

ANNEE : 2021

N° : 15

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention D.E.S. De Médecine Générale

PAR
FRANCESCHINI Lisa Rosanne Hélène
Née le 23/09/1987 à Strasbourg

**Exercice de la nutrition en médecine générale : Ressenti des médecins, difficultés rencontrées,
stratégies de prise en charge et attentes de formation .**

Etude qualitative réalisée auprès de 13 médecins généralistes exerçant dans le Bas-Rhin

Président de thèse : Professeur Thierry PELACCIA

Directeur de thèse : Docteur Elise FRAIH



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Héliène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe PO001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif PO191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel PO002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu PO003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent PO186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe PO004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak PO005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques PO006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas PO007	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle MO007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Remy PO008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François PO009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice PO192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles PO013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume PO178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal PO014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric PO213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric PO187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent MO099 / PO215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François PO017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan PO018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice PO020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile PO022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRPô CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	42.01	Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00	Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac.	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / PO218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01	Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02	Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02	Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier)

Cspt : Chef de service par intérim

CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

MO135	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0066		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre		45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre		50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC		44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre		54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim		54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre		47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil		45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac.		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil		48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre		54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC		44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr ZIMMER Alexis		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Fiore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Eisau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Monsieur le Professeur Thierry Pelaccia,
merci d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse, je vous en remercie, soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance

Madame la Professeure Nathalie Jeandidier, vous me faites l'honneur de votre présence dans ce jury, je vous en remercie. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Serge Rohr, je vous remercie de donner de votre temps et d'avoir accepté d'intégrer ce jury, soyez assuré de mon profond respect

Madame la Docteure Elise Fraih, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir soutenue et conseillée tout au long de ce travail, merci pour tout le temps accordée, pour ta compréhension et ta gentillesse

Merci aux médecins qui ont aidé à réaliser ce travail, merci pour votre temps et la qualité de vos réponses

Merci à ma famille, à mes amis, qui ont été si compréhensifs envers ce travail et le temps consacré

Table des matières

Liste des abréviations

I) Introduction	21
II) Matériel et méthodes	26
<u>A) Type d'étude</u>	26
<u>B) Population de l'étude</u>	27
1) Critères d'inclusion.....	27
2) Caractéristiques des participants.....	27
3) Mode de recrutement.....	28
<u>C) Grille d'entretien</u>	28
<u>D) Les entretiens</u>	29
<u>E) Retranscription</u>	29
<u>F) Analyse</u>	30
III) Résultats	30
<u>A) Ressenti lors de la consultation de nutrition</u>	30
1) Un sentiment d'incompétence lors de la consultation.....	30
2) La nutrition est une affaire de bon sens ? Des erreurs alimentaires évidentes.....	30
3) Le statut d'interne et de remplaçant est peu favorable à une consultation.....	31
4) La nutrition est généralement abordée par le patient.....	31
5) Sauf dans les cas de pédiatrie.....	32
6) Aborder la nutrition peut être perçu comme intrusif et nuire à la relation médecin- malade.....	32
7) Certains patients sont réfractaires au sujet.....	33
8) Les troubles du poids sont source de souffrance pour certains patients.....	33
9) Les patients manquent de motivation quand il s'agit de nutrition.....	33
10) Certains médecins aussi.....	34
11) Les patients en savent parfois plus que les médecins.....	34
<u>B) Les difficultés liées aux consultations de nutrition</u>	35
1) Difficultés d'initiation de la consultation.....	35
2) Difficultés liées au manque de formation.....	35
3) Le manque de temps pour aborder la question.....	35
4) Le manque d'intérêt de la part de certains médecins.....	36
5) Incertitude quant aux sources officielles.....	36

6) Part familiale et culturelle de l'alimentation.....	36
7) Part émotionnelle de l'alimentation.....	36
8) Difficulté pour donner des conseils pratiques.....	37
9) Rôle du niveau socio-économique du patient.....	37
10) Les freins liés à l'alimentation personnelle du médecin.....	37
11) L'impression que l'exercice de la nutrition sort du rôle du médecin.....	37
12) Impression de mensonge dans ce que rapporte le patient.....	38
<u>C) Les thématiques abordées.....</u>	38
1) La nutrition normale.....	39
1.1) Désir de perte de poids de la part du patient.....	39
1.2) Interrogations des patients sur les régimes particuliers.....	39
1.3) Le patient sportif.....	39
1.4) Interrogations des patients sur leur santé.....	39
1.5) Idées préconçues de certains patients sur la nutrition ou les médicaments.....	39
1.6) Alimentation du nourrisson.....	40
1.7) Lors de la grossesse.....	40
1.8) Les régimes alimentaires spéciaux : végétariens, végétaliens, vegan.....	40
1.9) Les interrogations sur les médias : TV, internet.....	40
2) La nutrition en situation pathologique.....	40
2.1) L'obésité : les jeunes médecins y pensent mais ne l'abordent pas toujours.....	40
2.2) Pathologies rhumatologiques.....	41
2.3) Pathologies dermatologiques.....	41
2.4) Troubles du sommeil.....	41
2.5) Troubles fonctionnels digestifs.....	41
2.6) Dénutrition : cancer et personnes âgées.....	41
2.7) Troubles du comportement alimentaire.....	41
2.8) La chirurgie bariatrique.....	42
2.9) La nutrition lors de certains traitements.....	42
2.10) La nutrition lors de certaines pathologies : les pathologies cardiovasculaires.....	42
<u>D) Les outils d'aide à la discussion.....</u>	43
1) Pathologies démasquant un trouble nutritionnel : rhumatologie, cardiologie, diabétologie.....	43
2) La balance, un outil qui aide à introduire la discussion.....	43
3) Le bilan biologique comme support.....	43
4) La consultation pour les certificats sportifs : une occasion d'aborder la nutrition.....	44

5) Au décours d'une consultation de prévention : contraception, tabac.....	44
6) Lors d'un renouvellement de traitement.....	44
<u>E) Les solutions proposées au patient.....</u>	45
1) Stratégies lors de la consultation.....	45
1.1) La place de l'humour.....	45
1.2) La recherche d'une pathologie expliquant les troubles du poids.....	45
1.3) Fixer un objectif réaliste en partant des connaissances du patient.....	45
1.4) Intégrer le patient dans sa prise en charge.....	45
1.5) L'activité physique.....	46
1.6) La prescription de médicaments pour pallier les carences.....	46
1.7) Le recueil alimentaire comme outil d'évaluation du régime alimentaire.....	46
1.8) Un support pour les conseils alimentaires.....	47
1.9) La recherche des aliments en excès et des aliments supprimés.....	47
1.10) Des conseils alimentaires intuitifs.....	47
1.11) Accepter de ne pas savoir et chercher par soi-même.....	48
2) Réseau d'aide pour le médecin.....	48
2.1) Le réseau personnel des médecins.....	48
2.2) Les groupes et réseaux de prise en charge.....	49
2.3) Malgré leur méconnaissance par certains médecins.....	49
2.4) Les consultants en nutrition et les infirmières ASALEE.....	49
2.5) L'utilisation d'internet et d'applications par les patients.....	49
3) Stratégie d'adressage.....	50
3.1) Certains services hospitaliers.....	50
3.2) La prise en charge psychologique	50
3.3) Adresser le patient chez un diététicien/nutritionniste.....	50
3.4) La consultation dédiée.....	50
<u>F) Le ressenti sur la formation.....</u>	51
1) Les cours de nutrition en partie oubliés voire occultés.....	51
2) Un item mis de côté lors de leurs études.....	52
3) Un manque d'intérêt pour certains médecins lors de leurs études.....	52
4) Une formation ressentie comme trop théorique.....	52
5) Une formation mal adaptée à la pratique de médecine générale.....	53
<u>G) Les attentes sur la formation future.....</u>	53
1) Une formation qui semble primordiale.....	53

2) Axée sur le côté pratique.....	54
3) Le contenu souhaité.....	54
3.1) Les sources officielles.....	54
3.2) Les réseaux de soin disponibles.....	55
3.3) L'accompagnement du patient.....	55
3.4) Les régimes liés aux pathologies.....	55
3.5) Les régimes liés à une population spécifique.....	55
3.6) Les régimes alimentaires particuliers.....	55
3.7) L'entretien motivationnel.....	56
IV) Discussion.....	57
<u>A) Discussion de la méthode.....</u>	<u>57</u>
1) Limites de l'étude.....	57
1.1) Difficulté rencontrée lors de la réalisation du travail bibliographique préalable à la thèse.....	57
1.2) Concernant les participants.....	57
1.3) Concernant l'interprétation des résultats.....	58
2) Forces de l'étude.....	58
2.1) Le choix du type d'étude : la méthode qualitative.....	58
2.2) Diversité des participants.....	59
<u>B) Discussion sur le concept de compétence.....</u>	<u>59</u>
1) Qu'est-ce qu'être compétent ?.....	59
2) La relation entre la compétence et le sentiment d'efficacité personnelle	60
<u>C) Discussion sur les résultats.....</u>	<u>61</u>
1) Regard sur l'exercice de la nutrition : il est ressenti comme difficile.....	61
2) Les thèmes évoqués dans les difficultés liées à la nutrition.....	62
2.1) Le statut professionnel du médecin.....	62
2.2) L'absence de recommandation officielle.....	63
2.3) Difficultés à initier la consultation.....	64
2.4) le manque d'intérêt de certains médecins.....	65
3) Les perspectives d'amélioration.....	66
3.1) Les attentes vis-à-vis de la pédagogie : l'entretien motivationnel.....	66
3.2) Une consultation dédiée.....	67
3.3) Une prise en charge pluriprofessionnelle.....	67
3.4) Améliorer les outils et leurs diffusions, s'appuyer sur les nouvelles technologies.....	69
4) Regard sur la formation initiale en nutrition.....	70

4.1) La formation est insuffisante.....	70
4.2) La formation est trop théorique.....	70
5) Regard sur la formation idéale souhaitée.....	71
5.1) Le déroulement de la formation.....	71
5.2) les attentes théoriques.....	71
5.3) les attentes pratiques.....	73
V) Conclusion.....	73
Annexe 1	75
Annexe 2.....	76
Annexe 3.....	81
Annexe 4.....	82
Bibliographie.....	83

Liste des abréviations

ANSES : Agence Nationale de sécurité Sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Examen Classant National

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IMC : Indice de Masse Corporelle

MG : Médecine générale

HTA : Hypertension Artérielle

NHC : Nouvel Hôpital Civil

ODE : Obésité et Diabète de l'Enfant

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PRECCOSS : Prise En Charge Coordonnée des enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg

REDOM : Réseau Diabète Obésité et Maladies cardiovasculaires

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

I) Introduction

- Contexte : rôle de la nutrition dans de nombreuses pathologies.

L'alimentation fait partie intégrante de la prise en charge d'un grand nombre de maladies chroniques telles que l'obésité, les maladies cardiovasculaires. De plus elle joue un rôle dans l'apparition de certaines de ces maladies telles que le diabète ou encore certains cancers (1,2) notamment le cancer de la prostate (3) du côlon et du sein.

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours et parfois le premier interlocuteur des patients. Le collège national des généralistes enseignants à l'aide du référentiel métier et compétences des médecins généralistes (4) décrit les domaines dans lesquels l'interne de médecine générale doit acquérir des compétences durant ses trois années de 3^e cycle. Il y est explicité que la prise en charge nutritionnelle des nourrissons, des adolescents obèses, des femmes enceintes, de l'ostéoporose et des facteurs de risques cardiovasculaires fait partie des compétences à acquérir et des familles de situations cliniques à maîtriser.

En 1997, 8,5% de la population française est obèse, 14,5% en 2009 et 15% en 2012 (5).

En 2009, 3,94% (6) de la population française est atteinte de diabète de type 2 traité pharmacologiquement et 5% en 2016 (7).

Il paraît important de mener une action de prévention à l'échelle de la population pour faire face à ce problème. Dans ce contexte, depuis 2001, des actions de santé publiques ont été initiées, avec en premier lieu le PNNS (Programme National Nutrition Santé) qui véhiculait le message « mangez au moins 5 fruits et légumes par jour ».

En 2017, l'ANSES (Agence Nationale de sécurité Sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail) publie un rapport qui étudie le lien entre certains groupes d'aliments et l'émergence de maladies chroniques (8) telles que des cancers et des maladies endocriniennes, avec une évolution par rapport aux recommandations antérieures, notamment une préconisation de diminution de la consommation de viandes et de poissons au profit des légumineuses et des produits céréaliers complets.

- Nutrition et médecine générale

De nombreux travaux en médecine générale portent sur le thème de la nutrition avec des thèses explorant des aspects très divers de cette discipline.

Certaines études portent sur le dépistage ainsi que la prise en charge de l'obésité par le médecin

généraliste, (9) d'autres ont abordé des thèmes émergeant ces dernières années tels que la relation avec les patients végétariens ou vegans (10, 11).

Une autre thèse se penche sur la réalisation d'un outil pratique permettant au médecin généraliste de répondre aux questions nutritionnelles et à la prise en charge du patient végétarien (12). Cependant peu d'études se sont portées sur la formation des médecins généralistes en nutrition au cours de leurs études.

Une thèse réalisée à Grenoble en 2014 a étudié les connaissances, les opinions et les pratiques des médecins généralistes dans le Tarn et Garonne. Elle a montré que seuls 23% des généralistes connaissaient le PNNS et que plus de la moitié des médecins étaient en attente de formation complémentaire sur la prise en charge de l'obésité mais également sur la nutrition en général (13).

Une autre thèse a porté sur les connaissances théoriques acquises en nutrition par les étudiants en fin de DCEM4 (14).

Enfin, une thèse présentant quelques similarités à la nôtre a porté sur les besoins de formation des médecins en nutrition et a abouti à la mise en place d'une formation. Cette thèse se concentrait principalement sur la mise en place de la formation et l'évaluation de son intérêt ainsi que son impact sur les participants (15).

