:

- La surcharge pondérale (32% de l'ensemble des indications)
- Les dyslipidémies (11,2%)
- Le diabète (quelque soit le type = 8%)

Une description plus détaillée de la prise en charge diététique de ces trois pathologies sera faite plus loin.

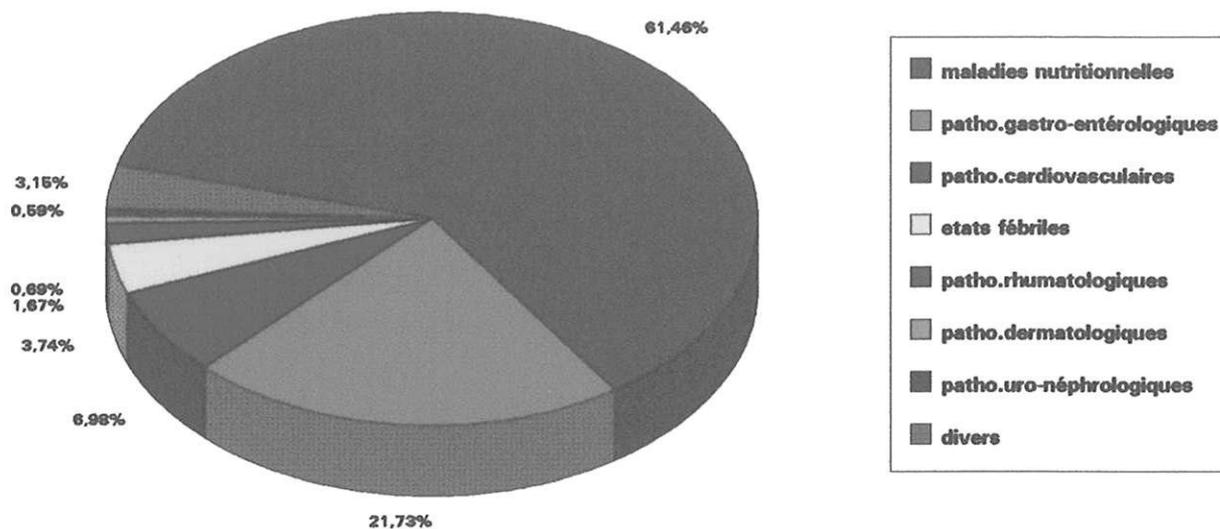
-Répartition des pathologies pour lesquelles les médecins généralistes ont effectué une prise en charge diététique (cf graphique n°11a):

Les maladies nutritionnelles (62,5% des prises en charge diététiques) qui comprennent , outre la surcharge pondérale, les dyslipidémies, et le diabète, la diversification alimentaire du nourrisson(2%), l'hypoglycémie, l'anorexie et la boulimie, la préparation alimentaire du sportif, la déshydratation, la grossesse et l'allaitement. On y inclut la prescription d'un régime alimentaire équilibré qui ne s'adresse pas à une pathologie en particulier mais qui correspond à une prescription de prévention hygiéno-diététique (5,3%).

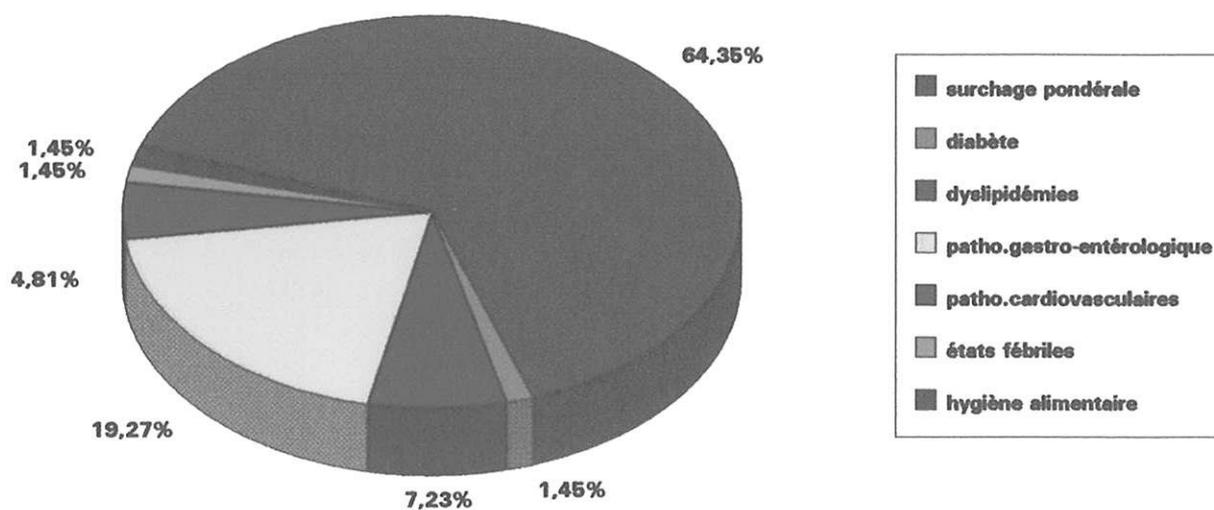
Les pathologies gastro-entérologiques (22,1%) où l'on retrouve: les gastro-entérites(4,6%), l'alcoolisme(3,8%), les colopathies(3,4%), la diarrhée isolée(2,7%), la constipation(2%), et , de fréquences individuelles inférieures à 1%: les hémorroïdes, la dyspepsie de l'adulte, les suites immédiates de chirurgie digestive, les ulcères gastro-duodénaux, les vomissements, le reflux gastro-oesophagien, les flatulences, le pyrosis, les lithiases biliaires, la cirrhose hépatique, les hernies hiatales, l'insuffisance hépatique, l'hépatite épidémique aiguë, les douleurs abdominales, l'aphtose buccale, le taenia, les fausses-roues, les fissures anales.

## LES INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE DIETETIQUE

graph n°11a: REPARTITION



graph n°11b: Variation de l'indication principale en fonction des médecins



Les pathologies cardiovasculaires (7,1%) avec l'hypertension artérielle(5,2%), l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique, l'ulcère de jambe, les oedèmes des membres inférieurs

Les états fébriles (3,8%) avec le syndrome grippal(2,8%), les rhinopharyngites, les bronchites aiguës, les pneumopathies aiguës et les otites aiguës.

Les pathologies rhumatologiques (1,7%) avec l'hyperuricémie et la goutte(1,5%), l'ostéoporose.

Les pathologies dermatologiques (0,7%) avec eczéma, urticaire, cellulite.

Les pathologies uro-néphrologiques (0,6%) avec les cystites, les lithiases rénales, l'insuffisance rénale chronique.

Diverses autres pathologies telles que l'arrêt du tabac, les migraines, l'insuffisance thyroïdienne, la crise d'acétonurie, l'asthénie, la surveillance d'une corticothérapie, les troubles liés à la pilule.

La surcharge pondérale a une place prépondérante dans les prescriptions diététiques, mais selon les médecins, l'affection qui a le plus bénéficié de prescriptions diététiques, peut varier (cf graphique n°11b)

surcharge pondérale	64,3% des médecins(44)
gastro-entérologie	19,3%(13)
dyslipidémies	7,2%(5)
cardiologie	4,8%(4)
diabète	1,5%(1)
hygiène alimentaire	1,5%(1)
états fébriles	1,5%(1)

#### Indications des prescriptions diététiques antérieures à l'enquête:

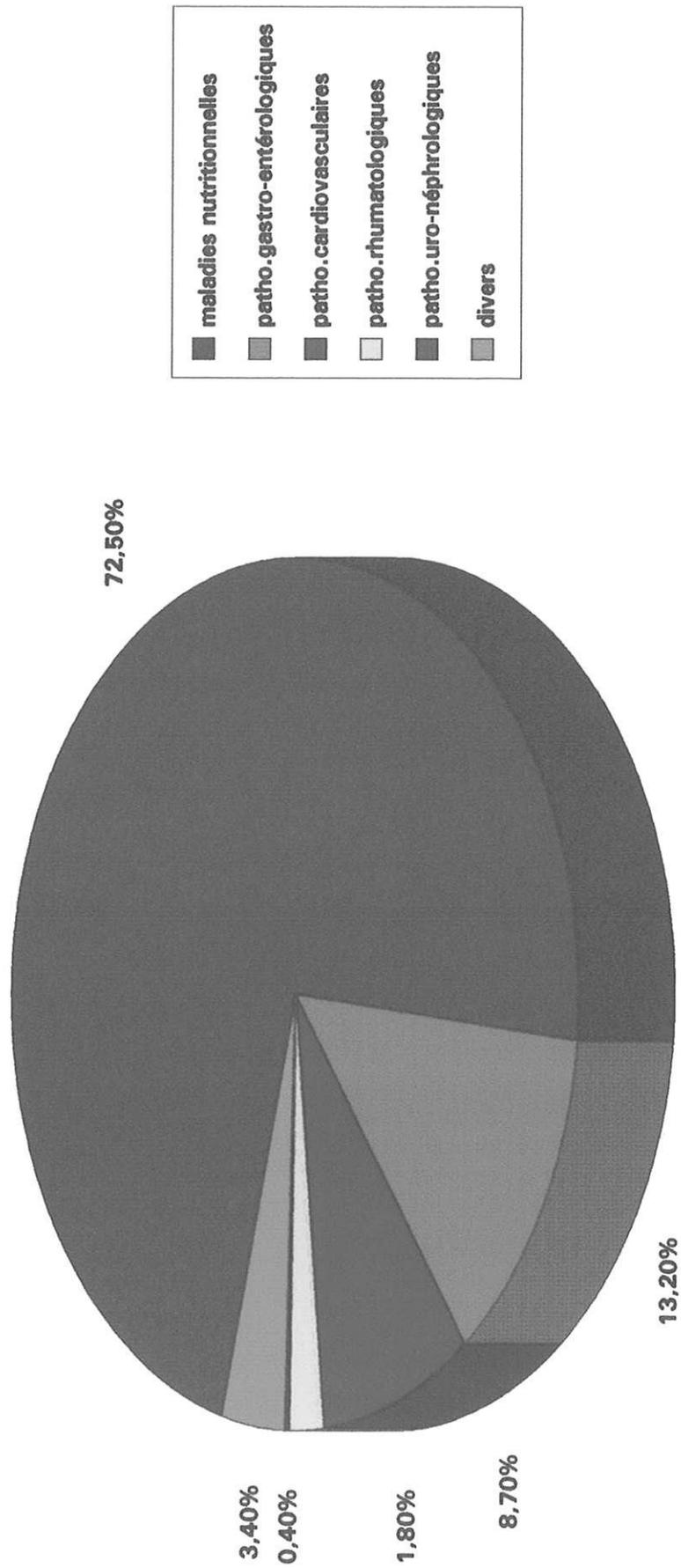
Il est à noter que dans 35,1% des observations recensées, le médecin rapportait une prescription diététique antérieure à la consultation.

On retrouve dans ces prescriptions sensiblement les mêmes indications que pour les prises en charges effectuées pendant le temps d'observation, mais pas tout-à-fait avec la même répartition (cf graphique n°12)

Maladies nutritionnelles: 72,5% dont les plus fréquentes sont la surcharge pondérale(39,8%), les dyslipidémies(14,4%),le diabète(9%)

Pathologies gastro-entérologiques: 13,2% dont la plus fréquente est l'alcoolisme(4,4%).

**GRAPH N°12: PRESCRIPTIONS DIETETIQUES ANTERIEURES: REPARTITION DES INDICATIONS**



Pathologies cardiovasculaires : 8,7%.  
Pathologies rhumatologiques : 1,8%.  
Pathologies uro-néphrologiques : 0,4%.  
Divers : 3,4%.

Dans ce chapitre des prescriptions diététiques antérieures, il a été demandé aux médecins de préciser si le résultat leur a paru satisfaisant : En moyenne 56% de ces prises en charge le sont. Mais nous retrouvons des variations importantes de ce résultat selon la pathologie concernée:

Ainsi pour les principales indications , nous avons les pourcentages suivants de résultats satisfaisants:

Surcharge pondérale : 35%  
Dyslipidémies : 70%  
Diabète : 71%  
Hypertension Artérielle : 80,8%  
Alcoolisme : 40%  
Diversification alimentaire du nourrisson : 100%  
Prevention hygiéno-diététique : 73,7%  
Dénutrition : 37%  
Constipation : 52%  
Anorexie : 63%  
Hyperuricémie : 81,8%  
Insuffisance cardiaque chronique : 78,1%  
Ulcères gastro-duodénaux : 88,2%

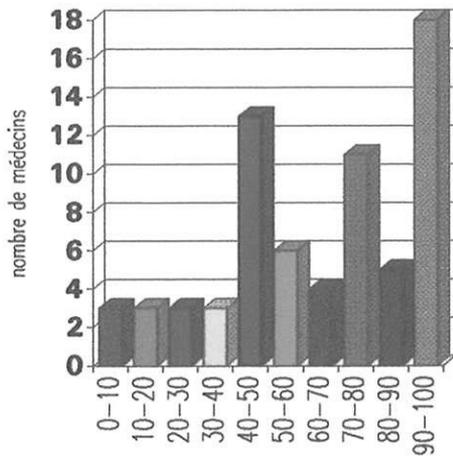
### **Modalités:**

Nous allons nous appliquer à décrire quelques modalités générales de la prise en charge diététique, quelle que soit la pathologie traitée, et d'en voir les variations en fonction des médecins.

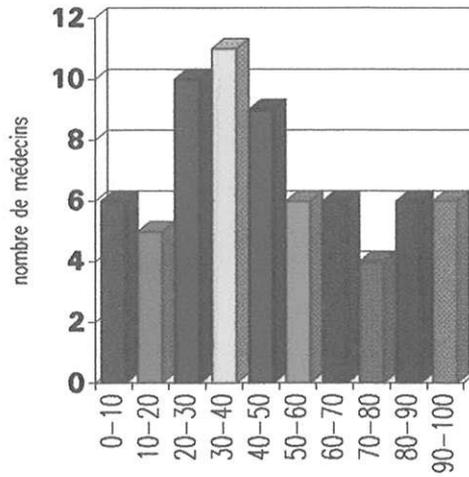
1-L'enquête alimentaire est réalisée dans 67,2% des prises en charge diététiques en moyenne. Variations en fonction des médecins:cf graphique n°13

3 médecins	moins de 10% des cas
3 médecins	10 à 20%
3 médecins	20 à 30%
3 médecins	30 à 40%
13 médecins	40 à 50%
6 médecins	50 à 60%
4 médecins	60 à 70%
11 médecins	70 à 80%
5 médecins	80 à 90%
18 médecins	90 à 100%

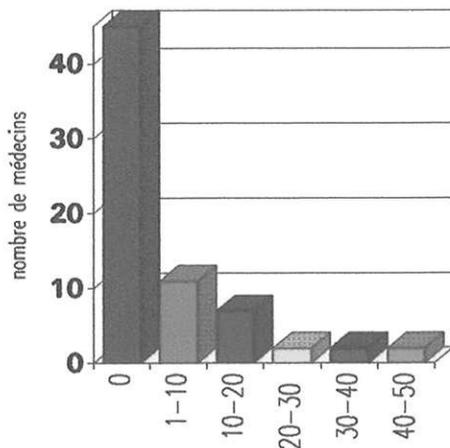
**Graph n°13 : Enquêtes alimentaires**



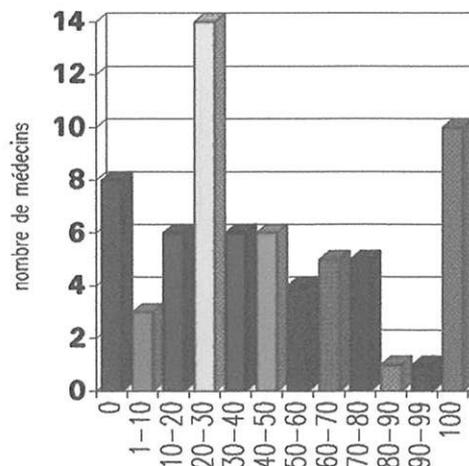
**Graph n°15 : Prescriptions médicamenteuses**



**Graph n°16 : Envoi au spécialiste**



**Graph n°17 : Demandes à revoir le patient**



**LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE EN GENERAL :  
MODALITES EN FONCTION DES MEDECINS**

2-Dans **95,7%** des prises en charges diététiques, est réalisée une prescription diététique sous la forme suivante (cf graphique n°14):

D'une manière générale, ce sont :

soit des conseils généraux isolés: 44,3% des prescriptions

soit la prescription d'un régime adapté au patient: 51,6% des prescriptions

soit la prescription d'un menu type sur formulaire pré-imprimé avec ou sans conseils associés: 4,1% des prescriptions

3-Dans **47,7%** des cas en moyenne, les médecins de l'étude prescrivent des médicaments lors d'une prise en charge diététique. Variations en fonction des médecins (cf graphique n°15)

6 médecins	moins de 10% des cas
5 médecins	10 à 20%
10 médecins	20 à 30%
11 médecins	30 à 40%
9 médecins	40 à 50%
6 médecins	50 à 60%
6 médecins	60 à 70%
4 médecins	70 à 80%
6 médecins	80 à 90%
6 médecins	90 à 100%

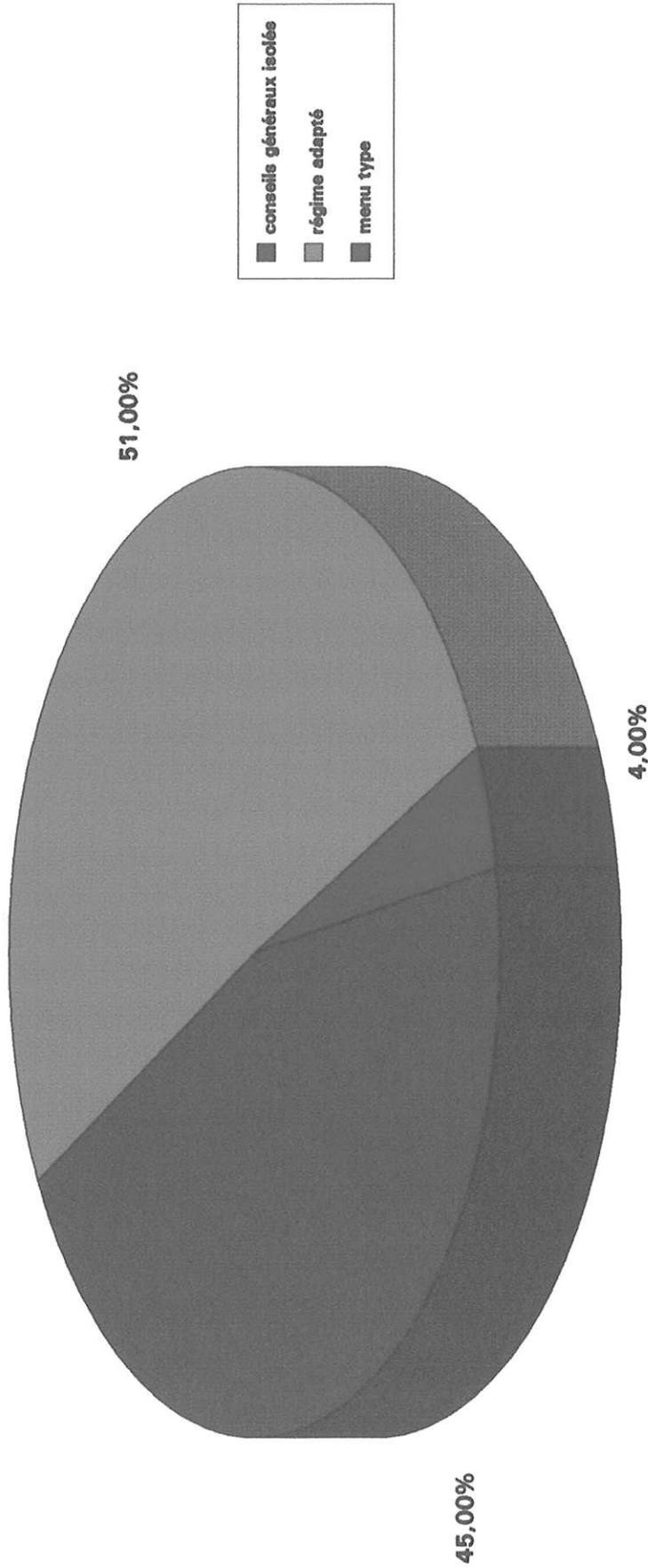
4-Les prises en charge diététiques comportent en moyenne **4,7%** d'envoi au spécialiste. Variations en fonction des médecins (cf graphique n°16).

45 médecins	jamais
11 médecins	moins de 10% des cas
7 médecins	10 à 20%
2 médecins	20 à 30%
2 médecins	30 à 40%
2 médecins	40 à 50%

5-Dans **45,3%** des prises en charge diététiques, le médecin demande au patient de le revoir pour la même indication. Variations en fonction des médecins (cf graphique n°17)

8 médecins	jamais
3 médecins	moins de 10% des cas
6 médecins	10 à 20%
14 médecins	20 à 30%
6 médecins	30 à 40%
6 médecins	40 à 50%
4 médecins	50 à 60%
5 médecins	60 à 70%

**Graph n°14: Modalités de la prise en charge diététique en général**



5 médecins	70 à 80%
1 médecin	80 à 90%
1 médecin	90 à 99%
10 médecins	100%

## 5-LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE DE LA SURCHARGE PONDÉRALE

### Fréquence:

La surcharge pondérale représente 32% des prises en charge diététiques lors de notre enquête: 77,5% d'entre elles se faisant lors d'une consultation, et 22,5% lors d'une visite.

Sur l'ensemble des prises en charge diététiques, la place accordée à la surcharge pondérale connaît des variations selon les médecins (cf graphique n°18bis)

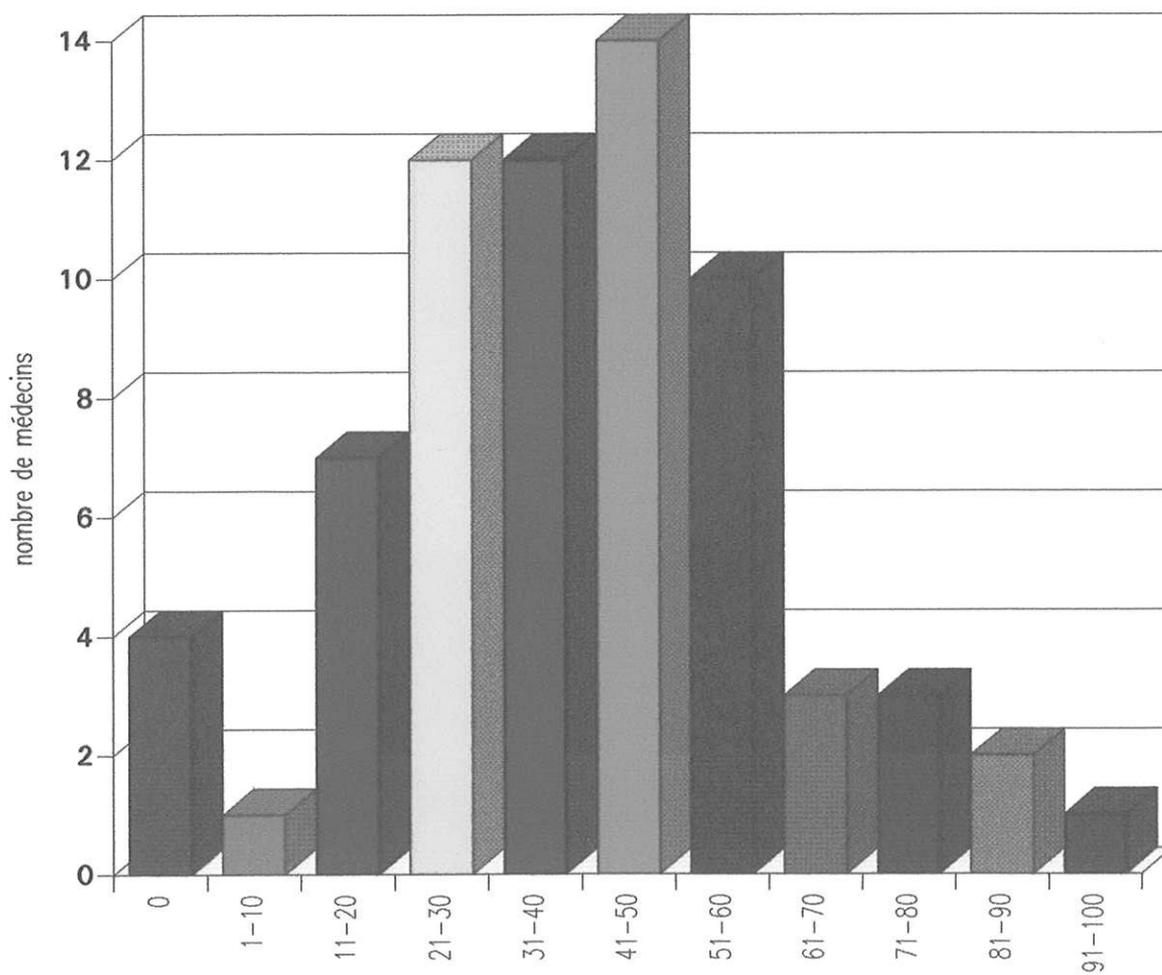
4 médecins	aucune de leurs prescription diét.
1 médecin	moins de 10%
7 médecins	11 à 20%
12 médecins	21 à 30%
12 médecins	31 à 40%
14 médecins	41 à 50%
7 médecins	51 à 60%
3 médecins	61 à 70%
3 médecins	71 à 80%
2 médecins	81 à 90%
1 médecin	91 à 100%

Il s'agit d'une demande du patient dans 38,7% des cas de prise en charge diététique. Et sur l'ensemble des patients ayant une surcharge pondérale (après calcul de l'index de masse corporelle pour tous les patients de l'enquête), 9,8% ont fait une demande d'amaigrissement.

La prise en charge diététique de la surcharge pondérale est parfois associée à celle d'une autre pathologie (20% des cas), voire deux autres pathologies (2,4% des cas).

