

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 24 octobre 2023

Par Simon DUPUY

ELABORATION D'UN GUIDE D'ENTRETIEN POUR AIDE A LA PREVENTION NUTRITIONNELLE EN MEDECINE GENERALE

Thèse dirigée par Léa SEVE

Examineurs :

Pr Nathalie DUMOITIERS, Collège médecine générale, Université Limoges

Pr Pierre JESUS, Chef de Service unité de nutrition, CHU Limoges

Dr Françoise MARRE-FOURNIER, MCU, pharmacie, Université Limoges

DR Lea SEVE, MCA, Médecine générale, Université Limoges



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 octobre 2023

Par Simon DUPUY

Thèse dirigée par Léa SEVE

Examineurs :

Pr Nathalie DUMOITIERS, Collège médecine générale, Université Limoges

Pr Pierre JESUS, Chef de Service unité de nutrition, CHU Limoges

Dr Françoise MARRE-FOURNIER, MCU, pharmacie, Université Limoges

Dr Lea SEVE, MCA, Médecine générale, Université Limoges



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------|
| ABOYANS Victor | CARDIOLOGIE |
| ACHARD Jean-Michel | PHYSIOLOGIE |
| AJZENBERG Daniel | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| ALAIN Sophie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| AUBARD Yves | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| AUBRY Karine | O.R.L. |
| BALLOUHEY Quentin | CHIRURGIE INFANTILE |
| BERTIN Philippe | THERAPEUTIQUE |
| BOURTHOUMIEU Sylvie | CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE |
| CAIRE François | NEUROCHIRURGIE |
| CHRISTOU Niki | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE |
| CLAVERE Pierre | RADIOTHERAPIE |
| CLEMENT Jean-Pierre | PSYCHIATRIE D'ADULTES |
| CORNU Elisabeth | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| COURATIER Philippe | NEUROLOGIE |
| DAVIET Jean-Christophe | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| DESCAZEAUD Aurélien | UROLOGIE |

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------------------|
| DRUET-CABANAC Michel | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL |
| DURAND Karine | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| DURAND-FONTANIER Sylvaine | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE) |
| FAUCHAIS Anne-Laure | MEDECINE INTERNE |
| FAUCHER Jean-François | MALADIES INFECTIEUSES |
| FAVREAU Frédéric | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| FEUILLARD Jean | HEMATOLOGIE |
| FOURCADE Laurent | CHIRURGIE INFANTILE |
| GAUTHIER Tristan | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| GUIGONIS Vincent | PEDIATRIE |
| HANTZ Sébastien | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| HOUETO Jean-Luc | NEUROLOGIE |
| JACCARD Arnaud | HEMATOLOGIE |
| JACQUES Jérémie | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE |
| JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile | IMMUNOLOGIE |
| JESUS Pierre | NUTRITION |
| JOUAN Jérôme | CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE |
| LABROUSSE François | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| LACROIX Philippe | MEDECINE VASCULAIRE |
| LAROCHE Marie-Laure | PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| LOUSTAUD-RATTI Véronique | HEPATOLOGIE |
| LY Kim | MEDECINE INTERNE |
| MAGNE Julien | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| MAGY Laurent | NEUROLOGIE |
| MARCHEIX Pierre-Sylvain | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |
| MARQUET Pierre | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|
| MATHONNET Muriel | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| MELLONI Boris | PNEUMOLOGIE |
| MOHTY Dania | CARDIOLOGIE |
| MONTEIL Jacques | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE |
| MOUNAYER Charbel | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| NUBUKPO Philippe | ADDICTOLOGIE |
| OLLIAC Bertrand | PEDOPSYCHIATRIE |
| PARAF François | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE |
| PLOY Marie-Cécile | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| PREUX Pierre-Marie | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| ROBERT Pierre-Yves | OPHTALMOLOGIE |
| ROUCHAUD Aymeric | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| SALLE Jean-Yves | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| STURTZ Franck | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| TCHALLA Achille | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT |
| TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES |
| TOURE Fatouma | NEPHROLOGIE |
| VALLEIX Denis | ANATOMIE |
| VERGNENEGRE Alain | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| VERGNE-SALLE Pascale | THERAPEUTIQUE |
| VIGNON Philippe | REANIMATION |
| VINCENT François | PHYSIOLOGIE |
| YARDIN Catherine | CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE |

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

| | |
|-------------------------|-------------------------------------------|
| BRIE Joël | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE |
| KARAM Henri-Hani | MEDECINE D'URGENCE |
| MOREAU Stéphane | EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE |

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

| | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| COMPAGNAT Maxence | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| COUVE-DEACON Elodie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| DELUCHE Elise | CANCEROLOGIE |
| DUCHESNE Mathilde | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| ESCLAIRE Françoise | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| FAYE Pierre-Antoine | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| FREDON Fabien | ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |
| LALOZE Jérôme | CHIRURGIE PLASTIQUE |
| LE GUYADER Alexandre | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| LIA Anne-Sophie | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| PASCAL Virginie | IMMUNOLOGIE |
| RIZZO David | HEMATOLOGIE |
| SALLE Henri | NEUROCHIRURGIE |
| SALLE Laurence | ENDOCRINOLOGIE |
| TERRO Faraj | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| WOILLARD Jean-Baptiste | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| YERA Hélène | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission temporaire) |

P.R.A.G.

| | |
|-----------------------|---------|
| GAUTIER Sylvie | ANGLAIS |
|-----------------------|---------|

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

| | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| ABDALLAH Sahar | ANESTHESIE REANIMATION |
| APPOURCHAUX Evan | ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE |
| BUSQUET Clémence | HEMATOLOGIE |
| CHAZELAS Pauline | BIOCHIMIE |
| LABRIFFE Marc | PHARMACOLOGIE |
| LADES Guillaume | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE |
| LOPEZ Stéphanie | MEDECINE NUCLEAIRE |
| MARTIN ép. DE VAULX Laury | ANESTHESIE REANIMATION |
| MEYER Sylvain | BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE |
| MONTMAGNON Noëlie | ANESTHESIE REANIMATION |
| PLATEKER Olivier | ANESTHESIE REANIMATION |
| ROUX-DAVID Alexia | ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE |
| SERVASIER Lisa | CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE |

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------------|
| ABDELKAFI Ezedin | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| AGUADO Benoît | PNEUMOLOGIE |
| ALBOUYS Jérémie | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE |
| ASLANBEKOVA Natella | MEDECINE INTERNE |
| BAUDOUIN Maxime | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| BEAUJOUAN Florent | CHIRURGIE UROLOGIQUE |
| BLANCHET Aloïse | MEDECINE D'URGENCE |
| BLANQUART Anne-Laure | PEDIATRIE (REA) |
| BOGEY Clément | RADIOLOGIE |

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| BONILLA Anthony | PSYCHIATRIE |
| BOSCHER Julien | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| BURGUIERE Loïc | SOINS PALLIATIFS |
| CHASTAINGT Lucie | MEDECINE VASCULAIRE |
| CHAUBARD Sammara | HEMATOLOGIE |
| CHROSCIANY Sacha | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |
| COLLIN Rémi | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE |
| COUMES-SALOMON Camille | PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE |
| CURUMTHAULEE Faiz | OPHTALMOLOGIE |
| DARBAS Tiffany | ONCOLOGIE MEDICALE |
| DU FAYET DE LA TOUR Anaïs | MEDECINE LEGALE |
| DUPIRE Nicolas | CARDIOLOGIE |
| FESTOU Benjamin | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES |
| FORESTIER Géraud | RADIOLOGIE |
| FRACHET Simon | NEUROLOGIE |
| GIOVARA Robin | CHIRURGIE INFANTILE |
| LADRAT Céline | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| LAGOUEYTE Benoit | ORL |
| LAPLACE Benjamin | PSYCHIATRIE |
| LEMACON Camille | RHUMATOLOGIE |
| MEYNARD Alexandre | NEUROCHIRURGIE |
| MOI BERTOLO Emilie | DERMATOLOGIE |
| MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| NASSER Yara | ENDOCRINOLOGIE |
| PAGES Esther | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE |
| PARREAU Simon | MEDECINE INTERNE |

| | |
|---------------------------------|-------------------------|
| RATTI Nina | MEDECINE INTERNE |
| ROCHER Maxime | OPHTALMOLOGIE |
| SALLEE Camille | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| SEGUY ép. REBIERE Marion | MEDECINE GERIATRIQUE |
| THEVENOT Bertrand | PEDOPSYCHIATRIE |
| TORDJMAN Alix | GYNECOLOGIE MEDICALE |
| TRAN Gia Van | NEUROCHIRURGIE |
| VERNAT-TABARLY Odile | OPHTALMOLOGIE |

Chefs de Clinique – Médecine Générale

| |
|-------------------------|
| BOURGAIN Clément |
| HERAULT Kévin |
| RUDELLE Karen |

Praticiens Hospitaliers Universitaires

| | |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| HARDY Jérémie | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |
| LAFON Thomas | MEDECINE D'URGENCE |
| TRICARD Jérémy | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE |

Dédicace (à supprimer si non utilisé)

Remerciements

Merci aux Dr DUMOITIERS, JESUS et MARRE-FOURNIER d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Merci à Léa Sève de m'avoir proposé de diriger ma thèse, et de l'avoir fait avec beaucoup de patience.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CESE : Conseil économique social et environnemental

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut-Commissariat a la Santé Publique

HTA : Hypertension Arterielle

IDM : Infarctus du Myocarde

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

NCD : non-communicable disease

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : plan national nutrition santé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners

Table des matières

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Remerciements | 14 |
| Droits d'auteurs | 15 |
| Liste des abréviations..... | 16 |
| Table des matières..... | 17 |
| Table des illustrations..... | 19 |
| Table des tableaux..... | 20 |
| Introduction | 21 |
| Généralités..... | 22 |
| Les maladies chroniques | 22 |
| Définition | 22 |
| Epidémiologie..... | 23 |
| Le prix des maladies chroniques | 31 |
| Nutrition | 32 |
| Le Plan National Nutrition Santé..... | 33 |
| Le médecin généraliste, un acteur majeur de prévention et promotion de la santé. | 34 |
| La prévention nutritionnelle en médecine générale..... | 35 |
| Les freins à la pratique de prévention..... | 37 |
| METHODE | 38 |
| RESULTATS | 41 |
| Identification des thèmes à aborder | 42 |
| Identification des sous thèmes à aborder :..... | 43 |
| Organisation quotidienne..... | 44 |
| Habitudes alimentaires..... | 44 |
| Rythme des repas | 45 |
| Bilan des connaissances..... | 45 |
| DISCUSSION..... | 47 |
| Validité interne :..... | 47 |
| Force de l'étude | 47 |
| Faiblesse de l'étude | 47 |
| Validité externe..... | 48 |
| Discussion des résultats | 49 |
| Utilisation de l'outils | 50 |
| PERSPECTIVES..... | 52 |
| Conclusion | 53 |
| ANNEXE | 54 |
| Annexe 1 : guide d'entretien du groupe nominale | 54 |
| Annexe 2 : E-Mail de sollicitation des 12 professionnels pour le groupe nominal | 54 |
| Annexe 3 : propositions obtenues à l'issu de la première partie du groupe nominal..... | 55 |
| Annexe 4 : enrichissement de chacune des thématiques..... | 56 |
| Références bibliographiques | 57 |
| Serment d'Hippocrate..... | 60 |

Table des illustrations

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <u>Figure 1 : Les âges de la transition épidémiologique. Omran 1989.....</u> | 22 |
| <u>Figure 2Nombre de nouveaux cas de maladie chroniques chaque année.....</u> | 23 |
| <u>Figure 3 : Effectifs, proportions et taux standardisés de décès par catégorie de décès, année 2016, France métropolitaine BEH 2018.....</u> | 24 |
| <u>Figure 4 : Evolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé entre 2004 et 2014-EUROSTAT.....</u> | 25 |
| <u>Figure 5 : Part des principales maladies chroniques dans les ALD et évolution du nombre d'ALD entre 2008 et 2014-CNAM.....</u> | 26 |
| <u>Figure 6 : Nombre de nouveaux cas de cancer attribuables aux facteurs liés au mode de vie et à l'environnement chez les adultes de 30 ans et plus, BEH 2018.....</u> | 27 |
| <u>Figure 7: Nombre de cancers (évitable et autres) par localisation cancéreuse chez adultes de 30 ans et plus, France, 2015 BEH 2018.....</u> | 28 |
| <u>Figure 8 : Evolution de la prévalence de l'obésité en France, selon étude Obépi-Roche, 2020.....</u> | 30 |
| <u>Figure 9 : Evolution de la prévalence du diabète traité entre 2010 et 2020. Santé Publique France.....</u> | 31 |
| <u>Figure 10 : Principales causes de mortalité évitable, pays de l'OCDE, 2017.....</u> | 32 |
| <u>Figure 11 : Médecins déclarant que la prévention fait partie de leur rôle, selon différents domaines (en pourcentage) Baromètre santé médecin généraliste 2009.....</u> | 36 |

Table des tableaux

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 Moyenne et désaccord des thématiques établies par le groupe nominal..... | 42 |
| Tableau 2 Moyenne et désaccord des items du thème Organisation Quotidienne..... | 44 |
| Tableau 3 Moyenne et Désaccord des items du thème Habitudes Alimentaires..... | 44 |
| Tableau 4 Moyenne et Désaccord des items du thème Rythme des repas..... | 45 |
| Tableau 5 Moyenne et désaccord des items du thème Bilan des connaissances..... | 45 |

Introduction

De nos jours, les maladies chroniques (ou non communicable disease-NCD) représentent la principale cause de mortalité, la principale cause d'une diminution de l'espérance de vie en bonne santé et des coûts importants pour le système de santé Français, comme le montre la figure 3. (1)

En 2001, les pouvoirs publics ont décidé l'adoption d'un plan national nutrition santé (PNNS) permettant d'agir sur l'incidence de ces maladies chroniques par un de ses principaux déterminants : la nutrition. (2)

Ce premier PNNS, déployé pour une durée de 5 ans, propose un certain nombre d'objectifs afin de limiter l'apparition des NCD.