De notre côté, nous allons d'avantage nous focaliser sur le ressenti des différents praticiens afin d'explorer les freins à la réalisation de la consultation de nutrition.

Une thèse de médecine générale réalisée à Angers en 2017 a porté sur les attentes des patients en matière de conseils nutritionnels par leur médecin généraliste. Les résultats ont montré que 90% des patients souhaitaient recevoir des conseils nutritionnels de la part de leur médecin (16).

Dans une étude réalisée en 2004 dans la région Rhône-Alpes, portant sur les pratiques des médecins généralistes dans le cadre de l'éducation nutritionnelle, trois quarts des médecins interrogés estiment que délivrer des conseils personnalisés en nutrition fait partie de leur rôle (17).

Une autre thèse réalisée à Nice en 2016 sur l'implication des médecins généralistes dans les consultations de nutrition a montré que les patients aimeraient que leur médecin généraliste délivre plus de conseils nutritionnels en cas de maladie liée à la nutrition mais également en l'absence de pathologie (18).

– **Les formations pour les médecins généralistes**

Il importe donc que le médecin généraliste soit formé pour conseiller ses patients en matière de nutrition afin de pouvoir s'impliquer dans la prise en charge des pathologies liées à l'hygiène de vie. La formation du médecin à la nutrition en ambulatoire est primordiale. Soigner un patient dans ce

domaine nécessite des connaissances spécifiques, qui font partie des compétences que le médecin généraliste doit maîtriser.

En 2017, le département de médecine générale de Strasbourg a fait une étude de recensement des souhaits des internes pour les formations optionnelles à proposer. La thématique de la nutrition a été soulevée et a fait émerger l'idée de la création d'une formation.

Nous allons de ce fait explorer la question de la formation des médecins dans ce domaine.

A la faculté de Strasbourg, la formation en nutrition est la suivante :

Durant le deuxième cycle, la formation théorique a lieu au cours du module d'endocrinologie-nutrition sous forme de travaux dirigés, avec préparation des items pour l'ECN. Mais elle est également abordée à travers de divers autres modules : pédiatrie, obstétrique, dénutrition, gériatrie.

Le programme officiel de l'ECN comporte 20 items de nutrition (Annexe N° 1).

Durant le 3e cycle, il n'y a pas de formation de nutrition à proprement parler. Néanmoins, l'interne de médecine peut être amené à aborder la nutrition dans différentes situations :

- lors de certains stages hospitaliers : diabétologie, gastro-entérologie, gériatrie, oncologie, pédiatrie. L'interne peut être amené à rencontrer des diététiciennes afin d'ajuster le régime de certains patients hospitalisés, et également à prescrire des compléments nutritionnels oraux.
- lors de stages ambulatoires : stage praticien de niveau 1, ou stage SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) lors de certaines consultations, et ce tout particulièrement lorsque certains praticiens sont très impliqués dans des réseaux comme le REDOM (Réseau Diabète Obésité Maladies Cardiovasculaires) , sport santé ou PRECCOSS (Prise En Charge Coordinée des enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg).

Il existe également un DU de micronutrition accessible aux médecins généralistes thésés.

Le DESC de nutrition n'est pas accessible aux médecins généralistes à ce jour.

- **Sentiment de compétence**

Les expériences de stage étant très diverses, et l'intérêt personnel pour la nutrition étant variable d'un médecin à l'autre, le sentiment de compétence dans ce domaine est très différent d'un futur praticien à un autre. Ce sentiment de compétence est aussi parfois défini comme un « sentiment d'efficacité personnelle » ou « perception d'efficacité » (19).

Ce concept, étudié par Albert Bandura, un psychologue canadien, explique que la croyance en son efficacité influe sur l'activité de chaque personne : son comportement, sa motivation, son ressenti.

Un médecin estimant ne pas être compétent à mener une consultation de nutrition et pensant qu'il n'obtiendra pas de résultat, même s'il en a les connaissances théoriques et y est motivé, risque d'avoir des performances moindres qu'un médecin partant du postulat qu'il obtiendra des résultats, bien que leur formation initiale ait été la même.

– **Emergence de la question de recherche**

L'idée de cette thèse fait suite à un travail de mémoire de DES de médecine générale réalisé par moi-même, initialement à la suite d'une réflexion personnelle concernant mon expérience dans le domaine de la nutrition en tant qu'interne et jeune remplaçante. Ce travail de mémoire avait pour objectif principal d'identifier les besoins en formation des jeunes médecins (internes à divers stades de leur cursus et de jeunes remplaçants) afin d'organiser la mise en place d'une formation. Nous avons pour cela interrogés un groupe de neuf internes en deuxième année d'internat et un groupe de cinq médecins remplaçants, constituant ainsi deux *focus groups*. Ces entretiens collectifs nous ont montré qu'il existe une réelle demande de formation dans ce domaine mais n'ont permis que d'aborder superficiellement les thèmes et les modalités de réalisation de cette formation. Ils nous ont également montré que l'exercice de la nutrition est difficile et la problématique plus complexe que la formation théorique, que la plupart des participants ont bien effectuée mais dont ils n'ont pas gardé un souvenir suffisant pour l'appliquer au quotidien.

Nous avons été amenées à nous poser différentes questions :

- L'expérience joue-t-elle un rôle dans le sentiment de compétence des médecins en matière de nutrition et si oui, lequel ?
- En quoi le sentiment de compétence influe-t-il sur la façon dont les médecins peuvent mener les consultations ?
- Comment construire une formation permettant d'améliorer non seulement les connaissances, les compétences mais également le sentiment de compétence des jeunes médecins ?

Pour approfondir les résultats et tenir compte du rôle éventuel de l'expérience nous avons choisi d'approfondir le travail de mémoire par ce travail de thèse, en réalisant des entretiens individuels.

Ce travail complémentaire a cherché à voir en quoi le sentiment de compétence des médecins influait leur façon de mener ou non des consultations de nutrition. Il aura pour but d'identifier le ressenti et les difficultés rencontrées par les médecins dans leur exercice de la nutrition en ambulatoire, et de recueillir leurs attentes de formation, dans l'idée de proposer des pistes d'amélioration concernant leurs compétences dans la prise en charge de leurs patients dans le domaine de la nutrition.

Cela nous amène à nous poser la question de recherche suivante :

Quel est le ressenti des médecins alsaciens concernant leur exercice de la nutrition ainsi que leur formation initiale dans ce domaine ?

L'objectif principal de ce travail est d'analyser le ressenti, les difficultés, les stratégies mises en place et les attentes des médecins concernant leur exercice de la nutrition ambulatoire.

L'objectif secondaire est de proposer des pistes pour la mise en place d'une formation en nutrition à la faculté de médecine de Strasbourg pour les internes, afin d'améliorer leur sentiment de compétence dans l'exercice de la nutrition.

II) Matériel et méthodes

A) Type d'étude

Pour ce travail de thèse, notre question de recherche portant sur des expériences personnelles subjectives, nous avons choisi une méthode qualitative basée sur une technique d'entretiens individuels semi-dirigés. (20). Cette méthode nous a paru adaptée à notre sujet car il s'agissait essentiellement d'explorer le ressenti des médecins généralistes face à l'exercice de la nutrition en consultation (21).

13 entretiens ont ainsi été réalisés. Nous avons utilisé les principales lignes directrices de la grille COREQ (Annexe 2) afin de présenter une étude de qualité.

Un travail de recherche préalable de revue narrative de la littérature et d'entretiens par *focus groups* a été réalisé lors de la réalisation de mon mémoire de DES de médecine générale. Son contenu est disponible sur demande auprès du Dr Elise Fraih qui a dirigé ce mémoire ou auprès de moi-même. Pour cette thèse, les entretiens ont été réalisés auprès d'internes et de médecins généralistes afin de préciser et d'approfondir les résultats qui avaient émergés lors du travail préalable de mémoire.

B) Population de l'étude

1) Critères d'inclusion

Afin d'étudier les difficultés rencontrées par les jeunes médecins et leur ressenti sur leurs compétences dans le domaine de la nutrition nous avons interrogé des médecins issus de quatre populations différentes :

- des internes étant en stage praticien de niveau 2 en SASPAS lors de la réalisation de l'entretien,
- des médecins remplaçants,
- des médecins généralistes installés depuis moins de 5 ans,
- des médecins généralistes installés depuis plus de 5 ans

2) Caractéristiques des participants

Le groupe des internes était composé de deux hommes de 28 et 29 ans et d'une femme de 28 ans. Ils n'avaient suivi aucune formation complémentaire à celle dispensée par la faculté. L'une des internes avait réalisé son externat à Besançon. Un des participants suivait un régime végétarien depuis quelques années et était particulièrement attentif à son alimentation.

Le groupe des médecins remplaçants était composé de trois femmes âgées de 30 ans pour deux d'entre elles et 31 ans pour la dernière. Elles avaient toutes fait leurs études à la faculté de médecine de Strasbourg et exerçaient en tant que remplaçantes depuis une durée allant de 1 à 4 ans aussi bien en médecine de ville qu'en campagne, dans des cabinets de groupes ou individuels. Aucune n'avait fait de formation complémentaire ni n'avait de régime alimentaire particulier.

Le groupe des médecins installés depuis moins de 5 ans était composé de deux hommes de 32 et 33 ans et d'une femme de 31 ans. Deux d'entre eux exerçaient en campagne et l'un d'eux en ville. Ils exerçaient tous en cabinet de groupe. Ils avaient tous effectué leurs études à la faculté de médecine de Strasbourg. L'un des médecins avait fait un DU de pédiatrie et un autre un diplôme d'ostéopathie et médecine manuelle. Aucun d'eux n'avait de formation en nutrition ni de régime alimentaire particulier.

Le groupe des médecins installés depuis plus de 5 ans était composé de quatre femmes âgées de 43, 45, 52 et 56 ans. Toutes exerçaient en cabinet de ville, dont trois seules et une en association. La durée d'installation variait entre 11 ans et 24 ans. Toutes avaient fait leurs études à Strasbourg à l'exception de l'une d'entre elle qui a réalisé son externat à la faculté de Marseille puis son internat à Strasbourg.

Concernant les diplômes complémentaires acquis par ces médecins, une participante avait un DIU d'addictologie, une autre un DU d'homéopathie. Les deux dernières n'avaient pas de diplômes supplémentaires, néanmoins l'une d'entre elle participait aux gardes de nuit et week-end dans le cadre de la permanence des soins. Aucune des médecins n'avait de formation en nutrition ni d'alimentation particulière. A noter que l'une des médecins, très sportive, était particulièrement attentive à son alimentation au quotidien et paraissait de ce fait bien renseignée sur le sujet.

Les caractéristiques des participants sont exposées en Annexe N°3.

3) Mode de recrutement

Pour la réalisation des entretiens, nous avons été mis en contact avec des médecins remplaçants et installés par l'intermédiaire de collègues ayant accepté de me donner les coordonnées de personnes qu'elles connaissaient. Pour les internes, le recrutement a été fait via les maîtres de stages ayant actuellement des internes en SASPAS et ayant accepté de transmettre les coordonnées de leurs internes. La totalité des participants a été recrutée sur la base du volontariat.

C) Grille d'entretien

La grille d'entretien a été élaborée par ma directrice de thèse et moi-même, afin d'explorer de façon plus précise les grands thèmes dégagés lors des *focus groups* qui avaient été réalisés au préalable lors de la réalisation du mémoire de DES. Les questions étaient plus détaillées afin de pouvoir réaliser une analyse plus poussée des premiers ressentis. Cette grille a au préalable été testée sur un médecin remplaçant afin de s'assurer de la production suffisante de données à la fin de son utilisation.

Il s'agissait de questions ouvertes s'articulant autour des axes suivants :

- une première partie consistait en une discussion sur la nutrition de manière générale ;
- une deuxième partie explorait les freins et difficultés ressentis lors de la réalisation de ces consultations ;
- une troisième partie explorait les différentes ressources dont disposaient les médecins pour

- permettre la prise en charge de leur patients ;
- une quatrième partie consistait en une discussion sur la formation en nutrition reçue par les médecins lors de leurs études ;
 - une dernière partie portait sur les différentes propositions des médecins afin d'apporter une formation aux futurs médecins lors de leur troisième cycle d'études médicales.

La discussion devait rester fluide et spontanée, l'ensemble des thèmes a été abordé dans tous les entretiens sans forcément suivre un ordre prédéfini. La grille était faite pour guider l'entretien et éventuellement relancer la discussion en cas de silence prolongé du participant.

Cette grille peut être retrouvée en Annexe N°4.

D) Les entretiens

Les médecins ont été contactés par mail ou par téléphone. Une rapide explication sur les modalités de déroulement de l'entretien (durée, enregistrement) a été donnée, et pour ne pas influencer les réponses à l'avance, il leur a simplement été dit qu'on aborderait « la nutrition ».

La durée des entretiens allait de 21 minutes à 1h20 avec une moyenne de 42 minutes.

Les entretiens ont été réalisés soit aux cabinets médicaux des médecins installés, soit au domicile du participant, soit au domicile de l'interviewer, selon les disponibilités des participants.

Les entretiens se sont déroulés sur une période de 4 mois allant de novembre 2019 à février 2020. Ils ont été enregistrés à l'aide d'une application dictaphone sur mon téléphone, après consentement oral de chaque participant, promesse d'anonymat et autorisation de la CNIL.

A la fin de chaque entretien, une proposition de relecture de la retranscription écrite utilisée pour l'analyse des résultats a été communiquée à chaque participant, cependant aucune demande n'a été faite.

La saturation des données (lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours) a été atteinte lors du dixième entretien, ce qui nous a permis d'arrêter le recrutement de nouveaux participants.

E) Retranscription

Les propos des entretiens ont été retranscrits mot pour mot par l'interviewer à l'aide d'un logiciel de traitement de texte.

Pour garantir l'anonymat, les noms des internes ont été remplacés par la lettre I suivi d'un chiffre, ceux des médecins remplaçant ont été remplacé par R suivi d'un chiffre, ceux des médecins installés

depuis moins de 5 ans par MN suivi d'un chiffre et ceux des médecins installés depuis plus de 5 ans par MA suivi d'un chiffre.