Les prescriptions diététiques pour surcharge pondérale ont été réalisées par 62 médecins parmi les 69 médecins de l'étude:

**Graph 18-bis: Fréquence de la prise en charge diététique de la surcharge pondérale sur l'ensemble des prescriptions diététiques: Variations en fonction des médecins**



les 7 autres médecins n'ont pas fait d'approche diététique pour cette pathologie pendant le temps de l'observation, et 4 d'entre eux n'ont signalé aucune prise en charge diététique antérieure.

Pour nous intéresser aux patients ayant une surcharge pondérale afin d'en apprécier la prise en charge diététique, nous avons calculé pour chaque patient l'index international qu'est l'index de Quetelet ou Index de Masse Corporelle (Body Mass Index des anglo-saxons) :

$$\text{BMI} = \text{Poids (en kilogrammes)} / \text{Taille}^2 \text{ (en mètres)}.$$

-Les patients ayant une surcharge pondérale modérée: BMI compris entre 25 et 30, représentent 21,6% de la population ayant consulté pendant la période de notre enquête et se répartissent sur la clientèle de nos 69 médecins. Nous allons voir combien de ces patients ont bénéficié d'une prise en charge diététique pendant la période d'observation, combien ont eu seulement une prescription diététique antérieure et surtout combien n'ont pas été pris en charge (cf graphique n°18).

-> **61,6%** de ces surcharges pondérales n'ont pas du tout été prises en charge diététiquement. Ce pourcentage varie selon les médecins: (cf graphique n°19)

pour 5 médecins	1 à 25%
pour 21 médecins	25 à 50%
pour 23 médecins	50 à 75%
pour 13 médecins	75 à 99%
pour 5 médecins	100%

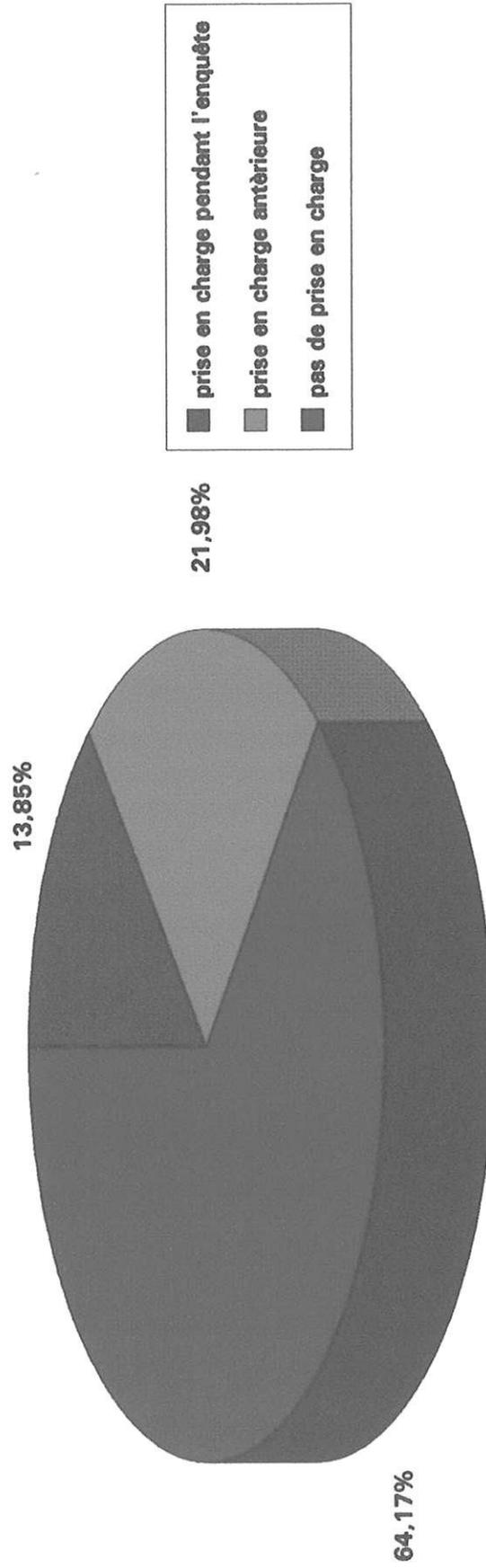
-> **13,3%** de ces surpoids ont été pris en charge pendant notre période d'observation. Variations en fonction des médecins: (cf graphique n°20)

pour 16 médecins	0%
pour 28 médecins	1 à 25%
pour 21 médecins	25 à 50%
pour 2 médecins	50 à 75%
pour 2 médecins	75 à 99%

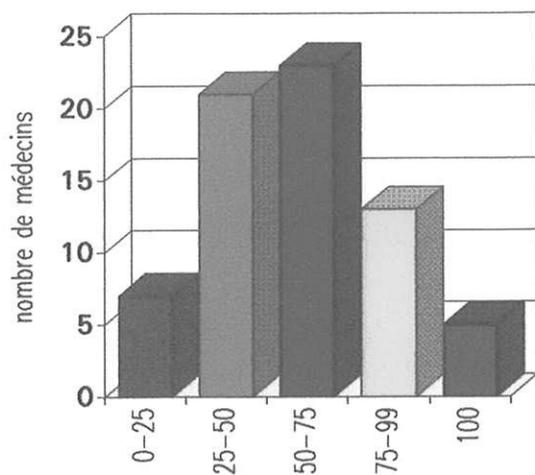
-> **21,1%** de ces surpoids ont été pris en charge antérieurement. Variations en fonction des médecins: (cf graphique n°21)

pour 14 médecins	0%
pour 34 médecins	1 à 25%
pour 18 médecins	25 à 50%
pour 3 médecins	50 à 75%

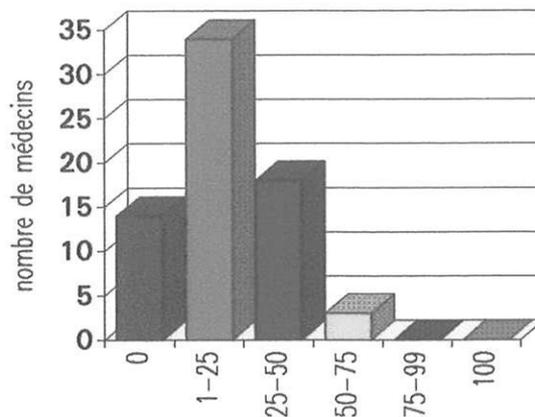
**Graph n° 18 : Prise en charge diététique de la surcharge pondérale pour les patients de 25 < BMI < 30**



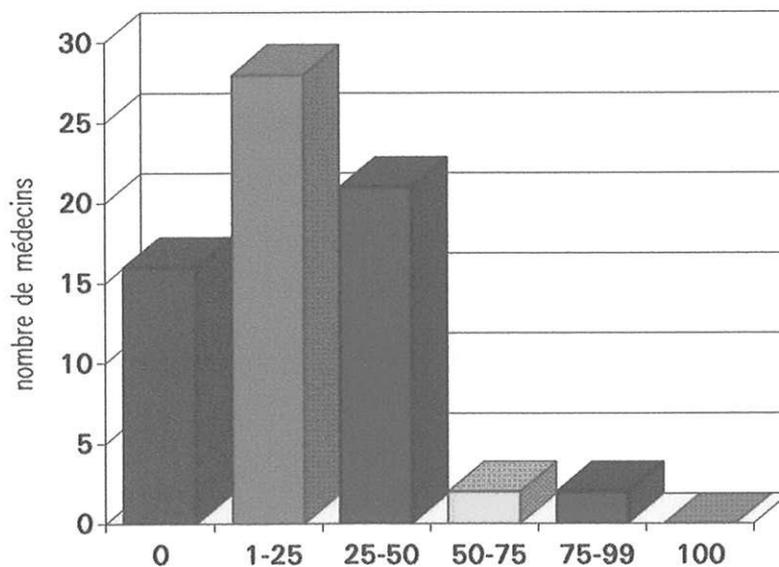
**Graph n°19 : pas de prise en charge**



**Graph n°20 : prise en charge antérieure**



**Graph n°21: Prise en charge pendant l'enquête**



**Prise en charge diététique de la surcharge pondérale pour des patients de  $25 < \text{BMI} < 30$  en fonction des médecins**

\*Les patients ayant une obésité franche:  $30 < \text{BMI} < 40$  représentent 6,3% de notre population et appartiennent à la clientèle de 61 médecins sur 69. Comment s'est effectuée la prise en charge diététique? (cf graphique n°22)

-> **28,6%** est le pourcentage moyen de ces patients obèses qui n'a pas été pris en charge diététique, avec les variations suivantes selon les médecins: (cf graphique n°23)

22 médecins	0%
11 médecins	1 à 25%
15 médecins	25 à 50%
6 médecins	50 à 75%
7 médecins	100%

-> **35,9%** de ces obésités ont été prises en charge pendant notre période d'observation, avec les variations suivantes :(cf graphique n°24)

21 médecins	0%
11 médecins	1 à 25%
14 médecins	25 à 50%
11 médecins	50 à 75%
2 médecins	75 à 99%
2 médecins	100%

-> Pour **35,5%** de ces obésités, la prise en charge diététique s'est faite antérieurement. Variations selon les médecins: (cf graphique n°25)

19 médecins	0%
8 médecins	1 à 25%
18 médecins	25 à 50%
7 médecins	50 à 75%
1 médecin	75 à 99%
8 médecins	100%

\*Les patients qui ont une obésité massive:  $\text{BMI} > 40$ , représentent 0,6% de l'ensemble de la population (26 patients) et font partie de la clientèle de 15 médecins de notre échantillon. Quelle en a été la prise en charge diététique? (cf graphique n°26)

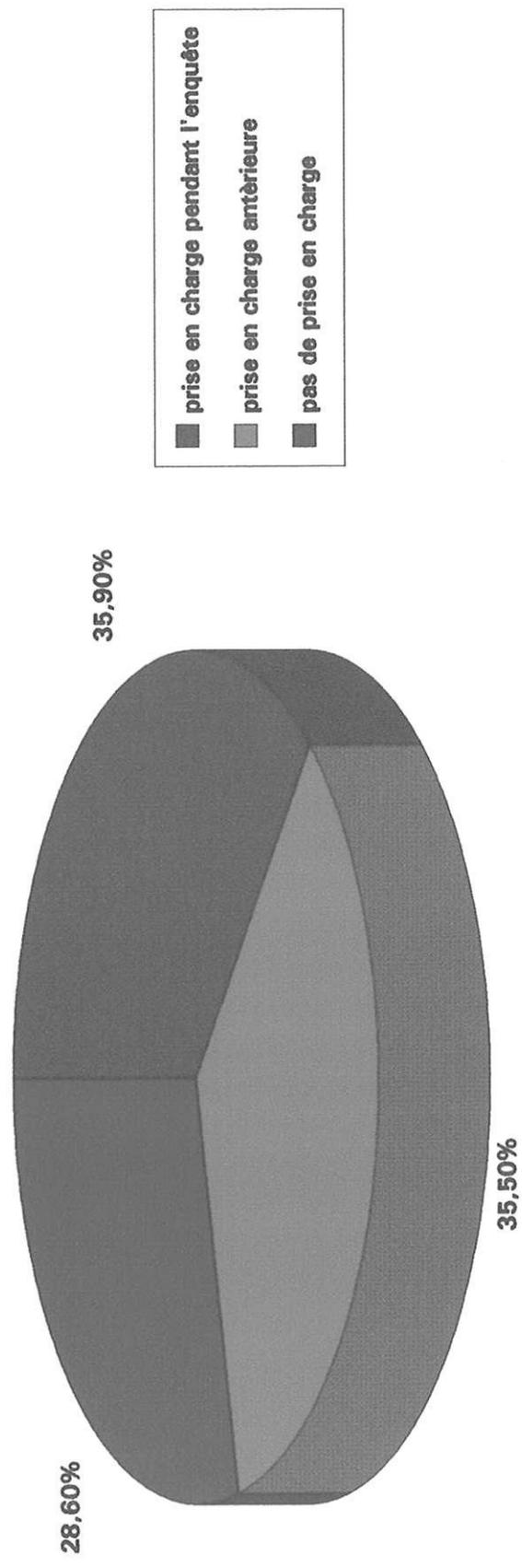
-> **15,4%** de ces patients n'ont pas été pris en charge.(cf graphique n°27)

11 médecins	0%
1 médecin	50%
3 médecins	100%

-> **50%** en moyenne de ces patients ont été traités diététiquement pendant notre enquête.(cf graphique n°28)

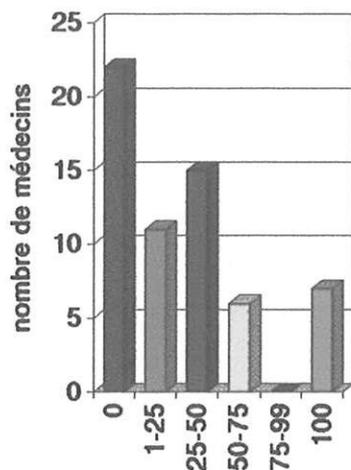
8 médecins	0%
------------	----

**Graph n° 22: Prise en charge diététique de la surcharge pondérale pour des patients de 30 < BMI < 40**

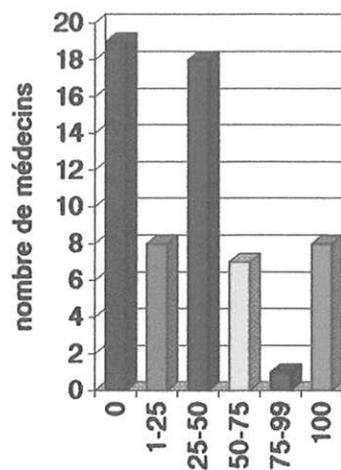


**Prise en charge diététique de la surcharge pondérale pour des patients de  $30 < \text{BMI} < 40$  en fonction des médecins**

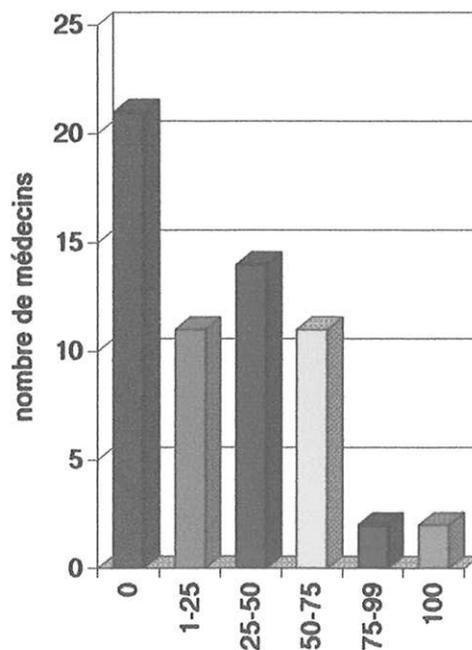
**Graph n°23: pas de prise en charge**



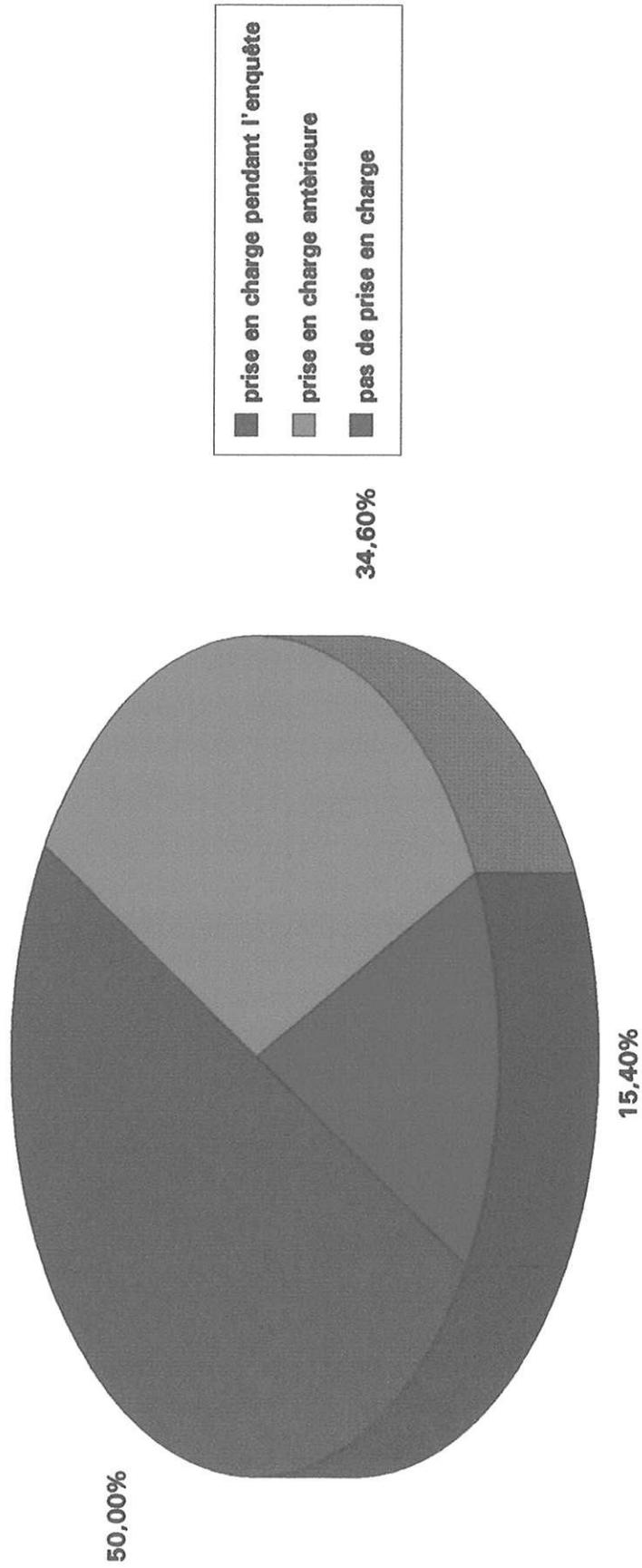
**Graph n°25: prise en charge antérieure**



**Graph n°24: prise en charge pendant l'enquête**

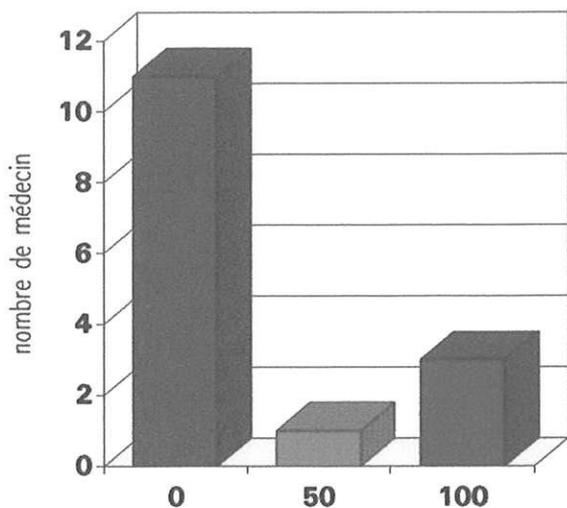


**Graph n° 26: Prise en charge diététique de la surcharge pondérale des patients de BMI > 40**

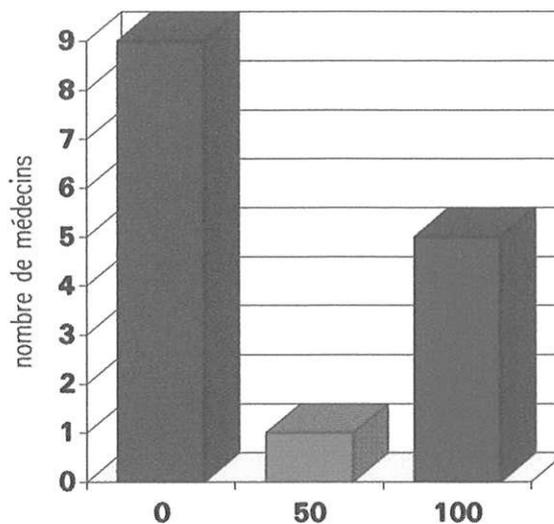


**Prise en charge de la surcharge pondérale des patients de BMI > 40 en fonction des médecins**

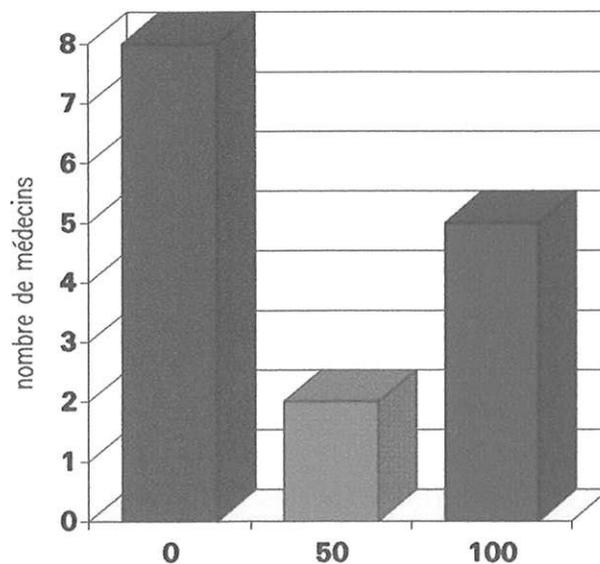
**Graph n°27: Pas de prise en charge**



**Graph n°29: Prise en charge antérieure**



**Graph n°28: Prise en charge pendant l'enquête**



2 médecins	50%
5 médecins	100%

-> Pour **34,6%** de ces patients, la prise en charge diététique s'est faite antérieurement. (cf graphique n° 29)

9 médecins	0%
1 médecin	50%
5 médecins	100%

### Modalités

Nous allons décrire maintenant quelques modalités de prise en charge des problèmes de surpoids, précisées par notre enquête:

Une enquête alimentaire a été réalisée en moyenne dans **72,4%** des cas. Variations selon les médecins: (cf graphique n° 30)

7 médecins	0%
3 médecins	1 à 25%
14 médecins	25 à 50%
6 médecins	50 à 75%
8 médecins	75 à 99%
24 médecins	100%

Il est précisé dans **48,2%** des cas que le patient a fait une tentative personnelle de régime. Dans 50% des cas, pas de tentative personnelle, et pour 1,8% des patients, le médecin l'ignore.

Pour les observations où c'est le patient qui fait la demande diététique, on retrouve 52,3% de tentatives personnelles de régime.

Une prescription diététique est réalisée dans **97%** des cas d'approche diététique pour surcharge pondérale: Pour 55 médecins, elle est faite dans tous les cas, et 7 médecins ont fait une prescription dans 75 à 99% des cas.

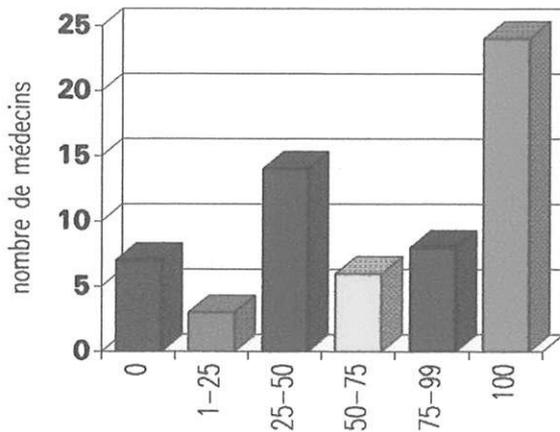
On constate en moyenne, que cette prescription s'est faite sous la forme suivante: (cf graphique n° 31)

conseils généraux isolés	28,2%
régime adapté	65%
menu type	6,8%

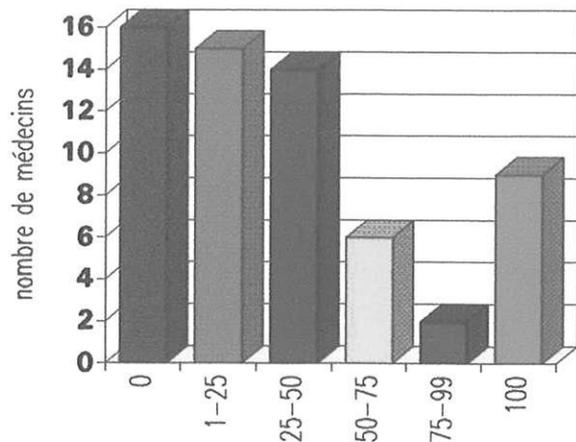
Cette répartition des prescriptions diététiques connaît des variations selon les médecins: cf graphiques n° 32-a, 32-b, 32c.