Il s'adresse autant au grand publique, à travers des messages de vulgarisation, qu'aux professionnels de santé en proposant une ébauche de recommandations en termes de nutrition.

Le médecin généraliste est identifié comme un acteur ressource de première ligne pour la délivrance d'informations nutritionnelles.

Les patients attendent de plus en plus de lui qu'il aborde la problématique nutritionnelle en consultation. (3) (4) (5)

Pourtant, cette éducation nutritionnelle est dans les faits peu réalisées en médecine générale, et souvent limitée à un cadre précis, celui de la prévention secondaire. (5) (6) (7) (8)

Parmi les freins évoqués par le médecin généraliste, celui du manque de connaissance et d'outils (documents ou support d'information a destination du patient) revient souvent. (8) (9)

L'objectif de cette étude est la création d'un guide d'entretien pratique a destinée des médecins généralistes dans le but de faciliter et augmenter la pratique du conseil nutritionnel en prévention primaire.

Généralités

Les maladies chroniques

Définition

Le Haut-Commissariat à la Santé Publique décrit la maladie chronique comme « la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer, avec une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle et un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :

- une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
- une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
- la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social » (1)

Cette définition a l'avantage d'intégrer les conséquences pour le patient et pour la société.

Ces maladies chroniques ont tendance à s'imposer comme les principaux problèmes de santé de nos populations occidentales, et remplacent ainsi les pathologies infectieuses. C'est ce qu'on nomme la troisième transition épidémiologique.

LA TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE

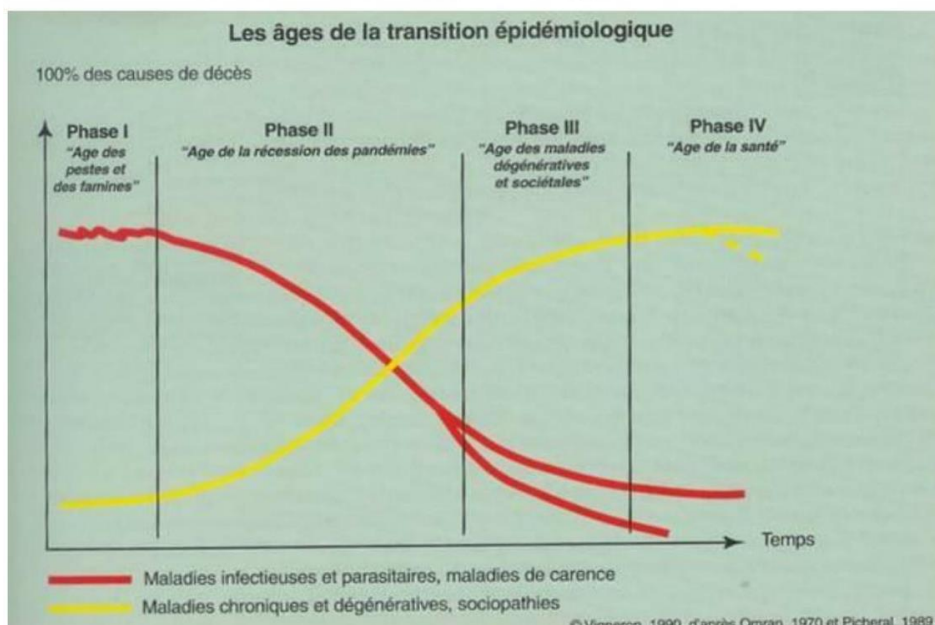


Figure 1 : Les âges de la transition épidémiologique. Omran 1989

Epidémiologie

Avec la modification des modes de vie, l'allongement de l'espérance de vie et les progrès des sciences médicales (qui permettent de vivre de plus en plus longtemps avec une pathologie chronique), l'incidence de celles-ci ne cesse d'augmenter depuis les années 2000, comme l'indique la figure 2.

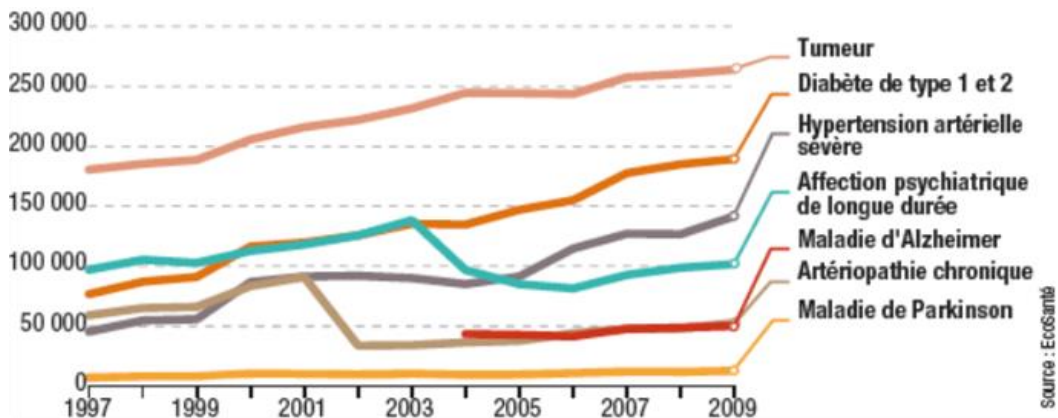


Figure 2 Nombre de nouveaux cas de maladie chroniques chaque année

En plus d'avoir une incidence en augmentation, ces maladies chroniques comptent parmi les principales causes de décès.

La figure 3 montre que sur les 579 230 décès survenus en 2016, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de 140 424 décès (soit quasiment $\frac{1}{4}$ de tous les décès).

Les tumeurs représentaient 168 064 décès.

Par comparaison, les accidents et les maladies infectieuses représentaient respectivement 26 681 et 10 177 décès.

Effectifs, proportions et taux standardisés de décès par catégorie de décès, année 2016, France métropolitaine

| Catégorie | Deux sexes | | | Hommes | | | Femmes | | | Sex-ratio |
|------------------------------------------------------|------------|--------|-------|---------|--------|---------|---------|--------|-------|-----------|
| | Nb | % | Txstd | Nb | % | Txstd | Nb | % | Txstd | |
| Maladies infectieuses et parasitaires | 10 177 | 1,8% | 15,1 | 4 822 | 1,7% | 18,4 | 5 355 | 1,8% | 11,7 | 1,6 |
| Sida et VIH | 303 | 0,1% | 0,5 | 237 | 0,1% | 0,8 | 66 | 0,0% | 0,2 | 3,8 |
| Tumeurs | 168 064 | 29,0% | 268,1 | 95 324 | 33,0% | 347,4 | 72 740 | 25,1% | 188,8 | 1,8 |
| – VADS (Cancer des voies aérodigestives supérieures) | 8 714 | 1,5% | 14,4 | 6 789 | 2,3% | 23,7 | 1 925 | 0,7% | 5,2 | 4,6 |
| – Estomac, foie, pancréas, côlon, rectum, anus | 41 843 | 7,2% | 66,3 | 23 892 | 8,3% | 87,0 | 17 951 | 6,2% | 45,7 | 1,9 |
| Côlon, rectum, anus | 17 716 | 3,1% | 27,5 | 9 350 | 3,2% | 34,5 | 8 366 | 2,9% | 20,5 | 1,7 |
| Pancréas | 11 089 | 1,9% | 17,3 | 5 498 | 1,9% | 19,9 | 5 591 | 1,9% | 14,8 | 1,3 |
| – Poumons, bronches, trachée | 31 526 | 5,4% | 52,4 | 22 316 | 7,7% | 78,9 | 9 210 | 3,2% | 25,8 | 3,1 |
| – Mélanome | 1 732 | 0,3% | 2,8 | 959 | 0,3% | 3,5 | 773 | 0,3% | 2,1 | 1,7 |
| – Sein, utérus, ovaire | 19 626 | 3,4% | 26,5 | 242 | 0,1% | 0,9 | 19 384 | 6,7% | 52,0 | 0,0 |
| Sein | 12 669 | 2,2% | 17,0 | 242 | 0,1% | 0,9 | 12 427 | 4,3% | 33,1 | 0,0 |
| – Prostate | 8 721 | 1,5% | 17,0 | 8 721 | 3,0% | 34,0 | 0 | 0,0% | 0,0 | |
| – Reins et vessie | 8 860 | 1,5% | 14,9 | 6 337 | 2,2% | 23,7 | 2 523 | 0,9% | 6,2 | 3,8 |
| – Cerveau et système nerveux central | 3 907 | 0,7% | 6,3 | 2 221 | 0,8% | 7,7 | 1 686 | 0,6% | 4,9 | 1,6 |
| – Hémopathies malignes | 14 040 | 2,4% | 22,2 | 7 662 | 2,7% | 28,5 | 6 378 | 2,2% | 15,9 | 1,8 |
| – Autres tumeurs | 29 095 | 5,0% | 45,4 | 16 185 | 5,6% | 59,6 | 12 910 | 4,4% | 31,1 | 1,9 |
| Diabète | 11 275 | 1,9% | 16,9 | 5 571 | 1,9% | 21,0 | 5 704 | 2,0% | 12,7 | 1,7 |
| Démences | 40 336 | 7,0% | 52,2 | 12 173 | 4,2% | 49,6 | 28 163 | 9,7% | 54,9 | 0,9 |
| Parkinson | 6 526 | 1,1% | 10,2 | 3 642 | 1,3% | 14,1 | 2 884 | 1,0% | 6,3 | 2,2 |
| Maladies cardiovasculaires | 140 424 | 24,2% | 204,4 | 64 977 | 22,5% | 252,7 | 75 447 | 26,0% | 156,2 | 1,6 |
| – Cardiopathies ischémiques | 32 460 | 5,6% | 50,7 | 19 342 | 6,7% | 73,4 | 13 118 | 4,5% | 27,9 | 2,6 |
| – Maladies cérébrovasculaires | 31 228 | 5,4% | 44,5 | 12 936 | 4,5% | 50,1 | 18 292 | 6,3% | 38,8 | 1,3 |
| Maladies respiratoires chroniques | 11 156 | 1,9% | 17,7 | 6 452 | 2,2% | 24,8 | 4 704 | 1,6% | 10,6 | 2,3 |
| Maladies chroniques du foie | 6 742 | 1,2% | 11,1 | 4 841 | 1,7% | 16,6 | 1 901 | 0,7% | 5,6 | 3,0 |
| Maladies du rein et de l'uretère | 7 413 | 1,3% | 11,0 | 3 420 | 1,2% | 13,7 | 3 993 | 1,4% | 8,4 | 1,6 |
| Mort subite de l'adulte | 1 782 | 0,3% | 2,7 | 995 | 0,3% | 3,6 | 787 | 0,3% | 1,9 | 2,0 |
| Cause inconnue | 24 589 | 4,2% | 36,8 | 12 743 | 4,4% | 47,0 | 11 846 | 4,1% | 26,6 | 1,8 |
| Accidents | 26 681 | 4,6% | 40,1 | 14 269 | 4,9% | 52,8 | 12 412 | 4,3% | 27,5 | 1,9 |
| – Accidents de transport | 3 031 | 0,5% | 4,8 | 2 256 | 0,8% | 7,4 | 775 | 0,3% | 2,3 | 3,3 |
| – Chutes accidentelles | 7 655 | 1,3% | 11,3 | 3 647 | 1,3% | 14,2 | 4 008 | 1,4% | 8,4 | 1,7 |
| Suicide | 8 435 | 1,5% | 14,0 | 6 450 | 2,2% | 22,0 | 1 985 | 0,7% | 5,9 | 3,7 |
| Autres causes | 115 630 | 20,0% | 169,4 | 53 247 | 18,4% | 204,2 | 62 383 | 21,5% | 134,6 | 1,5 |
| Toutes causes | 579 230 | 100,0% | 869,7 | 288 926 | 100,0% | 1 087,8 | 290 304 | 100,0% | 651,6 | 1,7 |

Nb : Nombre de décès ; Txstd : taux standardisé sur la population Eurostat 2012, pour 100 000 habitants.