F) Analyse

En recherche qualitative, l'analyse des données est réalisée en deux étapes : le recueil des données avec analyse des verbatims : il s'agit d'une analyse thématique des données non contextualisée, puis l'interprétation des données afin de les réintroduire dans leur contexte. Il s'agit d'une analyse de type inductive généralisée. (22)

Pour ce travail, le codage des données a été réalisé manuellement afin de permettre une meilleure visibilité. Le codage a été faite par moi-même, puis l'analyse des verbatims a été ralisée par mois même ainsi que par ma directrice de thèse, ce qui a permis de renforcer la validité de l'étude. Cela nous a ensuite permis de classer les différentes données en grands thèmes et sous-thèmes.

III) Résultats

A) Ressenti lors de la consultation de nutrition

1) Un sentiment d'incompétence lors de la consultation

La totalité des participants mentionne un sentiment de manque de compétence à mener une consultation de nutrition.

MA2 : « *Je connais pas bien tout ça, je leur conseille pas ça je leur dis je suis pas compétente pour répondre à ça* »

I2 : « *En fait je pense que j'ai pas les compétences pour vraiment faire de la nutrition avec les gens, il me manque plein de choses, j'en parle pas bien, j'ai pas les bases, je sais pas leur répondre* »

MN3 : « *Mais je me sens pas compétente pour leur donner des directives plus précises sur les aliments, des exemples de recettes etc...* »

2) La nutrition est une affaire de bon sens ? Des erreurs alimentaires évidentes

Pour la plupart des médecins, le sentiment d'incompétence se place en opposition avec leurs

convictions personnelles, et la nutrition est autant affaire de bon sens que de connaissances. Elle vise à corriger des erreurs « évitables ».

I2 : « *C'est souvent plus une question de bon sens avec des gens qui font des erreurs alimentaires énormes, genre des gens qui grignotent en continu sur toute la journée ou qui boivent beaucoup de soda ou encore les quantités, des fois ils mangent réellement pour deux* »

R3 : « *Alors que des fois c'est des évidences... J'ai un patient qui prenait un demi-litre de coca au petit déjeuner, après il avait mal au ventre et plus faim pour manger* »

MN2 : « *Et en fait la nutrition pour moi c'est assez basique, je lui dis de ne pas grignoter, de faire trois repas équilibrés par jour, de limiter tout ce qui est pain, sodas, alcool, pâtisseries* »

3) Le statut d'interne et de remplaçant est peu favorable à une consultation

Les jeunes médecins évoquent un manque de légitimité lié au statut de médecin remplaçant, présent ponctuellement et ne pouvant réaliser un suivi des patients, élément primordial de la prise en charge.

I1 : « *Déjà parce que c'est pas mes patients. Pour l'instant en SASPAS je me sens pas toujours légitime* »

I2 : « *Il faut quand même avoir un certain suivi des gens pour orienter, là comme ça en SASPAS je me permets pas* »

R3 : « *Et le fait d'être remplaçant on se sent encore moins crédible, même avec les diabétiques qui ont une HbA1c élevée, où il faut reprendre absolument le régime alimentaire, des fois on se sent pas légitime parce qu'on remplace, on est pas vraiment leur médecin* »

4) La nutrition est généralement abordée par le patient

Les médecins interrogés n'abordent pas spontanément la nutrition avec leurs patients adultes. Cependant ils le font volontiers avec les enfants. Ils ont l'impression de plus grande responsabilité lors des consultations de pédiatrie, et de ce fait abordent le sujet spontanément sans les mêmes freins que lors d'une consultation avec un adulte. Ils s'expliquent cette différence de prise en charge par les éléments suivants :

- une prise en charge plus précoce aurait plus de chance de fonctionner ;

- la prise en charge d'un adulte est plus compliquée car elle doit venir du patient lui-même.

MA3 : « *C'est vrai qu'un patient adulte en surpoids, s'il vient complètement pour autre chose j'en parle pas forcément non.* »"

R2 : « *La première chose c'est avec ceux qui me le demandent, j'ai rarement proposé par moi-même de parler de nutrition* »

MN2 : « *Mais j'attends toujours que ce soit eux qui m'en parlent en premier, sinon je trouve que c'est plus compliqué* »

5) Sauf dans les cas de pédiatrie

MA4 : « *Avec les enfants je suis encore plus vigilante, l'obésité commence très très tôt à l'heure actuelle* »

R1 : « *Sauf chez les enfants par contre, là étonnamment oui j'en parle plus facilement.*"

MN1 : « *j'ai quand même tendance à faire attention quand il s'agit des enfants parce que je me dis que plus vite on fait des efforts mieux ça va aller* »

MN3 : « *C'est pas pareil je trouve, et pour les enfants je me dis qu'il y a vraiment une question de moment, c'est un peu « maintenant ou jamais » qu'il faut faire un effort* »

6) Aborder la nutrition peut être perçu comme intrusif et nuire à la relation médecin-malade

Le risque perçu par les médecins est de stigmatiser puis de braquer le patient, qui n'en serait pas au même stade que le médecin dans sa démarche de changement. Il en résulterait une altération de la relation médecin-malade préjudiciable pour le bon déroulement de la prise en charge. Ils évoquent une mauvaise approche de la consultation faute de techniques de communication pour aborder le sujet.

I2 : « *Je me sens intrusive, pas à ma place* »

R1 : « *J'ai pas forcément les bonnes techniques de communication. Pour les aborder sans en faire un stigmaté* »

R3 : « *Quand ils sont en surcharge pondérale franche, qu'ils s'ont obèses, j'ai l'impression que c'est une attaque à leur physique, j'ai l'impression que ça veut dire "c'est parce que je vois que tu es gros que je t'en parle, si tu avais été plus mince je t'en aurais pas parlé"* »

MN3 : *« J'imagine que j'ai peur de les stigmatiser en tant que « gros » parce que je ne sais pas comment ils vivent ce surpoids, je sais pas si c'est un problème pour eux d'être perçu comme ça et j'ai pas envie qu'ils le prennent comme un jugement de ma part »*

7) Certains patients sont réfractaires au sujet

MN2 : *« et il ne veut pas entendre qu'il est obèse donc c'est difficile »*

8) Les troubles du poids sont source de souffrance pour certains patients

Deux médecins interrogés évoquent la souffrance liée à l'alimentation chez certains de leurs patients.

MN1 : *« Parce que certains patients s'ils sont devenus obèses c'est pas pour rien, et d'autres ils se sentent stigmatisés et ils développent des troubles psy à cause du surpoids. »*

R3 : *« Il aime trop manger et il ne se voit pas changer, sinon il était malheureux. »*

9) Les patients manquent de motivation quand il s'agit de nutrition

La totalité des participants ont un sentiment négatif d'impression de manque de motivation venant des patients quand il s'agit de changer leurs habitudes alimentaires.

I1 : *« J'essaye vraiment de tâter la motivation des patients. Certains me disent que leur régime alimentaire est très bien, qu'ils feront pas mieux, donc là assez rapidement je vais aller augmenter les traitements parce que je sais que le patient a pas envie de changer son alimentation »*

R2 : *« Si le patient a pas envie et qu'il est pas motivé... Il y a des gens ils sont bien dans leurs surpoids, ou leur obésité »*

MN1 : *« Parce que pour certains, le surpoids c'est juste esthétique c'est pas un problème en soi. Ils s'en moquent un peu »*

10) Certains médecins aussi

Le manque de motivation exprimé peut également venir des médecins.

I1 : « *Je sais pas pourquoi mais je me dis qu'on a du déjà tellement les bassiner avec la nutrition qu'ils veulent plus en entendre parler* »

R3 : « *Dans tous les cas avec ces patients là je vois pas comment on peut arriver à quelque chose* »

R3 : « *Mais je pousse pas assez loin mes consultations, je le sais des fois il faudrait que je demande ou que je les pousse à parler plus mais je le fais pas, le problème il vient de moi* »

MN1 : « *Face à des gens comme ça, je baisse les bras.* »

MN2 : « *Du coup des fois j'arrête d'en parler, c'est pas bien mais je laisse faire* »

11) Les patients en savent parfois plus que les médecins

Cependant certains médecins expriment l'idée que leurs patients sont parfois plus renseignés qu'eux.

MA2 : « *Mais souvent ils sont assez au courant, ils en savent souvent plus que nous* »

MN1 : « *Les végétariens savent souvent assez bien remplacer les aliments, les protéines, ils savent même mieux que moi* »

MN2 : « *Il semblait plus renseigné que moi sur la question (rires)* »

Synthèse

- Les médecins se sentent incompétents dans le domaine de la nutrition.
- Le statut d'interne et de remplaçant est peu favorable à la consultation de nutrition.
- Les médecins n'abordent pas spontanément la nutrition sauf avec les enfants, de peur d'être intrusifs et de nuire à la relation médecin – malade, car ils maîtrisent mal les techniques de communication pour cette thématique.
- Les médecins ressentent un manque de motivation de la part des patients et parfois eux-mêmes.
- La nutrition est pour certains une affaire de bons sens.
- Pour d'autres, certains patients semblent plus informés que le médecin.

B) Les difficultés liées aux consultations de nutrition

Nous avons demandé aux médecins les difficultés rencontrées en consultation de nutrition et il en est ressorti un sentiment d'incompétence principalement relié à un manque de formation ainsi qu'au manque de temps pour mener à bien ces consultations. Il s'agit principalement de compétences relationnelles qui nécessitent de savoir apprécier le bon moment, le contexte culturel et socio-professionnel. Se pose également la question des sources officielles pour les médecins qui ont pour la plupart eu recours à l'auto-formation. Les médecins parlent de la difficulté de sortir des schémas quantitatifs de la nutrition pour se concentrer également sur la qualité. La difficulté résulte également dans l'initiation d'une relation honnête où le patient n'aura pas peur de faire plaisir ou non au médecin et pourra réellement se rendre compte de ce qu'il fait et ce qu'il mange.

1) Difficultés d'initiation de la consultation

R2 : « *Je sais pas bien comment l'amener. Donc je l'aborde que quand la consultation tend vers ça.* »

2) Difficultés liées au manque de formation

R1 : « *Je pense que je suis pas bien formée, j'ai pas forcément les bonnes techniques de communication* »

MN3 : « *Je me sens clairement, incompétente, et j'aime pas trop, parce que j'ai pas été formée* »

3) Le manque de temps pour aborder la question

MA4 : « *Ce sont des consultations qui prennent trop de temps, si on veut le faire bien c'est trop chronophage* »

R2 : « *Après on manque tellement de temps, ça demanderait une prise en charge double. La raison pour laquelle le patient vient plus la nutrition* »

R3 : « *Les consultations de nutrition c'est long [...] Tu peux pas leur dire en 2 minutes entre deux portes* »

MN1 : « *Ça aussi c'est un obstacle, le fait d'apprendre la nutrition aux gens, faire de la nutrition ça prend énormément de temps* »

4) Le manque d'intérêt de la part de certains médecins

MN3 : *« Et sinon je leur dis que la nutrition c'est pas mon point fort que ça m'intéresse pas tant que ça »*

5) Incertitude quant aux sources officielles

MA4 : *« C'est pas très scientifique et c'est bien le problème, à part pour les grandes pathologies on a pas vraiment de références validées »*

I1 : *« ça reste un laboratoire qui me l'a donné et que je préfère me faire ma propre idée avec des sites vraiment plus scientifiquement... fiables si je peux dire »*

I1 : *« Ça m'embête franchement, il y a peu de sources fiables sur la nutrition en dehors des grandes pathologies »*

I3 : *« Il faut prendre quand même les choses avec des pincettes sur internet. Quand on commence à chercher un peu, on se rend compte que pour une même pathologie, pour un même aliment, les informations varient d'un pays à l'autre, même au niveau des normes »*

R2 : *« Ça aussi c'est pas facile, les recommandations changent beaucoup et les patients le disent, c'est un effet de mode, dans quelques années on reviendra en arrière et on nous dira que ce qu'on fait c'est pas si bien »*

6) Part familiale et culturelle de l'alimentation

MA2 : *« J'essaye de leur dire au moins mais après c'est pas simple parce qu'il faut changer toutes les habitudes »*

MA2 : *« Elle, elle a 18 ans, sa mère est très grosse aussi, il y a une forme de culture du poids à la maison... c'est culturel aussi des fois »*

MA4 : *« Et souvent chez les patients africains c'est culturel »*

R3 : *« Quand c'est devenu un mode de vie pour eux c'est vraiment pas facile »*

MN3 : *« C'est compliqué la nutrition, on touche vraiment à quelque chose d'ancré, de culturel »*

7) Part émotionnelle de l'alimentation

MA2 : *« La nourriture c'est un anxiolytique »*

8) Difficulté pour donner des conseils pratiques

MA2 : *« J'arrive pas à faire ça, je sais pas comment objectiver matériellement ce que je veux dire. « Trop » c'est relatif, il faudrait pouvoir quantifier concrètement »*

9) Rôle du niveau socio-économique du patient

MA1 : *« Je pense qu'il y a vraiment des problématiques d'argent pour moi en matière de diététique »*

MA2 : *« J'ai des patients ils sont diabétiques, insuffisants cardiaques... ils dorment dans leur voiture, donc leur dire de bien manger, j'essaye même pas »*

10) Les freins liés à l'alimentation personnelle du médecin

I3 : *« Je fais pas mal attention à mon alimentation et je suis végétarien depuis des années. Sans le dire aux patients ni leur dire que la viande ou le lait c'est pas bon pour eux, j'ai tendance à les orienter quand même pas mal vers les produits plutôt végétaux »*

MN3 : *« Moi-même ne cuisinant pas du tout, je me sens ni crédible ni compétente »*

11) L'impression que l'exercice de la nutrition sort du rôle du médecin

MA4 : *« J'hésite pas non plus à leur dire que je ne sais pas et que c'est pas forcément mon rôle, que je peux pas tout savoir. S'ils ont des questions bizarres je vais sur Google, mais je pense que c'est pas forcément à moi de savoir ça. »*

I3 : *« Je sais pas si c'est très bien dans une consultation médicale. J'ai peur de trop les influencer et de les orienter »*

R1 : *« Des fois je me demande si c'est vraiment à nous de le faire, ça pourrait aussi être de l'éducation dans les écoles, au collège, au lycée »*

MN2 : *« Après il y a certains patients qui me disent qu'ils sont gros mais que ça leur convient bien comme ça, et je sais pas bien jusqu'où va notre rôle. »*

12) L'impression de mensonge dans ce que rapporte le patient

MA4 : « *J'ai une patiente c'est son leitmotiv « je comprends pas, je mange rien ». Mais non c'est pas possible et non elle ne mange pas rien »*

R1 : « *J'ai souvent cette impression, surtout chez les diabétiques. « Je mange rien, je fais attention, mais pourtant les chiffres sont pas bons, c'est pas moi docteur »*

R2 : « *C'est pas évident les diabétiques, ils te disent un truc mais en fait on sait tous que c'est pas vrai, ou alors ils s'en rendent pas compte mais ce qu'ils disent c'est pas vraiment ce qu'ils mangent »*

MN1 : « *Surtout les diabétiques je trouve qu'ils ont beaucoup tendance à minimiser ce qu'ils mangent »*

Synthèse

Les principales difficultés évoquées par les médecins :

- le manque de formation et de sources « fiables » dans le domaine de la nutrition, entraînant des difficultés pour donner des conseils
- le manque de temps pour aborder la question
- le côté culturel et émotionnel lié à l'alimentation, avec une difficulté à modifier les habitudes alimentaires sur le long terme
- l'impression de mensonge dans ce que rapportent certains patients qui semblent convaincus de déjà prendre les bonnes mesures
- l'impression que l'abord de la nutrition ne fait pas forcément partie du rôle de médecin, et pourrait même l'outrepasser.