**La prise en charge diététique de la surcharge pondérale:  
Modalités en fonction des médecins**

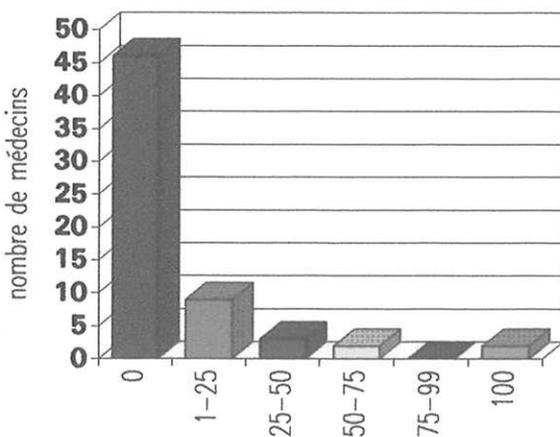
**Graph n°30: Enquêtes alimentaires**



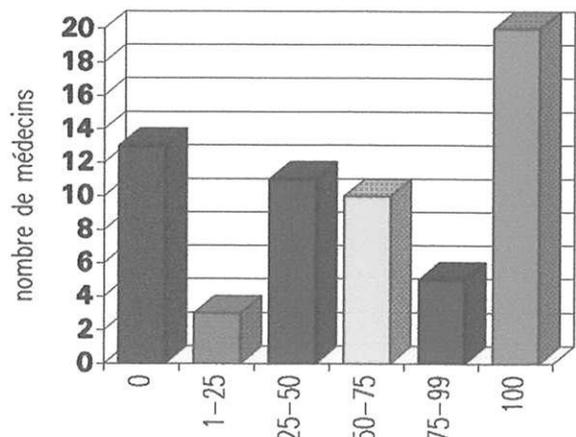
**Graph n°33: Prescriptions médicamenteuses**



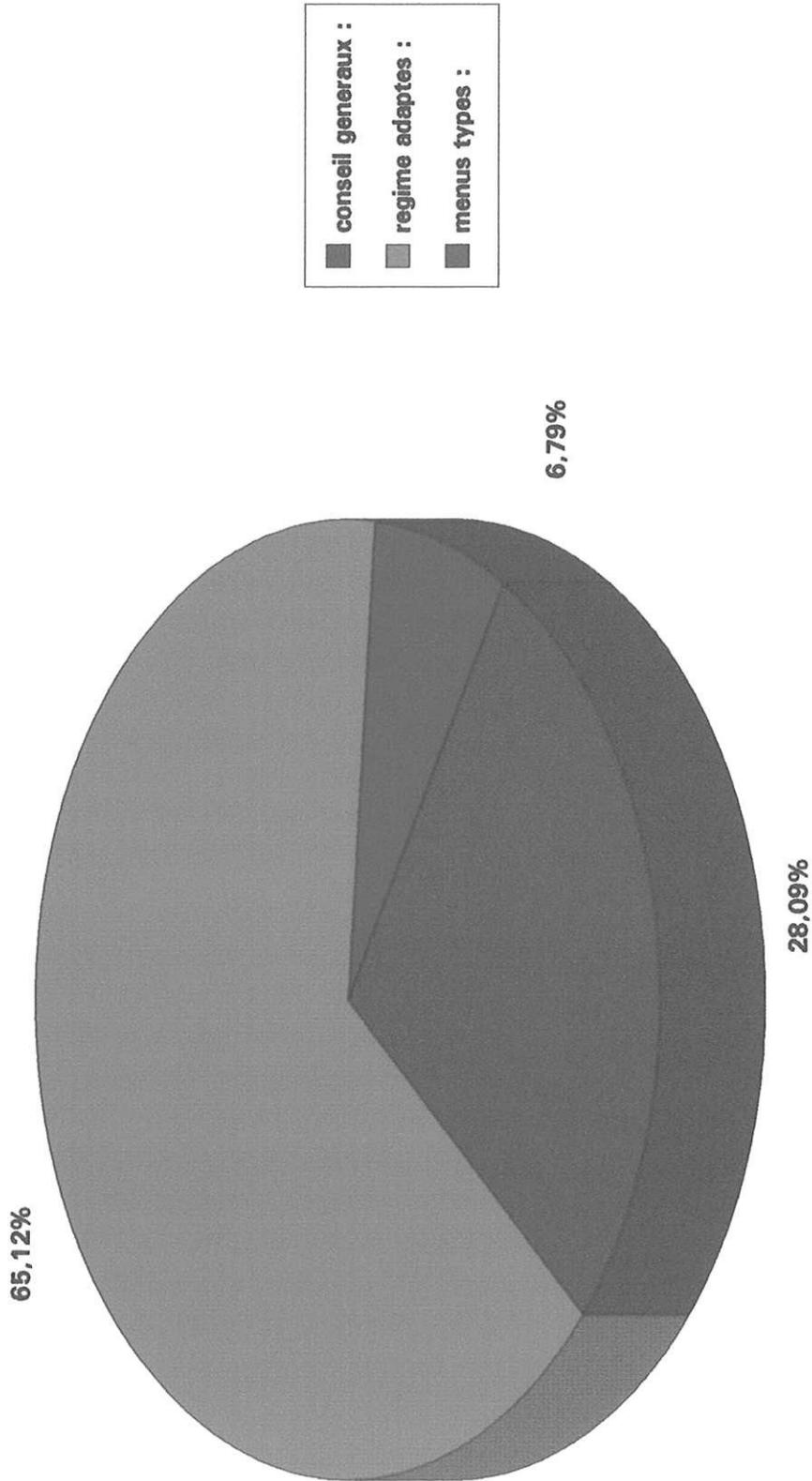
**Graph n°34: Envoi au spécialiste**



**Graph n°35: Demandes à revoir le patient**

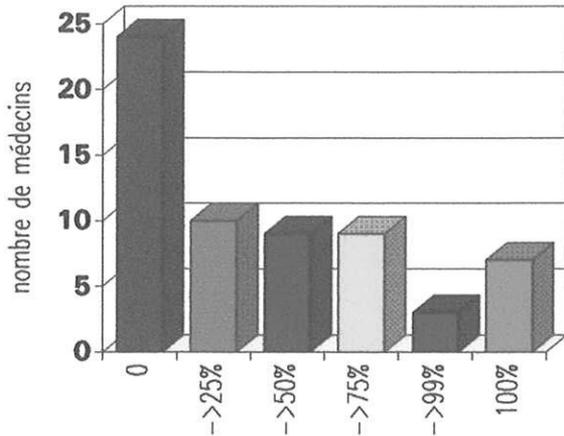


**Graph n° 31 : Prise en charge de la surcharge pondérale: La prescription sous quelle forme ?**

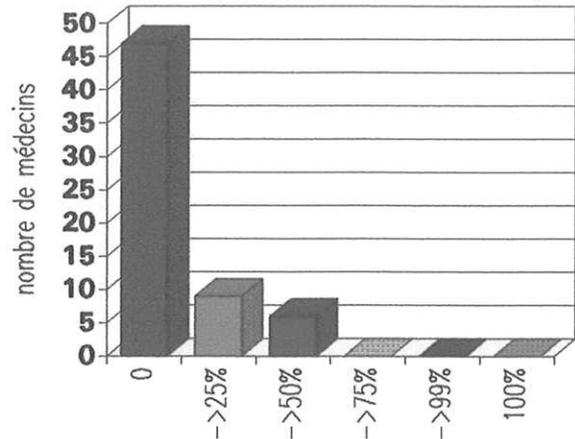


**Prise en charge diététique de la surcharge pondérale, la prescription sous quelle forme: variation en fonction des médecins**

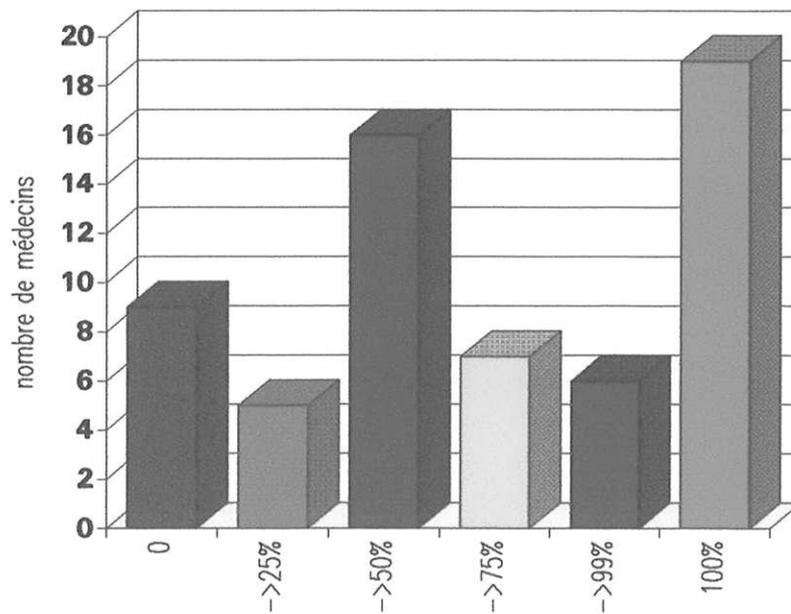
**Graph n°32a: Conseils généraux isolés**



**Graph n°32c: Menu type**



**Graph n°32b: Régime adapté**



Une prescription médicamenteuse (en rapport avec la diététique) est constatée dans **43%** des cas en moyenne; avec les variations suivantes selon les médecins: (cf graphique n°33)

16 médecins	0%
15 médecins	1 à 25%
14 médecins	25 à 50%
6 médecins	50 à 75%
2 médecins	75 à 99%
9 médecins	100%

Les médecins ont recours au spécialiste pour la prise en charge diététique des surcharges pondérales dans **8%** des cas en moyenne. Avec les variations suivantes selon les médecins: (cf graphique n°34)

46 médecins	0%
9 médecins	1 à 25%
3 médecins	25 à 50%
2 médecins	50 à 75%
2 médecins	100%

Dans **65,4%** des cas en moyenne, le médecin a demandé au patient qu'il soit revu pour le problème diététique.

Variations selon les médecins: (cf graphique n°35)

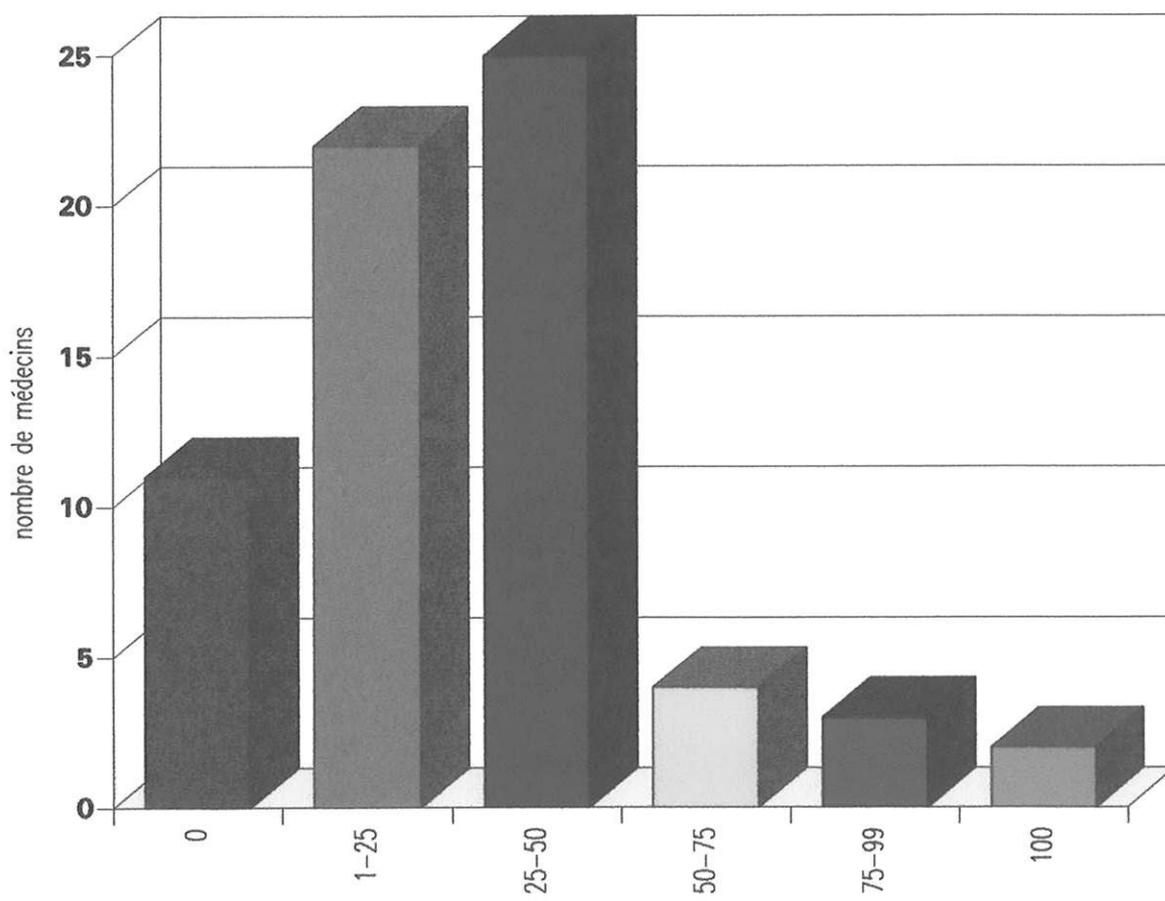
13 médecins	0%
3 médecins	1 à 25%
11 médecins	25 à 50%
10 médecins	50 à 75%
5 médecins	75 à 99%
20 médecins	100%

Lors des prises en charge diététiques antérieures signalées, les médecins estiment **35%** de résultats satisfaisants.

Variations en fonction des médecins (cf graphique n°35bis)

11 médecins	0%
22 médecins	1 à 25%
25 médecins	25 à 50%
4 médecins	50 à 75%
3 médecins	75 à 99%
2 médecins	100%

**Graph n°35-bis: Estimation des résultats de prise en charge diététique antérieure de la surcharge pondérale selon les médecins**



## 6-LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE DES DYSLIPIDEMIES

### Fréquence

Les dyslipidémies représentent 1,5% des motifs de consultation, et 2,7% des résultats de consultation.

Les dyslipidémies (hypercholesterolémies et/ou hypertriglyceridémies) représentent 11,2% des prises en charge diététiques, la majorité d'entre elles se faisant pendant la consultation (78,4%)

Sur l'ensemble des prises en charge diététiques, la place accordée aux dyslipidémies connaît des variations selon les médecins.(cf graphique n°36a)

20 médecins	0%
19 médecins	1 à 10%
17 médecins	11 à 20%
8 médecins	21 à 30%
4 médecins	31 à 40%
1 médecin	41 à 50%

Le traitement diététique des dyslipidémies a parfois été associé à celui d'une autre pathologie (38%), voir même de deux autres pathologies (10%).

Sur les 69 médecins ayant participé à l'enquête, 52 ont eu à traiter ces pathologies.

Voyons quelle part ils ont réservé à l'approche diététique (cf graphique n°36b): Sur l'ensemble des observations où on retrouve une dyslipidémie en résultat de consultation (156 au total), 72,4% comportent une prise en charge diététique, pour 21,8% la prescription diététique s'est faite antérieurement, et pour 5,8% de ces observations, il n'y a pas eu du tout d'approche diététique.

Ces pourcentages moyens connaissent des variations selon les médecins:

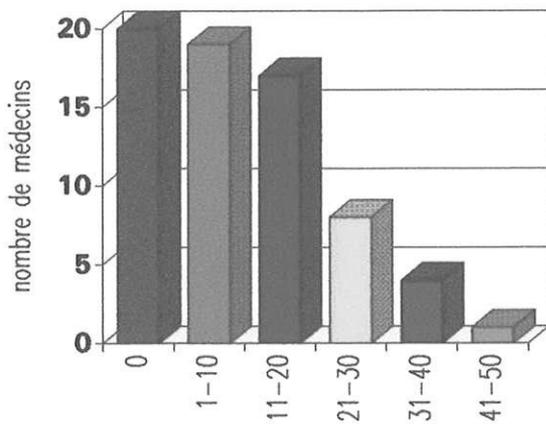
-Prises en charge diététiques pendant l'enquête (cf graphique n°37)

10 médecins	0%
6 médecins	25 à 50%
7 médecins	50 à 75%
2 médecins	75 à 99%
27 médecins	100%

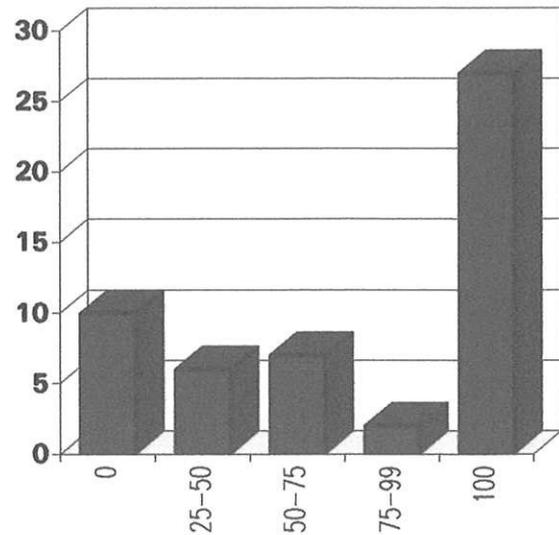
-Prises en charge diététiques antérieures seulement (cf graphique n°38)

## PRISE EN CHARGE DIETETIQUE DES DYSLIPIDEMIES

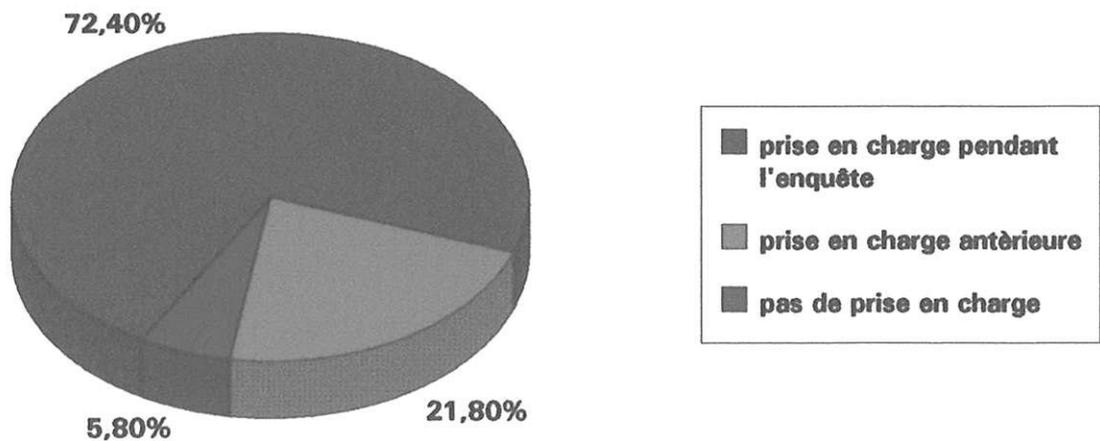
**Graph n°36a: Fréquences sur l'ensemble des prescriptions diététiques: Variations en fonction des médecins**



**graph n°37: Prise en charge diététique pendant l'enquête: Variations en fonction des médecins**



**graph n°36b: La prise en charge diététique des dyslipidémies**



31 médecins	0%
4 médecins	0 à 25%
8 médecins	25 à 50%
3 médecins	50 à 75%
6 médecins	100%

-Pas de prise en charge diététique (cf graphique n°39):

45 médecins	0%
2 médecins	0 à 25%
2 médecins	25 à 50%
3 médecins	100%

### Modalités

Voyons maintenant quelques modalités de prise en charge diététique des dyslipidémies que notre enquête a permis de préciser pour les 42 médecins qui ont réalisé ces prises en charge:

-L'enquête alimentaire (cf graphique n°40): elle a été réalisée en moyenne pour **75,9%** des prises en charge diététiques, pour cette pathologie. Ce pourcentage connaît les variations suivantes selon les médecins:

4 médecins	0%
9 médecins	25 à 50%
5 médecins	50 à 75%
2 médecins	75 à 99%
22 médecins	100%

-Il est précisé dans **44,8%** des cas que le patient a fait une tentative personnelle de régime. Dans 50% des cas ,le médecin signale qu'il n'y en a pas eu, et dans 5,2%, il l'ignore.

-Une prescription diététique est réalisée dans **91,4%** des cas en moyenne: dans tous les cas pour 33 médecins, dans 75 à 99% des cas pour 3 médecins, 50 à 75% pour 1 médecin, et 25 à 50% pour 5 médecins.

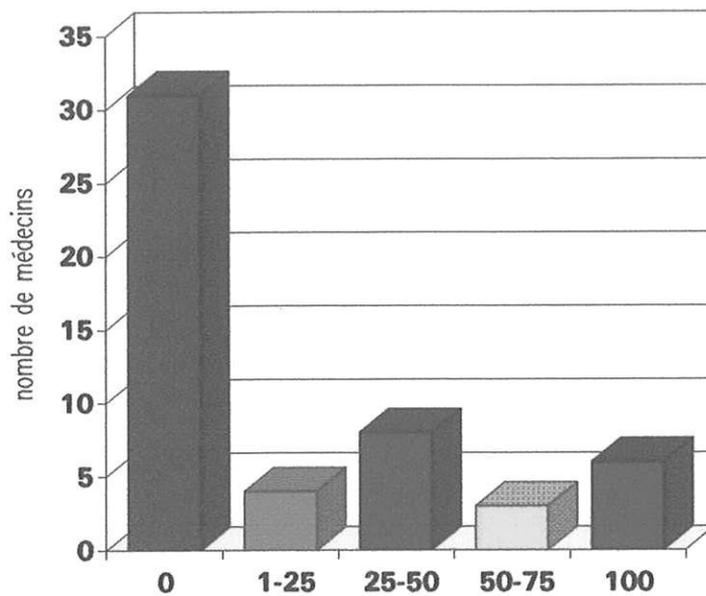
-Cette prescription se fait sous la forme suivante (cf graphique n°41) en moyenne:

conseils généraux isolés	32,7%
régime adapté	57,6%
menu type	9,7%

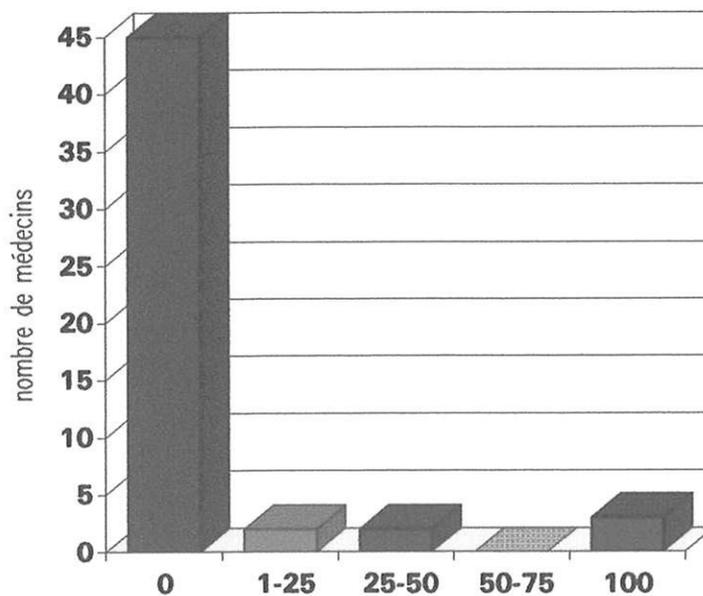
Cette répartition connaît des variations en fonction des médecins: (cf graphiques n°42a, 42b et 42c)

**Prise en charge diététique des dyslipidémies:  
Variations en fonction des médecins**

**Graph n°38: Prises en charge antérieures à l'enquête**

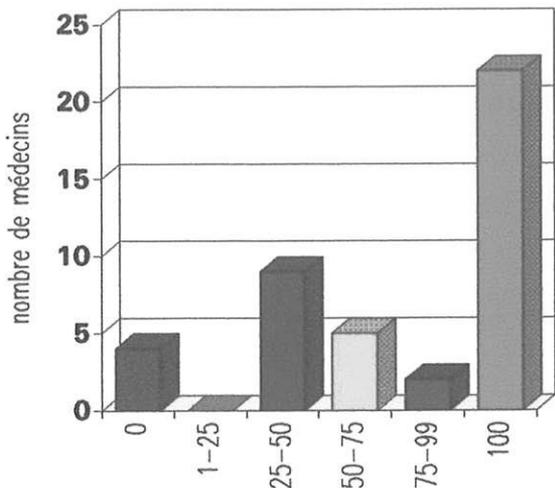


**Graph n°39: Pas de prise en charge**

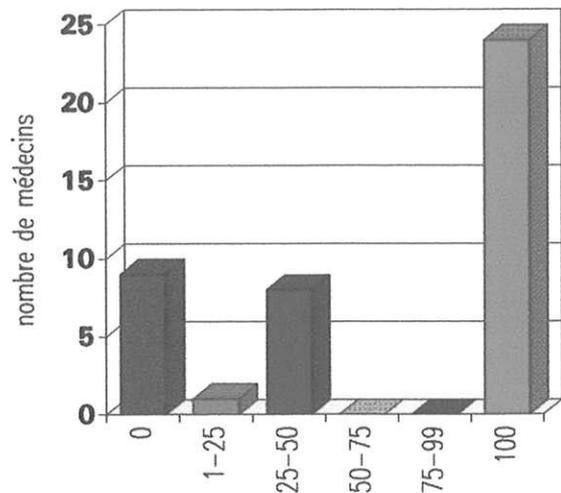


**La prise en charge diététique des dyslipidémies:  
Modalités en fonction des médecins**

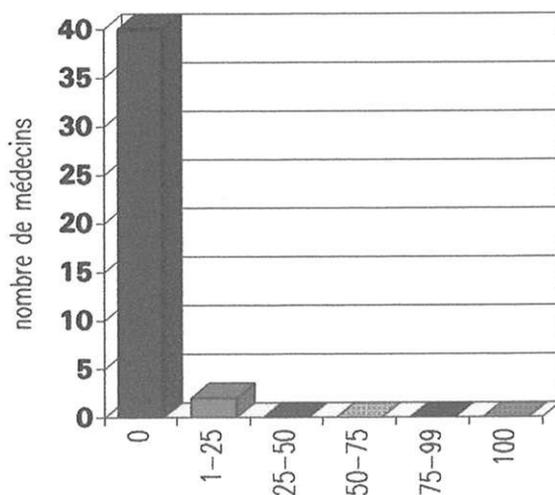
**Graph n°40: Enquêtes alimentaires**



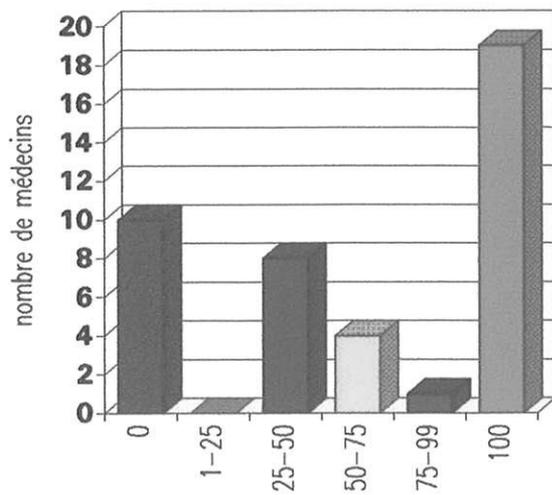
**Graph n°43: Prescriptions médicamenteuses**