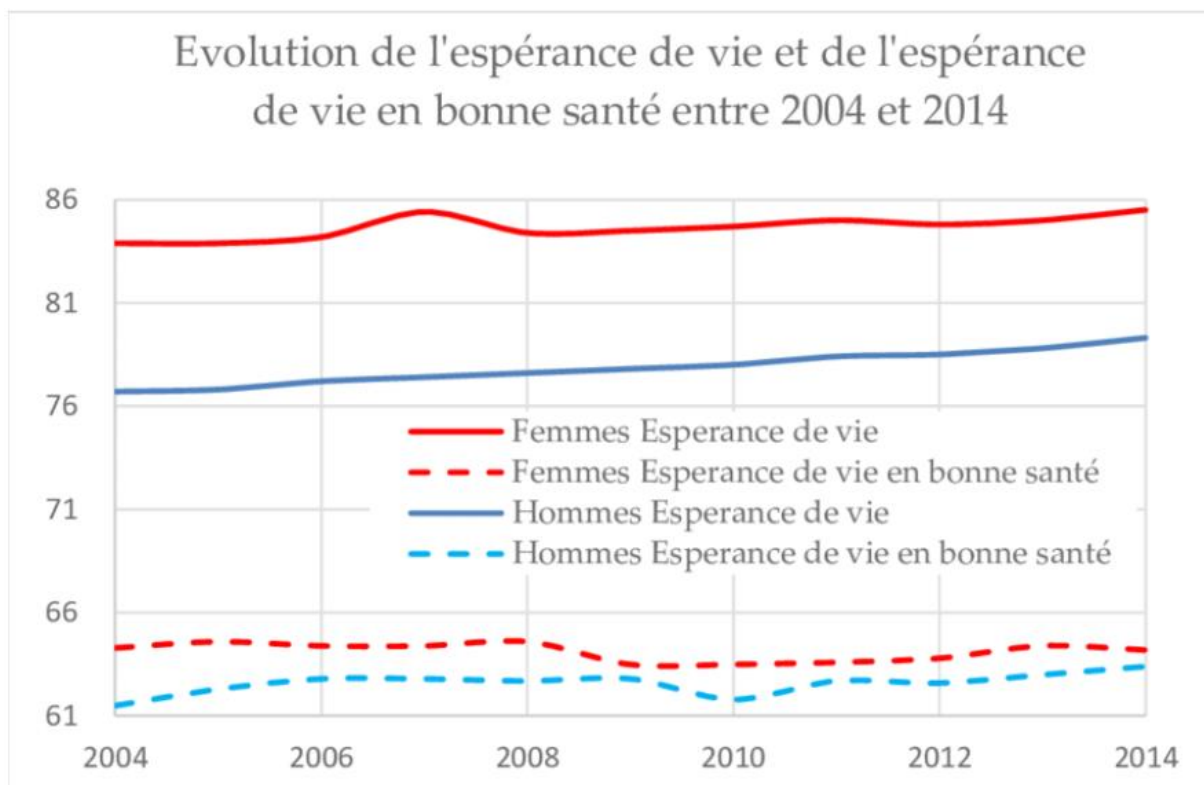
Figure 3 : Effectifs, proportions et taux standardisés de décès par catégorie de décès, année 2016, France métropolitaine BEH 2018

Pour évoquer la maladie chronique, il faut différencier deux notions :

- L'espérance de vie
- L'espérance de vie sans incapacité : indique le nombre moyen d'années vécues en bonne santé au sein de l'espérance de vie totale, compte tenu des conditions de mortalité et de santé du moment (définition INED).

On note une discordance entre l'évolution de l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacités.

En pratique, si l'espérance de vie augmente, l'espérance de vie en bonne santé connaît une évolution moins marquée.



Esperance de vie et esperance de vie en bonne santé en France. Adapté de EUROSTAT, « Statistiques sur les années de vie en bonne santé ».

Figure 4 : Evolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé entre 2004 et 2014- EUROSTAT

La figure 4 indique qu'en moyenne, nous avons tendance à augmenter notre durée totale de vie, quel que soit l'état de santé

Mais au sein de ces années gagnées, nous gagnons aussi un certain nombre d'années de vie en mauvaise santé.

La variable qui peut expliquer une stagnation de notre espérance de vie en bonne santé, sans diminuer notre espérance de vie globale, est la maladie chronique.

Selon les chiffres du ministère de la santé, 37 % des plus de 15 ans, soit 19 millions de personnes étaient atteintes d'une maladie chronique en 2017. (10)

Pour étudier la dynamique de la maladie chronique, il existe un parti pris qui consiste à assimiler la maladie chroniques aux affections ouvrant le droit à une ALD.

Bien que toutes les maladies chroniques n'appartiennent pas au champ de l'ALD, toutes les ALD sont des maladies chroniques.

Dans les faits, même si ce rapprochement n'est pas d'une rigueur exacte, il permet de bénéficier de nombreuses données chiffrées.

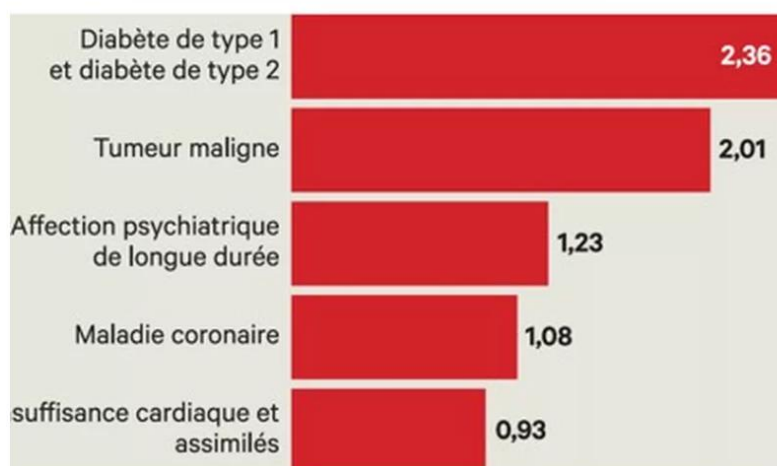
L'étude de la dynamique des ALD offre une vision assez inquiétante.

Selon un document du conseil économique social et environnemental (CESE) paru en 2019, les admissions en ALD ont augmenté à un rythme annuel de +5% entre 2011 et 2017 (alors que cette augmentation était annuellement de +4% entre 2006 et 2011).

Les maladies cardiovasculaires, le diabète et les tumeurs sont les 3 groupes de pathologies les plus fréquentes justifiant une mise en ALD. (11)

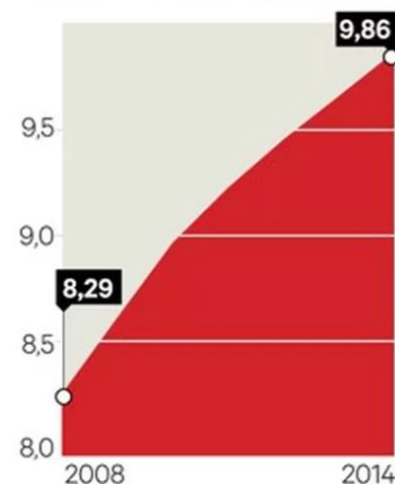
Principales affections de longue durée

millions de patients, régime général, en 2014



Les personnes prises en charge pour ALD

Au 31 décembre, en millions



« LES ÉCHOS » / SOURCE : CNAMTS-DSES, AMELI

Figure 5 : Part des principales maladies chroniques dans les ALD et évolution du nombre d'ALD entre 2008 et 2014-CNAM

Différentes études suggèrent que le vieillissement de la population est le principal élément permettant d'expliquer la croissance des maladies chroniques.

En effet, l'admission en ALD augmente au fur et à mesure de l'âge, pour atteindre un pic à 80 ans. Cependant, il semblerait que l'âge ne soit pas le seul en cause.

Le rôle joué par nos environnements et modes de vie est un facteur de plus en plus étudié pour comprendre ces pathologies.

En effet, dans un document de 2010, le HCSP mentionne que « Les maladies chroniques non transmissibles comptent pour 88 % des décès en France [...] Un tiers de ces décès pourrait être « évité » en réduisant les comportements à risque » (1)

Les cancers

Les cancers sont depuis 2004 la première cause de mortalité en France et la première cause de mise en ALD. (1)

Selon une étude publiée par le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) en 2015, 41% des cancers étaient attribuables à un facteur de risque modifiable. Concernant les facteurs de risque modifiables, le tabac se positionnait en première place (20% des cas). La troisième place revenait à la nutrition, qui causait 5,7% des cas, comme l'illustre la figure 5. (12)

Cependant, si l'on ajoute aux cancers strictement causés par l'alimentation, ceux causés par le surpoids et l'obésité, la nutrition passe en seconde place.

En effet, en dehors des rares causes génétiques, surpoids et obésités sont fréquemment la conséquence d'une alimentation inadaptée, et/ou d'une sédentarité excessive.

Figure 1

Nombre de nouveaux cas de cancers attribuables aux facteurs liés au mode de vie et à l'environnement chez les adultes de 30 ans et plus, France, 2015

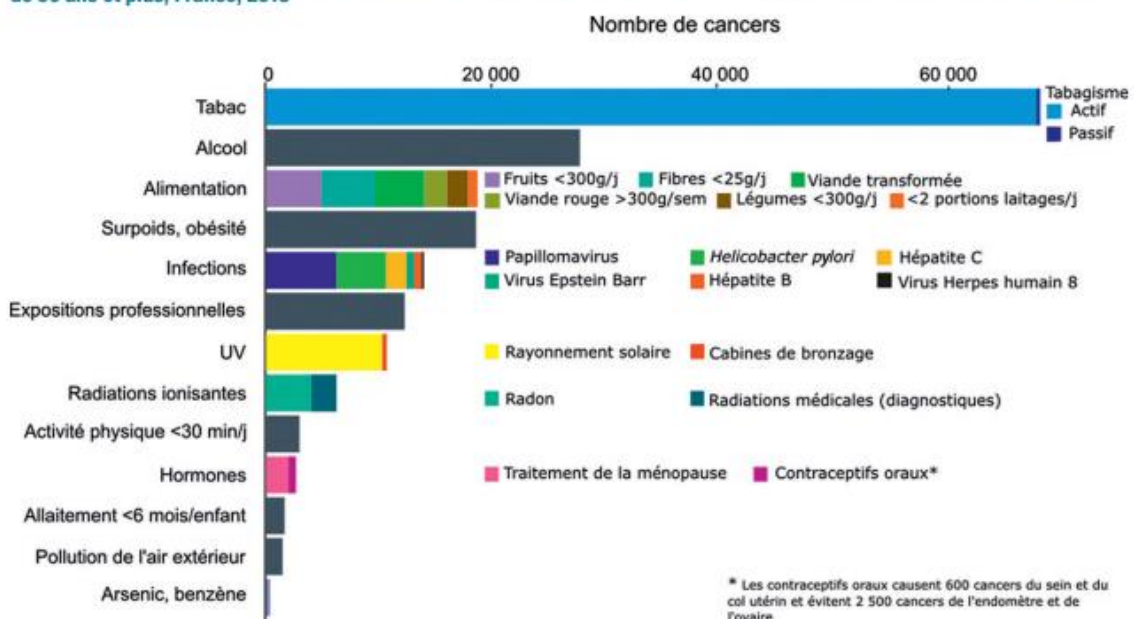


Figure 6 : Nombre de nouveaux cas de cancer attribuables aux facteurs liés au mode de vie et à l'environnement chez les adultes de 30 ans et plus, BEH 2018

Il est intéressant de distinguer les cancers qui sont fortement liés *aux facteurs de risques environnementaux*-donc potentiellement évitables-(cancers du poumon, cancers ORL, cancer du foie, mélanomes) de ceux qui le sont moins (cancer de la prostate, tumeur du cerveau, cancer de la thyroïde).

La figure 7 illustre la proportion de cancer évitable selon leur localisation.

Figure 2

Nombre de cancers (évitables et autres) par localisation cancéreuse chez les adultes de 30 ans et plus, France, 2015

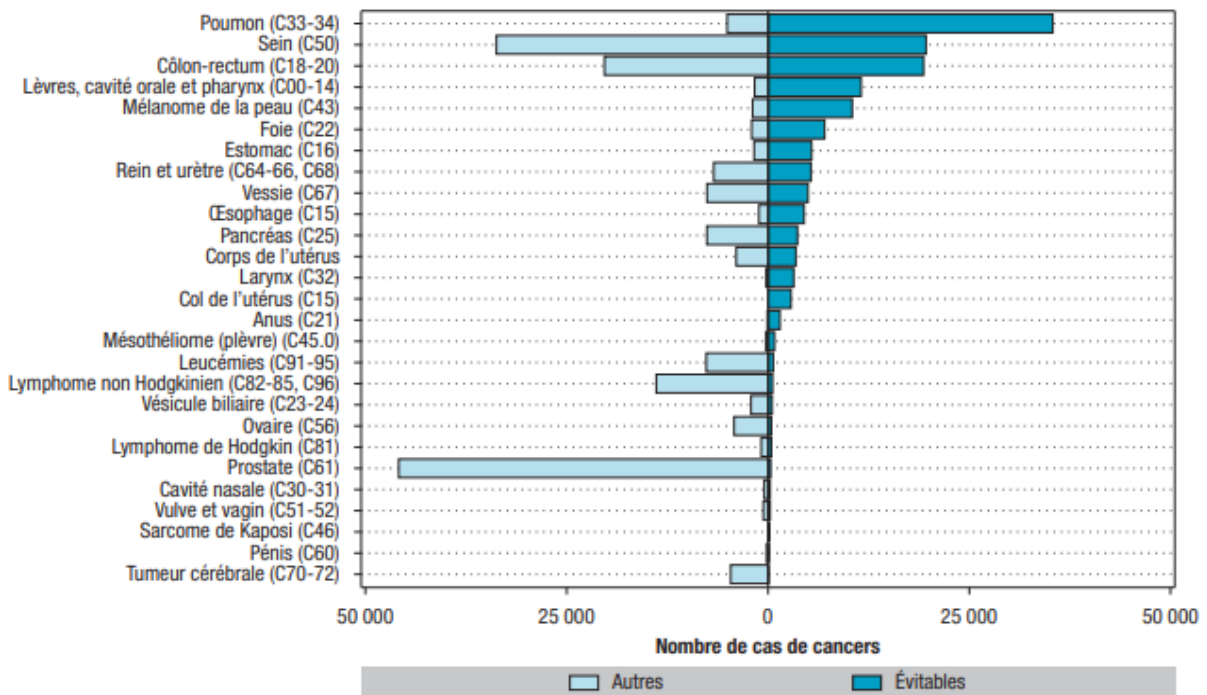


Figure 7: Nombre de cancers (évitable et autres) par localisation cancéreuse chez adultes de 30 ans et plus, France, 2015 BEH 2018

Cependant, de nombreux facteurs de risque environnementaux jouent un rôle dans la carcinogénèse.