C) Les thématiques abordées

Les thématiques abordées sont nombreuses et la totalité des médecins interrogés évoque les pathologies cardiovasculaires ainsi que les pathologies rhumatologiques non inflammatoires. Cependant les jeunes médecins évoquent également des thèmes tendant vers la nutrition physiologique avec des questions non médicales qui peuvent parfois les mettre en difficulté.

1) La nutrition normale

1.1) Désir de perte de poids de la part du patient

MA3 : « *Les patients qui sont en surpoids, surtout les femmes qui ont envie de perdre du poids* »

R3 : « *c'est des gens qui me demandent eux comment ils pourraient faire pour perdre du poids* »

MN1 : « *j'ai l'impression de parler beaucoup de nutrition aussi avec les patients qui cherchent à perdre du poids* »

1.2) Interrogations des patients sur les régimes particuliers

I1 : « *j'avais un jeune de 25 ans qui me dit qu'il fait des jeûnes régulièrement et ce que j'en pense* »

R2 : « *c'était un patient jeune avec un lymphome qui a fait un régime cétoène, tu sais là où tu enlèves complètement tous les sucres et tu gardes que les protéines et les graisses. Il est venu en me disant « écoutez je suis sous chimio, j'aimerais savoir ce que vous pensez de ça, je fais un régime cétoène* »

1.3) Le patient sportif

I1 : « *Les sportifs, ils me posent souvent des questions pour savoir ce qu'il faut faire* »

R3 : « *Ah si une fois avec un sportif qui est venu me parler de nutrition* »

MN1 : « *comme j'ai pas mal de patients sportifs j'en parle avec eux aussi* »

1.4) Interrogations des patients sur leur santé

MA1 : « *Il y a des gens qui vont bien, ils viennent me demander ce qu'il faut faire pour être en bonne santé* »

I1 : « *je vais le faire souvent avec les patients d'une cinquantaine d'années qui se posent des questions* »

1.5) Idées préconçues de certains patients sur la nutrition ou les médicaments

MA1 : « *C'était un patient diabétique qui ne voulait pas prendre de statines* »

R2 : « *un [patient] une fois qui m'a parlé de prendre du curcuma en prévention du cancer de la*

prostate »

R3 : « *ils viennent plutôt avec des idées toutes faites sur quelque chose. J'ai une dame qui venait consulter pour de l'arthrose, elle m'a dit « bon de toute façon je vais reprendre mon curcuma ça m'aide vraiment »* »

1.6) Alimentation du nourrisson

I2 : « *j'en parle avec les parents qui viennent avec leurs nourrissons, on parle de la diversification alimentaire »*

MN1 : « *Sinon en pédiatrie, j'ai beaucoup de consultations avec des nourrissons donc j'ai pas mal de demandes des parents sur la diversification alimentaire. »*

1.7) Lors de la grossesse

R1: « *parfois les femmes enceintes* »

1.8) Les régimes alimentaires spéciaux : végétariens, végétaliens, vegan

MA1 : « *Les végétariens il y en a de plus en plus »*

I1 : « *J'ai eu des consultations avec quelques patients végétariens aussi. Ça m'arrive de plus en plus »*

1.9) Les interrogations sur les médias : TV, internet

I1 : « *Ah et aussi ceux qui ont regardé des choses sur internet, des fois ils ont des questions très précises sur ce qu'ils ont lu donc c'est vrai que c'est compliqué »*

R1 : « *Les gens qui ont vu une pub à la télé sur un régime ou un médicament* »

2) La nutrition en situation pathologique

2.1) L'obésité : les jeunes médecins y pensent mais ne l'abordent pas toujours

MA3 : « *il y a de plus en plus d'obésité chez les ados »*

I3 : « *cet été en stage de pédiatrie où j'ai vu un enfant qui était obèse »*

R2 : « *La plupart du temps des patients obèses* »

MN3 : « *des patients en surpoids ou obésité* »

2.2) Pathologies rhumatologiques

I1 : « *chez les patients qui ont des douleurs articulaires, des gonalgies, des choses comme ça* »

R2 : « *ou alors chez les lombalgiques chroniques* »

MN2 : « *Ceux qui ont déjà fait des crises de goutte aussi* »

2.3) Pathologies dermatologiques

MA2 : « *j'ai vu une jeune fille en consultation d'environ 16-17 ans je sais plus... qui est venue accompagnée de sa mère, pour des problèmes d'acné. [...] Ca faisait presque 6 mois qu'elle mangeait au McDo' 3 fois par jour et elle mangeait que ça* »

2.4) Troubles du sommeil

R2 : « *par exemple, pour un syndrome d'apnées du sommeil chez un patient jeune, je leur dis qu'il faut aussi jouer sur le poids* »

2.5) Troubles fonctionnels digestifs

MA3 : « *Par exemple les gens qui ont des diarrhées chroniques* »

2.6) Dénutrition : cancer et personnes âgées

MA4 : « *j'ai des dénutris parce qu'ils ont des cancers ou quelques personnes âgées* »

I1 : « *j'ai vu quelques patients dénutris* »

R1 : « *Je fais pas mal de nutrition avec les personnes âgées, je dépiste la dénutrition* »

2.7) Troubles du comportement alimentaire

MA1 : « *Il y a une espèce de mode d'être très très mince chez les pré-ados* »

I2 : « *C'était plutôt pour une patiente anorexique ceci dit, elle pesait tous ses aliments, sa vie entière tournait autour de ses repas* »

2.8) La chirurgie bariatrique

MA3 : « *J'en ai même une qui a été opérée d'un by-pass* »

2.9) La nutrition lors de certains traitements

R1 : « *ceux qui prennent du Previscan* »

2.10) La nutrition lors de certaines pathologies : les pathologies cardiovasculaires

MA4 : « *Mais sinon j'en parle beaucoup avec mes patients chroniques, les diabétiques, les hypertendus* »

I3 : « *Avec tous les patients qui ont des pathologies cardiovasculaires, HTA, obésité, dyslipidémie, les gens en surpoids, les diabétiques* »

Synthèse

Les différentes thématiques abordées lors de la consultation de nutrition :

- le poids au centre de la consultation : obésité, désir de perte de poids, ou au contraire anorexie et dénutrition
- les pathologies cardiovasculaires : HTA, diabète, dyslipidémies
- les pathologies rhumatologiques : gonalgies, lombalgies
- la nutrition physiologique ou en lien avec des régimes alimentaires particuliers
- la nutrition à certaines étapes de la vie : nourrisson, grossesse, personne âgée
- la nutrition au quotidien : sommeil, sport, impact sur la santé de façon globale.

D) Les outils d'aide à la discussion

1) Pathologies démasquant un trouble nutritionnel : rhumatologie, cardiologie, diabétologie.

MA1 : « *Ça peut m'arriver d'initier, si le patient vient pour parler de son cholestérol* »

I2 : « *La tension c'est un bon moyen de parler de nutrition je trouve, surtout chez les gens en surpoids* »

R2 : « *L'arthrose aussi, j'en parle très fréquemment, je leur dis que comme on n'a rien qui guérit l'arthrose, moins on met de poids sur l'articulation moins ça fera mal et donc j'embraye sur la perte de poids un peu comme ça,* »

MN1 : « *Il faut essayer d'avoir quelque chose qui mette sur la piste, par exemple si la personne vient pour un mal de dos et quand il revient pour le même motif on va finir par axer la consultation sur l'activité physique pour améliorer les douleurs lombaires et le fait que perdre un peu de poids pourrait l'améliorer aussi* »

2) La balance, un outil qui aide à introduire la discussion.

MA3 : « *au moins une fois par an on fait la courbe de poids et d'IMC* »

I3 : « *le fait de les peser ça suffit à amener le sujet,* »

MN2 : « *je pèse tous les patients quasiment à chaque consultation, et je le note et comme ça c'est facile on en parle* »

3) Le bilan biologique comme support

I2 : « *je me base pas mal sur la prise de sang aussi, si le patient est diabétique je vais lui montrer l'HbA1c ou avec le cholestérol ou les triglycérides, c'est l'occasion* »

MN1 : « *Je prends la prise de sang et je leur montre. En fait souvent il faut leur mettre quelque chose sous les yeux pour que ça marche* »

4) La consultation pour les certificats sportifs : une occasion d'aborder la nutrition

I2 : « *certains patients sportifs quand ils viennent pour leur certificat* »

R3 : « *des fois au moment des certificats de sport, parce que soit ils sont jeunes, tout va bien et du coup ça vient pas trop sur le tapis, soit quand ils sont en surpoids je leur dis que c'est bien, que ça va les aider au niveau du poids, j'essaye de glisser ça comme ça et du coup on discute un peu nutrition* »

5) Au décours d'une consultation de prévention : contraception, tabac

R1 : « *quand j'ai des jeunes femmes qui viennent pour la contraception, c'est des consultations rapides et du coup je profite pour faire de la prévention et je parle un peu alimentation* »

R3 : "*un truc tout bête c'est de leur parler de tabac, de leur dire que ça les aiderait de fumer moins. Et la plupart disent qu'ils ont peur de prendre du poids et là on peut embrayer sur le poids*"

6) Lors d'un renouvellement de traitement

I3 : « *alors souvent j'en profite quand je fais des renouvellements d'ordonnance de patients diabétiques ou alors quand je mets en route un traitement* »

R3 : "*Ce patient justement il était obèse il venait pour un renouvellement de traitement*"

Synthèse

Des outils utilisés par les médecins pour aborder la discussion avec le patient :

- le poids, l'IMC ou le carnet de santé
- partir du bilan biologique
- l'occasion d'une consultation de prévention
- lors d'une pathologie en lien avec la nutrition : rhumatologie, pathologies cardiovasculaires
- lors d'un renouvellement de traitement

E) Les solutions proposées au patient

1) Stratégies lors de la consultation

1.1) La place de l'humour

MN2 : « *Et sinon je le dis plutôt sur le ton de l'humour, je leur dis qu'ils font un peu de surpoids (rires) mais je le dis en rigolant* »

1.2) La recherche d'une pathologie expliquant les troubles du poids

MN2 « *Je commence par chercher s'il y a pas un problème endocrinien, je prescris presque toujours un bilan biologique à mes patients en surpoids* »

1.3) Fixer un objectif réaliste en partant des connaissances du patient

Les médecins évoquent l'importance de comprendre l'objectif du patient afin de l'intégrer dans sa prise en charge.

I1 : « *le poids j'aime pas trop le fixer comme objectif parce que j'ai l'impression que c'est stressant chez certains patients et des fois au final de fixer un objectif plutôt sur l'HbA1c, c'est plus pertinent* »

R2 : « *je regarde leurs objectifs, et où on se place par rapport à leurs objectifs* »

MA4 : « *j'ai axé la conversation sur les différentes classes alimentaires, déjà histoire de voir ce qu'il avait lui comme connaissances* »

I1 : « *je commence par parler de la pathologie en tant que telle, ce qu'il en sait* »

R1 : « *j'essaye un peu de faire un état des lieux de leurs connaissances et pas de balancer ma science, et de voir un peu les croyances* »

1.4) Intégrer le patient dans sa prise en charge

MA2 : « *Il faut qu'ils se prennent en main et c'est eux seuls qui peuvent le faire, moi j'accompagne mais je peux pas faire pour eux* »

R3 : *« C'était un de mes prat quand j'étais en SASPAS qui m'avait expliqué comment faire ça, en leur demandant sur quoi ils étaient prêts à faire un peu plus d'efforts, et ce qu'ils font déjà »*

R3 : *« Le côté choix aussi, leur laisser une sorte de choix entre le sport et la nutrition c'était lui aussi. C'est eux qui vont faire l'effort mais tu leur montres que tu les comprends aussi sans les juger »*

1.5) L'activité physique

Tous les médecins évoquent l'importance d'avoir une activité physique lorsqu'ils prennent en charge un patient en surpoids ou avec des pathologies cardiovasculaires.