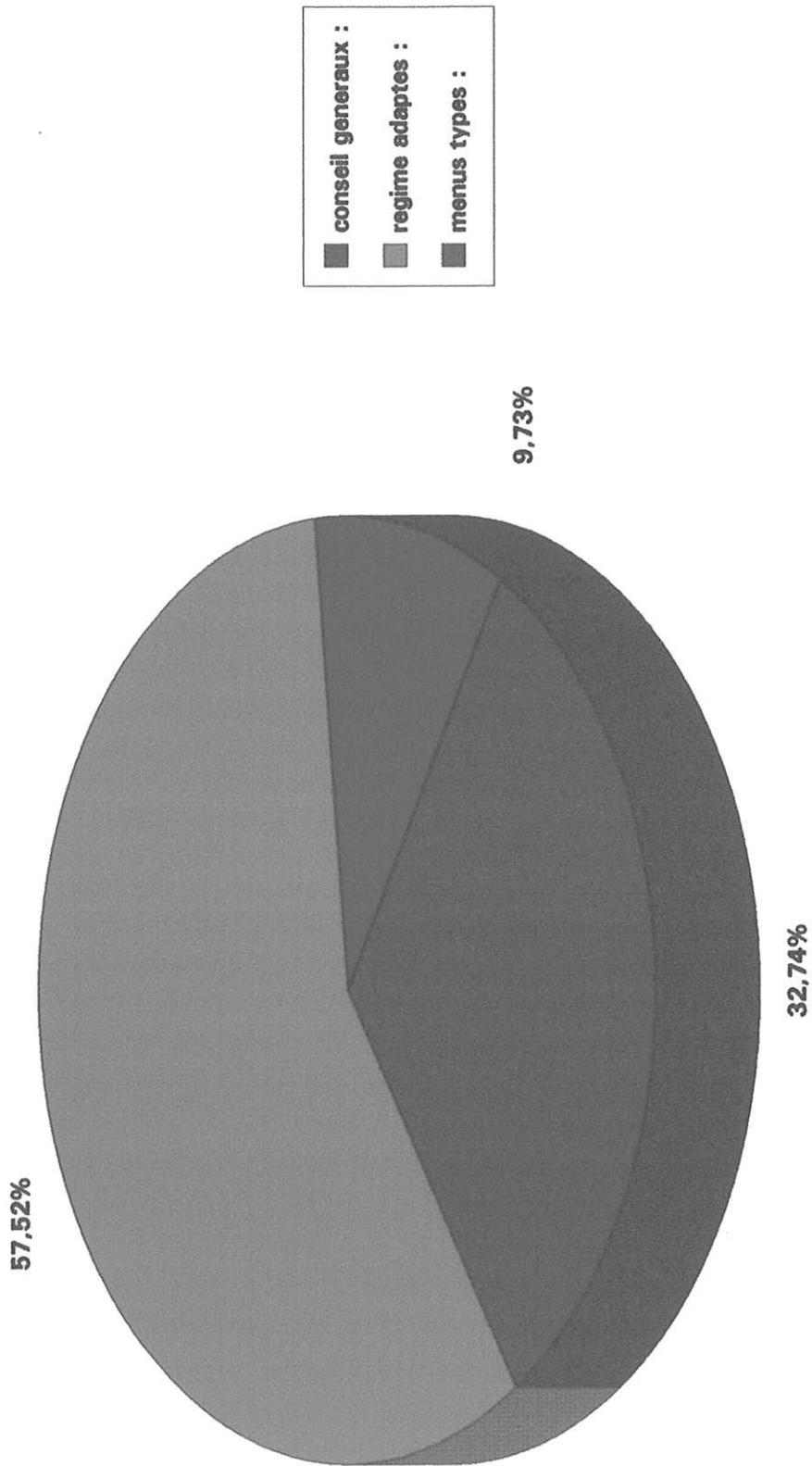
**Graph n°44a: Envoi au spécialiste**



**Graph n°44b: Demandes à revoir le patient**

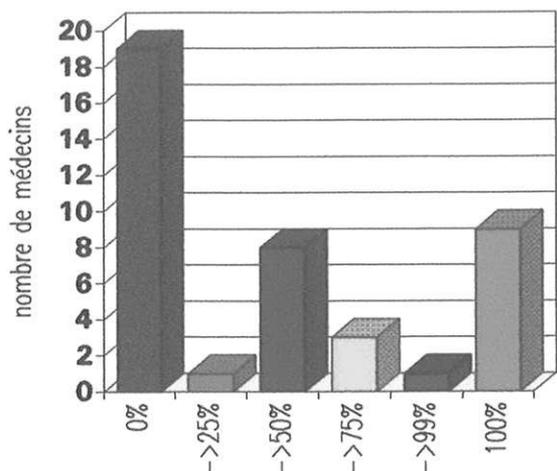


**Graph n°41: Prise en charge diététique des dyslipidémies: La prescription sous quelles formes ?**

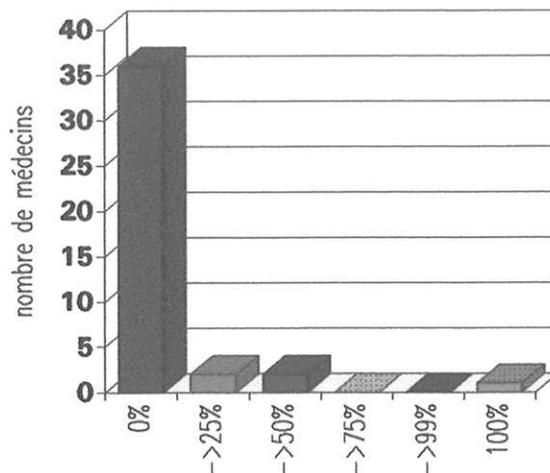


**Prise en charge diététique des dyslipidémies: La prescription sous quelles formes: Variations en fonction des médecins**

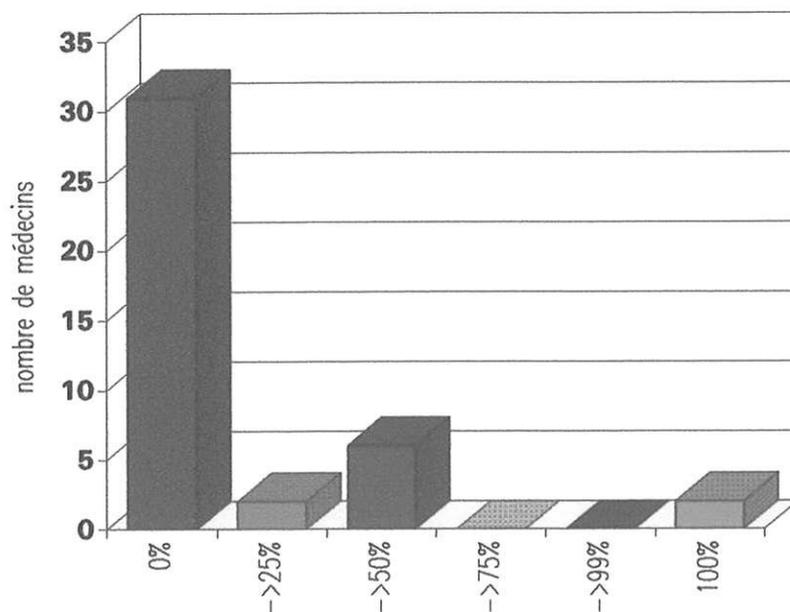
**Graph n°42a: Conseils généraux isolés**



**Graph n°42b: Menu type**



**Graph n°42c: Régime adapté**



Une prescription médicamenteuse (en rapport avec la diététique) est constatée dans **68,4%** des observations comportant la prise en charge diététique d'une dyslipidémie.

Ce pourcentage varie suivant les médecins (cf graphique n°43):

9 médecins	0%
1 médecin	0 à 25%
8 médecins	25 à 50%
24 médecins	100%

Il y a, en moyenne, **2,6%** de recours au spécialiste lors d'une prise en charge diététique d'une dyslipidémie (cf graphique n°44a):

40 médecins	0%
1 médecin	22%
1 médecin	14%

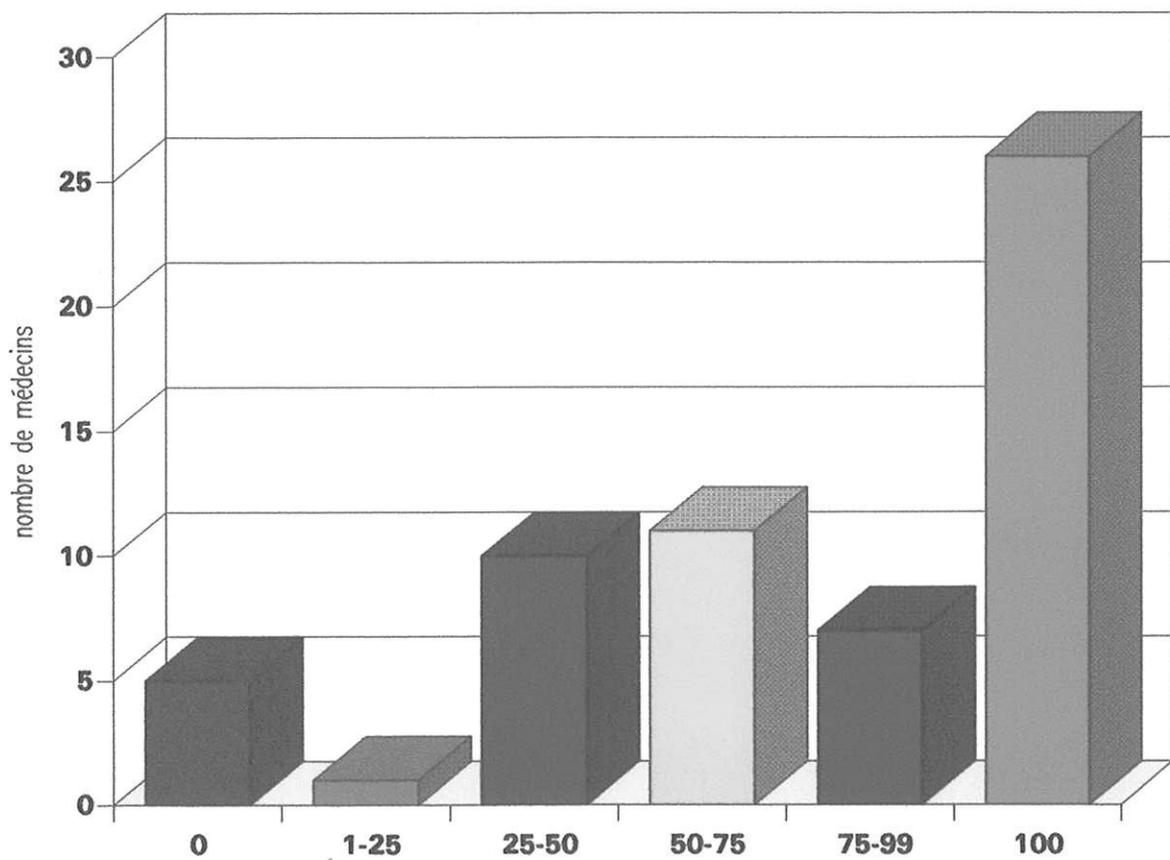
-Dans **70%** des cas, en moyenne, le médecin a demandé au patient qu'il soit revu pour le problème diététique. Variations selon les médecins (cf graphique n°44b):

10 médecins	0%
8 médecins	25 à 50%
4 médecins	50 à 75%
1 médecin	75 à 99%
19 médecins	100%

-Pour les prises en charge diététiques antérieures à l'enquête, les médecins estiment que **70,9%** des résultats sont satisfaisants. Variations en fonction des médecins (cf graphique n°40bis):

5 médecins	0%
1 médecin	1 à 25%
10 médecins	25 à 50%
11 médecins	50 à 75%
7 médecins	75 à 99%
26 médecins	100%

**Graph n°40-bis: Prise en charge diététique antérieure des dyslipidémies: Estimation des résultats selon les médecins**



## 7-LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE DU DIABETE

### Fréquence

Le diabète sucré, qu'il soit insulino-dépendant ou non insulino-dépendant, représente 2,4% des motifs de consultation et 2,8% des résultats de consultation.

Cette pathologie représente 8% des indications de prise en charge diététique lors de notre enquête. Ces prises en charge sont réalisées pour 51,8% d'entre elles pendant la consultation et pour 48,2% en visite.

Sur l'ensemble des prises en charge diététiques, la place accordée au diabète connaît des variations selon les médecins (cf graphique n°45a):

21 médecins	0% de leurs prescriptions diét.
28 médecins	1 à 10%
17 médecins	11 à 20%
3 médecins	21 à 30%

Le diabète a parfois été pris en charge diététiquement en même temps qu'une autre pathologie (22,9% des cas), voire en même temps que deux autres pathologies (8,4%).

Sur les 69 médecins ayant participé à l'enquête, 56 sont concernés par le diabète. (pour les 13 autres médecins, le diabète n'a jamais été noté comme résultat de consultation.)

Voyons quelle part a été réservée à la Diététique:

Sur l'ensemble des observations où le diabète fait partie des résultats de consultation, on obtient la répartition suivante: (cf graphique n°45b)

-51,3% des observations comportent une prise en charge diététique. Parmi les observations restantes:

-35,6% ont été prises en charge diététique antérieurement seulement.

-et 13,1% n'ont pas été prises en charge du tout.

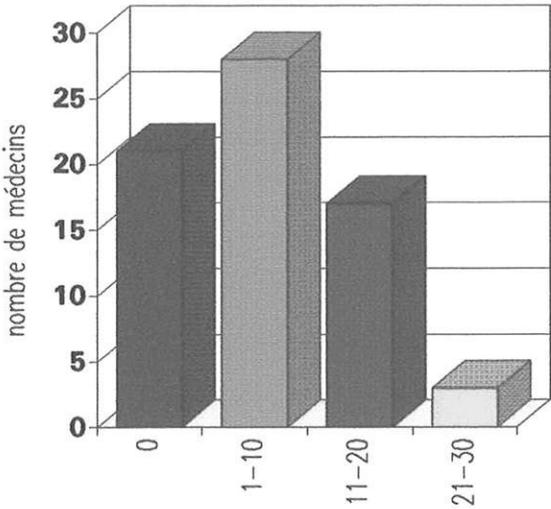
Ces pourcentages moyens connaissent des variations selon les médecins:

-> Prises en charge diététiques pendant l'enquête: (cf graphique n°46)

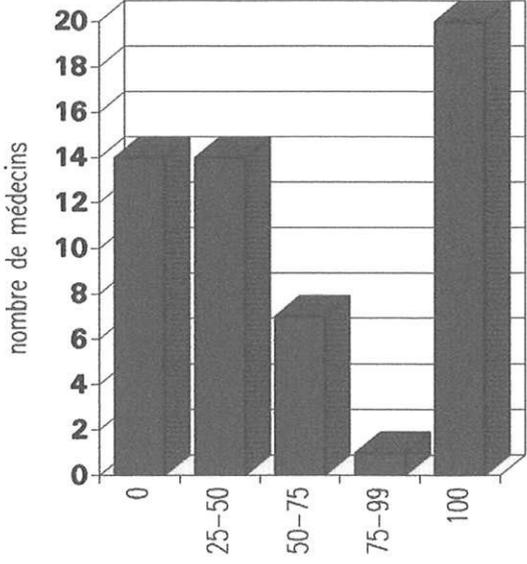
pour 14 médecins	0%
pour 14 médecins	25 à 50%
pour 7 médecins	50 à 75%
pour 1 médecin	75 à 99%

**PRISE EN CHARGE DIETETIQUE DU DIABETE**

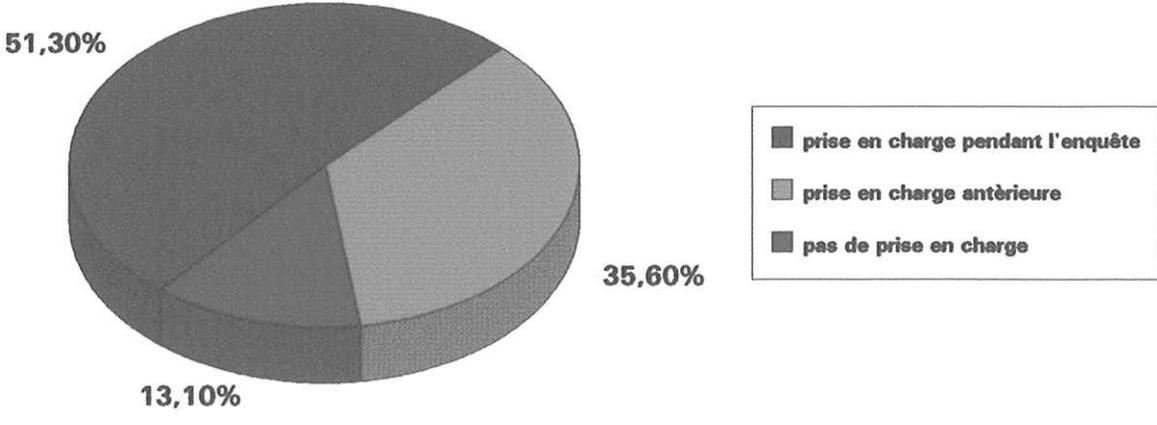
**graph n°45a: Fréquences sur l'ensemble des prescriptions diététiques: Variations en fonction des médecins**



**Graph n°46: Prise en charge diététique pendant l'enquête: Variations en fonction des médecins**



**graph n°45b: La prise en charge diététique du diabète**



pour 20 médecins 100%

-> Prises en charge diététiques antérieures: (cf graphique n°47)

27 médecins	0%
4 médecins	0 à 25%
12 médecins	25 à 50%
7 médecins	50 à 75%
6 médecins	100%

-> Pas de prise en charge diététique: (cf graphique n°48)

43 médecins	0%
2 médecins	0 à 25%
6 médecins	25 à 50%
2 médecins	50 à 75%
3 médecins	100%

### Modalités

Nous allons décrire maintenant quelques modalités de prise en charge diététique du Diabète pour les 42 médecins concernés:

-Une enquête alimentaire a été réalisée en moyenne dans 73,5% des approches diététiques avec les variations suivantes en fonction des médecins: (cf graphique n°49)

pour 7 médecins	0%
pour 3 médecins	25 à 50%
pour 5 médecins	50 à 75%
pour 27 médecins	100%

-Il est précisé dans 47% des cas que le patient a fait une tentative personnelle de régime; Dans 47% des cas, il n'y en a pas eu, et dans 6%, le médecin l'ignore.

-Une prescription diététique est réalisée dans 97,6% des cas: 40 médecins l'ayant fait dans tous les cas, 1 médecin dans 50 à 75% des cas et 1 médecin dans 25 à 50%.

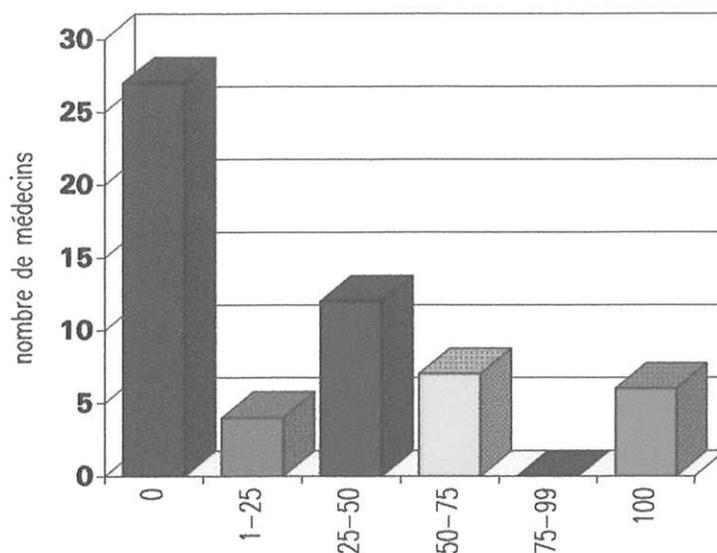
Cette prescription s'est faite sous la forme suivante: (cf graphique n°50)

conseils généraux isolés	31,7%
régime adapté	62,2%
menu type	6,1%

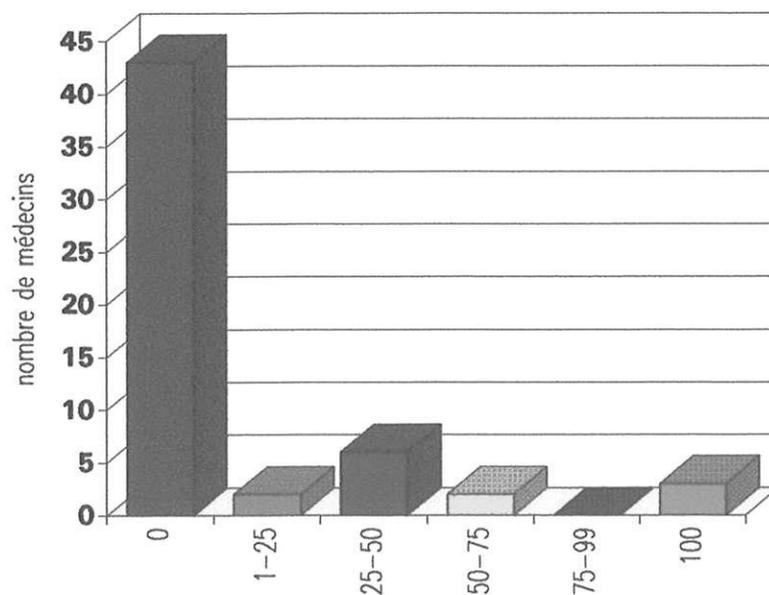
Ces différentes formes de prescription ont une répartition variable selon les médecins: cf graphiques 51a, 51b, et 51c.

## Prise en charge diététique du diabète Variation en fonction des médecins

Graph n°47: Prises en charge diététiques antérieures à l'enquête

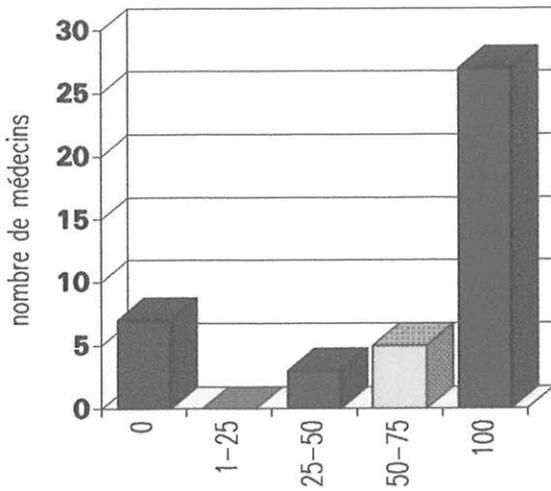


Graph n°48: Pas de prise en charge

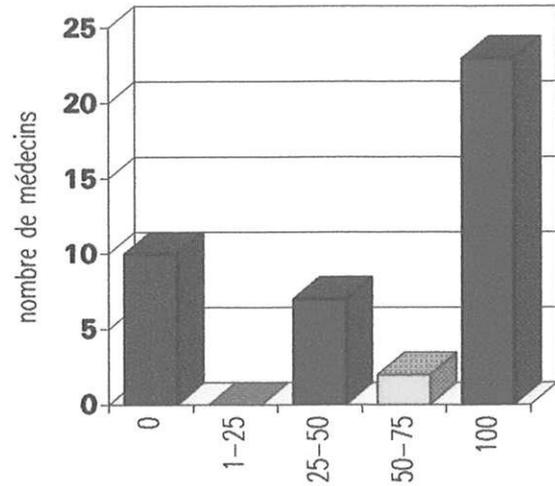


## La prise en charge diététique du diabète Modalités en fonction des médecins

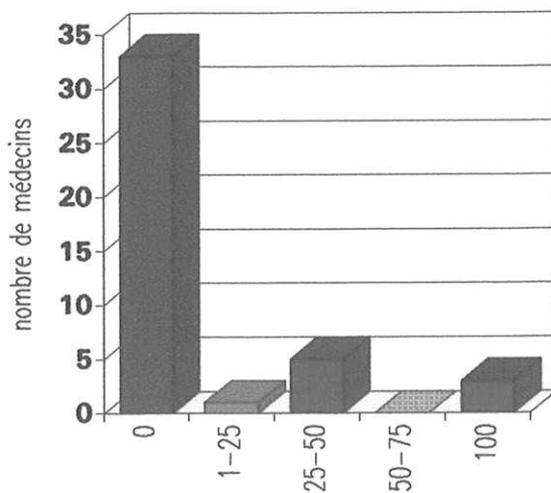
**Graph n°49: Enquêtes alimentaires**



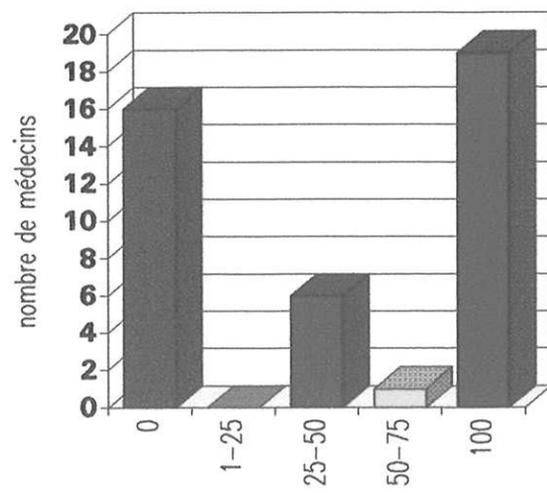
**Graph n°52: Prescriptions médicamenteuses**



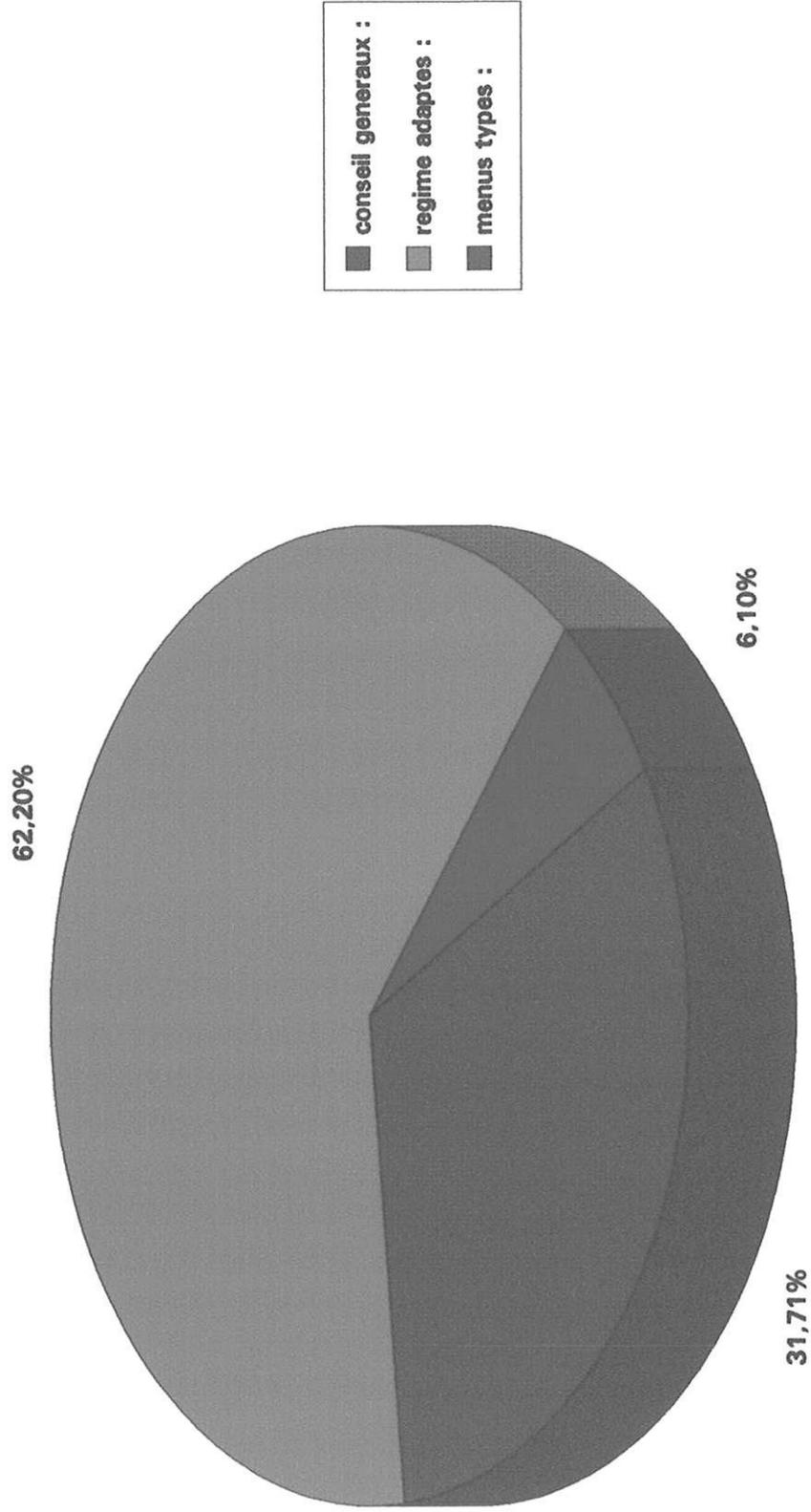
**Graph n°53a: Envoi au spécialiste**



**Graph n°53b: Demandes à revoir le patient**

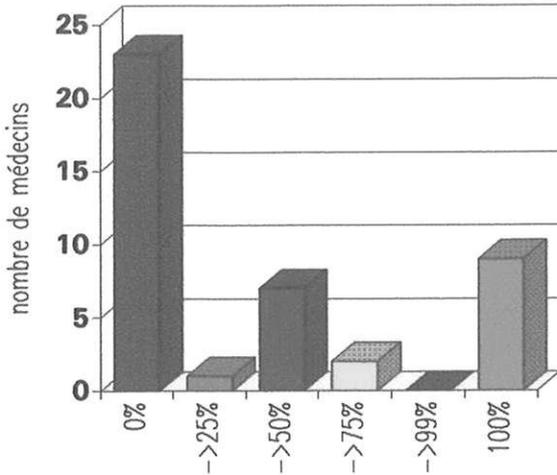


Graph n° 50: Prise en charge diététique du diabète: La prescription sous quelle forme ?