Nous nous intéressons ici plus précisément à ceux causés par une alimentation inadaptée.

Si nous établissons que la nutrition est la 3^e cause de cancers évitables derrière l'alcool et le tabac, il est intéressant de se pencher sur les localisations de cancer les plus liées à l'alimentation.

D'après un tableau publié par le CIRC, il semblerait que ce soit les cancers du poumon, de la cavité orale de l'estomac et du colon-rectum (13) (14)

Une étude récente a montré que plus de 4 nouveaux cas de cancers sur 10 chez les adultes de 30 ans et plus seraient attribuables à des facteurs de risque liés au mode de vie ou à

l'environnement. Cette étude montre qu'en France métropolitaine en 2015, 142 000 cas de cancers auraient potentiellement pu être évités si l'exposition à ces facteurs environnementaux ou de mode de vie avait été réduite. (12)

Les maladies cardio-vasculaires

Sous ce terme sont représentés les coronaropathies, l'insuffisance cardiaque, les AVC, l'HTA et l'artériopathie chronique.

Les facteurs de risques sont communs et bien connus : HTA, diabète, dyslipidémie, tabac, sédentarité, obésité, stress (pour les facteurs de risque modifiables), âge et sexe (pour les facteurs de risque non modifiables). (15)

Elles représentent la première cause de mortalité chez la femme et la seconde chez l'homme. (16)

En ce qui concerne les AVC, ils seraient la première cause de handicap fonctionnel et la deuxième cause de démence. (17)

Si le taux d'hospitalisation et de mortalité par AVC tous âges confondus a eu tendance à diminuer, une analyse par tranche d'âge montre une augmentation de l'incidence des AVC chez les individus jeunes. (18)

Un des déterminants majeurs des AVC est l'HTA ; cette dernière étant elle-même sous tendue par des facteurs de risque modifiables tels que l'obésité, le tabagisme ou l'apport de sel. (19)

En ce qui concerne l'IDM, la mortalité a fortement diminué en 1990 et 2006 du fait d'une amélioration de la prise en charge et de la prévention secondaire.

Il reste tout de même une pathologie ayant occasionné 14 652 décès en 2015, soit 10% des décès par maladie cardio-vasculaire. (20)

Concernant les facteurs de risque, observe une augmentation franche de l'obésité et du surpoids.

En effet en 2020, 8 567 128 Français seraient concernés par cette pathologie, soit 17% de la population.

En ce qui concerne le surpoids, c'est 30% de la population qui est concernée en 2020.

Au total, c'est près de la moitié de la population française qui est atteinte de surpoids ou d'obésité, comme nous le montre la figure 8. (21)

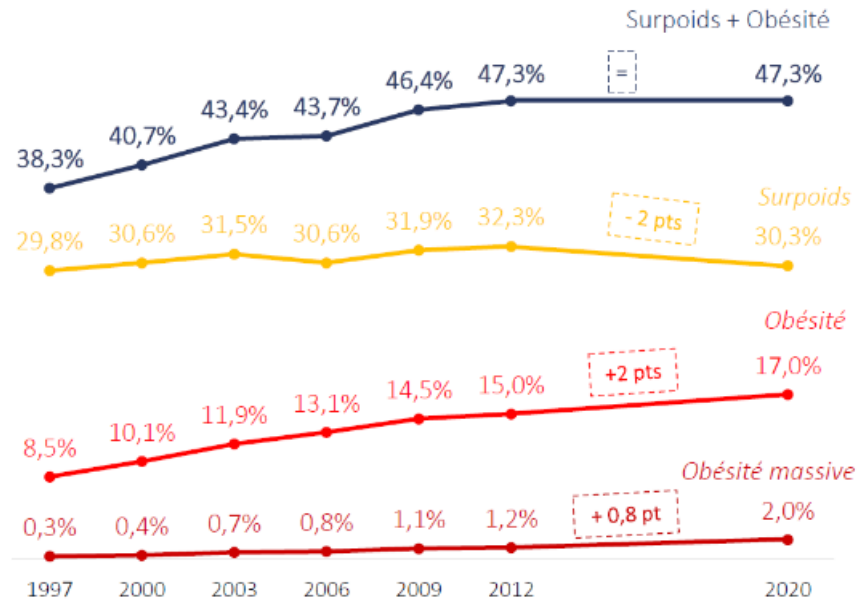


Figure 8 : Evolution de la prévalence de l'obésité en France, selon étude Obépi-Roche, 2020

Le diabète

En 2020, ce sont plus de 3,5 millions de Français qui sont traités pour un diabète, soit 5,3% de la population. (22)

L'incidence du diabète est en augmentation constante depuis une dizaine d'année comme le montre la figure 9.

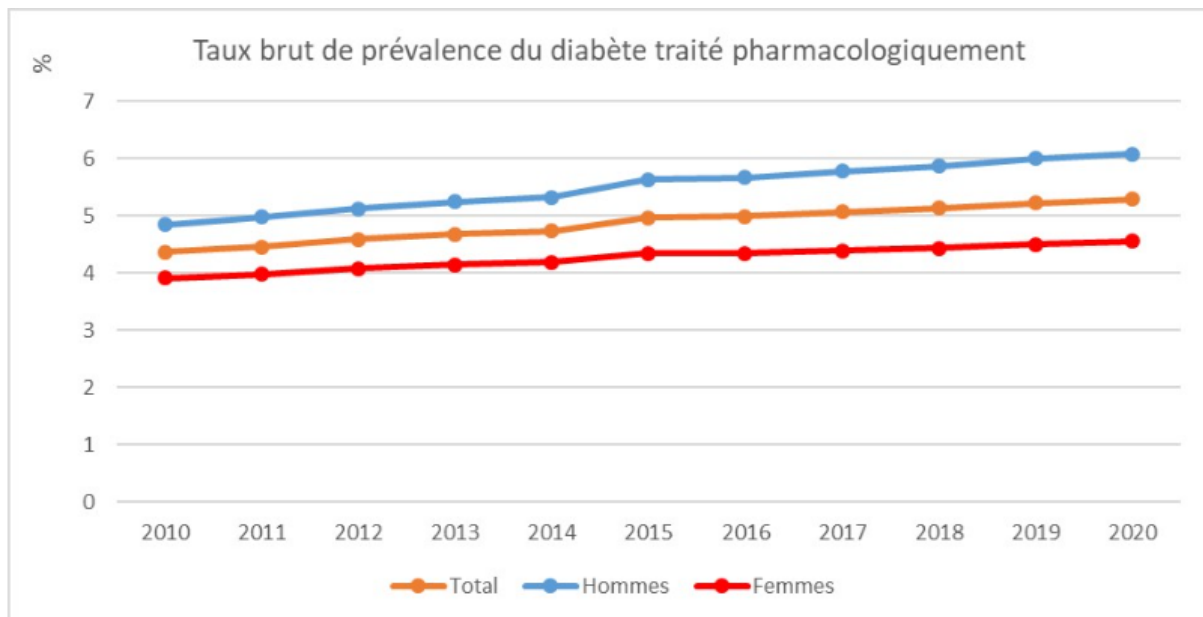


Figure 9 : Evolution de la prévalence du diabète traité entre 2010 et 2020. Santé Publique France

La CNAM prévoit 520 000 malades supplémentaires du diabète à horizon 2027. (23)

En termes de complication, les diabétiques paient un lourd tribut.

En effet, le diabète augmente significativement le risque d'amputation (X7 par rapport à la population générale), d'infarctus du myocarde et d'AVC (X2 par rapport à la population générale), de dialyse (X9 par rapport à la population générale). (24)

L'obésité, le surpoids, la sédentarité ainsi qu'une alimentation trop riche en sucre sont connus pour être des déterminants majeurs de l'apparition du diabète de type 2.

L'augmentation de l'obésité en France telle que rapportée ci-dessus et les changements des habitudes alimentaires avec l'augmentation de la consommation de produits industriels et ultra transformés peuvent expliquer le taux croissant du diabète. (25)

Le prix des maladies chroniques

Selon des chiffres de la CNAM, le diabète représentait 84% des dépenses de santé ambulatoires, et les maladies cardio-vasculaires représentaient 82% des dépenses de santé hospitalières pour l'année 2018.

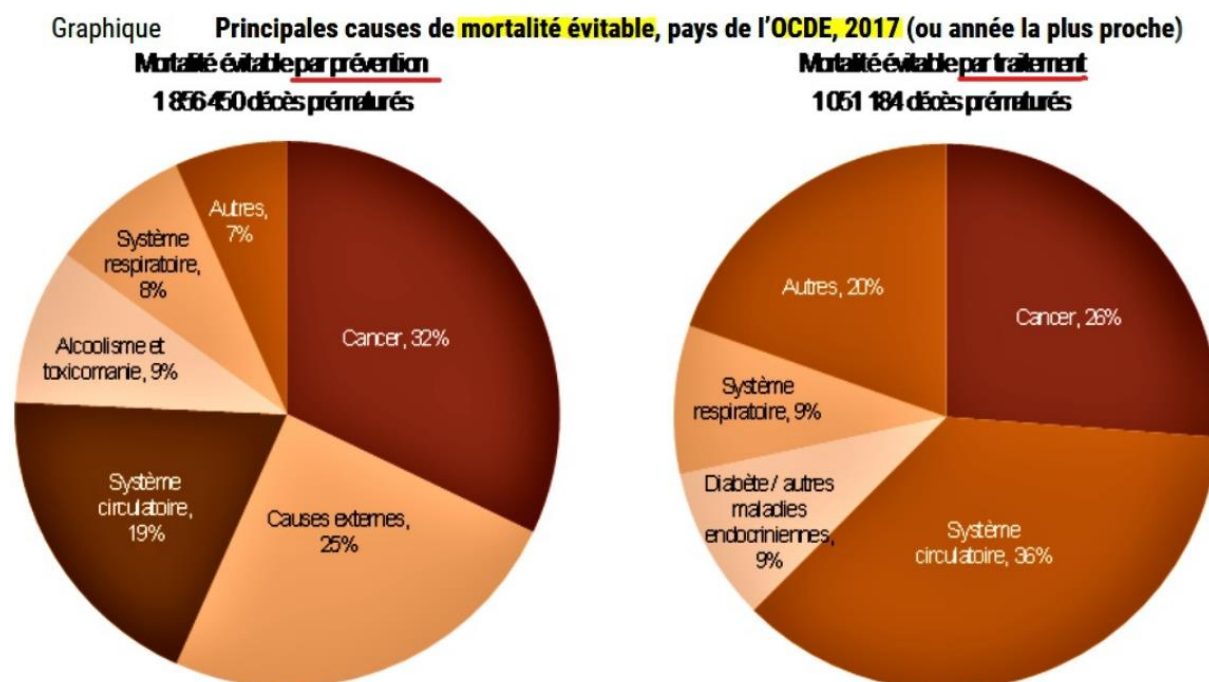
La CNAM estime par ailleurs à 500 000 le nombre de nouvelles personnes concernés par une maladie chronique d'ici 2023.

Dans le même intervalle de temps, elle estime à 638 000 le nombre de nouveaux cas de maladies cardio-neurovasculaires, à 459 000 le nombre de nouveaux cas de diabètes, et à 232 000 le nombre de nouveaux cas de cancers.

Ces pathologies chroniques partagent un certain nombre de facteurs de risque liés au mode de vie et sont donc accessibles à la prévention.

Du fait du poids important de ces pathologies chroniques, tant en termes de morbi-mortalité qu'en terme économique, et de son caractère évitable, la prévention paraît être un moyen d'action important pour lutter contre ces pathologies.

En 2019, la prévention aurait permis d'éviter un peu plus d'1,8 million de décès, tandis que les traitements auraient permis d'éviter 1 million de décès. (26)



Note : La liste OCDE/Eurostat des causes de mortalité évitables par prévention et traitement de 2019 catégorise les maladies et accidents spécifiques selon qu'ils sont évitables par prévention ou traitement. Par exemple, le cancer du poumon est considéré comme cause de décès évitable par prévention, tandis que le cancer colorectal et le cancer du sein sont considérés comme causes de décès évitables par traitement.

Source : calculs de l'OCDE, fondés sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

Figure 10 : Principales causes de mortalité évitable, pays de l'OCDE, 2017

Nutrition

Le déterminant nutritionnel est un facteur de risque majeur, commun à de nombreuses maladies chroniques, et fortement déterminé par le mode de vie. (27) (28)

Si la nutrition est initialement un domaine qui s'intéresse à la physiologie des aliments et à leurs compositions en termes de nutriments et d'effet sur l'organisme, elle a une acceptation un peu plus large en santé publique, et intègre la notion de dépenses énergétiques liées à l'activité physique. (29)

Le facteur nutrition revêt une certaine complexité dans la mesure où il intègre plusieurs variables et peut être conçu comme un facteur de risque ou un facteur protecteur, en fonction des modes de consommation alimentaire. (30) (31) (32) (33)

De cette réalité découle l'intérêt majeur que l'on peut porter à la nutrition : en travaillant sur ce domaine, il est possible de diminuer les facteurs de risque et dans un même temps (ou de manière différée) d'augmenter les facteurs protecteurs.

C'est probablement ce constat qui a mené à l'adoption en 2001 du premier plan national nutrition santé, qui stipule en préambule :

« Le Programme National Nutrition-Santé (PNNS) a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. »

Le Plan National Nutrition Santé

Initialement instauré en 2001 pour une durée de 5 ans, le 1er PNNS a trouvé ses fondations dans le constat flagrant de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques ainsi que leurs liens fort avec l'alimentation.