MA2 : *« du coup je parle pas forcément de nutrition dans la consultation mais j'essaye de leur augmenter l'activité physique, je me dis qu'au moins sur ça il y a quelque chose qui peut bouger »*

MA3 : *« on essaye de les motiver à faire du sport »*

MN3 : *« je leur demande s'ils font du sport, j'essaye de les encourager dans ce sens »*

1.6) La prescription de médicaments pour pallier les carences

MA3 : *« et ça montrait des carences importantes en B12 mais aussi en B9, en fer, en tout quoi, donc là je l'ai supplémentée un peu mais elle a du mal à prendre des médicaments »*

MA4 : *« Chez les jeunes patients qui ont un cancer, je donne des CNO »*

1.7) Le recueil alimentaire comme outil d'évaluation du régime alimentaire

R2 : *« j'ai tendance à leur dire de prendre sur quinze jours, et d'écrire ce qu'ils mangent sur une feuille, et à la consultation suivante ils reviennent avec la liste de ce qu'ils ont mangé »*

MN1 : *« on a regardé vraiment ce qu'il mangeait en se basant sur une journée type, il m'a expliqué ce qu'il mangeait sur chacun des trois repas de la journée. »*

1.8) Un support pour les conseils alimentaires

Les médecins interrogés parlent de l'importance d'un support pratique écrit ou de liens vers des sites internet à montrer et donner aux patients.

MA4 : *« La première fois je leur donne un guide et des fiches de classes alimentaires »*

I1 *« je sais qu'il y a aussi une partie des patients qui regarde sur internet, donc j'essaye de leur donner des sites où je sais que c'est correctement fait »*

I3 : *« J'ai quelques supports visuels, des fois je me dis que c'est plus parlant. J'ai une feuille de conseils alimentaires [...] des prospectus à remettre aux patients qui sont super bien faits, avec des feuilles de conseils alimentaires »*

1.9) La recherche des aliments en excès et des aliments supprimés

MA1 : *« Je cherche beaucoup les aliments supprimés. Je pense qu'on peut avoir des soucis aussi bien par l'absence de prise que par l'excès de prise. »*

I1 : *« j'essaye de les rendre vigilant sur le fait qu'il y a certaines choses qui faut aussi éliminer »*

1.10) Des conseils alimentaires intuitifs

MA2 : *« J'utilise des fois la paume de ma main, pour montrer la viande qu'on doit manger. Et surtout pas tous les jours »*

I1 : *« dans ce cas-là, je donne des petits conseils simples sur les aliments riches en fer »*

R1 : *« des petits conseils à leur donner comme manger des œufs, des meringues, rajouter de la crème et du fromage râpé dans la soupe »*

MN2 : *« Et puis je lui parle du contenu de son assiette, qu'il faut diviser en trois parties, la moitié de légumes, un quart de féculent ou de légumineuses, et un quart de protéines maigres, genre poulet, dinde ou poisson »*

1.11) Accepter de ne pas savoir et chercher par soi-même

Lorsque l'on sort des pathologies courantes liées à la nutrition les médecins ressentent souvent un manque de connaissances sur le sujet et se sont autoformés. Certains expliquent leurs limites aux patients tout en faisant un réel effort de recherche concernant leur question.

I1 : *« Par contre, dans ces cas-là je leur dis clairement « sur votre question je n'ai pas de réponse à vous apporter maintenant, je veux bien me renseigner et on en reparle à la prochaine consultation mais là je ne sais pas », et à ce moment-là j'essaye de regarder de mon côté les informations médicales que je peux trouver sur d'autres sources, mais au final je trouve rarement »*

I3 : *« Ceux qui ont une question hyper précise sur un aliment je vais sur google parce que je peux pas tout savoir mais je leur dit que je vais pas avoir plus de réponse qu'eux »*

MN2 : *« Sinon je cherche un peu sur internet, sur les sites de l'HAS ou des collèges nationaux ou juste google, et parfois tout simplement je leur dis que je sais pas »*

2) Réseau d'aide pour le médecin

2.1) Le réseau personnel des médecins

MA4 : *« Je travaille [...] avec un copain qui est nutritionniste. Le réseau personnel de relation c'est vraiment primordial, dans toutes les spécialités, ça fait avancer les choses beaucoup plus vite »*

I1 : *« des fois je demande à d'autres collègues qui sont dans la spécialité, comme les endocrino, les cardio, parfois même les rhumatos »*

MN3 : *« Et quand j'ai en consultation un enfant qui est obèse ou en voie de le devenir, j'adresse à une ancienne praticienne des urgences pédiatriques de Saverne avec qui j'ai gardé contact et je sais qu'elle est intéressée par la nutrition, pour les enfants et les adolescents, donc voilà, réseau personnel »*

2.2) Les groupes et réseaux de prise en charge

MA3 : « *REDOM, mais c'est limité dans le temps. Je prescris sport sur ordonnance* »

MA4 : « *il y a PRECCOSS pour les enfants obèses, mais j'envoie pas trop et REDOM, ça j'envoie parfois aussi* »

R1 : « *je connais le RCPO qui est à Obernai et à Sélestat* »

MN3 : « *Alors je connais les deux dispositifs mis en place par la CPAM donc « dites non au diabète » et « Sophia », et je connais PRECCOSS aussi* »

2.3) Malgré leur méconnaissance par certains médecins

MA2 : « *Les réseaux je pense que c'est important mais voilà je les connais pas* »

I3 : « *Après je sais qu'il y a des réseaux en Alsace mais pareil je connais mal* »

R1 : « *je pense que je connais assez mal ce qui existe en fait* »

MN2 : « *pourtant on a sport santé sur ordonnance et je sais même pas comment faire.* »

2.4) Les consultants en nutrition et les infirmières ASALEE

R3 : « *Sur mes derniers rempla' là j'ai bossé dans deux cabinets qui avaient une infirmière ASALEE et je trouve que c'est hyper bien* »

MN3 : « *Dans la pharmacie du secteur il y a une personne qui a fait un diplôme de nutrition qui intervient et qui prend le temps avec les patients de faire un entretien* »

2.5) L'utilisation d'internet et d'applications par les patients

I3 : « *je vais aussi sur des sites internet, il y a l'association végétarienne de France qui a fait un site plutôt bien fait* »

R2 : « *je me suis installé une application sur mon téléphone qui calcule les calories des aliments en* »

fonction des portions comme ça je peux leur montrer et si ça les intéresse ils peuvent la télécharger et s'en servir au quotidien »

3) Stratégie d'adressage

3.1) Certains services hospitaliers

MA4 : *« Je travaille beaucoup avec le SSR nutrition de l'UGECAM d'Illkirch »*

I3 : *« Sinon il y a l'hôpital mais ça c'est tout de suite pour des cas plus compliqués, pour des patients vraiment en danger genre les anorexiques ou ceux qui veulent faire une chirurgie bariatrique »*

MN1 : *« J'ai envoyé quelques patients en nutrition à Hautepierre »*

3.2) La prise en charge psychologique

MA2 : *« J'envoie parfois chez un psychologue [...] Des fois je leur dis que s'ils mangent trop c'est un phénomène de compensation parce que quelque chose ne va pas dans leur vie »*

MA3 : *« Je pense que certains patients ont vraiment besoin d'un soutien psychologique, certains on sait que le problème de base est plutôt psychologique, le poids c'est une façade, le fond du problème il est pas que là »*

I3 : *« Il mangeait vraiment trop il grignotait tout le temps et ma prat' m'avait expliqué que quand c'est comme ça il faut vraiment chercher s'il y a pas un contexte psychologique autour »*

3.3) Adresser le patient chez un diététicien/nutritionniste

MA4 : *« Par contre j'oriente beaucoup vers des collègues nutritionnistes, parfois diététiciens »*

I2 : *« Je me sens pas de faire moi-même, j'oriente très vite vers les nutritionnistes »*

3.4) La consultation dédiée

MA2 : *« je la faisais venir une fois par semaine, elle venait spécialement pour ça »*

I1 : *« faire une sorte de consultation dédiée à la nutrition en fait où je leur parle que de ça »*

Synthèse

Les médecins trouvent des solutions pour répondre aux questions de leurs patients et les aider dans leur prise en charge :

- Mise en place de stratégies lors de la question pour aborder la consultation et proposer des outils d'aide
- Appui sur les réseaux locaux de prise en charge ou personnels du médecin
- Adresser à un confrère : nutritionniste, diététicien

F) Le ressenti sur la formation

La plupart des médecins n'ont gardé qu'un souvenir très vague de leur formation de nutrition lors du cursus.

1) Les cours de nutrition en partie oubliés voire occultés

MA3 : « *Alors là, si j'en ai eu je ne m'en souviens pas. Mais vraiment non, je crois pas, je n'ai rien eu* »

I1 : « *Je pense qu'il faudrait que je me forme un peu plus, on en parle pas du tout de ça dans nos études* »

I3 : « *Mais je crois pas avoir vraiment eu de cours sur la nutrition à la fac. Si on en a eu je m'en souviens pas.* »

R1 : « *l'enseignement ou les TD ça je m'en rappelle pas* »

MN1 : « *Ouhlà, je crois pas qu'on ait eu des cours pendant l'externat* »

MN3 : « *Euh, je me souviens qu'on a eu quelques cours sur l'alimentation du patient diabétique dans le module d'endocrinologie, mais c'est tout je crois, je pense pas qu'on ait eu autre chose* »

2) Un item mis de côté lors de leurs études

Pour la plupart des internes il s'agit d'un item de l'ECN qu'ils ont peu étudié.

I1 : « *En tout cas pour l'ECN, à part la pédiatrie avec les différentes étapes de la diversification alimentaire moi j'ai pas souvenir d'avoir bossé quoi que ce soit* »

I2 : « *la nutrition ça passait un peu à la trappe. J'avais juste bossé le régime diabétique dans les grandes lignes pour l'ECN mais le reste je suis même pas sûre de l'avoir vraiment lu* »

R1 : « *j'ai eu un truc en tant qu'externe je crois, avec un énorme poly pas du tout agréable à lire, je l'ai pas vraiment lu d'ailleurs* »

R3 : « *Après il y avait le poly de la fac mais il y avait des tas de trucs hyper compliqués donc je l'ai survolé que très rapidement, en plus très honnêtement à l'ECN on tombe jamais dessus* »

MN1 : « *En fait je me souviens pas de grand-chose du contenu, je sais que c'est pas de là que j'ai mes bases, et pour l'ECN je ne l'avais même pas lu* »

MN2 : « *D'ailleurs pour l'ECN je l'avais pas travaillé* »

3) Un manque d'intérêt pour certains médecins lors de leurs études

Les médecins ont vécu leur formation de nutrition comme trop théorique et peu adaptée à la pratique de la médecine générale au quotidien.

MA1 : « *On a pas appris ça et comme ça m'intéressait pas, le peu qu'on a eu j'ai pas retenu* »

I2 : « *ça m'a pas du tout plu. Surtout parce que c'était trop abstrait* »

MN1 : « *l'externat et l'ECN au final ça marchait tellement par mots clés que je sais pas si quelqu'un en a vraiment retenu quelque chose* »

4) Une formation ressentie comme trop théorique

I3 : « *le côté trop théorique, trop vague. Manger « équilibré et adapté à l'activité physique ça veut tout dire et rien dire. 2000 Kcal par jour, perso c'est super vague. Un truc moins théorique oui, ça m'aurait plus. »*

R2 : « *On avait un polycopié de nutrition aussi je me souviens, mais j'ai abandonné très rapidement, j'y arrivais pas c'était trop théorique trop spécialisé* »

MN1 : « *C'était hyper théorique, hyper précis, moi j'ai plus besoin que ce soit en lien direct avec ma pratique quotidienne, que je sache pourquoi je l'apprends* »

5) Une formation mal adaptée à la pratique de médecine générale

I1 : « *Pendant l'externat, la nutrition était super précoce, théorique, pas du tout adaptée à la pratique du futur médecin* »

I2 : « *Il n'y avait pas de conseils pratiques du tout, rien de concret* »

R2 : « *Dans mes souvenirs mes cours c'était une liste d'objectifs à atteindre, mais on te disait pas comment faire pour les atteindre* »

MN2 : « *Ce qui me manque c'est des choses pratiques, des exemples concrets des choses qu'on peut dire au patient pour qu'il comprenne et qu'il visualise* »

Synthèse

Pour les médecins, la formation universitaire est en grande partie oubliée.

Les jeunes médecins l'ont laissée de côté lors de la préparation des ECN.

Elle est perçue comme trop théorique et mal adaptée à la pratique de la médecine générale au quotidien

G) Les attentes sur la formation future

On note un réel enthousiasme de la part des médecins lors de la discussion sur la création d'une formation dédiée aux internes : ils jugent l'initiative utile voire primordiale et mentionnent l'importance de la nutrition à leurs yeux.

1) Une formation qui semble primordiale

MA2 : « *Je pense que c'est gravissime de ne pas avoir eu de formation, parce que pour moi l'alimentation c'est la base de la bonne santé* »

MA4 : « *la nutrition c'est la base de tout, on peut pas être médecin généraliste et ne pas maîtriser cet aspect-là de la prévention. Je crois que j'aurais aimé qu'on me dise un peu plus les choses dès le début* »

I3 : « *une formation ça m'a manqué, la nutrition c'est la base de la santé* »

MN3 : *« je pense que c'est la base de la prise en charge pour tellement de pathologies, et de pathologies évitables justement en changeant notre mode de vie. Je crois qu'on devrait être vraiment mieux formés »*

2) Axée sur le côté pratique

Ils souhaitent avant tout une formation concrète et adaptée à la pratique au quotidien de la médecine générale, et il leur semble important de coupler des rappels théoriques mais également des conseils plus pratiques.