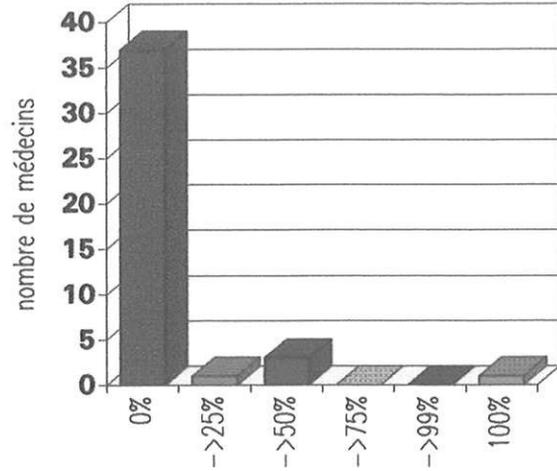


**Prise en charge diététique du diabète, la prescription sous quelle forme ?  
Variations en fonction des médecins**

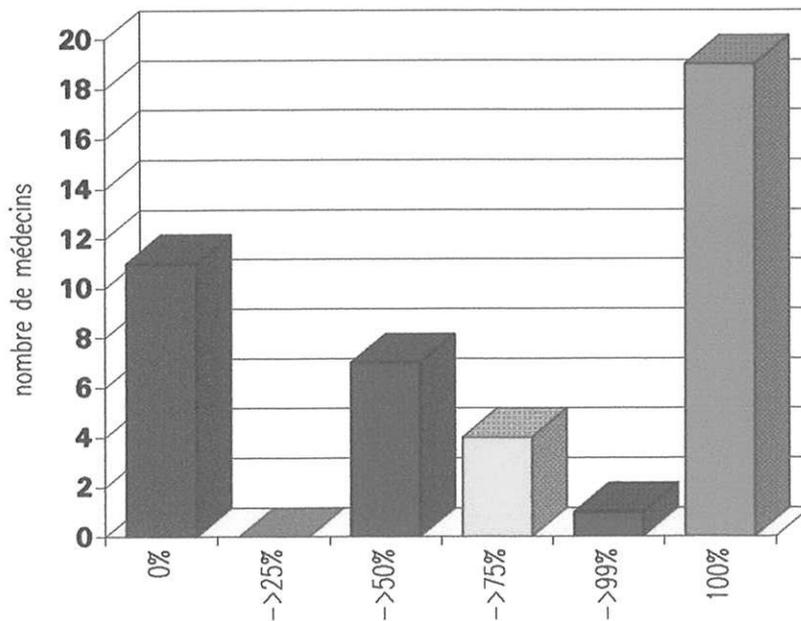
**Graph n°51a: Conseils généraux isolés**



**Graph n°51b: Menu type**



**Graph n°51c: Regime adapté**



-Une prescription médicamenteuse (en rapport avec la diététique) est constatée dans **73,5%** des observations comportant l'approche diététique d'un diabète.

Variation selon les médecins: (cf graphique n°52)

10 médecins	0%
7 médecins	25 à 50%
2 médecins	50 à 75%
23 médecins	100%

-Les médecins ont eu recours au spécialiste dans **14,5%** des prises en charge diététiques du diabète. Variations selon les médecins: (cf graphique n°53a)

33 médecins	0%
1 médecin	0 à 25%
5 médecins	25 à 50%
3 médecins	100%

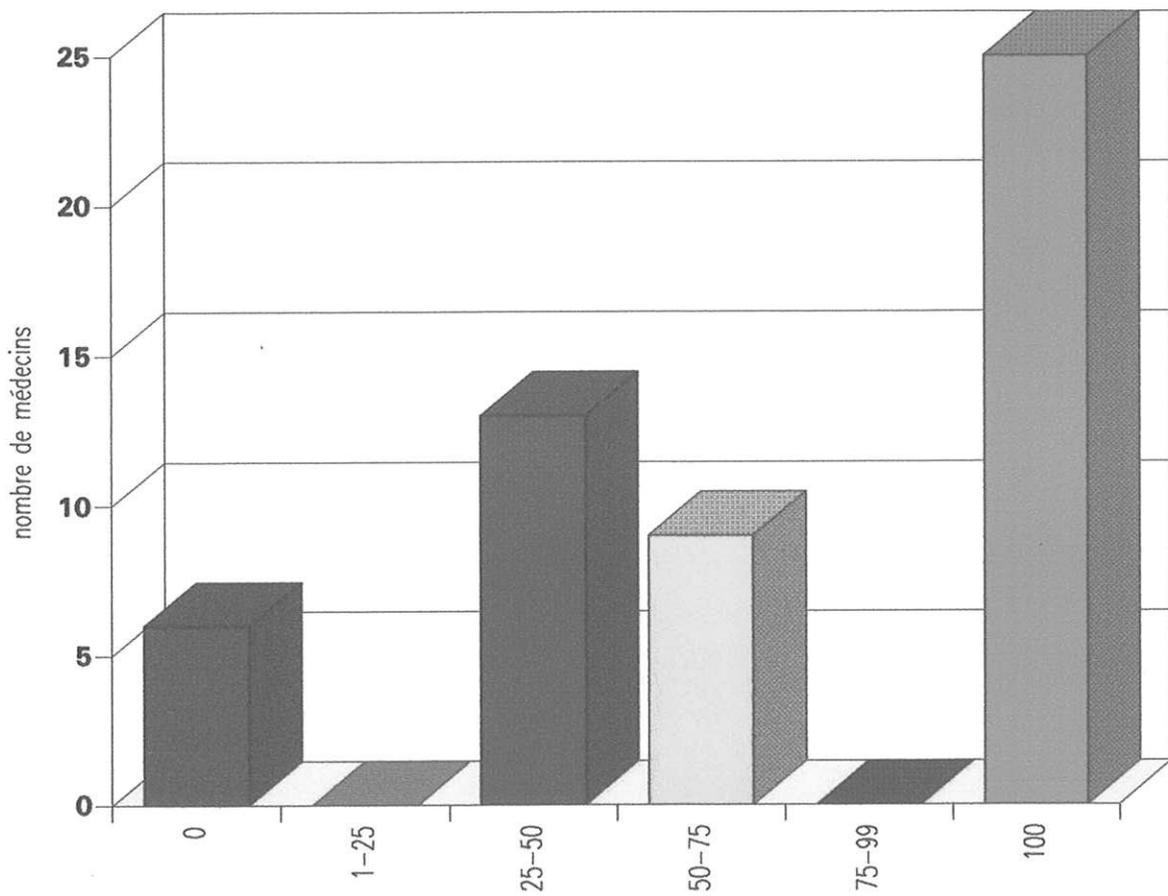
-Dans **51,8%** des cas en moyenne, le médecin a demandé au patient qu'il soit revu pour le problème diététique. Variations selon les médecins: (cf graphique n°53b)

16 médecins	0%
6 médecins	25 à 50%
1 médecin	50 à 75%
19 médecins	100%

-On constate pour les prises en charge diététiques antérieures du diabète, **71%** de résultats estimés satisfaisants par les médecins, ce qui donne un aperçu des résultats obtenus en diététique pour cette pathologie. Variations en fonction des médecins (cf graphique n°54):

6 médecins	0%
13 médecins	25 à 50%
9 médecins	50 à 75%
25 médecins	100%

**Graph n° 54: Prise en charge diététique antérieure du diabète:  
Estimation des résultats selon les médecins**



## 8-AUTRES PATHOLOGIES DE PRISE EN CHARGE DIETETIQUE

### -> Autres maladies nutritionnelles:

Elles comprennent les dénutritions, les hypoglycémies, la déshydratation, l'anorexie et la boulimie. Elles correspondent à 3,1% de l'ensemble des prises en charge diététiques. Cette fréquence varie selon les médecins (cf graphique n°55a):

50 médecins	0%
17 médecins	1 à 10%
2 médecins	11 à 20%

-Maigreurs et dénutritions sont rencontrées dans 14 observations, par 12 médecins.

2 de ces médecins n'ont pas abordé le problème diététique (2 observations).

10 médecins ont réalisé une prise en charge diététique (12 observations) selon les modalités suivantes:

enquête alimentaire	8 /12
prescription diététique:	10 /12
Conseils généraux	9 /10
Régime adapté	5 /10
prescription médicamenteuse	5 /12
envoi au spécialiste	0 /12
suivi diététique	4 /12

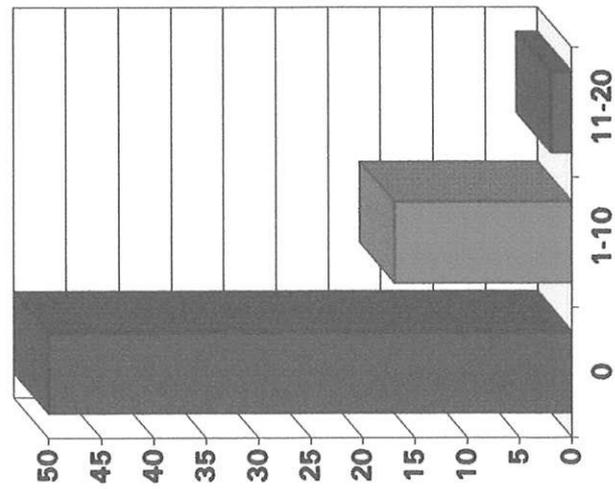
On recense 27 prescriptions diététiques antérieures pour cette pathologie : ce qui permet 1) de constater que 10 médecins supplémentaires ont abordé le problème diététique pour les états de maigreur ou de malnutrition 2) d'obtenir une estimation par les médecins eux-mêmes des résultats obtenus: 37% de résultats estimés satisfaisants.

-Hypoglycémie: 7 observations rapportent ce résultat de consultation (4 médecins) avec prise en charge diététique dans chaque cas, selon les modalités suivantes:

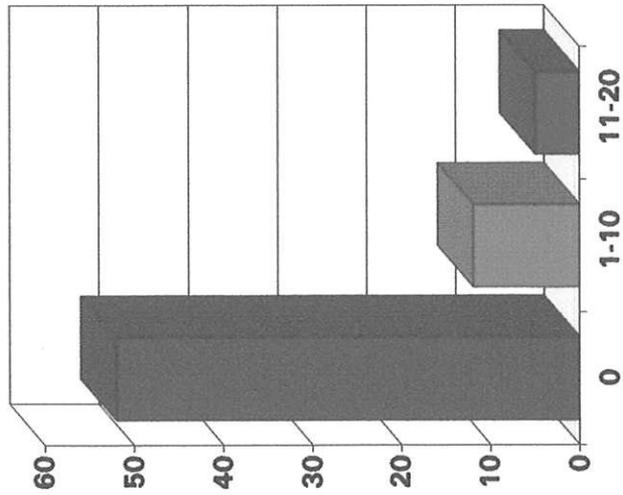
enquête alimentaire	6 /7
prescription diététique	7 /7
conseils généraux	6 /7
régime adapté	4 /7
prescription médicamenteuse	5 /7
envoi au spécialiste	1 /7
suivi diététique	7 /7

**FREQUENCE DE PRISE EN CHARGE DIETETIQUE SUR L'ENSEMBLE DES PRESCRIPTIONS DIETETIQUES**

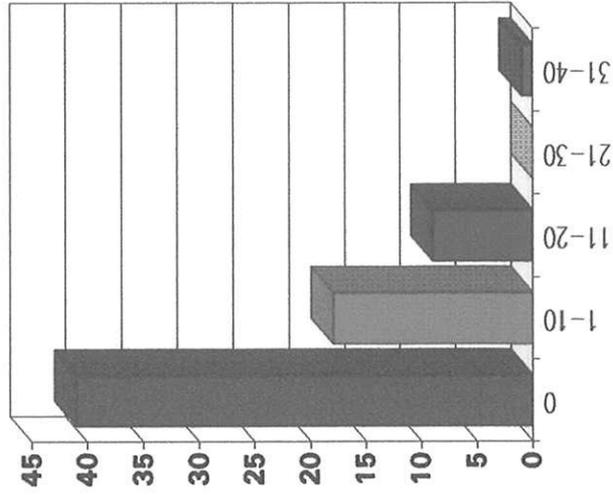
**graph n° 55a: maladies nutritionnelles peu fréquentes**



**graph n° 55b: Etats physiologiques particuliers**



**graph n° 55c: Hygiène alimentaire**



-Déshydratation: un seul résultat de consultation et prise en charge diététique réalisée.

-Boulimie: on recense 5 résultats de consultation (5 médecins): une approche diététique dans 4 observations et 1 prescription diététique antérieure:

enquête alimentaire	3 /4
prescription diététique	2 /4
conseils généraux	2 /4
prescription médicamenteuse	1 /4
envoi au spécialiste	1 /4
suivi diététique	3 /4

-Anorexie: on recense 8 résultats de consultation: une prise en charge diététique a été réalisée dans 6 observations (5 médecins):

enquête alimentaire	5 /6
prescription diététique	5 /6
conseils généraux	5 /6
régime adapté	3 /6
menu type	1 /6
prescription médicamenteuse	2 /6
envoi au spécialiste	0 /6
suivi diététique	4 /6

On recense 22 prescriptions diététique antérieures ce qui représente 10 médecins supplémentaires ayant abordé le problème diététique pour cette pathologie, et 63% de résultats estimés satisfaisants.

**-> Etats physiologiques aux besoins nutritionnels particuliers:**

Elles comprennent la diversification alimentaire du nourrisson, la diététique de la femme enceinte, de la femme allaitante et la diététique du sportif. Elles représentent 2,5% de l'ensemble des prises en charge diététiques. Mais cette fréquence connaît des variations en fonction des médecins (cf graphique n°55b):

52 médecins	0%
12 médecins	1 à 10%
5 médecins	11 à 20%

-Diversification alimentaire du nourrisson: Sur les 33 observations (21 médecins), où le résultat de consultation est l'examen systématique du nourrisson de moins de 2 ans, on retrouve 18 prises en charge diététiques pendant la consultation, 1 prescription diététique antérieure, et 14 non prises en charge.

Pour ces 18 approches diététiques (12 médecins), on retrouve les modalités suivantes:

enquête alimentaire	8 /18
prescription diététique	17 /18
conseils généraux	13 /17
régime adapté	8 /17
prescription médicamenteuse	1 /18
envoi au spécialiste	0 /18
suivi diététique	2 /18

On recense 63 prescriptions diététiques antérieures pour cette indication, avec 100% de résultats satisfaisants d'après les médecins, cela permet de retrouver 8 médecins supplémentaires qui ont abordé la diététique du nourrisson.

-Diététique de la femme enceinte: Sur les 27 observations où le résultat de consultation est la surveillance d'une grossesse (20 médecins concernés), on recense 4 prises en charge diététiques (4 médecins) pendant la consultation et une prescription diététique antérieure (un 5<sup>o</sup> médecin).

Modalités de ces 4 prises en charge:

enquête alimentaire	3 /4
prescription diététique	4 /4
conseils généraux	4 /4
menu type	1 /4
prescription médicamenteuse	0 /4
envoi au spécialiste	0 /4
suivi diététique	1 /4

Diététique de la femme allaitante: On recense un seul résultat de consultation dont la prise en charge diététique a été faite, plus une prescription diététique antérieure: au total: 2 médecins concernés.

Diététique du sportif: Un seul médecin a pris en charge la préparation alimentaire d'un sportif de haut niveau, lors de 3 observations.

Modalités:

enquête alimentaire	3 /3
prescription diététique	3 /3
conseils généraux	2 /3
régime adapté	3 /3
prescription médicamenteuse	0 /3
envoi au spécialiste	0 /3

**-> Hygiène alimentaire du sujet bien portant**

Ces prescriptions représentent 5,3% de l'ensemble des prises en charge diététiques. Variation de cette fréquence selon les médecins (cf graphique n°55c):

41 médecins	0% de leurs prescriptions diét.
19 médecins	1 à 10%
9 médecins	11 à 20%

On retrouve ainsi 54 observations comportant une prescription d'hygiène alimentaire ne s'adressant pas à une pathologie particulière.

Ces prescriptions regroupent 28 médecins différents, elles s'adressent le plus souvent à des patients qui consultent pour un examen systématique, ou pour toute autre pathologie sans rapport avec la diététique.

Modalités de prise en charge:

enquête alimentaire	64,8%
prescription diététique	98%
conseils généraux	94%
régime adapté	32%
menu type	12%
prescription médicamenteuse	0
envoi au spécialiste	0
suivi diététique	31,5%

On retrouve 38 observations où est notifiée une prescription antérieure d'hygiène alimentaire: avec 74% de résultats satisfaisants et où on retrouve 8 médecins supplémentaires concernés.

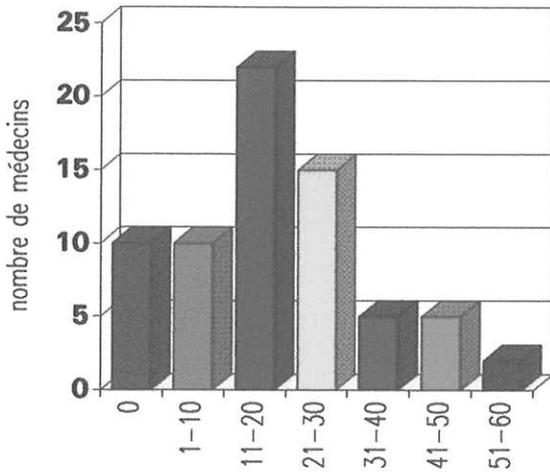
**-> Pathologies gastro-entérologiques**

Elles représentent 22% de l'ensemble des prises en charge diététiques. Variations de cette fréquence en fonction des médecins (cf graphique n°56):

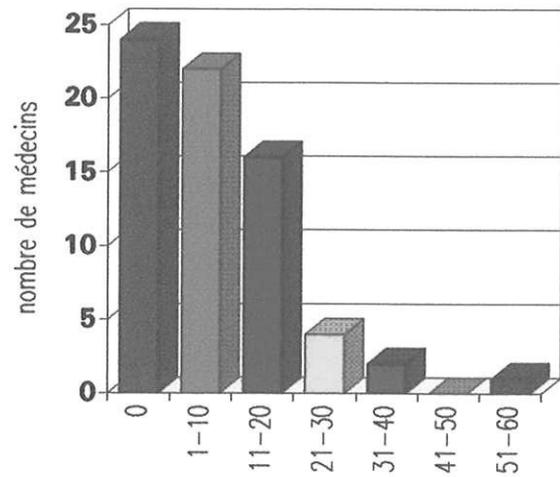
10 médecins	0% de leurs prescriptions diét.
10 médecins	1 à 10%
22 médecins	11 à 20%
15 médecins	21 à 30%
5 médecins	31 à 40%
5 médecins	41 à 50%

**FREQUENCE DE PRISE EN CHARGE DIETETIQUE SUR L'ENSEMBLE DES PRESCRIPTIONS DIETETIQUES**

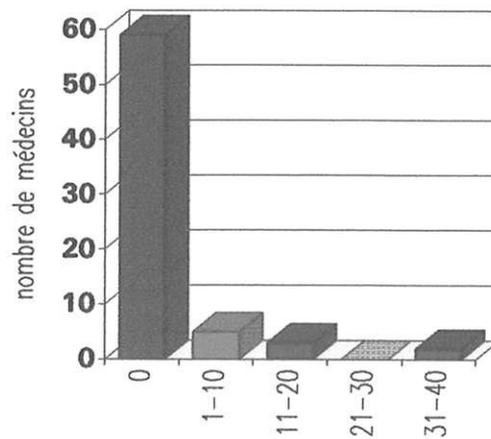
**Graph n°56: Pathologies gastro-entérologiques**



**graph n°57: Pathologies cardio-vasculaires**



**graph n°58: Etats infectieux fébriles**



2 médecins

51 à 60%

-L'Alcoolisme est retrouvé dans 47 observations (22 médecins): on constate que 40 ont bénéficié d'une prise en charge diététique pendant la consultation, et que les 7 autres ont eu une prescription diététique antérieure.

Modalités de prise en charge:

enquête alimentaire	85%
prescription diététique	95%
conseils généraux	95%
régime adapté	46%
menu type	2%
prescription médicamenteuse	62%
envoi au spécialiste	2%
suivi diététique	47%

On recense 71 prescriptions diététiques antérieures pour cette pathologie, avec 40% de résultats satisfaisants, et 14 médecins de plus concernés par cette prise en charge diététique.

-Les gastro-entérites représentent 92 résultats de consultation (35 médecins concernés) dont 48 ont bénéficié d'une prise en charge diététique:

- 15 médecins ont réalisé une approche diététique dans tous les cas.
- 10 médecins ont fait cette approche dans certains cas seulement.
- et 10 autres médecins n'ont jamais abordé le problème sur le plan diététique.

Modalités de ces 48 prises en charge:

enquête alimentaire	42%
prescription diététique	98%
conseils généraux	85%
régime adapté	51%
menu type	8,5%
prescription médicamenteuse	64,6%
envoi au spécialiste	0%
suivi diététique	2%

-Les Colopathies regroupent 69 résultats de consultation: 66 colopathies fonctionnelles, 2 maladies de Crohn et 1 Rectocolite hémorragique. 33 médecins sont concernés.

34 de ces patients ont bénéficié d'une prise en charge diététique pendant la consultation,

14 patients ont reçu une prescription diététique antérieure, et 21 n'ont pas eu d'approche diététique.

-20 médecins ont réalisé une approche diététique dans tous les cas.

-5 médecins ont fait cette approche dans certains cas seulement.

-et 8 médecins n'ont pas du tout abordé cette pathologie sur le plan diététique.

Modalités de ces 34 prises en charge:

enquête alimentaire	74,3%
prescription diététique	100%
conseils généraux	94%
régime adapté	45%
menu type	6%
prescription médicamenteuse	74%
envoi au spécialiste	3%
suivi diététique	31%

On recense 50 prescriptions diététiques antérieures pour colopathie fonctionnelle: On retrouve 6 médecins de plus concernés par cette prescription; et l'estimation des résultats par les médecins eux-mêmes donne 48% de résultats satisfaisants.

-Une Diarrhée (isolée) se retrouve comme résultat de consultation dans 32 observations (22 médecins concernés) dont 24 ont bénéficié d'une prise en charge diététique:

- 17 médecins ont réalisé une approche diététique dans tous les cas.
- 2 médecins ont fait cette approche dans certains cas seulement.
- et 3 médecins n'ont fait aucune prescription diététique.

Modalités de ces 24 prises en charge

enquête alimentaire	64%
prescription diététique	96%
conseils généraux	85%
régime adapté	55%
menu type	11%
prescription médicamenteuse	68%
envoi au spécialiste	0%
suivi diététique	4%

-La constipation est retrouvée comme résultat de consultation dans 23 observations (19 médecins concernés): 17 de ces patients ont bénéficié d'une prise en charge diététique:

- 13 médecins ont réalisé une approche diététique dans tous les cas.
- 3 médecins ont fait cette approche dans certains cas seulement.
- et 3 médecins n'ont fait aucune approche diététique.