Ce plan est destiné aux multiples intervenants qui influencent l'état nutritionnel de la population française (industrie agro-alimentaire, distributeurs, alimentation collective, professionnels de santé, consommateurs).

Il souhaite avoir un champ d'action large : recherche, formation, action de terrain, prévention, contrôle de la production et de la distribution alimentaire

Il se fixe 9 objectifs nutritionnels prioritaires

- L'augmentation de la consommation de fruits et de légumes,
- L'augmentation de la consommation de calcium,
- La réduction des apports lipidiques totaux,
- L'augmentation de la consommation de glucides,
- La réduction de la consommation d'alcool,
- La réduction de la cholestérolémie
- La réduction de la pression artérielle systolique
- La réduction du surpoids et de l'obésité,
- L'augmentation de l'activité physique

Le PNNS travaille sur 6 axes stratégiques pour y parvenir.

Un de ces axes concerne spécifiquement le système de soin avec sa triade prévenir/dépister/prendre en charge.

Le programme se propose d'établir et de diffuser auprès du personnel médical des recommandations pour la pratique clinique. (2)

L'idée phare du PNNS est que l'acte alimentaire, tout comme le choix nutritionnel est un acte individuel et libre.

La finalité du programme est de promouvoir des attitudes alimentaires et des choix de consommation jugés sains, et de diminuer les attitudes et choix préjudiciables à la santé.

Il se place dans une optique d'autonomie et d'autodétermination forte du sujet.

Devant des résultats encourageants, le PNNS a été reconduit depuis 2006 tous les 5 ans

Un changement sur le fond du PNNS survient lors de sa 3e édition.

Cette fois ci, le plan ne se structure plus autour d'objectifs quantitatifs, mais autour d'axes qualitatifs.

Ceci paraît plus adapté à la réalité des pratiques nutritionnelles, qui ne sont pas que de simples variables, mais plutôt des choix motivés par une pluralité de variables

Nous en sommes actuellement au 4e plan, qui s'étale sur la période 2019-2023.

Ce plan conserve une organisation en axes qualitatifs.

Le médecin généraliste, un acteur majeur de prévention et promotion de la santé.

Selon l'OMS, la promotion de la santé est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle -ci ».

Ce concept a été défini comme tel lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, ayant abouti à l'écriture de la Charte d'Ottawa en 1986. (34)

La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) a travaillé à définir et préciser le rôle des médecins généralistes en tant qu'acteurs de soin primaire. La promotion de la santé est clairement explicitée comme un des nombreux rôles décrits.

C'est ainsi que l'on peut lire dans un document intitulé « Définition Européenne de la Médecine générale » publié en 2002 : « Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies » (35)

La définition de la promotion de la santé place le patient comme un des acteurs majeurs de sa santé. Cela introduit l'idée d'un patient qui s'autonomise dans la construction de son état de santé.

La prévention peut être défini comme : « les moyens permettant d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacité. » (HAS)

L'IREPS distingue quatre niveaux de prévention :

- primaire, qui arrive en amont de la maladie, et vise à en diminuer l'incidence d'une pathologie
- secondaire, qui vise à dépister la maladie à son stade infra clinique, afin d'en diminuer la prévalence

- tertiaire qui vise à diminuer les complications ou les récives de la maladie une fois que celle-ci est exprimée cliniquement.
- quaternaire se situe tard dans l'évolution de la maladie, et concerne l'accompagnement dans le handicap ou l'incapacité. (36)

L'éducation thérapeutique est un outil de prévention important quel que soit le niveau de prévention.

L'alimentation est un facteur modifiable par l'éducation thérapeutique. Le médecin généraliste est le médecin de premier recours. Il a donc un rôle de premier informateur concernant les recommandations nutritionnelles.

La prévention nutritionnelle en médecine générale

Selon des recherches récentes, les patientes sont de plus en plus sensibles aux messages de santé publique, en particulier concernant l'alimentation et leur santé. (8) (37)

Ils identifient le médecin généraliste comme acteur fiable de transmission de l'information. (37)

Il existe une véritable attente de la part des patients que le conseil nutritionnel soit abordé en consultation. (3) (4)

Ce constat avait déjà été formulé dès le PNNS 1 « Les personnels de santé sont des informateurs crédibles et écoutés par la population sur le domaine de la nutrition. » (2)

Ces résultats sont confirmés par une étude de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), en indiquant que 74 % des médecins interrogés rapportent être plus fréquemment sollicités sur des questions relatives à la nutrition. (8)

Les médecins sont nombreux à reconnaître que la prévention alimentaire fait partie intégrante de leur mission de soin.

Selon l'étude réalisée par l'ORS Rhône Alpes en 2004, 72% des médecins interrogés pensaient déjà que le conseil nutritionnel personnalisé est le rôle du médecin généraliste. (9)

Cette proportion se confirme dans une étude de 2009 menée pour le baromètre santé des médecins généralistes, 70 % des médecins interrogés considèrent l'alimentation comme un des points de prévention à aborder. (38)

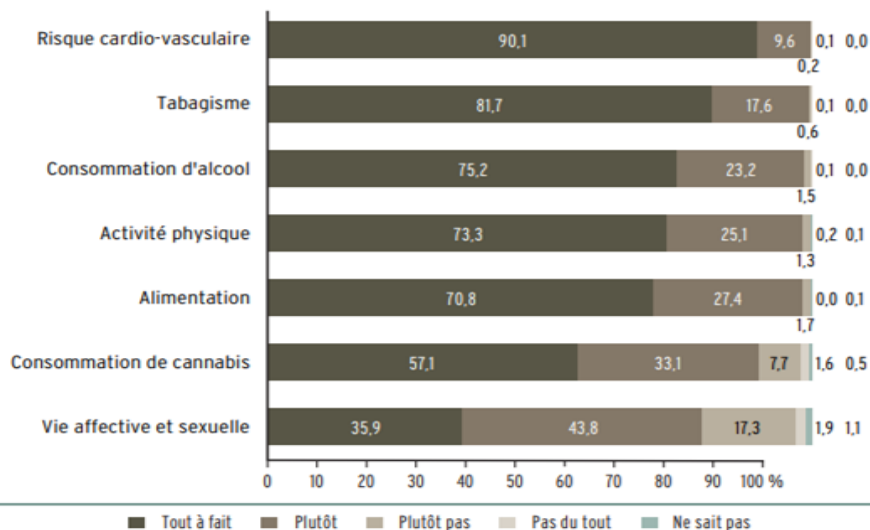


Figure 15 : Médecins déclarant que la prévention fait partie de leur rôle, selon différents domaines (en pourcentage) Baromètre santé médecin généraliste 2009

Pourtant, il apparaît en pratique que la prévention basée sur le conseil nutritionnel est peu réalisée en pratique clinique.

Le Collège national des généralistes enseignant a mené en 2012 une étude intitulée ECOGEN, s'intéressant aux motifs de consultation et procédures de soin en pratique de médecine générale en France.

A partir des données de cette étude, une étude ancillaire a été menée, s'intéressant aux domaines de prévention les plus oubliés chez les adolescents et les jeunes adultes.

Il en ressort que la nutrition faisait partie des 5 sujets de prévention les moins abordés (un conseil nutritionnel était abordé dans seulement 5% des consultations étudiées). (7)

La thèse de A. COVI datant de 2008, intitulée « L'éducation nutritionnelle en médecine générale : fréquence, modalités, déterminants » a décrit la fréquence du conseil nutritionnel en consultation de médecine générale d'un panel de 45 médecins exerçant dans le Val de Marne. Elle a analysé 410 consultations. Parmi elles, 42% des consultations ont donné lieu à un conseil nutritionnel (6)

F. Paponneau mentionne dans sa thèse qu'environ 20% des consultations de médecine générale donnent lieu à un conseil nutritionnel.

Parmi eux, c'est dans la majorité des cas dans une situation de prévention secondaire. (39)

Une autre thèse réalisée la même année par P. ARBERTURAS . Elle a interrogé 50 médecins de la région Parisienne et a décrit la pratique du conseil nutritionnel au cours de leurs consultations. Il s'avère que le sujet de la nutrition est abordé dans 22% des consultations en moyenne. (5)

Ces résultats sont à mettre en parallèle avec les résultats de l'étude ESTEBAN qui s'intéresse à l'adhésion d'une population âgée de 18 à 55 ans aux différentes recommandations nutritionnelles du PNNS.

Il apparaît que celle-ci est très insuffisante dans au moins 4 des recommandations (28% déclarent manger 5 fruits et légumes par jour, 15% déclarent consommer des fruits à coque, 13% déclarent manger des légumes secs, 21% déclarent manger moins de 6g de sel par jour). (40)

Ainsi, le manque de pratiques préventives et éducatives dans le domaine nutritionnel se traduit par une mauvaise concordance entre pratiques de vie des patients et recommandations.

Une meilleure adhésion aux recommandations du PNNS pourrait se traduire par une diminution de l'incidence ou de la prévalence des maladies chroniques.

Les freins à la pratique de prévention

Plusieurs études se sont penchées sur la question des facteurs limitant le conseil nutritionnel en consultation. (41) (42) (43) (44)

Parmi les éléments de réponse fréquemment retrouvés, on peut noter :

- le manque de temps
- l'absence de cotation relative à cet acte, qui n'est donc pas valorisé économiquement
- le manque de formation et d'outils
- le sentiment d'inefficacité
- la crainte d'altérer la relation médecin-patient par un sujet trop intime

Concernant le manque de formation, S.ROBIN a effectué en 2014 un travail de recherche concernant la notoriété du PNNS auprès d'un panel de médecins généralistes dans la région Midi-Pyrénées.

Il en ressort que sur un échantillon de 252 participants, 20% déclaraient ne pas connaître le PNNS.

A propos des outils et ressources proposées aux professionnels par le PNNS, seul 7% des participants connaissaient la version professionnelle du site manger-bouger.

Concernant les recommandations, 40% des participants déclaraient ne pas avoir été formés aux recommandations du PNNS. (41)

Concernant le manque d'efficacité, on peut assimiler le conseil nutritionnel en médecine général à un conseil minimal, ou une intervention brève (IB).

Se pose alors la question la création d'un outil aidant le médecin généraliste lorsqu'il aborde la nutrition en prévention primaire.

METHODE

Pour cette étude, nous avons fait une étude qualitative à la recherche d'un consensus avec la méthode du groupe nominal (TGN).

L'avantage de cette technique de réflexion pluridisciplinaire est de récolter un grand nombre de données tout en favorisant l'expression de chaque participant, en limitant les biais de participations qui peuvent être vus lors de réunions plus traditionnelles.

L'objectif de l'étude était de réunir les principales notions pertinentes à aborder lors d'un conseil nutritionnel en prévention primaire, par un médecin généraliste.

Nous avons réalisé un guide d'entretien (annexe 1) pour mener le groupe nominal.

Dans le guide d'entretien, nous avons choisi de questionner le groupe en premier lieu sur les principales thématiques du conseil nutritionnel, puis d'enrichir chacune des thématiques.

Nous avons identifié plusieurs experts issus de différents milieux en lien avec la prévention et la nutrition, à savoir des médecins généralistes, des médecins nutritionnistes et une infirmière spécialisée en éducation thérapeutique.

Les différents intervenants ont été sollicités par mail, et la date de la réunion du groupe a été soumise au vote pour permettre au plus grand nombre de participer.

Nous avons choisi de réunir ce groupe d'expert au sein de l'Université de Limoges.

Lors de la réunion étaient présents les experts participant au groupe nominal, les directrices de thèse en tant que modératrices de séance ainsi que le thésard qui prenait des notes. Le déroulement du groupe nominal a été préalablement décrit par le thésard aux participants.

L'étudiant a ensuite présenté sa question de recherche : quels sont, dans le domaine de la nutrition, les axes que le médecin généraliste doit aborder en consultation de prévention primaire ?

La procédure du groupe nominal est très structurée. Elle conduit à un vote qui permet une hiérarchisation et une priorisation des réponses.

Indépendamment de leur ordre de priorité, les réponses des participants constituent un matériau brut qui peut être soumis à une analyse qualitative. Les propositions sont regroupées en groupes et en sous-groupes au cours d'un processus conduit par l'équipe de recherche. Les groupes résultants de l'analyse qualitative sont finalement classifiés et priorisés, chaque proposition gardant tout au long du processus le poids relatif qui résulte du vote du groupe.

Pour le vote, nous avons utilisés une échelle de Likert (avec des valeurs allant de 0 à 9).

Chaque élément de la liste a été soumis à un vote.

En ce qui concerne la méthodologie, il a été décidé de d'abord identifier les thématiques principales du conseil nutritionnel puis de proposer des éléments correspondants à chacune des thématiques (phase d'enrichissement)

Les thématiques et les enrichissements ont été réalisés en présentiel.

La mise au vote des items listés lors de la phase d'enrichissement et la classification par ordre d'importance des 4 thématiques a été réalisé en distanciel à l'aide de l'outil Framiform.

Un mail a été renvoyé a tous les participants du Groupe Nominal avec un lien vers le document Web et une notice explicative.

Les résultats ont été extraits dans une fiche de calcul EXCEL, Ce support a permis de calculer la moyenne obtenue par chaque item, et d'évaluer le désaccord.

Nous avons choisi pour analyser les résultats la validité consensuelle. Le consensus était obtenu lorsque la moyenne de l'accord était supérieure à 7, en l'absence de désaccord. Nous avons enfin défini le désaccord lorsque plus de 30 % des scores individuels étaient répartis entre 1 et 3 et plus de 30 % entre 8 et 10.