MA2 : *« quelque chose de concret qu'on peut appliquer à la consultation du quotidien. »*

MA3 : *« des choses pratiques, des fiches, des conseils qu'on peut donner au quotidien »*

MA4 : *« Quelque chose de très pratique, très axée sur des conseils applicables au quotidien pour les patients, en fonction de leurs pathologies »*

R2 : *« Mais voilà pour moi une formation j'en attendrais ça, du concret et du pratique. »*

R3 : *« Des conseils pratiques. Mais en fait ce qui m'a manqué c'est des cours adaptés à la médecine générale »*

MN1 : *« L'idéal je dirai c'est de faire de la pratique »*

MN1 : *« des cas cliniques avec des ateliers, des petits groupes où on pourrait discuter et échanger entre médecins sur comment on aurait fait, que chacun donne un peu ses trucs. »*

3) Le contenu souhaité

Concernant les thèmes souhaitant être abordés, on retrouve ceux évoqués lors de la discussion sur les difficultés ressenties pendant une consultation de nutrition.

3.1) Les sources officielles

MA2 *« Ressortir avec des fiches, des liens vers des sites ou des applications »*

MA3 : *« mais si on pouvait avoir quelque chose de scientifique, de validé, d'opposable, qu'on puisse transmettre au patient qui soit pratique mais aussi fondé. »*

MN2 : *« quelques outils pratiques et nous apprendre à mieux chercher les informations. Il s'agit*

pas de tout savoir mais de savoir où trouver les réponses »

3.2) Les réseaux de soin disponibles

I1 : *« Et aussi, les réseaux, j'aimerais bien savoir comment faire pour mettre le patient dans un réseau de soins »*

I2 : *« et un peu aussi les réseaux et les aides qui existent et comment faire pour que le patient y ait accès »*

3.3) L'accompagnement du patient

I1 *« la part psychologique de l'obésité, aussi comment faire face aux changements du corps, parce que certains patients quand ils perdent du poids, c'est pas facile pour eux de se voir changer »*

MN1 : *« un peu comme les consultations d'éducation thérapeutique »*

3.4) Les régimes liés aux pathologies

I3 : *« Comment répartir une assiette de façon concrète en fonction de la pathologie, pour une diabétique, pour un patient qui a du cholestérol, pour un patient dénutri etc »*

MN 2 : *« Et quelque chose adapté à chaque grande pathologie, des exemples pour les patients diabétiques, pour les patients qui ont du cholestérol »*

3.5) Les régimes liés à une population spécifique

MA2 : *« pour les gens qui ont pas les moyens, les patients un peu précaires »*

MN1 : *« Et les autres patho' que le diabète, aussi parler un peu de la nutrition du sportif et des ados. »*

3.6) Les régimes alimentaires particuliers

R1 : *« les végétariens, les végétaliens, les vegan, ça aurait été bien d'avoir quelque chose d'axé sur les conseils et les carences, surtout que ça devient de plus en plus fréquent ce mode*

d'alimentation »

3.7) **L'entretien motivationnel**

MA4 : *« Des conseils pour motiver les parents à faire manger leurs enfants correctement »*

I2 : *« Savoir comment aborder la nutrition avec le patient aussi, comment introduire le sujet quand le patient vient pas forcément pour ça »*

R2 : *« Déjà je pense que la base de la nutrition c'est d'apprendre à aborder le sujet avec les gens »*

R2 : *« Je sais pas comment mettre ça en place concrètement, je pense que c'est pas possible en fait, mais apprendre à parler au patient »*

MN3 : *« Et surtout comment aborder le sujet sans avoir peur de stigmatiser, des petits outils ou des petits trucs pour lancer la discussion »*

Synthèse

Les médecins estiment qu'une formation en nutrition est primordiale et sont enthousiastes.

Ils l'attendent sous une forme plus pratique, dont le contenu porterait sur des points concrets :

- rappels sur l'alimentation normale et pathologique
- sources officielles
- entretien motivationnel et accompagnement du patient
- réseaux de soins

IV) Discussion

A) Discussion de la méthode

1) Limites de l'étude

1.1) Difficulté rencontrée lors de la réalisation du travail bibliographique préalable à la thèse

Dans notre étude, plusieurs médecins interrogés avaient effectué une partie de leur 1er et 2e cycle d'études médicales dans une autre faculté que celle de Strasbourg. En cherchant des informations sur les formations existantes et reçues par les participants en nutrition, diététique et en éducation thérapeutique, à l'entretien motivationnel, l'accès aux données de la formation initiale dans les différentes facultés a été problématique.

En effet, en se basant sur la publication au Journal Officiel du programme d'enseignement, chaque faculté détermine précisément et librement le contenu et le volume horaire de cet enseignement. Ce programme est complété en tenant compte des publications faites par les collègues d'enseignement des différentes spécialités qui peuvent traiter certains items de façon transversale (par exemple le diabète lors du module d'endocrinologie, les dyslipidémies lors du module de cardiologie, etc...). Il peut ainsi y avoir autant de programmes d'enseignement que de facultés.

En 2006 l'INPES a réalisé une enquête sur l'éducation thérapeutique du patient en France en formation initiale. 43 facultés de médecine françaises y ont été répertoriées. 41 ont accepté de participer à l'enquête mais les résultats n'ont été obtenus qu'auprès de 19 d'entre elles. Cette enquête montre la difficulté de recueil des données sur l'ensemble de l'enseignement effectué sur les facultés françaises (23).

1.2) Concernant les participants

La variabilité des participants sur le régime alimentaire, la culture, la durée et le lieu d'exercice a pu être obtenue lors du recrutement des médecins participants. Bien que la population n'ait pas besoin d'être représentative statistiquement parlant, nous nous sommes cependant retrouvées avec un ratio homme-femme déséquilibré. On peut ici se poser la question d'un biais d'information.

Les différents médecins avaient tous une pratique principale de médecine générale, avec pour certains un D.U dans des domaines complémentaires. Nous sommes arrivés à saturation des

données mais pas à une saturation dans l'exploitation des profils d'exercice des médecins interrogés. Lors du recrutement des participants, plusieurs médecins ont répondu à l'annonce et ceux interrogés ont été principalement ceux qui exerçaient proche de mon lieu d'exercice ainsi que de mon lieu de domicile. Par ce fait un biais de sélection est possible.

1.3) Concernant l'interprétation des résultats

Une seule personne a réalisé les entretiens. Ainsi malgré un effort de neutralité, l'opinion personnelle a pu inconsciemment influencer le déroulement de l'entretien individuel. Lors de certaines relances, des modifications de l'opinion des participants a pu avoir lieu. Ceci a pu entraîner un biais d'investigation lié à un biais d'intervention.

Nous avons tenté d'éliminer ce dernier pour la réalisation d'une grille d'entretien identique pour tous les participants, cette dernière a été réalisée par la directrice de thèse et moi-même et a été testée avant la réalisation des entretiens.

En recherche qualitative, la démarche d'analyse est interprétative, par définition un biais d'interprétation est inévitable (20).

2) Forces de l'étude

2.1) Le choix du type d'étude : la méthode qualitative

La méthode qualitative nous a paru particulièrement adaptée car le but de notre étude était d'évaluer le ressenti des médecins et d'explorer des comportements. Les entretiens semi-dirigés permettent d'obtenir des informations, d'explorer le positionnement individuel, de faire émerger des représentations et des croyances. Il s'agit d'une rencontre entre deux individus interagissant par le dialogue. Les réponses lors de l'entretien sont ainsi dépendantes de paramètres :

- liés à l'enquêteur : qualité des relances, représentation personnelles (qu'elles soient exprimées de façon consciente ou non), attitudes lors de l'entretien
- liés à l'interviewé : dissimulations, représentations et croyances personnelles, compréhension de la question posée.

2.2) Diversité des participants

Nous avons décidé pour cette étude d'interroger des médecins d'âges différents, qui étaient à des étapes variées de leur parcours professionnel afin d'intégrer l'analyse de l'impact de l'expérience sur les consultations de nutrition.

L'expérience des médecins installés était variée, et la durée de l'installation allait de quelques mois à quelques années. Certains médecins interrogés étaient maîtres de stage et accueillaient des externes ou des internes.

B) Discussion sur le concept de compétence.

1) Qu'est-ce qu'être compétent ?

Le médecin généraliste est souvent le premier contact du patient lorsqu'il est confronté au système de soin. Au cours des dernières années l'enseignement de la médecine générale s'est modifié et est apparu le nom « d'apprentissage par compétences ». L'étudiant doit acquérir et pouvoir mettre en pratique des compétences spécifiques afin d'assurer son rôle de façon adéquate.

Il existe de multiples définitions du terme « compétence » et selon les disciplines elle peut être différente. La définition donnée par le dictionnaire français est la suivante : « Connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières » (25).

La compétence n'est pas équivalente à la connaissance. Il s'agit de la mobilisation et de la combinaison d'un ensemble de ressources internes et externes aboutissant à un « savoir agir » complexe.

En pédagogie médicale, le CNGE retient la définition de la compétence suivante (26) : « c'est un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné »

Il y est décrit les six compétences fondamentales suivantes en rapport à l'exercice de la médecine générale (26) :

- premier recours, incertitude, urgences
- approche globale, prise en compte de la complexité
- éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- relation, communication, approche centrée patient
- professionnalisme

Pour l'HAS (27) la compétence du médecin est décrite comme complexe :

Il s'agit d'un « savoir », d'un «savoir-faire » ainsi qu'un « savoir être » qui aboutissent à un « savoir agir » qui évolue dans le temps au fur et à mesure de l'expérience acquise par le praticien.

2) La relation entre la compétence et le sentiment d'efficacité personnelle

Le lien entre sentiment de compétence et d'efficacité personnelle a été étudié par Albert Bandura (19). Albert Bandura est un psychologue canadien qui a fait émerger dès 1980 le concept de sentiment de compétence. Il a étudié et décrit le degré de confiance d'une personne en ses capacités pour la réalisation d'une action donnée.

Le concept reflète les croyances, la représentation que se fait un individu de lui-même. Pour lui, l'importance n'est pas le nombre d'aptitudes possédées mais ce que l'on croit pouvoir en faire. Il oriente notre comportement vers la réalisation de nos objectifs et influence sur notre perception de la réussite. Cela nous amène à avoir des comportements axés vers nos objectifs. La croyance en ses capacités augmente les chances d'atteindre l'objectif fixé.

Le sentiment d'efficacité personnelle diffère de l'estime de soi. Le sentiment d'efficacité personnelle se rapporte à un jugement sur ses aptitudes ; l'estime de soi à un jugement sur sa valeur personnelle. Cependant l'auteur ne fait pas de lien entre ces deux entités. D'après l'auteur, on peut se trouver inefficace tout en ayant une bonne estime de soi, et inversement, une personne peut avoir une forte estime d'elle-même sans avoir atteint le but qu'elle s'est fixé. Les sources de l'estime de soi ne proviennent pas forcément de la performance réalisée.

Le sentiment d'efficacité personnelle se construit et évolue en fonction :

- des expériences vécues au lien avec les potentiels succès ou échecs personnels
- des expériences indirectes qui se basent sur l'observation de la réussite ou de l'échec d'autres personnes, aux caractéristiques et valeurs proches des nôtres
- de l'influence sociale : liée aux suggestions, aux avertissements, aux encouragements, ainsi qu'aux conseils de personnes perçues comme étant légitimes
- de l'association entre un état physiologique et un état émotionnel lié à une action déjà passée.

Comprendre les facteurs qui influencent le sentiment de compétence semble une étape importante, afin de préparer au mieux le futur médecin à sa vie professionnelle. En effet, cela nous a semblé fondamental d'y réfléchir pour la mise en place d'une formation. L'acquisition de connaissances nécessaires à l'exercice du métier de médecin est fondamental mais n'est pas le seul déterminant à la construction de l'identité professionnelle.

Lors des consultations de nutrition, la relation médecin-malade est importante car, comme nous l'avons vu dans les résultats, les thématiques abordées ne sont pas que de l'ordre du pathologique mais touchent également au mode de vie propre des patients. La compréhension de ces éléments pourrait aider à comprendre pourquoi les médecins peuvent se sentir plus ou moins compétents lors de ces consultations.

C) Discussion sur les résultats

1) Regard sur l'exercice de la nutrition : il est ressenti comme difficile

Les verbatims retrouvés au cours de nos entretiens sont souvent assez négatifs, tournant autour d'un sentiment d'incompétence. Les médecins se sentent mal à l'aise surtout lors des consultations adultes avec une ambivalence entre l'intérêt qu'ils portent sur la prévention et la peur de stigmatiser leur patient. Ils éprouvent des difficultés à répondre aux questions des patients. Les difficultés ressenties sont le manque de temps, le sentiment d'être intrusif dans la vie du patient notamment lors de l'abord de la nutrition, ainsi que le manque de connaissance et d'outils pour répondre aux questions posées. Enfin ils évoquent la difficulté liée au manque de motivation des patients. Cette notion de difficulté à réaliser les consultations de nutrition est retrouvée dans une étude réalisée par une interne à Tours en 2012 (15) . Cette étude s'intéresse à la formation des

internes en nutrition dans sa faculté. Les freins retrouvés sont les mêmes que ceux objectivés dans notre étude : manque de temps, peur d'être intrusif, impression de manque de connaissances et d'outils.

Cependant, l'étude portait sur le ressenti des internes sur les consultations de nutrition, mais la population étudiée comprenait également des médecins nutritionnistes ainsi que des diététiciennes, le but final de son travail étant de mettre en place une formation et d'en évaluer le contenu.

Les freins cités par les participants étant les mêmes que ceux retrouvés dans notre étude, nous pouvons supposer que l'expérience des médecins confirme ces freins mais ne les résout pas, le problème des consultations de nutrition étant plus complexe que le simple manque d'expérience.

2) Les thèmes évoqués dans les difficultés liées à la nutrition

2.1) Le statut professionnel du médecin

– le statut de médecin remplaçant

Les internes et plus encore les remplaçants citent également une difficulté liée à leur statut. Par définition, la prise en charge de pathologies chroniques va se faire sur des périodes longues. L'entretien motivationnel n'a d'intérêt que s'il est réalisé sur le long cours. Pour les remplaçants, être un acteur ponctuel de la prise en charge est une difficulté.

Dans notre étude plusieurs médecins citent l'absence de possibilité de suivi du patient au long cours ainsi que l'impossibilité de proposition de prise en charge en aval. Ceci rend la consultation de nutrition difficile à mener.