Modalités de ces 17 prises en charge:

enquête alimentaire	81%
prescription diététique	100%
conseils généraux	81%
régime adapté	62%
menu type	6%
prescription médicamenteuse	47%

envoi au spécialiste	0%
suivi diététique	33%

On recense 25 prescriptions diététiques antérieures en rapport avec une constipation: On retrouve 6 médecins de plus qui ont été concernés par cette prescription et l'estimation des résultats par les médecins eux-mêmes donne 52% de résultats satisfaisants.

-Hémorroïdes (simples ou compliquées): Sur 14 résultats de consultation (13 médecins concernés), on recense 6 prises en charge diététiques (6 médecins).

Modalités:

enquête alimentaire	4 /6
prescription diététique	6 /6
conseils généraux	6 /6
menu type	1 /6
prescription médicamenteuse	4 /6
envoi au spécialiste	0 /5
suivi diététique	1 /6

-Dyspepsie de l'adulte: Sur 12 résultats de consultation (11 médecins concernés), on recense 5 prises en charges diététiques pendant la consultation, 2 prises en charge antérieures, et 5 non-prises en charge.

- 6 médecins ont réalisé une approche diététique dans tous les cas.
- 1 médecin l'a faite dans certains cas seulement.
- et 4 médecins n'ont fait aucune approche diététique.

Modalités de ces prises en charge:

enquête alimentaire	5 /5
prescription diététique	4 /5
conseils généraux	4 /4
régime adapté	2 /4
menu type	1 /4
prescription médicamenteuse	3 /5
envoi au spécialiste	0 /5
suivi diététique	3 /5

Surveillance de suites immédiates de chirurgie digestive: Sur les 11 résultats de consultation (10 médecins concernés), on recense 5 prises en charge diététiques pendant la consultation, 2 prises en charge antérieures, et 4 non-prises en charge.

- 6 médecins ont réalisé une prise en charge diététique dans tous les cas.
- 1 médecin l'a faite une fois sur deux.
- et 3 médecins jamais.

Modalités des prises en charge:

enquête alimentaire	2 /5
prescription diététique	5 /5
conseils généraux	4 /5
régime adapté	2 /5
prescription médicamenteuse	2 /5
envoi au spécialiste	0 /5
suivi diététique	1 /5

On recense 11 prescriptions diététiques antérieures pour cette pathologie. On retrouve 6 médecins supplémentaires qui ont été concernés par ces prescriptions et l'estimation des résultats par les médecins donne 91% de résultats satisfaisants

-Ulcères gastro-duodénaux: Sur 13 résultats de consultation (10 médecins concernés), on recense 5 prises en charge diététiques pendant la consultation, 4 prises en charge antérieures, et 4 non-prises en charge.

-7 médecins ont réalisé une approche diététique dans tous les cas.

-1 médecin l'a faite une fois sur trois.

-et 2 médecins jamais.

Modalités des prises en charge:

enquête alimentaire	2 /5
prescription diététique	5 /5
conseils généraux	5 /5
régime adapté	2 /5
prescription médicamenteuse	3 /5
envoi au spécialiste	0 /5
suivi diététique	1 /5

On recense 17 prescriptions diététiques antérieures pour cette pathologie: On retrouve 7 médecins supplémentaires qui ont été concernés par cette prescription. L'estimation des résultats par les médecins donne 88% de résultats satisfaisants.

-Vomissements (isolés): Sur 10 observations, on retrouve 3 médecins qui ont réalisé 4 prises en charge diététique en rapport avec des vomissements.

Modalités:

enquête alimentaire	2 /4
prescription diététique	3 /4
conseils généraux	3 /4
prescription médicamenteuse	0 /4
envoi au spécialiste	0 /4
suivi diététique	0 /4

-Ballonnements et flatulences: Sur 5 résultats de consultation, on retrouve 3 prises en charge diététiques (3 médecins).

Modalités:

enquête alimentaire	2 /3
prescription diététique	3 /3
conseils généraux	3 /3
régime adapté	1 /3
menu type	1 /3
prescription médicamenteuse	2 /3
envoi au spécialiste	0 /3
suivi diététique	1 /3

-Pyrosis et Hyperacidité: Sur 4 résultats de consultation (4 médecins), on recense 3 prises en charge diététiques pendant la consultation et 1 prise en charge antérieure.

Modalités:

enquête alimentaire	2 /3
prescription diététique	3 /3
conseils généraux	3 /3
prescription médicamenteuse	1 /3
envoi au spécialiste	0 /3
suivi diététique	1 /3

-Lithiases biliaires (simples ou compliquées): Sur 7 résultats de consultation (7 médecins), on retrouve 4 prises en charge diététiques.

Modalités:

enquête alimentaire	4 /4
prescription diététique	4 /4
conseils généraux	4 /4
régime adapté	1 /4
menu type	1 /4
prescription médicamenteuse	0 /4
envoi au spécialiste	2 /4
suivi diététique	0 /4

-Cirrhose hépatique: 4 résultats de consultation (4 médecins) -> 1 seule prise en charge diététique: avec enquête alimentaire, conseils généraux, régime adapté et menu type et suivi diététique.

-Hépatites Aiguës: 4 résultats de consultation -> 2 prises en charge diététiques pendant la consultation (avec enquête alimentaire, conseils généraux et régime adapté) et 2 prescriptions diététiques antérieures.

-Douleurs abdominales isolées: un médecin réalise une approche diététique pour des douleurs abdominales dont l'origine n'est pas précisée.

-Aptose buccale: 1 résultat de consultation -> 1 prise en charge diététique (conseils généraux sur l'alimentation uniquement).

-Taenia: 3 résultats de consultation -> 1 prise en charge diététique (enquête alimentaire et conseils généraux).

-Fausse-routes: 1 résultat de consultation -> 1 prise en charge diététique (conseils généraux et régime adapté).

-Fissures anales: 2 résultats de consultation -> 1 prise en charge diététique (enquête alimentaire, conseils généraux et prescription médicamenteuse).

-Pancréatite chronique: On recense 6 prescriptions diététiques antérieures réalisées par 6 médecins: 5 d'entre eux estiment le résultat satisfaisant.

-Intolérance au gluten: On recense 2 prescriptions diététiques antérieures -> 2 résultats satisfaisants.

#### -> **Pathologies cardiovasculaires:**

Elles représentent **7,1%** de l'ensemble des prises en charge diététiques. Variations de cette fréquence en fonction des médecins (cf graphique n°57)

24 médecins	0% de leurs prescriptions diét.
22 médecins	1 à 10%
16 médecins	11 à 20%
4 médecins	21 à 30%
2 médecins	31 à 40%
1 médecin	51 à 60%

#### -Hypertension Artérielle

L'HTA représente 9% des motifs de consultation et 9,8% des résultats: C'est le résultat de consultation le plus fréquemment rencontré dans notre enquête. Sur les 69 médecins, 4 seulement n'ont pas été concernés par cette pathologie.

L'HTA représente 5,2% des approches diététiques de notre enquête: Sur l'ensemble des observations comportant une HTA, on recense: (cf graphique n°55)

- 9,5% de prises en charge diététiques pendant l'enquête,
- 12,3% de prises en charge diététiques antérieures seulement,
- 78,2% ne comportant aucune approche diététique.

#### Variations selon les médecins:

-> Prises en charge diététiques pendant l'enquête: (cf graphique

n°56)

39 médecins	0% des HTA rencontrées
18 médecins	0 à 25%
6 médecins	25 à 50%
2 médecins	100%

-> Prises en charge diététiques antérieures seulement: (cf

graphique n°57)

34 médecins	0%
18 médecins	0 à 25%
9 médecins	25 à 50%
2 médecins	50 à 75%
2 médecins	100%

-> Non-prises en charge diététique: (cf graphique n°58)

4 médecins	0%
2 médecins	0 à 25%
9 médecins	25 à 50%
7 médecins	50 à 75%
21 médecins	75 à 99%
22 médecins	100%

#### Modalités de prise en charge diététique de l'HTA:

enquête alimentaire	64,8%
prescription diététique	94,5%
conseils généraux	96%
régime adapté	36,5%
menu type	13,5%
prescription médicamenteuse	37%
envoi au spécialiste	3,7%
suivi diététique	44,5%

Sur l'ensemble des prescriptions diététiques pour HTA,, antérieures à l'enquête, les médecins ont estimé à 80,9% le pourcentage de résultats satisfaisants.

### -Insuffisance Cardiaque Chronique

Sur les 40 résultats de consultation (26 médecins concernés) on recense 10 prises en charge diététiques pendant l'enquête, 9 prises en charge seulement antérieures, et 22 non-prises en charge.

- 11 médecins ont réalisé une approche diététique dans tous les cas,
- 2 médecins l' ont fait seulement pour certains patients,
- et 13 médecins n'en ont fait aucune.

#### Modalités de prise en charge:

enquête alimentaire	6 /10
prescription diététique	10 /10
conseils généraux	9 /10
régime adapté	2 /10
menu type	1 /10
prescription médicamenteuse	5 /10
envoi au spécialiste	0 /10
suivi diététique	2 /10

On retrouve 19 prescriptions diététiques antérieures qui permettent de recenser 6 médecins prescripteurs de plus. L'estimation des résultats par les médecins eux-mêmes donne 80% de résultats satisfaisants.

-Insuffisance Cardiaque Aiguë: Sur 7 résultats de consultation, on recense 2 prises en charge diététiques (conseils généraux isolés).

-Ulcères de jambe: 8 résultats de consultation -> 1 prise en charge diététique (conseils généraux associés à un régime adapté; et prescription médicamenteuse).

-Oedèmes des membres inférieurs: 4 résultats de consultation -> 1 prise en charge diététique (enquête alimentaire, conseils généraux et prescription médicamenteuse).

### **-> Etats infectieux fébriles**

Les pathologies infectieuses ont été des résultats de consultation très fréquents. Nous ne retiendrons que les observations où le médecin a précisé qu'il existait une hyperthermie. Nous supposons que dans les autres observations, la fièvre ne nécessitait pas de thérapeutique particulière.

Ces états fébriles représentent **3,8%** de l'ensemble des prises en charge diététiques. Variations de cette fréquence selon les médecins (cf graphique n°58)

59 médecins	0% de leurs prescriptions diét.
5 médecins	1 à 10%
3 médecins	11 à 20%
2 médecins	31 à 40%

Sur 570 observations où l'hyperthermie fut signalée, on recense 37 observations avec une approche diététique concernant la prévention ou le traitement de la déshydratation (6,5%).

Sur les 10 médecins qui ont réalisé ces approches diététiques:

- 4 médecins ont pris en charge moins de 25% des hyperthermies
- 5 médecins: 25 à 50%
- 1 médecin :60%

Modalités de ces 37 approches diététiques:

enquête alimentaire	13,5%
prescription diététique	100%
conseils généraux	91,9%
régime adapté	11%
prescription médicamenteuse	2,7%
envoi au spécialiste	0%
suivi diététique	5,4%

#### -> Pathologies rhumatologiques

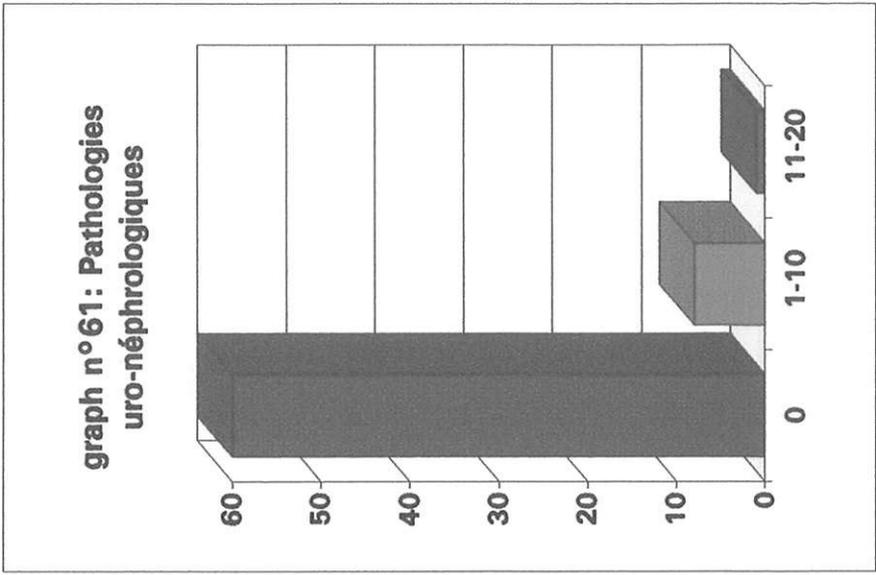
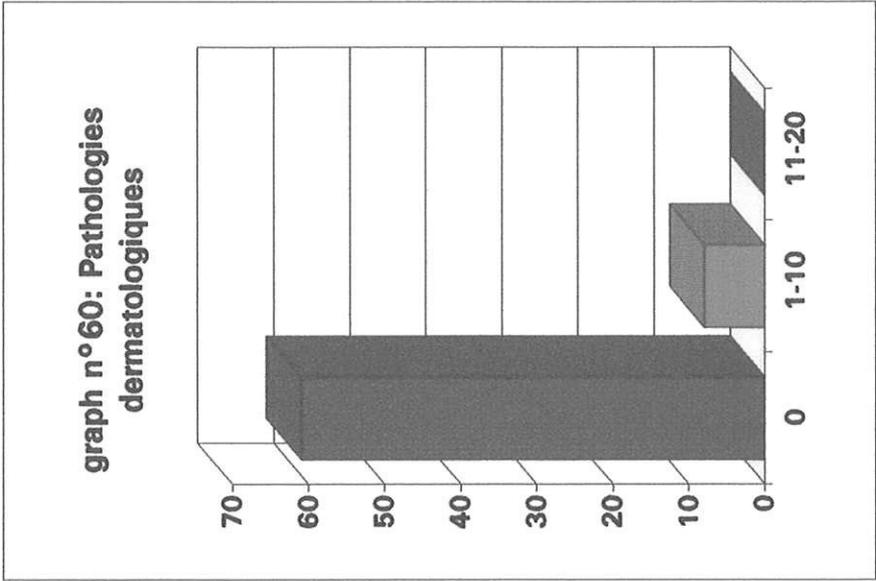
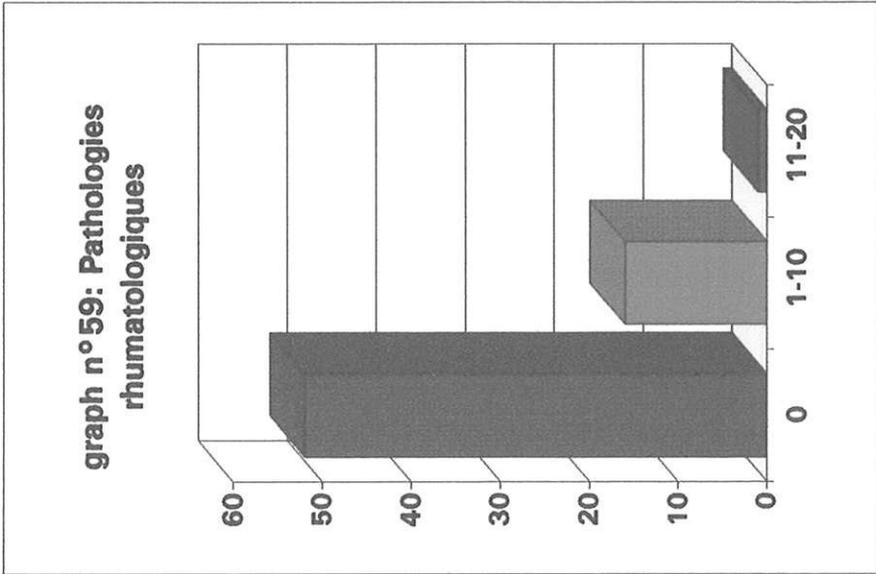
Elles représentent **1,7%** de l'ensemble des prises en charge diététiques. Variations selon les médecins (cf graphique n°59):

52 médecins	0% de leurs prescriptions diét.
16 médecins	1 à 10%
1 médecin	11 à 20%

#### -Goutte et Hyperuricémie:

Sur 23 résultats de consultation (18 médecins concernés), on recense 15 prises en charge diététiques pendant la consultation, 4 prises en charge antérieures et 4 non-prises en charge.

**FREQUENCE DE PRISE EN CHARGE DIETETIQUE SUR L'ENSEMBLE DES PRESCRIPTIONS DIETETIQUES**



-10 médecins ont fait une approche diététique pour tous les patients (pendant ou avant la consultation).

-1 médecin a fait une prescription diététique pour certains de ses patients seulement.

-3 médecins n'ont jamais fait de prise en charge diététique de cette pathologie.

**Modalités de ces approches diététiques:**

enquête alimentaire	13 /15
prescription diététique	15 /15
conseils généraux	15 /15
régime adapté	8 /15
menu type	2 /15
prescription médicamenteuse	11 /15
envoi au spécialiste	1 /15
suivi diététique	7 /15

On recense 22 prescriptions diététiques antérieures ce qui permet de recenser 10 médecins supplémentaires pour cette approche diététique. L'estimation des résultats par les médecins donne 81% de résultats satisfaisants.

**-Ostéoporose:**

Sur 11 résultats de consultation (7 médecins), on note 1 prise en charge diététique pendant la consultation (enquête alimentaire, conseils généraux et prescription médicamenteuse), 1 prescription diététique antérieure, et 9 non-prises en charge (5 médecins).

On recense 7 prescriptions diététiques antérieures:

- > 4 médecins de plus
- > 5 résultats satisfaisants

**-> Pathologies uro-néphrologiques**

Elles représentent 0,6% de l'ensemble des prises en charge diététiques. Variations de cette fréquence en fonction des médecins (cf graphique n°61)

60 médecins	0% de leurs prescriptions diét.
8 médecins	1 à 10%
1 médecin	11 à 20%

-Cystites et pyelocystites: 32 résultats de consultation -> 4 prises en charge diététiques (enquêtes alimentaires et conseils généraux), et 28 non-prises en charge.

-Lithiases rénales: 7 résultats de consultation (5 médecins) -> 1 prise en charge diététique (conseils généraux)  
-> 2 prescriptions diététiques antérieures

-Insuffisance Rénale Chronique: 7 résultats de consultation (7 médecins)  
-> 4 prises en charge diététiques pendant la consultation  
-> 2 prises en charge antérieures  
-> 1 non-prise en charge

Modalités de prises en charge:

enquête alimentaire	3 /4
prescription diététique	4 /4
conseils généraux	3 /4
régime adapté	4 /4
prescription médicamenteuse	1 /4
envoi au spécialiste	0 /4
suivi diététique	2 /4

On recense 8 prescriptions diététiques antérieures  
-> 4 médecins de plus  
-> 6 résultats satisfaisants

#### -> Pathologies dermatologiques

Elles représentent 0,7% de l'ensemble des prises en charge diététiques. Variations de cette fréquence en fonction des médecins (cf graphique n°60)

61 médecins	0%
8 médecins	1 à 10%

-Urticaire: 9 résultats de consultation -> 4 prises en charge diététiques (3 médecins): enquêtes alimentaires: 4/4 , prescriptions diététiques: 2/4 avec conseils généraux pour l'une et régime adapté pour l'autre.

-Acné: 8 résultats de consultation -> 3 prises en charge diététiques (3 médecins): enquêtes alimentaires et conseils généraux.

-Eczéma: 19 résultats de consultation -> 1 prise en charge (enquête alimentaire, conseils généraux et suivi diététique)

-Cellulite: 3 résultats de consultation -> 1 prise en charge (enquête alimentaire, conseils généraux + régime adapté + menu type, prescription médicamenteuse et suivi diététique)

#### -> Divers

-Troubles liés à la pilule: 1 résultat de consultation -> 1 prise en charge diététique (enquête alimentaire, conseils généraux).

-Suites de couches: 1 résultat de consultation -> 1 prise en charge (enquête alimentaire, suivi diététique).

-Surveillance d'une corticothérapie: 4 résultats de consultation: -> 3 prises en charge diététiques (enquête alimentaire: 2/3, conseils généraux: 3/3, régime adapté: 2/3, suivi diététique: 1/3).

-Migraines: 24 résultats de consultation: -> 1 seule prise en charge diététique (enquête alimentaire et conseils généraux).

-Demande de sevrage tabagique: 11 résultats de consultation (6 médecins concernés) -> 5 prises en charge diététiques (3 médecins).

Modalités de prise en charge:

enquête alimentaire	4 /5
prescription diététique	4 /4
conseils généraux	4 /4
régime adapté	3 /4
prescription médicamenteuse	3 /5
suivi diététique	3 /5
envoi au spécialiste	0 /5

-Crise d'acétonurie chez l'enfant: 2 résultats de consultation -> 2 prises en charge diététiques (2 enquêtes alimentaires, conseils généraux pour l'une et régime adapté pour l'autre, prescription médicamenteuses dans les deux cas).

-Insuffisance thyroïdienne: 21 résultats de consultation -> 1 prise en charge diététique (conseils généraux et prescription médicamenteuse).

-A noter l'Insuffisance Respiratoire Chronique n'a pas bénéficié de prise en charge diététique, malgré 9 résultats de consultation.

## DISCUSSION

### 1) CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE

#### 1) Le type d'enquête

Nous intéressants à l'approche qui peut être faite des problèmes diététiques en médecine générale, nous voulions établir un état des lieux dans le département de la Charente. Nous avons donc choisi une enquête d'observation, sur le mode transversal.

Ce type d'étude nous a paru préférable (car pouvant refléter plus la réalité) à un travail sur des données auto-rapportées. Les médecins, dans ces conditions, auraient dû faire appel à leur mémoire et auraient pu avoir tendance à vouloir se montrer sous un jour favorable.

Mais le mode prospectif a l'inconvénient de pouvoir influencer le comportement des médecins, qui, connaissant le thème de notre travail, peuvent être sensibilisés au problème.

#### 2) La fiche d'observation

Pour ce travail, il nous a fallu établir une fiche d'observation qui tout en apportant un maximum d'informations, devait rester la plus simple possible, afin de ne pas demander trop de temps lors du remplissage.

Cette recherche de simplicité a fait que certains aspects de la diététique en médecine générale n'ont pu être abordés: en particulier les difficultés rencontrées lors de la prescription d'un régime avec les aspects particuliers de la relation médecin-malade que cela suppose.

Nous n'avons pas non plus fait préciser certaines conditions de la prescription diététique: par exemple la longueur de la consultation, ou les explications fournies au patient concernant le régime (mode

de cuisson des aliments, ou répartition des repas). Et surtout nous n'avons pas demandé de précision sur le contenu de leurs prescriptions.

### 3) L'échantillon médical

Le choix de cet échantillon n'a pas été randomisé, puisque dépendant directement de la bonne volonté des médecins. En effet l'enquête s'adressait à tous les médecins généralistes charentais, même si malheureusement, un certain nombre n'a pu être contacté (environ 19%).

Parmi les médecins qui ont refusé de participer, rares sont ceux qui nous ont déclaré ne pas être intéressés par le sujet. Et à l'inverse, parmi les médecins qui ont accepté de participer, certains nous ont dit que la diététique n'était pas leur "point fort", et qu'ils acceptaient plus par solidarité avec un futur confrère. Nous ne pensons pas que dans l'ensemble, le choix des médecins ait été influencé par l'intérêt qu'ils accordaient au sujet de notre enquête.

Quoiqu'il en soit, l'échantillon de ces médecins apparaît statistiquement comparable à l'ensemble des médecins généralistes de Charente, en ce qui concerne les répartitions en âge, sexe, année de thèse et lieu d'exercice: tests de Kolmogorov-Smirnov (cf annexes 5 et 6).

### 4) Critique de la période où s'est déroulée l'enquête

L'enquête s'étant déroulée dans une période hivernale (février-mars 1993), on ne peut ignorer l'influence d'un facteur saisonnier. Et nous ne nous étonnons pas devant la prépondérance des pathologies infectieuses dans les résultats de consultation.

Mais nous préférons cette période à celle qui précède l'été et les vacances, où un certain regain d'intérêt pour kilos superflus aurait fortement influencé la demande et donc la prise en charge diététique.

### 5) Problème du recueil des données

Nous avons été confrontés au problème du langage commun en médecine générale. En effet c'est la Classification Internationale des Maladies de l'OMS qui est utilisée dans l'enseignement médical. Mais cette classification répond surtout aux pratiques hospitalières et elle n'est pas adaptée aux faits observés en médecine générale. La Société

Française de Médecine Générale, après RN. BRAUN, s'est employée à trouver une classification pouvant répondre aux besoins de la pratique ambulatoire en Médecine Générale (22).

Il a été nécessaire de coder tous les motifs et résultats de consultation pour l'exploitation informatique. Nous avons donc utilisé la classification de RN. BRAUN bien plus performante pour le recueil des données observables par les médecins généralistes.

La difficulté dans cette démarche, a consisté dans le manque de pratique de cette classification par les médecins généralistes. Ce qui pose le problème de l'unicité du langage lors du recueil des données.

Exemple: le terme "angine" recouvre-t-il réellement la description de cette affection ou n'a-t-il pas été utilisé lors de pathologies de type "mal de gorge" (selon RN. BRAUN) et donc mal étiqueté?

C'est un domaine dans lequel la Médecine Générale aura à travailler, pour parvenir à une recherche de qualité.

Par ailleurs, il a été demandé aux médecins de bien individualiser motifs et résultats de consultation, ce qui n'a pas été fait..

D'autre part, le terme "indication" de prescription diététique n'a pas eu pour tous le même sens: certains ont parfois noté le régime prescrit ou même une justification de la prescription.

#### 6) Le choix de l'index de Masse Corporelle

Nous avons choisi cet index parce qu'il est devenu la référence internationale. Mais si chez l'adulte, il permet effectivement par sa seule valeur de juger de la corpulence d'un individu, chez l'enfant, l'âge doit être pris en compte puisque la masse grasse varie au cours de la croissance (21).