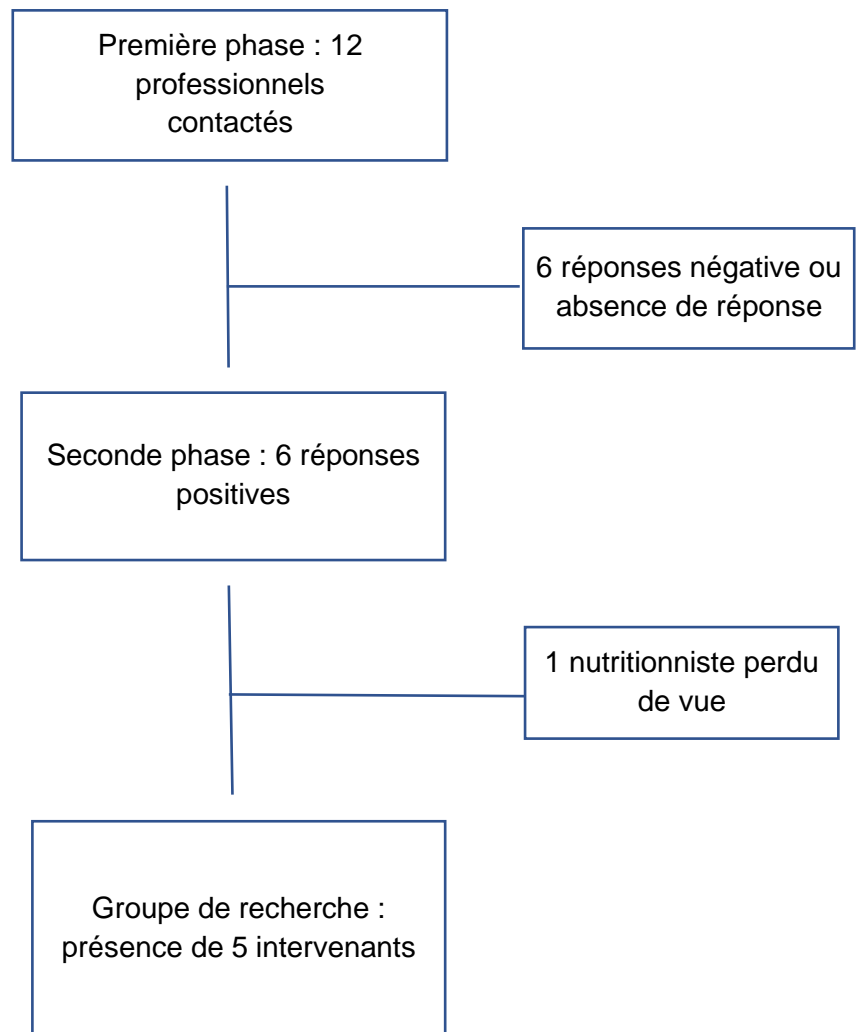
RESULTATS

Pour la réalisation du groupe nominal de notre étude, 12 professionnels ont été sollicités par mail. (ANNEXE 1)

Le mail expliquait l'objet de l'étude, la méthode choisie ainsi que le rôle de chacun au sein de cette méthode.

La répartition par spécialité était la suivante : 5 médecins généralistes (dont un titulaire d'un DIU de nutrition et 1 titulaire d'un DIU de diabétologie), 4 médecins nutritionnistes, 2 diététiciens et 1 infirmière ASALEE.

La composition des experts est décrite dans le diagramme de flux suivant :



Identification des thèmes à aborder

Le groupe nominal a été mené selon le guide présenté en annexe 1.

La première question concernait l'identification des principaux axes du conseil nutritionnel.

Après épuisement des propositions, le groupe est parvenu à établir 7 axes principaux, ils sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Nous avons conservé 4 axes, qui avaient fait consensus.

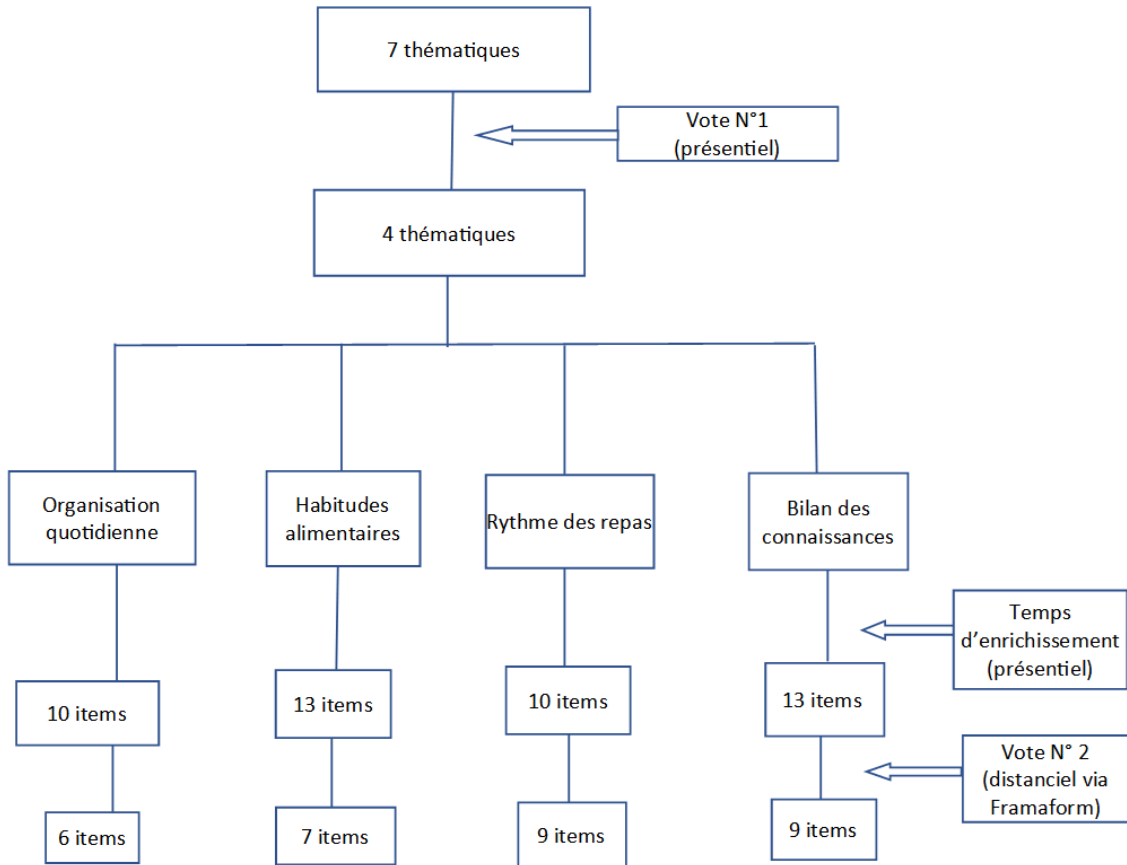
| Thèmes | Moyenne | Désaccord |
|------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| rythme de la prise alimentaires | 7,7 | 0% |
| les connaissances concernant l'alimentation | 7,3 | 0% |
| l'organisation quotidienne du foyer | 8,2 | 0% |
| l'exploration des pratiques alimentaires | 8 | 0% |
| la représentation de l'alimentation | 6,7 | 1,2% |
| l'équilibre sédentarité/activité physiques | 5 | 1,5% |
| les dynamiques favorisant les changements de comportement. | 6,2 | 2% |

Tableau 1 Moyennes et Désaccord des thématiques établies par le groupe nominal

La seconde partie de la réflexion s'est intéressée à l'enrichissement de chacun des 4 axes.

Identification des sous thèmes à aborder :

A l'issue de la séance et après épuisement des propositions, le nombre d'items listés pour chaque thématique est présenté dans le diagramme de flux suivant



46 items soumis au vote, 32 ont été approuvés, soit 69,5 %
Chacun des thèmes vont être détaillés par la suite.

Organisation quotidienne

| Organisation quotidienne | | |
|---------------------------------------|---------|-----------|
| Items | Moyenne | Désaccord |
| Qui prépare les repas | 8 | 0% |
| Qui fait les courses | 7,2 | 0% |
| Présence d'écran pendant les repas | 6,4 | 0% |
| Profession/organisation pro des repas | 8,2 | 0% |
| Composition de la famille | 7,6 | 0% |
| Lieu du repas | 6,2 | 0% |
| Moment d'échange | 5,2 | 0% |
| Horaire des repas | 5,4 | 0% |
| Sédentarité | 7 | 0% |
| Activité physique | 7 | 0% |

Tableau 2 Moyenne et désaccord des items du thème Organisation Quotidienne

6 propositions ont été conservées.

Habitudes alimentaires

| Habitudes alimentaires | | |
|---------------------------------------------|---------|-----------|
| Items | Moyenne | Désaccord |
| préparation/plat préparé | 8 | 0% |
| Enquête alimentaire sur une journée | 8,8 | 0% |
| Erreur caricaturale | 7,6 | 0% |
| Mode de cuisson | 6,8 | 0% |
| Assaisonnement | 6,8 | 0% |
| Accompagnement | 6,2 | 0% |
| Quantité | 8 | 0% |
| Se resservir | 7,4 | 0% |
| Proportionnalité entre les aliments | 6,6 | 0% |
| Excès réguliers de certains aliments | 6,2 | 0% |
| Excès réguliers d'aliments trop gras/sucrés | 8,8 | 0% |
| Régime particulier | 7,2 | 0% |

| | | |
|----------|-----|----|
| Boissons | 7,2 | 0% |
|----------|-----|----|

Tableau 3 Moyenne et Désaccord des items du thème Habitudes Alimentaires

7 propositions ont été conservée

Rythme des repas

| Rythme des repas | | |
|-----------------------------|---------|-----------|
| Items | Moyenne | Désaccord |
| Heure des repas | 7,6 | 0 |
| Nombre de repas | 8,2 | 0 |
| Intervalle entre les repas | 6,2 | 0 |
| Durée du repas | 8 | 0 |
| Collations | 8,6 | 0 |
| Grignotage | 8,8 | 0 |
| Levers nocturnes | 7,4 | 0 |
| Horaires variables de repas | 7,2 | 0 |
| Horaires décalés des repas | 8,4 | 0 |
| Apéritifs | 7,2 | 0 |

Tableau 4 Moyenne et Désaccord des items du thème Rythme des repas

9 propositions ont été conservées.

Bilan des connaissances

| Bilan des connaissances | | |
|--------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| Item | Moyenne | Désaccord |
| Utilisation régulière des différents catégories alimentaires | 7,8 | 0% |
| Diversité alimentaire | 6 | 0% |
| Équilibre entre les différentes classes alimentaires | 7,8 | 0% |
| Fruits | 7,4 | 0% |
| Légumes | 8,2 | 0% |
| Laitages | 6,6 | 0% |
| Féculents | 7,8 | 0% |

| | | |
|-------------------------------------------------|-----|----|
| Sucres | 8 | 0% |
| Viande/poisson | 7,4 | 0% |
| Graisses | 8 | 0% |
| Boissons | 7,8 | 0% |
| Apports hydriques | 5 | 0% |
| Interroger sur les représentations des aliments | 6,4 | 0% |

Tableau 5 Moyenne et désaccord des items du thème Bilan des connaissances

9 propositions ont été conservées

DISCUSSION

Validité interne :

Force de l'étude

Une force de cette étude résulte dans sa méthodologie.

En effet, le groupe nominal permet une réflexion pluridisciplinaire, et donne la part belle aux compétences propres de chacun des experts qui deviennent complémentaires.

De plus, par son déroulement et sa méthode de notation, il permet d'élaborer la première partie d'un consensus.

Malgré de nombreux désistements, nous avons eu la chance de bénéficier d'un panel assez varié d'experts (infirmière d'éducation thérapeutique, nutritionniste, médecins généralistes avec DU apportant des notions supplémentaires, tels que le DU diabétologie ou le DU nutrition).

Nous pouvons déplorer l'absence d'un diététicien, qui aurait pu apporter un regard encore différent.

De plus, il aurait pu être souhaitable d'avoir un second médecin nutritionniste, ce qui aurait permis de croiser deux regards de cette spécialité.

Le fait d'avoir obtenu un vote immédiat lors du groupe nominal pour la définition des thèmes à aborder est une force de cette étude nous ayant permis d'avoir un consensus en présentiel avant d'alimenter chaque thème.

Les participants les plus présents dans notre panel étaient les médecins généralistes. Concevoir un outil à disposition du généraliste en les intégrant au processus permet d'avoir un résultat au plus près de leurs attentes et besoins. (39)

Faiblesse de l'étude

Au niveau de la méthode, la littérature mentionne un nombre moyen de 6 à 10 participants pour un groupe nominal.

Dans notre étude, le nombre final de participants s'élevait à 5, ce qui est moins que conseillé.

Concernant les 46 items soumis au vote, 32 ont été approuvés, soit 69,5 %.

Pour augmenter la discrimination des items, nous aurions pu augmenter la valeur moyenne nécessaire pour conserver un item.

Le manque de temps lors de la rencontre en présentiel et l'éloignement géographique de chacun des professionnels invités nous a conduit à poursuivre notre étude en distanciel.

Validité externe

La recherche bibliographique réalisée pour ce travail retrouvait de nombreuses thèses de médecines traitantes de la nutrition en médecine générale.

Presque toutes pointaient un manque de formation des médecins généralistes sur ce sujet. (3) (4) (43) (45) (46)

Les PNNS mis successivement en place depuis 2001 semblent avoir des impacts modérés voire insuffisant. C'est ce que démontrent l'étude d'impact menée par l'IGAS (47)

En fait, les PNNS sont des outils précieux dans le sens où ils représentent une synthèse des dernières données scientifiques dans le domaine de la nutrition.