La question du suivi lors des consultations de prévention a été abordée dans d'autres travaux. En 2009, le HCSP (Haut Conseil de Santé Publique) (28) a suggéré que la réalisation de consultations et d'exams de prévention de suivi a un intérêt principalement si une prise en charge peut être proposée par la suite, et à proximité

Une thèse réalisée par N. Gallet à Lyon en 2015 (29), portant sur l'analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant, a montré que les médecins remplaçants se sentent plus compétents avec l'expérience. La prise en charge du patient leur semble meilleure après plusieurs années de remplacement mais également lors qu'ils remplacent régulièrement dans le même cabinet et qu'ils instaurent une relation médecin-patient de qualité sur du long terme. Cette thèse évoque également l'importance de la relation médecin remplaçant-remplacé pour favoriser la

communication et le retour sur la prise en charge. En effet, ce retour sur la prise en charge semble participer à l'acquisition de compétences.

– **les médecins installés manquent de temps :**

Les médecins installés et plus expérimentés, connaissant mieux leurs patients ont moins de réticence à aborder la question de la nutrition en consultation mais ne peuvent pas forcément le faire par manque de temps.

Certains médecins se sentent découragés pour mener à bien les consultations du fait de la durée qu'elles nécessitent. Ils se sentent impliqués dans la prévention et aimeraient prendre plus de temps pour mais se sentent déjà trop sollicités. Dans notre étude le problème du manque de temps semble faire référence non seulement au fait qu'il y ait trop de sujets à aborder dans une consultation, mais également au fait que le nombre de patients à voir dans une journée serait trop important pour prendre du temps avec la nutrition.

Cette affirmation reste à nuancer et peut également entrer dans le cadre d'un manque de motivation de la part des médecins, car nous avons vu que lorsqu'un thème les intéresse particulièrement, les médecins installés prennent le temps ; certains ont des D.U. supplémentaires permettant la réalisation de consultations plus spécialisées : addictologie, homéopathie.

2.2) L'absence de recommandation officielle

La connaissance des outils à disposition des médecins et leur diffusion sont mal connues ou sont parfois jugés trop complexes. En 2014 une étude réalisée par S. Robin (30) auprès de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées montrait que les documents du PNNS étaient mal connus par les participants. 20% des médecins interrogés avaient déclaré ne connaître aucun des items du PNNS.

Dans notre étude, les sources sont mal connues par les médecins et certains déclarent même ne pas savoir où chercher l'information (MN3, I2, R2, R3).

En absence de recommandations claires, les jeunes médecins se tournent surtout vers les sites internet et les prospectus de laboratoires, dont on peut questionner la validité scientifique et l'objectivité. Cette notion de formation par l'intermédiaire de certains prospectus de laboratoires était déjà retrouvée lors des *focus group* réalisés par moi-même pour le mémoire de DES.

En France, il n'existe pas de recommandation unique scientifiquement validée dont on retrouverait une revue de la littérature et qui serait facilement utilisable. Le collège national de nutrition propose des cours et explications qui sont très détaillées mais d'usage peu pratique en

médecine générale au quotidien.

Les sources officielles sont le PNNS, consultable sur le site officiel (31) ainsi que les fiches consultables écrites par l'ANSES (32) .

- Le PNNS (31):

Les informations sont présentes de façon assez complète mais sont présentées par catégories d'aliments, ce qui demande de se rendre sur plusieurs pages différentes pour avoir l'ensemble des informations. Les sources n'y sont pas citées de façon évidente.

- Les fiches écrites par l'ANSES (32):

Elles sont consultables en ligne gratuitement pour tous les médecins et pour les patients sur le site de l'ANSES. Les conseils y sont clairement explicités et portent sur de nombreux thèmes, aussi bien sur les pathologies liées à la nutrition que sur les thèmes plus vastes (par exemple la cuisson des aliments au barbecue).

La nutrition semble moins intéresser la plupart des médecins généralistes que d'autres thématiques de prévention plus précises comme le diabète ou l'HTA. Le manque de recommandations claires et le manque d'études sur la nutrition peuvent participer au sentiment de manque de compétence des médecins. Ces derniers peuvent se sentir moins légitimes à aborder le sujet avec leurs patients.

Par ailleurs les informations peuvent être mieux acceptées par les patients lorsqu'elles sont scientifiques et non liées aux croyances personnelles du médecin.

2.3) Difficultés à initier la consultation

L'abord de la consultation de nutrition est très variable d'un médecin à l'autre. Lors de consultations avec un patient adulte, certains médecins abordent spontanément le sujet, d'autres ne le font qu'en cas de point d'appel. D'autres encore ne le font que si le patient lui-même amène la discussion, par peur de stigmatiser le patient ou de paraître trop intrusif.

Une thèse de médecine générale a été réalisée à Angers en 2016 (16). Il s'agissait d'une étude quantitative portant sur les attentes des patients sur les conseils nutritionnels délivrés par le médecin généraliste. 90% des patients souhaitaient être pesés en consultation et seul 10% avaient peur d'être jugés par leur médecin. Les médecins ont peur de stigmatiser leurs patients en parlant de poids mais il semble s'agir d'une fausse idée, projetée par le médecin, car la plupart des patients sont au contraire favorable à l'initiation de cette discussion.

Une enquête réalisée en 2006 par la Société Française de Médecine Générale (33) montrait que les principaux obstacles retrouvés à l'initiation de la thématique de nutrition par le médecin lui-même sont : le manque de connaissance, le manque d'adhésion du patient et le manque de temps

Ces éléments reviennent régulièrement dans la plupart des études traitant du sujet. Beaucoup de médecins expliquent qu'ils n'ont pas le temps et qu'ils ne sont pas formés à ce type de consultation. On peut ici se poser la question de savoir si cela ne cache pas un manque de motivation de la part des médecins. Cet aspect revient chez 6 des participants dans notre étude (I1, I3, M2, M3, MN1, MN2) qui disent spontanément qu'ils n'ont pas assez cherché les informations voire que cela ne les intéresse pas toujours.

Par ailleurs une thèse de médecine générale réalisée en 2018 à Nice (34) met en évidence un frein à l'abord de la nutrition par le médecin non cité dans notre étude : la question financière pour les patients comme frein à aborder le thème de la nutrition spontanément.

Il peut être intéressant de clarifier ses intentions et les expliquer au patient afin qu'il ne soit pas interpellé par des questions portant sur sa vie personnelle, et ne prenne pas les questions pour des jugements de valeur. Cela permet d'être plus à l'aise et d'instaurer un climat de confiance lors de la consultation.

2.4) Le manque d'intérêt de certains médecins

Certains médecins interrogés ont mentionné ne pas discuter de nutrition lors de la consultation par manque d'intérêt. La plupart des médecins ont cependant pu déceler le degré de motivation du patient de façon intuitive. On peut se demander si le manque d'intérêt retrouvé peut être lié au sentiment de compétence du médecin. Cette impression de manque de compétence part du postulat que les médecins n'ont pas été assez formés durant les études. Cependant pour la plupart des médecins interrogés les compétences sont présentes, alors que la prise en charge proposée est celle d'un envoi chez un spécialiste. La prise en charge du patient est donc réalisée par un confrère, ce qui peut refléter soit un manque de motivation de la part du médecin, soit un manque de temps.

Une étude portant sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité par les médecins généralistes en région PACA (17) a montré que 50% des médecins avaient un sentiment d'inefficacité. Un tiers des médecins interrogés ne trouvait aucune satisfaction personnelle à la prise en charge. 57,2% des médecins pensaient que le patient n'arriverait pas à perdre du poids ou à maintenir la perte.

Il serait intéressant de se poser la question de l'existence d'une corrélation entre impression d'absence de motivation du patient exprimée par le médecin et désintérêt personnel du médecin pour la nutrition : un médecin ne souhaitant pas parler de nutrition pourrait-il projeter ce frein sur

son patient.

3) Les perspectives d'amélioration

3.1) Les attentes vis-à-vis de la pédagogie : l'entretien motivationnel

L'émergence de pathologies chroniques a modifié la relation de soin. Nous sommes confrontés à l'annonce d'un diagnostic d'une pathologie chronique entraînant une prescription à vie pour laquelle la guérison n'existe pas. Ceci crée une nouvelle problématique dans la relation de soin et modifie la pertinence des conseils délivrés, en tenant compte des besoins réels du patient. La stratégie est centrée sur le patient et les conseils doivent être positifs sur sa santé en globalité. La qualité de la relation médecin-malade est primordiale et nécessite de l'empathie et de l'écoute. L'attitude du médecin peut ainsi être aidante ou au contraire contre-productive. L'adhésion du patient à son traitement est nécessaire pour obtenir sa motivation et ainsi entraîner un changement durable (35).

Le but de l'entretien motivationnel est de modifier un comportement qui pose un problème au patient. On part du postulat que le patient a lui-même les ressources, connaissances et compétences pour changer. Le médecin est essentiellement là pour aider le patient à identifier par lui-même quel est son raisonnement et son fonctionnement face à une situation afin de l'aider à trouver lui-même comment changer. Ceci est très différent de l'apport « brut » de connaissances. Le respect de l'autonomie de la personne est ici primordial. Il est nécessaire de prendre en compte les émotions et le vécu des patients.

Certains outils sont déjà à disposition pour essayer d'enseigner cela : jeux de rôle, référentiels, recommandations, vidéos (36)

Malgré le fait que la méthode soit validée pour la prise en charge en nutrition, la méthode de l'entretien motivationnel n'est pas ou peu appliquée. La dimension psychologique de la nutrition est peu abordée. La nutrition semble rester un domaine de « compétences techniques non maîtrisées » pour les jeunes médecins et non une façon d'initier la discussion avec son patient sur sa façon de vivre ou le voir dans son environnement.

Au quotidien, les praticiens pratiquent cependant une forme d'entretien motivationnel sans s'en rendre compte. Ils maîtrisent une certaine forme de technique par l'auto-formation et par la répétition des consultations.

Ils cernent intuitivement que l'entretien motivationnel est la technique utile pour aborder la nutrition (36) :

- évaluer la motivation du patient
- comprendre son ambivalence
- voir quels changements il est prêt à envisager et quels objectifs il souhaite atteindre
- l'aider à fixer ses objectifs et initier un suivi.

3.2) Une consultation dédiée

Un rapport rédigé par le Haut Conseil de Santé Publique (28) indiquait la pertinence de la réalisation d'une consultation dédiée par les médecins généralistes. Ils évoquaient en particulier le moment de l'adolescence et de la première consultation de rencontre lors du choix de son médecin traitant.

Dans notre étude plusieurs médecins faisaient référence à cette notion de consultation dédiée (MA2, I1, R2, R3, MN1). Cette piste de prise en charge pourrait être intéressante mais nécessiterait une formation préalable afin qu'elle ne soit pas ressentie comme une difficulté supplémentaire.

Une thèse réalisée en 2018 à Nice sur la prévention primaire portant sur l'activité physique en médecine générale suggérait que cette consultation dédiée à la nutrition et l'activité physique pourrait être amorcée par la sécurité sociale sous forme d'un envoi de questionnaire aux patients aboutissant sur une consultation au même titre que le dépistage des cancers du sein par mammographie (34).

Par ailleurs, la question du bon moment pour parler avec le patient se pose, et il est possible qu'à certains moments le patient ait des préoccupations différentes et ne souhaite pas en parler. Il semble préférable de revenir sur la question à un moment plus adapté, notamment lors de cette consultation dédiée où l'on abordera ce seul sujet avec lui.

3.3) Une prise en charge pluriprofessionnelle

Dans notre étude un des médecins interrogés soulignait les difficultés d'une alimentation équilibrée sur le lieu de travail lors de certaines professions et parlait de l'intérêt du médecin du travail. Une autre évoquait l'intérêt d'intégrer l'éducation nutritionnelle en amont de la prise en charge médicale, par exemple sous forme d'intervention dans les écoles.

La totalité des participants fait appel aux professionnels médicaux et paramédicaux pour la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge complexe ou longue en nutrition :

- nutritionnistes ou diététicien(ne)s
- infirmières ASALEE
- réseaux de prise en charge local
- prise en charge hospitalière

Il semble impossible de connaître toutes les possibilités de prise en charge car celles-ci sont nombreuses. Cependant il paraît important que le médecin connaisse les structures proches de son lieu d'exercice qui permettent au patient en demande de bénéficier de conseils diététiques et de sport. (Par exemple REDOM à Strasbourg, le RCPO à Obernai, PRECOSS pour les enfants à Strasbourg...).

Pour cela, il pourrait être intéressant d'intégrer le remboursement régulier de consultations auprès de diététiciens ou de nutritionnistes par l'assurance maladie. Cela pourrait permettre de ne pas surcharger les consultations des médecins généralistes qui manquent de temps, et de permettre la prise en charge des patients qui n'ont pas les ressources financières pour leur suivi.

Il est également important d'intégrer les psychologues et psychiatres pour certains patients.

Une étude de la cohorte Nutrinet Santé (37) a montré que lorsque l'on mange sous le coup de l'émotion, le risque de surpoids est plus important. Elle montre également que les patients dépressifs ont plus de risque de manger lors de fortes émotions que les patients non dépressifs .

Le rythme de vie, le stress influe sur le comportement des patients face à la prise alimentaire. Il est donc important d'intégrer les composantes émotionnelles lors de la prise en charge nutritionnelle.

Par ailleurs, En 2007 une étude réalisée (38) a montré l'intérêt d'une intervention courte par une diététicienne. L'incidence du diabète de type 2 était diminuée chez les patients présentant une hyperglycémie modérée à jeun.

3.4) Améliorer les outils et leurs diffusions, s'appuyer sur les nouvelles technologies

Pour bon nombre de patients, l'information nutritionnelle est relayée par le médecin généraliste. Une thèse réalisée à Nice (39) et l'autre à Angers (16) retrouvent respectivement, 24,9% et 20 % de patients déclarant que leur principale source d'information nutritionnelle est leur médecin. Dans ces deux études les autres sources d'information sont en premier lieu internet, puis la télévision. Il y est également retrouvé que le médecin devient la source principale d'information lorsque le patient présente une pathologie en lien avec la nutrition.