L'évaluation de la prévalence de l'obésité dans notre population par le seul Index de Quetelet n'est donc valable que pour les individus adultes. Ainsi, nous n'avons malheureusement pas pu apprécier la surcharge pondérale chez les enfants, ni étudier sa prise en charge diététique.

## 2) COMMENTAIRES DES RESULTATS

### Pathologies rencontrées en Médecine Générale et place de la Diététique:

Dans la période où a été effectuée notre enquête, c'est-à-dire février 1993, on note dans les pathologies rencontrées la prépondérance de l'hypertension artérielle et de sa surveillance (9,8%) et l'importance des maladies infectieuses: syndrome grippal(9%), puis rhinopharyngites, bronchites aiguës, angines, otites, sinusites, pharyngites, rhinites et gastro-entérites.

L'indicateur médical du Panorama du Médecin (15) retrouve pour cette même période, cette nette prépondérance avec par ordre de fréquences décroissantes: rhinopharyngites, HTA puis angines, bronchites aiguës, gastroentérites, sinusites aiguës, pharyngites aiguës, rhumes et gripes. On retrouve la prépondérance de l'HTA dans les travaux de RN. BRAUN (7), et de la Société Française de Médecine Générale (23)

Dans le cas particulier de la surcharge pondérale, la prévalence relevée par les résultats de consultation est sous-estimée par rapport à la réalité: En effet si la surcharge pondérale représente 6% des résultats de consultation, on retrouve un surpoids ( $BMI > 25\text{kg/m}^2$ ) chez 28,5% des personnes qui ont consulté pendant notre enquête.

Les patients vraiment obèses ( $BMI > 30$ ) représentent environ 7% de cette population. Cela rejoint une étude comparative de la prévalence de l'obésité en France, en Grande-Bretagne et aux USA (16) où l'obésité en France était évaluée à 7% de la population (contre 9% en Grande-Bretagne et 15% aux USA), l'auteur considérait comme obèses les hommes de  $BMI > 29,4$  et les femmes de  $BMI > 27,4$ .

On se rend compte que la diététique a une place très importante en Médecine Générale, si on note que les maladies nutritionnelles correspondent à 13% des résultats de consultation et que les pathologies pouvant être en rapport avec la diététique correspondent à plus de 33% des résultats de consultation.

On en conclut que presque la moitié des résultats de consultation pourrait être l'objet d'une approche diététique, ce qui est loin d'en faire une thérapeutique annexe.

### Existe-t-il une demande diététique de la part des patients?

Il a été demandé aux médecins de préciser lors de chaque observation, s'il existait une demande diététique de la part du patient. Nous n'avons pu le constater que pour certaines pathologies comme la boulimie (3 demandes sur 5 résultats de consultation), la cellulite (2 demandes sur 3 résultats), l'anorexie (3 demandes sur 8 résultats), la dénutrition (3 motifs sur 14 résultats), la préparation alimentaire du sportif (3 demandes sur 3) et enfin la surcharge pondérale.

Parmi les 5 patients ayant bénéficié d'une prise en charge diététique pour surcharge pondérale, seulement un patient sur 5 en avait fait la demande, Et sur l'ensemble des patients ayant un surpoids (qu'il soit modéré ou massif), un patient sur 10 a fait une demande auprès de son médecin. Mais il faut rappeler que l'enquête ne s'est pas déroulée dans la période plus propice à ce genre de demande qu'est celle qui précède les vacances d'été.

Pour les autres pathologies, il ne semble pas y avoir de demande du patient. Soit effectivement qu'il n'y en a pas, soit que le médecin a omis de le préciser. Ce qui peut être le cas: quand on prend par exemple l'examen du nourrisson, on est en droit de penser que la diversification alimentaire est une demande de la part de certaines mères.

Pour le diabète et les dyslipidémies, dont la surveillance a motivé la consultation, on ne peut dire si le patient fut demandeur ou pas de prise en charge diététique.

Il est à noter également qu'il n'y a rarement qu'un seul motif de consultation en Médecine Générale (en moyenne 1,28 motifs par observation dans notre étude). S'il y a une demande diététique de la part du patient, elle peut être noyée parmi d'autres motifs.

Etant donnée la faible fréquence où il est précisé que la demande diététique vient du patient, on peut quand-même conclure que c'est surtout le médecin qui doit intervenir et proposer l'approche diététique. Il a donc fallu dans la majorité des cas, que cet abord diététique suscite un certain intérêt chez le médecin.

On retrouve des résultats similaires dans une étude sur la diététique en Médecine Générale (17) où 60 des 84 médecins interrogés, pensent que la demande du malade est inférieure à la proposition du médecin.

Dans cette même étude, 81 médecins sur 84 pensent que les problèmes diététiques sont du ressort du généraliste.

On trouve une deuxième étude, française également, (3) où à l'inverse l'auteur concluait que les médecins généralistes ne semblaient pas réellement intéressés par les problèmes diététiques.

Dans une enquête canadienne sur le rôle des médecins dans l'éducation nutritionnelle de leurs patients (14), 97% des médecins interrogés admettent que c'est un rôle important que doivent assumer les médecins généralistes.

### La fréquence des prises en charge diététiques:

On constate qu'environ 1 acte sur 5 comporte une approche diététique avec une moyenne de 3,2 actes par jour et par médecin.

On peut dire que la diététique est un outil thérapeutique qu'utilisent beaucoup les médecins généralistes. Parfois ils ne le réalisent peut-être pas: en effet, certains médecins après l'enquête, ont avoué qu'ils pensaient faire beaucoup moins de prescriptions diététiques.

Bien sur chaque médecin a son individualité: si 13 médecins utilisent la diététique dans moins de 10% des cas, 4 médecins l'ont utilisé dans plus de 50% des cas.

Aucun des médecins n'a fait aucune prescription diététique.

Parmi les 4 médecins qui en font plus de la moitié, on note qu'il y a 2 médecins qui ont reçu une formation supplémentaire en diététique ou nutrition.

On ne constate aucune influence (statistiquement significative) de l'âge, du sexe ou du lieu d'installation des médecins sur la fréquence de ces approches diététiques (cf annexe 7).

Lors d'une étude (17) où 84 médecins généralistes étaient interrogés:

leur activité

46 estimaient les problèmes diététiques à moins de 20% de

29 à moins de 50%

4 médecins à 50%

et 5 à plus de 50%

En plus de ces 19,6% de patients ayant bénéficié d'une prise en charge diététique pendant notre temps d'observation, il faut noter que 22% des patients ont eu une prescription diététique antérieure à l'enquête. Ce qui ramène à 41,6% le nombre de patients pour lesquels le médecin utilise ou a utilisé la diététique.

### Quelles pathologies sont prises en charge sur le plan diététique?

La priorité va aux maladies nutritionnelles, dont les plus fréquentes sont la surcharge pondérale, les dyslipidémies et le diabète qui totalisent à eux trois plus de 51% des approches diététiques. La surcharge pondérale a concerné 66 médecins sur 69, les dyslipidémies 49 médecins et le diabète 53 médecins.

Mais on constate que d'une façon générale, les autres pathologies ne sont pas ignorées.

On retrouve des approches diététiques pour toutes sortes de pathologies rencontrées en Médecine Générale: des pathologies digestives (plus de 22% des

prescriptions diététiques), des maladies cardiovasculaires (plus de 7%), des états fébriles (3,8%), des pathologies rhumatologiques, dermatologiques, ou uro-néphrologique

Ces résultats rejoignent une enquête canadienne s'adressant à des médecins généralistes (14) où la plupart des médecins interrogés déclaraient que les thèmes discutés le plus largement étaient l'obésité, les maladies cardiovasculaires ainsi que la constipation et le diabète.

La **prévention** nutritionnelle n'a pas été oubliée, puisque 5,3% des prises en charge diététiques ne s'adressent à aucune pathologie en particulier, mais sont des prescriptions d'hygiène alimentaire. Mais on ne retrouve ce type d'éducation nutritionnelle que chez 40% de nos médecins et de façon très épisodique. Une alimentation équilibrée est pourtant un élément nécessaire à la prévention de toute une série d'affections (et cela n'implique pas forcément des renoncements déchirants à des habitudes alimentaires anciennes).

Les médecins généralistes interrogés lors d'une enquête (3), déclarent globalement ne pas se sentir assez concernés, estimant n'avoir pas été formés et que la prévention de groupe n'est pas de leur ressort.

Seulement 2,3% des prises en charge diététiques s'adressent à des états physiologiques nécessitant des besoins nutritionnels particuliers: nourrissons, femmes enceintes ou allaitantes, sportifs de haut niveau.

Dans une enquête canadienne (14), les médecins généralistes interrogés semblent accorder plus d'importance à ces états physiologiques (surtout alimentation du nourrisson et grossesse): 80 à 89% déclarent aborder couramment ces sujets sur le plan nutritionnel.

#### -Quelles sont les pathologies qui semblent être une priorité diététique pour les médecins généralistes?

Les pathologies qui semblent le "mieux" prises en charge sont les **dyslipidémies**: seulement 5,8% de non-prise en charge diététique, le diabète: 13,1% de non-prise en charge diététique et les maladies nutritionnelles peu fréquentes: boulimie, anorexie, hypoglycémies qui comportent 11,4% de cas non traités sur le plan diététique.

Puis viennent les **pathologies gastro-entérologiques** (32,8% de non-prise en charge en moyenne), avant la **surcharge pondérale** qui comporte globalement 35,2% de non-traités. Mais ce pourcentage diminue quand augmente l'importance du surpoids, ce qui est plutôt rassurant.

En effet le traitement des surcharges pondérales modérées ( $25 < \text{BMI} < 30$ ) peut rester discutable: un ensemble de facteurs devant être pris en considération, comme l'existence ou non de facteurs de risque vasculaire associés. Dans notre enquête, 60% de ces surpoids ne sont pas traités.

Pour les obésités franches ( $30 < \text{BMI} < 40$ ), on obtient 28,6% de patients non-traités, et pour les obésités massives, 4 patients sur 26 n'ont reçu aucun conseil diététique (?).

On trouve ensuite les pathologies rhumatologiques (38,2% de cas non-pris en charge sur le plan diététique): l'**hyperuricémie** en particulier est rarement ignorée sur le plan diététique (17%).

Ces résultats rejoignent les opinions émises par les médecins généralistes interrogés dans d'autres études:

-dans une enquête française (3), les médecins pensent que les dyslipidémies pour lesquelles le régime est très important, sont plus faciles à traiter que le diabète et surtout que l'obésité. Cela peut être une des raisons pour laquelle ils s'impliquent moins souvent dans le traitement de l'obésité.

-une enquête auprès de médecins généralistes britanniques (12), retrouve les mêmes opinions: la prise en charge des surpoids et obésités est difficile et apporte peu de récompenses professionnelles.

Parmi les pathologies qui sont moins souvent abordés sur le plan diététique, on trouve:

-Les **états physiologiques** aux besoins nutritionnels particuliers: en moyenne 58,4% de non-prise en charge diététique, avec surtout la surveillance alimentaire de la femme enceinte: 81% de non-prise en charge; celle des nourrissons étant un peu plus souvent abordée: 42% de non-prise en charge.

-Les **pathologies uro-néphrologiques**, en particulier les cystites: 76,9% de non-prise en charge diététique.

-Les pathologies cardiovasculaires, l'**hypertension artérielle** n'ayant pas été l'objet de mesure diététique dans 78,2% des cas.

Or les recommandations actuelles pour le traitement de l'HTA (19) comprennent la limitation des apports sodés à 4 à 6 grammes de sel par jour, ainsi qu'une limitation de la prise d'alcool et du tabagisme, sans oublier la réduction pondérale chez l'hypertendu obèse.

Dans une enquête récente sur l'attitude des médecins français face à l'HTA associée au diabète (20):

1) on retrouve les mêmes prévalences pour l'HTA: (51 hypertendus /mois /médecin) et pour le diabète: (17 diabétiques /mois /médecin) Si on ramène au mois le nombre de patients vus par les médecins de notre enquête on retrouve 52 HTA /mois /médecin et 15 diabètes /mois /médecin

2) mais les mesures hygiéno-diététiques semblent là aussi trop négligées: si les recommandations sur les sucres alimentaires semblent une priorité (56% des médecins), le sel arrive en seconde position (seulement 46% des médecins) avec faibles mentions pour le tabagisme et l'alcoolisme.

-Les **états infectieux fébriles**: 93,5% de non-prise en charge diététique! Seulement 10 médecins ont fait ces prescriptions diététiques. On peut dans ce contexte se poser les questions suivantes:

-Les médecins ont-ils pris les mesures nécessaires pour éviter ou traiter la déshydratation mais ils ne l'ont pas noté car ne réalisant pas qu'il s'agissait d'une mesure diététique ?

-Ou apparaît-il tellement évident, pour la majorité des médecins, qu'il faut augmenter les apports liquidiens lors d'une hyperthermie, qu'ils ne le précisent pas à chaque fois au patient ?

On peut se poser les mêmes questions en ce qui concerne la prise en charge diététique des maladies urologiques en particulier des cystites où seulement 4 patients sur 32 ont reçu des recommandations diététiques concernant les apports liquidiens.

Nous avons noté certaines pathologies qui n'ont pas fait l'unanimité en ce qui concerne leur prise en charge diététique. Or d'après une étude du Collège Australien de la Médecine Nutritionnelle et de l'Environnement (8), la plupart des maladies sont associées à des facteurs nutritionnels. Une intervention diététique est ainsi préconisée dans certaines pathologies qui à priori sembleraient ne pas avoir de rapports avec la diététique.

Ce sont par exemple: les migraines (aliments antigéniques, efficacité du magnésium), l'acné (déficiences en zinc et en vitamine A), ou l'eczéma (intolérances alimentaires, déficits en sélénium ou en acides gras essentiels) pour lesquels on retrouve dans notre étude des prescriptions diététiques.

#### Les modalités de prise en charge diététique:

L'enquête alimentaire est loin d'être systématique: Elle est réalisée en moyenne dans 67,2% des prises en charge diététiques, mais pour la moitié des médecins, dans plus de 70% des cas. Dans une autre étude de Médecine Générale (17), 56 médecins sur 84 déclaraient pratiquer une enquête alimentaire.

Pour une approche diététique satisfaisante, l'enquête alimentaire est nécessaire dans la plupart des maladies car nous pensons que le principe même de la diétothérapie est de corriger les erreurs alimentaires de nos patients.

Les pathologies qui nous paraissent les plus concernées sont:

-l'obésité: en moyenne 72% d'enquêtes alimentaires, 24 médecins la font dans tous les cas mais 7 médecins jamais. Dans une enquête évaluant la satisfaction de 100 patientes demandeuses d'amaigrissement auprès de leur médecin généraliste (4), 18 patientes sur 100 déclaraient avoir eu une enquête alimentaire.

-les dyslipidémies: en moyenne 75,9% d'enquêtes alimentaires, 22 médecins la réalisent dans tous les cas et 4 médecins jamais. Or il est établi actuellement qu'il existe des causes diététiques de l'hyperlipidémie (10) qui relèvent de trois excès alimentaires: aliments riches en acides gras saturés, aliments riches en cholestérol et aliments hypercaloriques. Il ne faut pas négliger également l'existence d'hypertriglycéridémies glucido-dépendantes (9)

Il nous apparaît donc primordial de connaître avant traitement le statut alimentaire de ces patients.

-le diabète: 73,5% d'enquêtes alimentaires: 27 médecins dans tous les cas et 7 médecins jamais.  
-le traitement des maladies cardiovasculaires: 64,3%  
-l'hyperuricémie: 86,7%  
-la plupart des problèmes digestifs: en moyenne 63,8% d'enquêtes alimentaires

Mais dans certaines pathologies il peut paraître moins primordial d'analyser les habitudes alimentaires de ses patients. C'est le cas notamment du traitement des états infectieux fébriles: en effet on ne trouve que 13,5% d'enquêtes alimentaires.

Si ces enquêtes alimentaires ne sont pas aussi systématiques qu'on pourrait le souhaiter, on peut s'interroger sur les raisons:

On peut incriminer un problème de temps, une bonne évaluation alimentaire ne pouvant pas se faire en cinq minutes.

Et surtout le manque de formation à l'analyse nutritionnelle, hiatus dans les études médicales que l'on ne retrouve pas seulement en France (USA, Australie) comme en témoignent des publications récentes (3, 11, 18). Il est à noter que les 4 médecins qui ont suivi une formation supplémentaire en diététique ou nutrition, ont réalisé plus d'enquêtes alimentaires que la moyenne de leurs confrères.

#### **La prescription diététique, sous quelle forme?**

Il est intéressant de noter que plus de la moitié des prescriptions diététiques (51,6%) comportent la prescription d'un régime personnalisé, adapté au patient. Les autres prescriptions sont soit des conseils généraux sur l'alimentation (44,3%), soit celle d'un menu type sur formulaire pré-imprimé (4,1%).

La place réservée aux régimes adaptés est plus importante pour la prise en charge de la surcharge pondérale et du diabète (respectivement 65 et 62%) ce qui semble logique. Mais elle n'est pas négligeable non plus pour les dyslipidémies (plus de 57%), l'hyperuricémie (53%), les conseils nutritionnels aux femmes enceintes et aux nourrissons (48%), les prescriptions d'hygiène alimentaire (51%), les pathologies digestives (44%) et même les maladies cardiovasculaires (36%).

En ce qui concerne la surcharge pondérale, alors que la moyenne de prescription de régime adapté est de 65%, on note que 3 des 4 médecins ayant suivi une formation complémentaire en diététique ou nutrition, en prescrivent plus de 90%. Là aussi, peut-être qu'une formation plus approfondie pourrait contribuer à une meilleure gestion diététique.

Quoiqu'il en soit, le comportement des médecins charentais de notre enquête, semble légèrement différent de celui des médecins généralistes interrogés dans une autre étude (17) où 70% des médecins donnaient un régime

pré-imprimé, 65% ne donnaient parfois que des conseils oraux et 50% rédigeaient souvent eux-mêmes des ordonnances.

De même, une enquête auprès de patientes demandeuses d'amaigrissement auprès de leur médecin généraliste (4), rapporte que 50 patientes sur 100 ont eu une prescription de régime dont seulement 9 ont été personnalisés.

Il semblerait, par rapport à ces deux études, que les médecins de notre enquête prescrivent plus souvent des régimes personnalisés qu'ils n'utilisent de menus pré-imprimés.

Par contre il existe une part importante de conseils généraux isolés sur l'alimentation: 44,3% en moyenne, mais ce sont surtout les pathologies non nutritionnelles qui reçoivent ce genre conseils.

### **La prescription médicamenteuse en diététique:**

Notre questionnaire ne nous a pas permis de préciser quels médicaments ont été utilisés en diététique, mais nous avons des résultats quantitatifs. En moyenne 47,7% des prises en charge diététiques comportent une prescription médicamenteuse.

-Pour la surcharge pondérale, on retrouve 43% de prescription médicamenteuse. Nous ignorons s'il y a une demande des malades; mais dans une étude portant sur 100 femmes demandeuses d'amaigrissement auprès de leur médecin généraliste (4), rapporte que 68 patientes ont reçu une prescription médicamenteuse et 27 l'avaient demandé.

Dans le domaine de l'obésité, chaque cas est particulier. Il est impossible de situer la place des médicaments au sein d'un arbre décisionnel pré établi (2). Rarement utiles d'emblée, ils peuvent s'avérer nécessaires pour lutter contre une anxiété ou dans certains troubles du comportement alimentaire.

Les seules prescriptions médicamenteuses utiles sont celles de supplémentation dans le cadre d'un régime très restrictif (moins de 1200 kJcal) (1).

Concernant les diurétiques et les extraits thyroïdiens, il existe un consensus général sur l'inefficacité à long terme et les dangers de telles thérapeutiques.

Les anorexigènes ne sont indiqués que comme adjuvants des régimes au cours des obésités médicales; Et il est préférable d'utiliser la dexfenfluramine (ISOMERIDE<sup>®</sup>) anorexigène à action sérotoninergique, qui n'est pas psychostimulant.

Ballasts et aliments de lest peuvent être prescrits chez les sujets se plaignant d'une sensation de vacuité gastrique (1).

-Dans 68,4% des prises en charge diététiques des dyslipidémies, on note une prescription médicamenteuse. Cela correspond à une part importante de troubles lipidiques traités pharmacologiquement, quand on pense que les recommandations actuelles (10) sont d'utiliser la diététique seule pendant six mois avant de considérer les agents pharmacologiques d'abaissement des lipides. En effet, chez la plupart des patients ayant une augmentation modérée du cholestérol, la diététique est couronnée de succès, et il ne devrait pas y avoir de recours au traitement médicamenteux. Et pour des niveaux très élevés de

cholestérol, on recommande de prolonger le régime seul pendant deux ou trois mois.

-Pour le traitement du diabète, on retrouve 73,5% de prescription médicamenteuse. Malheureusement, les médecins ont rarement précisé le type du diabète; Or si la nécessité d'un traitement médicamenteux ne laisse aucun doute pour le diabète insulino-dépendant, il n'en est pas de même pour le diabète gras.

-La prescription médicamenteuse en rapport avec la diététique est également conséquente pour les pathologies digestives (en moyenne 59%), les pathologies cardiovasculaires (37%), les autres maladies nutritionnelles (49%) et la goutte (73%): mais il est établi pour cette pathologie que dans de nombreux cas, les prescriptions hygiéno-diététiques ne suffisent pas à elles seules à ramener l'uricémie à un taux de sécurité (6).

-Il est des pathologies où on constate peu de prescription médicamenteuse en rapport avec la diététique: c'est le cas des états fébriles (3%), des états physiologiques comme la grossesse ou les nourrissons (4%), des pathologies uronéphrologiques (14%) ou dermatologiques (11%) et des prescriptions d'hygiène alimentaire (0%).

#### **Le recours au spécialiste en diététique:**

D'une façon générale, les médecins généralistes envoient très peu leurs patients au spécialiste -c'est-à-dire diététiciens ou autres spécialistes de la nutrition- lors des problèmes diététiques rencontrés: (en moyenne 4,7%).

C'est un taux encore plus bas que celui observé dans d'autres études: dans une enquête auprès de médecins généralistes français (3), 24 des 37 médecins interrogés déclaraient adresser facilement leurs patients aux spécialistes pour un problème nutritionnel. Sur 100 femmes demandeuses d'amaigrissement auprès de leur médecin généraliste (4), 18 déclaraient que leur médecin avait fait appel à un autre consultant dont la majorité étaient des diététiciennes. Une étude canadienne (22) rapporte que 22% des médecins interrogés envoyaient au spécialiste jamais ou rarement. Dans notre étude, 65% des médecins n'ont jamais recours au spécialiste.

Mais il est possible que le résultat de notre enquête ne reflète pas complètement la réalité, car il a été demandé aux médecins de noter ce recours au spécialiste dans le cadre de la prise en charge diététique, donc nous n'avons pu évaluer les cas où le médecin envoyait au spécialiste quand il se dispensait d'une approche diététique.

Quoiqu'il en soit, il ressort des publications actuelles (14,11,13), que les médecins n'emploient que rarement les compétences des diététiciennes ou des nutritionnistes, peut-être en rapport avec un problème d'accès à ces

professionnels et avec un problème de remboursement: En France, pour avoir une consultation diététique et pour que le patient soit remboursé de cette consultation, il faut passer par une consultation spécialisée endocrinologique ou hospitalière. En Australie, ces services doivent également être recherchés par l'intermédiaire d'institutions plus importantes, hospitalières le plus souvent (11).

Nous trouvons un peu dommage cet état de fait, car si nous pensons que la prise en charge diététique est du ressort du généraliste, peut-être que l'apport de compétences supplémentaires des techniciens de la diététique permettrait une meilleure gestion de ces problèmes, notamment au vu des problèmes de temps rencontrés en Médecine Générale.

### **Le suivi diététique:**

En moyenne, les médecins reconvoquent leurs patients pour le suivi diététique, dans 45,3% des prises en charge.

Pour des pathologies aiguës, il est fort concevable qu'il n'y ait pas souvent de suivi diététique demandé par le médecin: en effet 7% de ces patients seulement sont reconvoqués pour le problème diététique.

Pour des pathologies chroniques, les médecins semblent reconvoquer plus facilement leurs malades, mais c'est seulement dans 60% de ces pathologies en moyenne.

C'est le cas du diabète (51,8%) où le suivi diététique s'intègre dans le suivi global de la maladie.

Si pour les dyslipidémies, les médecins demandent à 70% de leurs patients de les revoir, pour les surcharges pondérales, ce taux est à 65,4%.

Pour certaines pathologies ce taux est même inférieur à 50%: alcoolisme, Hypertension artérielle, goutte et colopathies fonctionnelles.

Ces taux de reconvoication semblent néanmoins insuffisants pour ces pathologies qui demanderaient une prise en charge diététique de longue haleine.

Plus de la moitié des médecins de notre enquête ont reconvoqué leurs patients dans moins de 50% des cas, et si 10 médecins ont demandé à tous leurs patients de les revoir pour le problème diététique, 8 médecins ne l'ont jamais demandé.

Il est à noter que les 4 médecins qui ont reçu une formation supplémentaire en diététique, ont reconvoqué beaucoup plus souvent leurs patients que la moyenne (70 à 90%).

Ces résultats nous amènent à penser qu'il existe peut-être une sorte de pudeur de la part des médecins généralistes dans ce domaine, qui fait qu'ils ne voudraient pas avoir l'impression de "forcer la main" de leurs patients.

Pourtant l'étude portant sur les 100 femmes demandeuses d'amaigrissement auprès de leur médecin généraliste (4) rapporte que 61 d'entre elles avaient été reconvoquées et que cela avait influé sur la satisfaction globale de ces patientes.

### Les résultats obtenus en diététique:

On peut arriver à une évaluation des résultats obtenus par les médecins qui ont participé à l'enquête: en effet, pour les prescriptions diététiques antérieures à l'enquête, les médecins ont précisé si le résultat leur a paru satisfaisant ou non.

Pour la surcharge pondérale, on obtient 35% de résultats satisfaisants en moyenne; mais pour 11 médecins, aucun résultat et pour 3 médecins, plus de 75% de résultats satisfaisants.

Pour les 4 médecins qui ont reçu une formation complémentaire en diététique, les résultats sont variables: 2 médecins font respectivement 77 et 87% et les deux autres obtiennent 22 et 40%.