Il y a probablement eu un grand travail de revue de littérature pour récolter toutes ces données.

Un travail important reste toutefois à fournir pour élargir la visibilité du PNNS, et pour le transformer en outils fonctionnel pour les professionnels de santé.

A notre connaissance, il n'y a pas eu d'étude cherchant à faire le lien entre les données théoriques des PNNS et la pratique des médecins généralistes.

Une étude telle que menée ici, en procédant par un groupe nominal pluri professionnel pour sélectionner des données relatives au conseil nutritionnel à l'usage des médecins généralistes est une première.

Le fait de travailler uniquement dans le champ de la prévention primaire est relativement inhabituel, puisque l'on sait que la majorité des conseils nutritionnels sont délivrés en prévention secondaire voire tertiaire (39)

Nous n'avons trouvé qu'une seule étude sur les besoins des médecins généralistes concernant les conseils en prévention primaire. (48)

On y retrouve les principaux freins (temps, rémunération et connaissance), avec des solutions globales pour chacun (consultation spécifique, cotation et amélioration de la formation médicale).

Cependant, l'étude ne précise pas comment les médecins aimeraient être mieux formés.

Un des seuls travaux de recherche s'intéressant à la conception d'une formation en nutrition des professionnels de santé est celui réalisé par D. Le Goff en 2012, et il s'adresse aux internes de médecine générale. (43)

Elle a interrogé pour ce faire un panel de médecins experts, mais sous la forme d'entretiens semi-dirigés.

A la différence de notre travail, il n'y a donc pas eu de recherche d'un consensus.

F. Paponneau a mené une étude narrative de la littérature sur l'intervention du médecin généraliste dans l'éducation nutritionnelle.

Elle a compilé 10 ans de publications. L'objectif secondaire de son travail était de proposer une plaquette informative a destinée du médecin généraliste.

Dans sa plaquette, elle développe l'intérêt d'aborder le sujet, les moments propices et la manière de le faire.

Son travail se rapproche du notre sur les informations à recueillir (habitudes alimentaires, niveau socio-économique, connaissances) et les informations à transmettre (rythme des repas, environnement des repas, durée de la prise alimentaire, pas d'interdit alimentaire, quantités). (39)

Discussion des résultats

Lors de la revue de la littérature, nous nous sommes beaucoup penchés sur le PNNS, et notamment sur les aspects techniques et quantitatifs de l'alimentation (les sucres, les acides gras, les fibres, les oligo-éléments). Nous pensions que le groupe nominal irait dans le même sens or il s'est beaucoup intéressé au contexte familial, à la composition du foyer, à la dynamique des repas, à comment mange notre public.

Les connaissances pures et dures ont été très secondaires, puisque la thématique « Bilan des connaissances est arrivée en dernière position dans l'ordre des thématiques à aborder.

Concernant le socle de connaissance, il y a eu un glissement de la donnée « éléments du PNNS » a la donnée « éléments de connaissances » des experts convoqués pour le groupe nominal.

De ce point de vue, la mixité du panel recruté prenait tout son sens.

Cependant, le fait de ne plus inclure le PNNS dans notre question et de convoquer plutôt les connaissances propres à chaque participant induit un problème.

L'ensemble des propositions que le groupe apportera à la question posée appartiendra forcément à la somme des connaissances de chacun, qui ne correspondra pas forcément avec la somme totale des connaissances sur le sujet.

En d'autres termes, nous acceptons par ce fait de potentiellement tenir hors de la discussion certaines connaissances et recommandations fiables qui n'appartiendraient pas au champ de connaissance de nos experts.

De même, nous acceptons de discuter de propositions qui font parties du champ de connaissances de nos experts, et qui sont peut-être erronées ou incomplètes.

Considérer le PNNS comme base de sélection des informations à conserver pour effectuer un conseil nutritionnel garanti de choisir parmi les connaissances les plus a jour sur le sujet, et sur des preuves scientifiquement établies.

Considérer les connaissances internes de nos experts expose au risque d'utiliser des données dont personne ne peut garantir l'exactitude, ou du moins qui peuvent être plus ou moins éloignées des derniers apports de la science.

Dans les campagnes de prévention nutritionnelle classique, les messages sont adressés à la population générale.

Des propositions telles que « mangez 5 fruits et légumes par jour » ou encore « mangez moins gras, moins salé, moins sucré » s'adressent à un large public.

Elles sont de ce fait impersonnelles, car ne tiennent pas compte du contexte de vie, du niveau de connaissance, de la catégorie socio-professionnelle, des ressources économiques, qui sont autant de déterminants clés guidant les conduites alimentaires d'un individu.

Adresser des messages ciblés et individuels permet probablement de gagner en efficacité.

C'est l'axe de travail que notre groupe d'étude a choisi : au niveau du groupe nominal, priorité a été donnée à l'élaboration du contexte.

Ainsi, la thématique choisie pour être abordée en premier chef a été la thématique « Organisation quotidienne ».

Les items plébiscités sont ceux qui permettent de dessiner un « paysage » nutritionnel propre à l'individu : comment la profession impact sur l'organisation des repas, qui élabore les repas, comment est composé le foyer familial, comment se fait l'approvisionnement alimentaire.

Il se différencie nettement par ce point de la plupart des autres travaux menés qui décrivent les modalités et la pratique du conseil nutritionnel par les médecins : les premiers éléments introduits sont très souvent les règles hygiéno-diététiques, les recommandations sur les catégories d'aliments, le sucre et le gras. (49)

A noter quand même que certains travaux semblent montrer que les médecins interrogent d'abord les patients sur leurs habitudes alimentaires avant de leur prodiguer des conseils. (42)

Une fois le paysage posé, c'est le moment de s'intéresser de près à l'acte alimentaire tel qu'il est réalisé chez le patient : c'est l'enquête alimentaire. Est abordée ici la question de la dichotomie préparation maison/préparation industrielle

Digression sur cette notion : le 4^e PNNS recommande d'augmenter le « Fait maison », notion qui n'apparaissait pas dans les précédents PNNS.

En effet, l'inquiétude sur les produits ultra transformés prend un essor important ces dernières années, alors les risques liés aux produits ultra-transformés sont connus depuis une dizaine d'année (, le score Nova, qui classe les aliments en fonction de leurs degrés de transformation a connu sa première publication en 2009).

Pourtant le degré de transformation des aliments n'est pas prise en compte par le nutriscore, un score de classification nutritionnelle des aliments, aussi mis en place avec le 4^e PNNS.

Utilisation de l'outils

Rappelons-le, la question posée au groupe de recherche concernait « les axes à aborder dans le domaine de la nutrition, en consultation de prévention primaire ».

Nous avons donc vu que priorité était donnée à l'exploration du contexte de l'acte alimentaire du patient.

Son alimentation était envisagée au travers d'un certain nombre de caractéristiques sociales et environnementales.

Puis il y avait une exploration fine et rigoureuse de la prise alimentaire.

C'est à l'issue seulement de ces temps de discussion que des conseils personnalisés et adaptés à la situation du patient peuvent être délivrés.

Comme mentionné plus haut, les principaux freins des médecins généralistes à la réalisation de prévention nutritionnelle étaient le manque de formation, le manque de temps et le manque de rémunération.

Nous espérons que cet outil qui pourrait être un guide d'entretien facilitera l'abord du thème « nutrition » en consultation.

Mais pour cela, nous devons être persuadés que le statut nutritionnel d'un individu est intimement lié à son état de santé global.

Nous devons être persuadés que la nutrition est un sujet capital, qu'il est nécessaire d'aborder avec chaque patient, surtout s'il est indemne de pathologie chronique (et même s'il l'est)

Chaque professionnel est libre de choisir sa stratégie : y dédier une consultation entière, questionner le patient sur le lien qu'il établit entre alimentation et santé, intégrer un conseil nutritionnel à chaque prescription médicamenteuse, intégrer un bilan alimentaire dans l'exploration des antécédents et facteurs de risque lors d'une première consultation avec un patient.

L'outil proposé par ce travail nécessite préférentiellement une consultation spécifique puisqu'il explore assez finement et en profondeur le rapport entre le patient et son alimentation.

Cela est en accord avec le fait que la consultation dédiée à la prévention nutritionnelle soit une proposition formulée par de nombreux praticiens quand ils sont interrogés sur leur pratique ou l'amélioration de la pratique préventive (39)

De cette manière, la question du temps et de la rémunération ne se pose plus.

Dans une recherche d'augmentation de la prévention nutritionnelle en médecine générale, on voit que ce travail répond à une partie du problème, mais n'est pas suffisant en tant que tel.

D'autres travaux s'intéressant par exemple à l'exploration et à la stimulation de la motivation du patient sont nécessaires.

En ce qui concerne les connaissances du praticien dans le domaine de l'alimentation, celles-ci ne peuvent être augmentées que lors de la formation initiale, ou de la formation continue.

Mais cela implique que les instituts de formation et les praticiens eux-mêmes se saisissent de ce sujet, le considèrent avec toute l'importance qui lui est dû.

PERSPECTIVES

Les travaux de thèse cités pour notre étude montrent que des données liant environnement nutritionnel et santé existent, et sont robustes.

En médecine générale, plusieurs études ont été menées sur les attentes des patients, et sur les freins des médecins.

Parmi tous les freins, le plus accessible est probablement celui du manque de formation, c'est pourquoi nous avons choisi de travailler dessus.

De plus, il semble qu'à l'inverse de la prévention secondaire, la prévention primaire soit peu réalisée, alors qu'elle est essentielle.

Nous avons essayé de concevoir un outil qui réponde au manque de formation, et qui se situe dans le champ laissé libre de la prévention primaire.

Du fait qu'un nombre très limité d'études aient été menées sur les attentes des médecins généralistes pour faciliter le conseil nutritionnel, les tentatives d'élaboration d'outils sont vraiment à évaluer en vie réelle.

Il pourrait y avoir là matière à de futurs travaux de thèse, pour mieux caractériser les attentes des médecins, et pour évaluer la pertinence des outils créés (entre autres le notre) auprès d'un panel de médecins généralistes, pour savoir s'il a permis de modifier leurs pratiques ou non.

Conclusion

Aujourd'hui nous savons que les pathologies chroniques remplacent de très loin les pathologies aiguës dans la morbi-mortalité de la population Française.

Aux premiers rangs de celles-ci se trouvent le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs.

De plus en plus d'études établissent un lien de cause à effet fort entre notre mode de vie et l'apparition de ces pathologies.

Parmi les facteurs de risque lié au mode de vie se trouve l'alimentation.

Du fait de la genèse de ces pathologies, la modification des comportements individuels et collectifs est un moyen puissant pour freiner cette épidémie de « maladies de civilisation ».

Il se trouve que par sa position dans le système de soins français, le médecin généraliste est un acteur majeur de prévention, et identifié comme tel par ses patients.

Il serait donc à souhaiter que la prévention nutritionnelle effectuée par le médecin généraliste trouve de plus en plus de place dans la pratique quotidienne du soin.

Cependant, plusieurs facteurs s'y opposent. Ceux-ci ont été bien documentés.

Parmi ces freins, le manque de formation des praticiens est un élément redondant.

Cette étude qualitative permet de proposer un outil se voulant fonctionnel pour aider le médecin généraliste à intégrer le conseil nutritionnel dans ses consultations de routine.

Il présente l'avantage d'avoir été conçu de manière pluri professionnelle, et élaboré grâce à une méthode permettant d'établir un consensus.

Nous espérons que ces deux éléments (pluriprofessionnalité et consensus) donnent une certaine qualité à notre outil.

Si nous avons cherché à synthétiser le « quoi dire ? », il reste à travailler sur le « comment dire ? ».

Il nous paraît important que par la suite, les médecins soient interrogés sur l'utilité de ce type d'outil afin de savoir s'il est réellement efficace pour favoriser le conseil nutritionnel.

ANNEXE

Annexe 1 : guide d'entretien du groupe nominal

Guide groupe nominal

Quels sont, dans le domaine de la nutrition, les axes que le MG doit aborder en consultation de prévention primaire ?

Vote avec échelle de likert de 0 à 9

Pour chaque axe proposé, valider :

- La sémantique
- La définition

Moyenne : supérieure à 7 => consensus

- Classer par ordre d'importance

Puis que mettre dans chaque axe : (Informations à donner) Quelles informations donner ??

- Type/Classe d'aliment ?
- Quantité ?
- Modalité de prise ? (nombre repas/jour, nbr de prise par semaine ?)
- Les impacts sur la santé ?
- Quel ordre pour les différentes information ?

Echelle de likert de 0 à 9 pour chaque proposition, vote possible en distanciel

Comment peut-on le diffuser et type de support ? (distanciel ??)

- Support
- Classement des axes
- Mode diffusion

Echelle de likert de 0 à 9 pour chaque proposition, vote possible en distanciel

Annexe 2 : E-Mail de sollicitation des 12 professionnels pour le groupe nominal

Bonjour Dr X,

j'effectue un travail de recherche sur le conseil nutritionnel en médecine général dans le cadre de ma thèse. Plus précisément, je me penche sur la question de comment faciliter ce conseil en consultation de routine. D'après ce que j'ai lu, la prévention en nutrition devient une des attentes des patients vis à vis de leur médecin généraliste, et pas seulement dans le cas d'une prévention secondaire (chez quelqu'un qui est déjà obèse/hypertendu/diabétique par exemple).

Alors même qu'on connaît l'impact d'une mauvaise alimentation sur la santé, alors qu'on commence à bien cerner l'impact catastrophique en terme de santé publique d'une alimentation de mauvaise qualité, la prévention nutritionnelle n'est que très peu réalisée en médecine générale.