Cela rejoint les résultats d'une étude canadienne (18) qui retrouve des différences peu significatives sur les recommandations nutritionnelles apportées aux patients, entre les médecins généralistes qui ont reçu un enseignement nutritionnel exhaustif et les autres médecins.

Pour beaucoup de médecins, l'obésité est une des pathologies les plus difficiles à prendre en charge, et nos résultats reflètent bien ces difficultés rencontrées par les médecins généralistes. Pour les médecins britanniques interrogés lors d'une étude sur l'obésité (12), c'est un travail difficile et qui donne peu de récompenses professionnelles; les patients sont plus facilement influencés par la famille ou les médias que par leur médecin et la plupart ont plus de souci esthétique que de raison de santé ou de forme.

Les motifs de non observance du régime prescrit sont nombreux. Dans une enquête auprès de patients interrogés sur le régime alimentaire en général (5), on recense parmi les différents motifs:

- les causes d'inobservance impliquant une part de responsabilité du médecin: elles sont citées dans 18% des réponses seulement.
- alors que les causes d'inobservance impliquant le vécu du régime par le patient, sont de loin les plus citées: incompatibilité avec les menus familiaux, avec la vie professionnelle, régimes sans saveur ou trop restrictifs, impossibilité de résister aux aliments interdits ou simplement démotivation.

Le problème de la motivation du malade est crucial, quand on voit que sur l'ensemble des patients qui ont consulté pendant notre enquête, 11% seulement des sujets ayant une surcharge pondérale, ont fait une demande d'amaigrissement auprès de leur médecin.

Pour le diabète et les dyslipidémies, les médecins semblent plus satisfaits des résultats de leur prescriptions diététiques: respectivement 71 et 70%.

Il en est de même pour l'HTA (80%), l'hyperuricémie (81,8%), l'insuffisance cardiaque chronique (80%), la goutte (81%), les ulcères gastro-duodénaux (88%), la diversification alimentaire du nourrisson (100%) ou les prescriptions d'hygiène alimentaire (74%).

Par contre il est des pathologies, outre la surcharge pondérale, où les médecins estiment à moins de 50% l'efficacité de leurs prescriptions: ce sont surtout l'alcoolisme (40%) ou les colopathies fonctionnelles (48%).

Notre hypothèse est que là aussi, la motivation du patient et celle du médecin sont des facteurs déterminants sur l'efficacité des régimes: les résultats sont meilleurs quand il s'agit soit de pathologies touchant le coeur ou les vaisseaux, plus "nobles" aux yeux du médecin, soit des maladies entraînant une réelle souffrance qui motive le patient de façon efficace.

## CONCLUSION

Le but de cette enquête a été d'essayer de dresser un état des lieux de la prise en charge diététique en Médecine Générale.

Soixante-neuf médecins généralistes de Charente nous ont confié leur pratique médicale de quelques jours. Nous n'avons pas la prétention d'étendre nos résultats à la population médicale française, mais notre échantillon médical est représentatif des médecins généralistes de Charente.

C'est de cet examen descriptif, en un temps et un lieu déterminés, de la pratique généraliste, que l'on pourra tirer un enseignement.

Nous retiendrons des résultats de cette enquête que la Diététique a une place considérable en Médecine Générale et concerne de nombreuses pathologies. Et s'il y a peu de demande de la part des patients, c'est le médecin qui doit le plus souvent proposer une prise en charge diététique.

Les médecins abordent plus facilement la diététique chez les diabétiques; les dyslipidémiques, les obèses ou les patients souffrant de troubles digestifs, que chez les hypertendus, les femmes enceintes ou les nourrissons.

Si l'enquête alimentaire n'est pas encore systématique, et s'ils ont l'ordonnance peut-être un peu "facile", les médecins généralistes prescrivent le plus souvent des régimes adaptés à leurs patients.

Le recours à des professionnels de la diététique n'est pas rentré dans les usages de Médecine Générale, et le suivi diététique n'est peut-être pas assez important pour des pathologies qui demanderaient une prise en charge diététique de longue haleine. Certaines pathologies, comme l'obésité, demandent un énorme investissement en temps et une prise en charge au long cours. Ces affections devraient avoir le suivi nécessaire: n'hésitons plus à reconvoquer les malades!

L'efficacité des prescriptions diététiques de nos médecins semble satisfaisante, en dehors de quelques pathologies comme la surcharge pondérale: peu de motivation du patient ou démotivation du médecin.? Il faudrait pouvoir agir à ces deux niveaux: instaurer une dynamique de

sensibilisation des médecins au problème, tout en développant l'enseignement (qu'il s'agisse de l'enseignement universitaire ou de la formation médicale continue).

D'autre part, les médecins ne devraient-ils pas prendre plus conscience de leur rôle dans l'éducation alimentaire du public ? La prévention fait partie, ne l'oublions pas, du rôle du médecin généraliste: pourquoi ne pas la développer en ce qui concerne la diététique, pour ne pas laisser cette responsabilité à la grande presse et à la publicité ?

Quoiqu'il en soit, nous trouvons que d'une manière générale, les médecins généralistes charentais, en 1993, n'hésitent pas à utiliser la diététique dans tous les domaines de la médecine. Si la moitié de ces approches diététiques concerne trois affections principales: la surcharge pondérale, les dyslipidémies et le diabète, des pathologies très diverses bénéficient également d'une prise en charge diététique.

Par de simples conseils oraux ou mieux, par des régimes personnalisés, chaque médecin fait l'effort d'aborder le problème dans la mesure de sa motivation et de sa disponibilité.

Notre désir étant de contribuer à améliorer la pratique en Médecine Générale, nous souhaitons que notre travail soit utilisable comme point de départ d'un éventuel audit de la pratique généraliste, et contribuer ainsi à une réflexion sur l'évaluation des soins.

MEDECIN

NOM:    ( trois premieres lettres )

PRENOM: .....

AGE: ..... ans

PROFESSION: .....

POIDS:   kg

TAILLE:    cms

- MOTIF(S) DE CONSULTATION: ( noter la ou les plaintes du patient )

---  
---  
---

- RESULTAT(S) DE CONSULTATION: ( =diagnostic dans certains cas )

---  
---  
---

I - SI PROBLEME DIETETIQUE:

	OUI	NON
a - Enquête alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Prescription dietetique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Si oui		
- Conseils generaux sur l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Menu type ou regime adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prescription medicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Envoi à un diététicien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - Pensez-vous revoir ce patient pour le probleme diététique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM : | | | |

Prénom : .....  
Age : .....  
Profession : .....

Poids : | | | | Kgs  
Taille : | | | | cms

I - MOTIF(S) DE CONSULTATION

.....  
.....  
.....

II - RESULTAT(S) DE CONSULTATION

.....  
.....  
.....

III - PRESCRIPTION DIETETIQUE ANTERIEURE A CETTE CONSULTATION

OUI NON NSP

| | |

Si oui - pour quelle raison ?

.....

- le résultat a-t'il été satisfaisant ?

| | |

IV - APPROCHE DIETETIQUE LORS DE LA PRESENTE CONSULTATION

| |

Si oui 1 - Quelles sont la ou les indications ?

.....  
.....

2 - Enquête alimentaire ?

| |

3 - Tentative personnelle de régime ?

| | |

4 - Prescription diététique  
Si oui, sous quelles forme ?

| |

. Conseils généraux

| |

. Régime adapté

| |

. Menu type

| |

5 - Prescription médicamenteuse ?

| |

6 - Consultation spécialiste diététique ?

| |

7 - Demandez-vous à ce patient de vous revoir pour le problème diététique ?

| |

VERGER Véronique  
24 A, rue de la Doue  
16100 Chateaubernard  
TEL : 45-35-36-64

Le 27 Janvier 1993

Monsieur et cher Confrère,

Sachant combien votre temps est précieux, je vous sais gré de bien vouloir m'en consacrer une partie.

Ayant terminé mon troisième cycle de médecine générale, je prépare actuellement, sous la direction du Docteur José GOMEZ, une thèse dont le sujet est un "Etat des lieux de la prise en charge des problèmes diététiques par le médecin de famille en Charente".

Monsieur le Docteur GOMEZ m'a suggéré de m'adresser à vous, pour vous demander votre collaboration. Je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas d'une évaluation de votre pratique mais d'une étude descriptive.

Dans ce but, j'ai besoin de réunir des observations médicales. C'est pourquoi je vous propose, ainsi qu'à chaque Médecin Généraliste exerçant en Charente, de remplir une fiche pour chaque patient vu en consultation (ou en visite), fiche que j'ai essayé de simplifier au maximum : L'observation ne durera pas plus de 5 jours consécutifs, à choisir par vous dans la période allant du 8 février au 27 février 1993.

Je précise que l'analyse de ces fiches restera confidentielle, et que les résultats ne seront pas nominatifs.

Je me permettrai de vous appeler dans quelques jours pour savoir si vous êtes disposé à accepter de participer à cette enquête.

En vous remerciant de bien vouloir considérer ma proposition, je vous prie de croire, Monsieur et cher Confrère, à l'expression de ma gratitude ;

Véronique VERGER

PS: Veuillez trouver ci-joint un exemplaire de la fiche-questionnaire support de cette enquête

VERGER Veronique  
24 A, rue de la Doue  
16100 Chateaubernard

Chateaubernard le

à  
Monsieur le Docteur  
numero de code:

Monsieur et cher Confrère,

Sachant combien votre temps est précieux, j'ai essayé de simplifier au maximum la fiche ci-jointe que je vous demande de remplir pour chaque patient vu en consultation ou en visite. L'observation durera cinq jours consécutifs (ou moins si vous le souhaitez) à choisir par vous dans la période allant du 8 au 27 Février 1993.

N.B.: Au cas où vous seriez amené à ne pas pouvoir aller au bout de l'enquête, je vous serai reconnaissante de bien vouloir me faire parvenir les fiches recueillies.

Je vous demande de bien vouloir lire attentivement les explications qui suivent, afin que vous n'ayez pas de difficultés à remplir chaque questionnaire.

- Notez en haut à gauche de chaque fiche votre numero de code
- Notez en haut à droite la date du jour de la consultation, et selon qu'il s'agit d'une consultation ou d'une visite, cochez la case C ou V
- Pour l'identification du patient, notez l'âge en années (et en mois pour les nourrissons), le poids et la taille (s'il vous est possible de les mesurer ou s'ils sont connus et inchangés) seront notés en centimètres et kilogrammes (les décimales ne sont pas utiles). En visite, il est parfois impossible de connaître ces paramètres notez alors "inconnus".

#### I- Motif(s) de consultation

Vous pouvez noter ici la ou les plaintes du patient qui ont motivé la consultation, parfois même exprimées dans le langage du patient.

S'il s'agit d'un renouvellement d'ordonnance, notez-le en indiquant la pathologie concernée.

Si à ce moment-là, il y a une demande diététique de la part du patient, précisez-le sous cette rubrique

#### II- Le résultat de consultation

Selon R.N.BRAUN Médecin Généraliste autrichien, la notion de "résultat de consultation" est plus adaptée à la médecine générale que celle de diagnostic; beaucoup de consultations ne pouvant pas déboucher sur un diagnostic formel, le résultat de consultation correspondra à vos conclusions à la fin de l'acte médical

Exemples: Un patient qui vient pour de la toux, pourra repartir avec comme seul résultat de consultation "toux", sans qu'aucun autre diagnostic puisse être posé. Pour des douleurs dans la poitrine, le résultat pourra être "douleurs précordiales" sans qu'on ait pu en diagnostiquer l'étiologie. Un patient qui présente un syndrome diarrhéique isolé (sans fièvre ni notion d'intoxication alimentaire) repartira avec le résultat de consultation "diarrhée" (et le traitement correspondant).

### III- Prèscription diététique antérieure

Ce chapitre concerne surtout le patient qui présente ou a présenté une pathologie ayant nécessité une prise en charge diététique (par exemple une surcharge pondérale, des troubles métaboliques) qui n'est pas forcément à l'ordre du jour lors de la présente consultation .

Vous pouvez aussi cocher la case "NSP":Ne Sait Pas , le cas échéant.

### IV- Abord Diététique

1-les indications : je tiens à préciser qu'elles relèvent de toute pathologie vous paraissant nécessiter un abord diététique : ce sont les troubles métaboliques et les surcharges pondérales , mais également des pathologies comme l'insuffisance cardiaque , les affections pancréatiques ou hépatobiliaires, l'insuffisance rénale chronique, les troubles du transit intestinal, les conséquences d'une chirurgie digestive mutilante , la diversification alimentaire du nourrisson, sans oublier les problèmes de malnutrition et de maigreur. La liste n'est bien sûr pas exhaustive ;

2-Enquête alimentaire : je vous demande de noter ici s'il vous a été nécessaire d'interroger le malade sur ses habitudes alimentaires avant la prescription

3-Tentative personnelle de régime: conseillée par l'entourage, par les médias.

4-La prescription diététique: en préciser la forme

-conseils généraux sur l'alimentation

-régime personnalisé que vous adaptez à votre patient

-menu-type (par exemple sur formulaire pré-imprimé à compléter)

5-Prèscription medicamenteuse: en rapport avec la diététique.

6-Consultation spécialisée: pour un patient que vous adressez à un spécialiste en nutrition ou à une diététicienne.

7-Demandez-vous à ce patient de vous revoir pour le problème diététique: prise en charge diététique de longue haleine.

Je vous remercie d'avoir pris connaissance de toutes ces précisions. Je vous demande, si vous répondez OUI au paragraphe IV de bien cocher toutes les cases du questionnaire ce qui en rendra possible l'étude analytique. Je vous prie également de vous efforcer de ne pas modifier votre comportement habituel. Laissez-moi vous rappeler que cette enquête n'a aucunement l'intention de juger votre pratique ni d'évaluer votre compétence en diététique, elle aspire à faire un état des lieux de la prise en charge des problèmes diététiques par les Médecins de Famille charentais.

Je vous remercie beaucoup de l'aide que vous voulez bien m'apporter, en espérant que ce travail ne vous paraîtra pas trop fastidieux. Je ne manquerai pas de vous transmettre les résultats de cette enquête si vous le souhaitez. Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire. Vous pouvez me joindre si besoin par téléphone au 45-35-30-64 ou joindre Monsieur le Docteur GOMEZ au 45-65-77-81.

En vous remerciant de votre coopération, je vous prie de croire, Monsieur et cher Confrère, à l'expression de ma gratitude.

Véronique VERGER

PS :Veuillez trouver ci-joint une fiche-médecin que je vous demande de bien vouloir remplir également.

TESTS DE KOLMOGOROV-SMIRNOV  
(Comparaison des distributions de 2 échantillons)

**1-AGE DES MEDECINS**

CLASSES	FREQUENCES ABSOLUES		FREQUENCES RELATIVES CUM	
	MG échantillon	MG Charente	MG échantillon	MG Charente
26 à 30 ans	2	0	0.0150	0.0030
31 à 35 ans	17	15	0.1822	0.1542
36 à 40 ans	29	25	0.4705	0.4014
41 à 45 ans	30	28	0.7738	0.6817*
46 à 50 ans	9	14	0.8639	0.8188
51 à 55 ans	5	7	0.9089	0.8879
56 à 60 ans	8	6	0.9850	0.9479
61 à 65 ans	2	5	1.0000	1.0000
TOTAL	100%	100%		

\* D MAX = 0;0921

VALEUR CRITIQUE AU SEUIL 5% 0.1924 (TEST BILATERAL)  
VALEUR CRITIQUE AU SEUIL 1% 0.2377 (TEST BILATERAL)

**2-SEXE DES MEDECINS**

CLASSES	FREQUENCES ABSOLUES		FREQUENCES RELATIVES CUM	
	MG échantillon	MG Charente	MG échantillon	MG Charente
femmes	10%	15%	0.1014	0.1500*
hommes	90%	85%	1.0000	1.0000
TOTAL	100%	100%		

\* D MAX = 0.0486

VALEUR CRITIQUE AU SEUIL 5% 0.1923 (TEST BILATERAL)  
VALEUR CRITIQUE AU SEUIL 1% 0.2376 (TEST BILATERAL)

ANNEXE 5

TEST DE KOLMOGOROV-SMIRNOV  
(comparaison des distributions de 2 échantillons)

**3-LIEU D'EXERCICE DES MEDECINS**

CLASSES	FREQUENCES ABSOLUES		FREQUENCES RELATIVES ABS.	
	MG échantillon	MG Charente	MG échantillon	MG Charente
< 2000 hab	30	31	0.2823	0.3409 *
2000 à 10000 hab	48	39	0.7261	0.7644
> 10000 hab	30	22	1.0000	1.0000
TOTAL	N1 = 108	N2 = 92		

\* D MAX = 0.0587  
 VALEUR CRITIQUE AU SEUIL 5% 0.1929 (TEST BILATERAL)  
 VALEUR CRITIQUE AU SEUIL 1% 0.2383 (TEST BILATERAL)

**4-ANNEES DE THESE**

CLASSES	FREQUENCES ABSOLUES		FREQUENCES RELATIVES ABS.	
	MG échantillon	MG Charente	MG échantillon	MG Charente
1950-55	0	1	0.0000	0.0135
1956-60	2	5	0.0152	0.0674
1961-65	3	5	0.0455	0.1159
1966-70	3	4	0.0758	0.1590 *
1971-75	20	13	0.2728	0.2938
1976-80	24	27	0.5152	0.5633
1981-85	30	26	0.8182	0.8194
1986-90	18	17	1.0000	0.9919
> 1990	0	1	1.0000	1.0000
TOTAL	N1 = 100%	N2 = 100%		

\* D MAX = 0.0832  
 VALEUR CRITIQUE AU SEUIL 5% 0.1923 (TEST BILATERAL)  
 VALEUR CRITIQUE AU SEUIL 1% 0.2376 (TEST BILATERAL)

**ANNEXE 6**

## MATRICE DE CORRELATIONS

Nombre d'observations : 69

Nombre de variables : 8

	PCD	ENQ	MED	SUIVI	SEXE	AGE	A.TH	AGGL
PCD	1.000							
ENQ.	0.395	1.000						
MED	-0.079	0.205	1.000					
SUIVI	0.167	0.356	0.223	1.000				
SEXE	0.125	0.179	0.028	-0.037	1.000			
AGE	0.287	0.186	0.099	0.008	-0.045	1.000		
A.TH.	0.245	0.235	0.138	-0.006	0.005	0.892	1.000	
AGGL	0.012	0.006	-0.052	0.031	0.024	-0.023	0.007	1.000

Légende:

PCD=fréquence de prise en charge diététique

ENQ=enquête alimentaire (fréq.)

MED=prescription médicamenteuse (fréq.)

SUIVI=suivi diététique (fréq.)

AGE=age des médecins

A.TH=années de thèse des médecins

AGGL=lieux d'exercice des médecins

Les coefficients de corrélation obtenus sont largement  $< 1$  et il n'y a pas de corrélation entre:

-l'âge des médecins et la fréquence de prise en charge diététique, d'enquête alimentaire, de prescription médicamenteuse ou de suivi diététique.

-l'année de thèse des médecins et ces mêmes variables

-et le lieu d'exercice des médecins et ces mêmes variables

## ANNEXE 7

## BIBLIOGRAPHIE

1-APFELBAUM A, FORRAT C, NILLUS P. ABREGES Diététique et nutrition. 2ème édition. PARIS : MASSON 1989.

2-BASDEVANT A, LEBARZIC M. Les médicaments dans le traitement des obésités. La Gazette Médicale 1988; 95(31): 29-32

3-BERNASCONI S. Enquête sur la formation et les besoins du médecin généraliste de la Somme dans le domaine de la Nutrition. Th. Med.: AMIENS 1984

4-BESSON S, ESTERLIN B. Evaluation de la satisfaction des patientes demandeuses d'amaigrissement auprès de leur médecin généraliste. Th. Med.: TOURS 1992

5-BIERI R. Régimes alimentaires et médecine de ville: réflexion sur leur image de marque. Th. Med.: PARIS CRETEIL 1984

6-BONNET C. Conseils diététiques à l'hyperuricémique. La Gazette Médicale 1993; 100(19): 18-19

7-BRAUN RN. Pratique, critique et enseignement de la Médecine Générale. PARIS: Payot 1979

8-BRIGHTHOPE I. The role of nutritional medicine in general practice. Austr.Fam.Phys. 1990; 19(3): 357-363

9-BRUCKERT E, TURPIN G. Une hypertriglycéridémie glucidodépendante. La Gazette Médicale 1989; 96(32): 26

10-BURKE LE. Dietary management of hyperlipidemia. J.Cardiovasc.Nurs. 1991; 5(2): 23-33

11-BUTTFIELD J, BUTTFIELD B, MOORHEAD R, MURRELL T.G.C. The role of the GP in the management of chronic disease. *Austr.Fam.Phys.* 1990; 19(8): 1187-1199

12-CADE J, O'CONNELL S. Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practice of general practitioners. *Br. Journal of GP* 1991; 41: 145-150

13-COGUIC P. Diététique et Médecine Générale: modalités et difficultés d'une prise en charge. *Th. Med. RENNES* 1989

14-KELLY SA, JOFFRES MR. Nutrition Education Practices and Opinions of Alberta Family Physicians. *Can.Fam.Physician* 1990; 36: 53-58

15-KTORZA A. L'indicateur médical de Panorama. *Panorama du médecin* 1993; 3753: 7

16-LAURIER D, GUIGUET M, NGUYEN PC, WELLS JA, VALLERON AJ. Prevalence of obesity: a comparative survey in France, the United Kingdom and the United States. *Intern.J of obesity* 1992; 16: 565-572

17--MANIETTE P. Contribution à l'étude des conditions d'utilisation de la diététique en médecine omnipraticienne. *Th. Med.: NANCY* 1979

18-MURPHY PS. Effect of Nutrition Education on Nutrition Counseling Practices of Family Physicians. *Acad.Med.* 1989; 64: 98-102

19-NOIRY JP. Recommandations pour le traitement de l'HTA. *La Revue PRESCRIRE* 1989; 9(84): 163-164

20-PASSA P, MALLION JM, VASMANT D. et al. Hypertension associée au Diabète: enquête sur les habitudes et les comportements des médecins français. *Diabète & Métabolisme* 1992; 18: 170-181

21-PLOIN M. Evolution de la corpulence en fonction de l'âge chez l'enfant et l'adulte. *La Gazette Médicale* 1988; 95(24): 73-75

22-ROSOWSKY O. L'inadaptation de la classification internationale aux faits observés en médecine générale de ville. La Revue du Praticien-Médecine Générale 1989; 71: 131-135

23-SOURZAC R. Recueil et Analyse Informatique de 2000 séances de Médecine Générale: proposition pour une représentation tri-dimensionnelle du résultat de séance. Th.Med. LIMOGES 1987

## TABLE DES MATIERES (N° de pages)

**PLAN (11)**

**INTRODUCTION (12)**

**METHOLOGIE (13-19)**

Présentation de l'enquête (13-14)

Déroulement de l'enquête (14-15)

L'échantillon médical (15-19)

Modalités de recueil et d'analyse des données(19)

**RESULTATS (20-87)**

Présentation des données (20)

Les Motifs de consultation (20-23)

Les Résultats de consultation (23-24)

La Prise en charge Diététique en général (24-35)

-Fréquence (24-27)

-Indications (27-29)

-Indications des prescriptions diet. antérieures(29-31)

-Modalités (31-35)

La Prise en charge Diététique de la Surcharge Pondérale (35-50)

-Fréquence (35-45)

-Modalités (45-50)

La Prise en charge Diététique des Dyslipidémies (51-59)

-Fréquence (51-53)

-Modalités (53-59)

La Prise en charge Diététique du Diabète (60-68)

-Fréquence (60-62)

-Modalités (62-68)

Autres pathologies de traitement diététique (69-87)

-Autres maladies nutritionnelles (69-71)

-Etats physiologiques aux besoins nutritionnels particuliers (71-73)

-Hygiène alimentaire du sujet bien portant (73)

-Pathologies gastro-entérologiques (73-80)

-Pathologies cardiovasculaires (80-82)

-Etats infectieux fébriles (82-83)

-Pathologies rhumatologiques (83-85)

-Pathologies uro-néphrologiques (85-86)

-Pathologies dermatologiques (86-87)

-Divers (87)

**DISCUSSION (87-102)**

Critique de la méthodologie (88-90)

-le type d'enquête (88)

-la fiche d'observation (88-89)

-l'échantillon médical (89)

-critique de la période de l'enquête (89)

-problème du recueil des données (89-90)

-le choix de l'index de masse corporelle (90)

**Commentaires des résultats (91-102)**

**-Pathologies rencontrées en Médecine Générale et place de la Diététique (91)**

**-Existe-t-il une demande diététique de la part des patients? (91-92)**

**-La fréquence des prises en charge diététiques (93)**

**-Quelles pathologies sont prises en charge sur le plan diététique? (93-94)**

**-Quelles sont les pathologies qui semblent une priorité diététique pour les médecins généralistes?(94-96)**

**-Les modalités de prescription diététique (96-100)**

**-Les résultats obtenus en Diététique (101-102)**

**CONCLUSION (103-104)**

**ANNEXES (105-112)**

**BIBLIOGRAPHIE (113-115)**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N°

42

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

**Vu, le Doyen de la Faculté**

**VU et PERMIS D'IMPRIMER**

**LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ**

## **RESUME**

La pratique de la Médecine Générale a rarement été l'objet d'étude descriptive. L'objet de notre étude, partant d'une enquête d'observation, est un état des lieux de cette pratique dans le département français de la Charente, plus particulièrement en ce qui concerne la prise en charge des problèmes diététiques.

Nous constatons que les problèmes diététiques sont fréquents en Médecine Générale, puisqu'en moyenne, chaque médecin fait plus de trois prescriptions diététiques par jour. Ces approches diététiques concernent surtout trois principales affections: la surcharge pondérale, les dyslipidémies et le diabète. Mais des pathologies très diverses bénéficient également de prises en charge diététiques. Chaque médecin aborde le problème à sa façon, en fonction de ses motivations et de sa disponibilité.

De cet état des lieux, nous espérons que pourra être tiré un enseignement qui contribuera à l'amélioration de la pratique généraliste.

## **MOTS CLES**

**MEDECINE GENERALE  
DIETETIQUE  
ENQUETE  
CHARENTE**