J'ai cherché à en comprendre les raisons, et globalement j'ai compris ceci : la prévention nutritionnelle est peu abordée par manque de temps, parce qu'elle n'est pas rémunératrice en elle-même, parce qu'on pense ne pas être efficace dans nos interventions, et parce qu'on manque de formation et d'informations.

La question du temps et la question économique, c'est un peu le problème de la tarification à l'acte, et ça c'est un autre problème.

La question de l'inefficacité n'est a priori pas si fondée que ça.

La question du manque de formation et d'informations est celle sur laquelle je veux travailler.

Il existe depuis 20 ans un programme national qui se penche sur le domaine de la nutrition en tant que déterminant modifiable important de l'état de santé de la population (PNNS).

Ce programme propose de nombreuses stratégies pour parvenir à un certain nombre d'objectifs. Il recèle pas mal de données, de recommandations, d'astuces, d'idées...mais je pense en pratique qu'il est sous employé car trop dense et peu adapté à une demande d'outils "fonctionnels".

Mon travail de recherche consistera à élaborer cet outil fonctionnel, à partir des données et recommandations du PNNS, pour améliorer la pratique du conseil nutritionnel en consultation.

Cela se fera via la technique du groupe nominal, qui consiste à rassembler un petit groupe de membres "experts" de la question, pour mener une réflexion commune avec des points de vue différents (diététicien, ASALEE, med gé, nutritionniste...).

Je vous écrit pour vous demander si vous seriez intéressée pour participer à ce groupe nominal.

Je vous souhaite une bonne après-midi.

Annexe 3 : propositions obtenues à l'issue de la première partie du groupe nominal

- Question : Quels sont dans le domaine de la nutrition les axes que le MG doit aborder en consultation de prévention primaire ?
- Rythme des repas
- Etat des lieux des connaissances
- Bilan des connaissances
- Diversité alimentaire
- Equilibre alimentaire entre différentes classes aliments
- Fruit
- Légumes
- Laitage
- Connaissance des aliments
- Interroger sur les représentations des aliments
- Organisation quotidienne :
- Qui cuisine/Comment
- Qui prépare
- Qui fait les courses
- Où faites-vous les courses
- Qui cuisine/prépare/course
- Avez-vous un potager?
- Durée du repas
- Ecran présent ou pas?
- Profession et organisation professionnelle des repas
- Composition famille
- Repas = convivialité
- Sensation
- Vécu
- Plaisir de préparer
- Plaisir de partager
- Plaisir gustatif
- Satiété/faim
- Association/Implication de l'ensemble de la famille à la prise en charge
- Modification des habitudes alimentaires
- Activité physique
- Sédentarité
- Apport/dépense
- Co-comportement
- Aller vers le changement
- Fixer un objectif
- Préparation vs plat préparé
- Enquête alimentaire
- Habitudes alimentaire
- Enquête alimentaire sur 1 journée
- Pratique alimentaire
- Grosses erreurs caricaturales
- Drapeaux rouges

Annexe 4 : enrichissement de chacune des thématiques

- **Rythme des repas**
 - Heure
 - Nombre de repas
 - Intervalle entre les repas
 - Durée
 - Collation
 - Grignotage
 - Lever nocturne
 - Horaires variables des repas
 - Horaires décalés des repas
 - Apéritifs
- **Bilan des connaissances**
 - Utilisation régulière des différentes catégories alimentaires
 - Diversité alimentaire
 - Equilibre alimentaire entre différentes classes aliments
 - Fruit
 - Légumes
 - Laitage
 - Féculents
 - Viandes/Poissons
 - Sucres
 - Graisses
 - Boissons
 - Apport hydrique
 - Interroger sur les représentations des aliments

- **Organisation quotidienne :**
 - Qui prépare les repas
 - Qui fait les courses
 - Ecran présent ou pas?
 - Profession et organisation professionnelle des repas
 - Composition famille
 - Lieu du repas
 - Moment d'échanges
 - Horaires des repas
 - Sédentarité ?
 - Activité physique?
- **Enquête alimentaire /Habitudes alimentaire**
 - Préparation vs plat préparé
 - Enquête alimentaire sur 1 journée
 - Grosses erreurs caricaturales
 - Mode de cuisson
 - Assaisonnement
 - Accompagnement
 - Quantité
 - Se resservir
 - Proportionnalité entre les différents aliments
 - Excès réguliers de certains aliments
 - Excès réguliers de certains aliments trop sucrés ou trop gras
 - Régime particulier
 - Boissons

Références bibliographiques

1. Maladies chroniques. Briancon ; Guérin ; Sandrin-Berthon. Adsp. septembre 2010;
2. PNNS 2001-2005. 2001.
3. Ferrer É. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire: expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans. 2016.
4. Lucie L. CONSEILS NUTRITIONNELS PAR LE MEDECIN GENERALISTE : ATTENTES DES PATIENTS.
5. Aberturas P. Connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins généralistes à Paris, une étude observationnelle. 2018.
6. Covi A, Letrilliart L. L'éducation nutritionnelle en médecine générale: fréquence, modalités, déterminants. [S.l.]: s.n.; 2008.
7. Million E, Bayard S, Clotet L, Lognos B, Carbonnel F. Quels sont les domaines de prévention les plus fréquemment oubliés dans les consultations avec les adolescents et les jeunes adultes ? Une étude transversale ancillaire ECOGEN. *exercer*. 27 mars 2022;(171).
8. Kandel, Boissault. NUTRITION EN MEDECINE GENERALE : QUELLES REALITES? . 2006
9. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes; ORS Rhône-Alpes, 2004
10. Vivre avec une maladie chronique - Ministère de la Santé et de la Prévention
11. Chassang, Gautier. rapport CESE, maladies_chroniques.pdf [Internet]. CESE;
12. Marant-Micallef C. NOMBRE ET FRACTIONS DE CANCERS ATTRIBUABLES AU MODE DE VIE ET À L'ENVIRONNEMENT EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2015 : RÉSULTATS PRINCIPAUX / NUMBER AND FRACTIONS OF CANCERS ATTRIBUTABLE TO LIFESTYLE AND ENVIRONMENTAL RISK FACTORS IN METROPOLITAN FRANCE IN 2015: MAIN RESULTS. *BEH*. 2015;7.
13. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine, CIRC, 2018
14. Panorama des cancers en France; INCA; 2021
15. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet Lond Engl*. 11 sept 2004;364(9438):937-52.
16. Maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral – Santé publique France
17. Salines E, Danet S. L'état de santé de la population en France: indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique rapport 2007. Paris: DREES la Documentation française diff; 2007. (Collection Études et statistiques).

18. Béjot Y, Daubail B, Jacquin A, Durier J, Osseby GV, Rouaud O, et al. Trends in the incidence of ischaemic stroke in young adults between 1985 and 2011: the Dijon Stroke Registry. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. mai 2014;85(5):509-13.
19. Sfar H, Ouneissa K, Grira W, Ksira I, Ben Brahim A, Jaafoura R, et al. Environmental risk factors for high blood pressure. *Ann Cardiol Angéiologie*. 1 déc 2015;64:S25-6.
20. Santos et al. Disparités départementales d'années potentielles de vie perdues prématurément par maladies cardiovasculaires en France. *BEH*
21. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité; étude OBEPI
22. SPF. Le diabète en France : les chiffres 2020 [Internet]. 2021
23. Rapport Charges et Produits pour 2024. CNAM. 2023
24. Bonnet F. Le risque cardiovasculaire du diabétique : les évidences. *Bull Académie Natl Médecine*. mai 2018;202(5-6):887-95.
25. Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi AM, Knüppel S, Iqbal K, Schwedhelm C, et al. Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol*. 1 mai 2017;32(5):363-75.
26. OCDE. Panorama de la santé 2021: Les indicateurs de l'OCDE .OECD; 2021 (Panorama de la santé).
27. Renata et al. Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: Systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE) | PLOS ONE. *J Plos One*
28. Wiseman M. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. *Proc Nutr Soc*. août 2008;67(3):253-6.
29. Inserm. Nutrition et santé · Inserm, La science pour la santé.
30. SPF. Nutrition et cancer - Perceptions des risques et des facteurs protecteurs.
31. Canasse Serge. La nutrition, un facteur fondamental de risque ou de protection des cancers. 2019
32. Srour B, Fezeu LK, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, Andrianasolo RM, et al. Consommation d'aliments ultra-transformés et risque de maladies cardiovasculaires dans la cohorte NutriNet-Santé. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 mars 2019;33(1):29.
33. Baudet M, Daugareil C, Ferrieres J. Prévention des maladies cardiovasculaires et règles hygiéno-diététiques. *Ann Cardiol Angéiologie*. 1 avr 2012;61(2):93-8.
34. Canada A de la santé publique du. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé. 2001
35. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. 2002.

36. Faire le tour de la promotion de la santé, IREPS, 2018 .
37. INPES. Baromètre santé nutrition 2008
38. SPF. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [
39. Paponneau. L'INTERVENTION DU MEDECIN GENERALISTE DANS L'EDUCATION NUTRITIONNELLE DE SES PATIENTS ADULTES EN FRANCE : REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE Rouen University Hospital; 2023
40. SPF. Adéquation aux nouvelles recommandations alimentaires des adultes âgés de 18 à 54 ans vivant en France : Étude Esteban 2014-2016. Volet Nutrition - Surveillance épidémiologique.
41. Robin. NOTORIETE DU PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE AUPRÈS DES MEDECINS GENERALISTES DE LA REGION MIDI-PYRENEES. 2014
42. SHMITZ N. Fréquence des conseils alimentaires en consultation de médecine générale. 2019
43. CONCEPTION ET REALISATION PAR UNE INTERNE D'UNE FORMATION DE DIETETIQUE A DESTINATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE, LE GOFF, 2012
44. Brotons C, Ciurana R, Piñeiro R, Kloppe P, Godycki-Cwirko M, Sammut MR, et al. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Am J Clin Nutr. avr 2003;77(4 Suppl):1048S-1051S.
45. Messerlin. CONNAISSANCES EN NUTRITION DANS UNE PROMOTION DE DCEM4 A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY (ANNÉE 2010-2011).
46. Caussanel G. Évaluation des connaissances et des besoins de formation en nutrition et conseils nutritionnels chez les étudiants en troisième cycle de médecine générale de la subdivision de l'Océan Indien en 2020.
47. Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 ; IGAS ; 2016
48. Prévost C. Comment améliorer la prévention primaire en nutrition et activité physique chez les patients adultes jeunes en médecine générale? 2017.
49. Exercice de la nutrition en médecine générale: ressenti des médecins, difficultés rencontrées, stratégies de prise en charge et attente de formation. Franceschini. 2021

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 dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (page suivante non numérotée)

ELABORATION D'UN GUIDE D'ENTRETIEN POUR AIDE A LA PREVENTION NUTRITIONNELLE EN MEDECINE GENERALE

L'alimentation est un facteur influençant l'apparition de pathologie chronique. Le conseil nutritionnel fait par le médecin généraliste en prévention primaire participe à la lutte contre ces pathologies. L'objectif de cette étude est de créer un guide d'entretien pour l'aider à aborder le conseil nutritionnel en prévention primaire.

Méthode : Nous avons utilisé la technique du groupe nominal. 12 experts ont été sollicités. Les items ont été notés selon une échelle de Likert. Nous avons choisi pour analyser les résultats la validité consensuelle. Le consensus était obtenu lorsque la moyenne de l'accord était supérieure à 7, en l'absence de désaccord. Définition du désaccord étant plus de 30 % des scores individuels répartis entre 1 et 3 ou entre 8 et 10.

Résultats : Nous avons organisé un groupe nominal avec 5 experts, d'une durée de 3 heures. 7 thématiques ont été proposées. 4 thèmes ont été validés (organisation quotidienne, habitudes alimentaires, rythme des repas, bilan des connaissances).

46 items ont été proposés. 32 items ont fait consensus, soit 69,5% des items proposés. Les experts suggèrent d'explorer en premier lieu l'organisation du foyer et les habitudes alimentaires de l'individu. Cette stratégie permet d'adapter le conseil nutritionnel à l'individu. De futurs travaux permettraient d'évaluer la pertinence de ce guide auprès des médecins, et sa capacité à engendrer un changement d'habitudes de vie chez le patient.

Conclusion : Notre étude a permis de réaliser une ébauche de guide d'entretien pour aider le médecin généraliste à aborder le sujet de l'alimentation en prévention primaire.

Mots-clés : prévention primaire, conseil nutritionnel, médecine générale

Development of a talking guide to help nutritional prevention in general medicine

Diet is a factor influencing the appearance of chronic pathology. Nutritional advice provided by the general practitioner on primary prevention contributes to decrease these pathologies. The objective of this study is to create an interview guide to help approach nutritional counseling in primary prevention.

Method: We used the nominal group technique. 12 experts were contacted. The items were rated according to a Likert scale. We chose consensual validity to analyze the results. Consensus was obtained when the average agreement was greater than 7, in the absence of disagreement. Definition of disagreement being more than 30% of individual scores distributed between 1 and 3 or between 8 and 10.

Results: We organized a nominal group with 5 experts, lasting 3 hours. 7 themes were proposed. 4 themes were validated (daily organization, eating habits, meal rhythm, knowledge review).

46 items were proposed. 32 items reached consensus, or 69.5% of the proposed items.

Experts suggest first exploring the organization of the home and the individual's eating habits. This strategy makes it possible to adapt nutritional advice to the individual. Future work would make it possible to assess the relevance of this guide to doctors, and its ability to bring about a change in lifestyle habits in patients.

Conclusion :

Our study made it possible to produce a draft interview guide to help the general practitioner approach the subject of diet in primary prevention.

Keywords : diet, nutrition, primary prevention