Une étude (40) mentionnait le manque d'outil pédagogique en nutrition comme frein à l'éducation nutritionnelle nous montrant qu'il serait intéressant d'améliorer la communication ainsi que les outils utilisés.

Dans l'étude réalisée en 2011 à Nice (39), et explorant la communication dans le domaine de la nutrition, la moitié des médecins serait demandeurs d'un support d'information. Dans notre étude, les plus jeunes médecins disent utiliser des applications sur smartphone et tablette pour aider leurs patients, d'autres leur donnent facilement des liens internet pour permettre aux patients de trouver eux même les informations (I1, R2).

Parmi les outils disponibles, il existe en France le service Sophia. (41) Il s'agit d'un service gratuit d'accompagnement proposé pour aider les patients atteints de diabète sur volontariat du patient. Pour s'y inscrire, les patients doivent présenter certains critères de la maladie : avoir déclaré un médecin traitant, être en ALD, avoir plus de 18 ans et avoir eu au moins trois prescriptions médicamenteuses antidiabétique au cours des douze derniers mois. L'accompagnement se fait de façons diverses : envoi de brochures, appels téléphoniques avec un infirmier-conseiller en santé formé à la pathologie diabétique et disposition d'un site internet dédié. Ce service se veut complémentaire à la prise en charge avec le médecin et offre un accompagnement plus personnalisé

Certains médecins interrogés ont cité l'application Yuka, qui est une application créée en France en 2017. Elle permet de scanner le code barre des produits alimentaires. Cela permet d'obtenir une note associée à un code couleur. Cette note est le reflet de la qualité nutritionnelle du produit, évaluée par le Nutriscore. Cette application comptait plus de 12 millions d'utilisateurs en 2019. Depuis 2014 les entreprises d'agro-alimentaire ont l'obligation de mentionner les sucres et additifs dans leurs produits, mais la lecture des étiquettes s'avère chronophage et peut être compliquée pour les patients. Le Nutriscore est un outil plus simple et plus lisible. Il concerne tous les aliments et boissons transformés (en dehors des boissons alcoolisées). Il n'est pas adapté aux besoins nutritionnels des populations spécifiques telles que les enfants en bas âge ou les personnes âgées.

4) Regard sur la formation initiale en nutrition

4.1) La formation est insuffisante

La formation initiale du médecin généraliste est un préalable indispensable à la prise en charge du patient. Il ressort après analyse des entretiens réalisés que la totalité des participants pensaient manquer de formation en nutrition.

A la faculté de médecine, l'enseignement se fait au cours du 2^e cycle des études, essentiellement sous forme de cours théoriques de nutrition, et à travers des modules transversaux (42) Quelques travaux dirigés plus pratiques sont proposés dans certaines facultés. Le 3^e cycle débute donc avec des connaissances essentiellement théoriques.

Nous avons vu que l'entretien motivationnel est un outil majeur dans la prise en charge des pathologies chroniques et notamment dans la prise en charge nutritionnelle. Il existe peu d'études sur l'enseignement de l'entretien motivationnel en médecine.

Lors de la formation des diététiciens et des nutritionnistes, cet enseignement est obligatoire.

Notre étude montre que les médecins interrogés sont plutôt critiques sur leur formation universitaire en nutrition. Ils identifient des lacunes dans les thématiques et la pratique de la nutrition.

Une formation plus complète aurait été souhaitée par tous les internes et les remplaçants interrogés. La totalité des participants déclare manquer de connaissances et d'information sur le sujet et pense qu'une formation est indispensable lors du cursus universitaire mais aussi par après. Les médecins installés sont eux aussi intéressés par la mise en place d'une formation qui entrerait dans le cadre de la formation continue.

4.2) La formation est trop théorique

La formation apparaît comme trop chiffrée, trop théorique et en inadéquation avec la pratique de la nutrition ambulatoire. La nutrition est enseignée dans une optique majoritairement liée à la pathologie en relation avec une maladie spécifique ; or en médecine générale, la nutrition est plus une affaire de prise en charge globale, s'intéressant au contexte et à l'environnement du patient.

5) Regard sur la formation idéale souhaitée

Les différents médecins interrogés dans les entretiens se disent intéressés par une formation de nutrition durant le 3^e cycle des études médicales ou plus tardivement dans le cadre de la formation continue. Ils souhaitent une formation plus pratique, adaptée aux difficultés rencontrées lors des consultations ambulatoires en cabinet de ville.

La nutrition pathologique apparaît bien connue et bien maîtrisée, cependant la nutrition de l'adulte « normal », non atteint de pathologie nutritionnelle, semble leur poser plus de problèmes.

Pour les médecins interrogés, la formation en nutrition devrait être précise avec des exemples concrets de menus et de quantités. La connaissance de la physiopathologie est insuffisante pour aborder la nutrition et il semble peu efficace de proposer une prise en charge et des conseils uniformes applicables à la totalité des patients.

5.1) Le déroulement de la formation

La formation aurait lieu à la faculté de médecine de Strasbourg et serait en priorité destinée aux étudiants de 3^e cycle de médecine générale.

Elle aurait lieu idéalement lors du stage praticien de niveau 2, afin que les étudiants aient déjà pu être confrontés à des consultations ambulatoire, et qu'ils puissent mettre en pratique rapidement les conseils reçus lors de la formation.

On constate que la plupart des médecins ont eux-même des doutes sur les recommandations des quantités, on parle de diminuer un aliment ou d'en augmenter un autre, pour simplifier et permettre aux patients de mieux assimiler les conseils. Mais on se rend compte que ce qu'un médecin entend par « moins » est différent de ce que peut entendre un autre médecin.

5.2) Les attentes théoriques

Il serait intéressant de faire de très brefs rappels théoriques sur les grands points de la nutrition. Ces rappels porteront :

- sur les besoins nutritionnels de l'adulte sain et de l'enfant
- sur la prise en charge des patients atteints des principales pathologies en lien avec la nutrition : obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, ostéoporose.
- Sur la prise en charge des patients ayant des régimes alimentaires particuliers : végétariens, végétaliens.

La notion de pluridisciplinarité serait également à amener avec intervention de diététiciennes et nutritionnistes, ainsi que la présentation des différents réseaux de soins en Alsace, et par la même occasion, faire un rappel sur les différentes sources d'informations disponibles pour répondre aux questions des patients.

5.3) Les attentes pratiques

Il semble également intéressant de montrer le lien entre modification des habitudes nutritionnelles et évènement(s) de vie du patient, avec la question du bien-être et de la prise en charge globale du patient, aussi bien physique que psychologique. Pour ce faire, nous avons imaginé un atelier basé sur des cas cliniques de médecine narrative avec retours d'expérience.

Apprendre à savoir poser la question du bien-être du patient, très souvent la cause de modification alimentaire, penser à voir son patient de manière « globale » et non technique permettra sans doute de lever de nombreux freins et de motiver davantage les médecins à initier ou à poursuivre le dialogue autour de la nutrition. Il s'agit de trouver, pour chaque patient, le bon moment pour lui de parler de son alimentation.

Il est important d'intégrer les habitudes, les représentations culturelles et de prendre en compte la dimension sociale pour la prise en charge. Les rythmes alimentaires sont propres à chacun, variant d'un individu à un autre et d'une période de vie à une autre. Le rythme optimal n'existe probablement pas et il semble important de rechercher et respecter ce qui est important pour chacun. De même que le contexte psychiatrique et les conséquences psychologiques entraînés par les tentatives successives de perte de poids.

Nous pouvons également imaginer un moyen d'aborder la question du poids, du surpoids par le médecin généraliste, aussi bien pour les patients obèses que pour les autres. La prise en charge nutritionnelle est une prise en charge au long cours, et il paraît important d'aborder les techniques d'entretien motivationnel.

V) Conclusion

Le médecin généraliste a un rôle majeur dans la prévention et la prise en charge des patients sur le thème de la nutrition. La question de la qualité de la formation des médecins en nutrition est donc primordiale.

Nous nous sommes intéressés au ressenti des médecins, aux difficultés rencontrées ainsi qu'aux

stratégies mises en place lors de l'exercice de la nutrition au cabinet, afin de proposer des pistes pour élaborer une formation destinée aux internes de médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg. Pour cela, nous avons fait une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale et de médecins généralistes exerçant dans le Bas-Rhin.

Notre analyse a montré qu'il existe une appréhension de la part des médecins envers ces consultations de nutrition, notamment lorsqu'il s'agit d'aborder la nutrition avec le patient. De même la prise en charge de situations ne relevant pas du pathologique mais du mode de vie pose problème. Nous avons pu ressentir une forme de découragement des médecins face à ces consultations. Ils ont conscience de leur rôle primordial dans la prévention mais manquent de temps et ont l'impression parfois fautive de manquer de connaissances, ce qui influe sur leur sentiment de compétence. Les internes et les jeunes médecins remplaçants ont l'impression d'être moins légitimes à prendre en charge les patients sur le plan de la nutrition, car leur statut ne favorise pas un suivi au long cours.

Les médecins savent cependant mener une consultation de nutrition dans certaines circonstances notamment en pédiatrie, et savent partir des souhaits du patient, les respecter et les conseiller. Il peut s'agir pour cela d'orienter vers d'autres professionnels ou de proposer des consultations dédiées ou de s'aider de techniques basées sur l'entretien motivationnel.

En ce qui concerne la formation initiale, celle-ci est jugée trop théorique et mal adaptée à la pratique, elle est également jugée insuffisante. La connaissance de la nutrition semble cependant indispensable, pour autant la plupart des médecins y ont consacré peu de temps pendant leurs études. L'intérêt personnel du médecin pour la nutrition et l'importance de la pédagogie lors de l'enseignement y est souligné. Il semble également important d'améliorer la communication ainsi que la diffusion des outils disponibles afin de renforcer l'implication des praticiens.

La formation optionnelle organisée par le DMG proposerait l'intervention de professionnels habitués aux consultations de nutrition, afin de faire connaître les différents acteurs de santé et les réseaux alsaciens, ainsi que divers ateliers pratiques axés sur les thèmes d'apprentissage souhaités. Il serait proposé une discussion entre les participants sur les différentes sources possibles en matière de nutrition, quelques rappels théoriques sur la nutrition de l'adulte sain : les aliments à privilégier et à éviter, ainsi que quelques notions de base pour pouvoir conseiller les patients. Ces ateliers se feraient sous forme de jeux de rôle et d'échange d'expérience avec des personnes plus expérimentées afin de renforcer le sentiment de compétence et le besoin de réassurance retrouvé dans notre travail, ainsi qu'une initiation à l'entretien motivationnel pour lever leur crainte d'être trop intrusif.

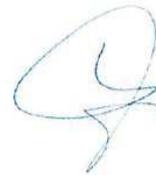
Au niveau national, la formation complète des étudiants de troisième cycle a récemment été modifiée dans son ensemble. Cette formation optionnelle proposée s'inscrit dans la continuité de cette démarche qui se veut plus centrée sur l'exercice en ambulatoire. Ceci permettrait de renforcer le sentiment de compétence, ou « d'efficacité personnelle » des jeunes médecins. Il pourrait être intéressant dans un prochain travail, d'étudier l'évolution de ce sentiment en fonction de la participation à cette formation.

Vu

Strasbourg le 14/01/2021

Président du Jury de Thèse

Professeur Thierry PELACCIA



Vu et approuvé

Strasbourg, le 20 JAN. 2021

Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Science de la Santé

Professeur Jean SIBILLA



Annexe N°1 : Liste des items de nutrition au programme de l'ECN

Item 32 : allaitement maternel

Item 45 : alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant

Item 51 : retard de croissance staturo -pondérale

Item 57 : sujets en situation de précarité : connaître les facteurs de risque

Item 69 : troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte

Item 175 : risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires

Item 209 : anémies chez l'adulte et chez l'enfant

Item 215 : pathologie du fer chez l'adulte et l'enfant

Item 220 : dyslipidémies

Item 245 : diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications

Item 246 : prévention primaire par la nutrition chez l'adulte et l'enfant

Item 247 : modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant

Item 248 : dénutrition chez l'adulte et l'enfant

Item 249 : amaigrissement à tous les âges

Item 250 : troubles nutritionnels chez le sujet âgé

Item 251 : obésité de l'enfant et de l'adulte

Item 252 : nutrition et grossesse

Item 253 : aptitude au sport chez l'adulte et l'enfant ; besoins nutritionnels chez le sportif.

Annexe 2 grille COREQ

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Kinesither Rev 2015;15(157):50-54

Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative



French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research

Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois, France

Michel Gedda
(Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)

RÉSUMÉ

Cet article présente sommairement les lignes directrices COREQ sous forme d'une fiche synthétique.

COREQ est prévue pour les rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*).

Une traduction française originale de la liste de contrôle est proposée.

Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Mots clés

Édition
Évaluation
Pratique factuelle
Qualité
Lecture
Recherche qualitative
Rédaction
Responsabilité
Standard
Transparence

SUMMARY

This article presents guidelines COREQ as a summary sheet.

COREQ is provided for reporting qualitative research: interviews and focus groups.

An original French translation of the checklist is proposed.

This translation is open access under a Creative Commons Attribution – NonCommercial – No Derivatives 4.0 International License.

Level of evidence. – Not applicable.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Keywords

*Edition
Assessment
Evidence-based practice
Quality
Reading
Qualitative research
Reporting
Responsibility
Standard
Transparency*

DOIs des articles originaux :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008>

Adresse e-mail :
direction@a-3pm.org

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche. » et composé des articles suivants :

- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. *Kinesither Rev* 2015;15(157)

Langue :
Anglais

Référence bibliographique de la version en cours :

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57.

Contact :

Allison Tong
Centre for Kidney Research
The Children's Hospital
Westmead, NSW 2145, Australia
Tel : +61 2 9845 1482.
Fax : +61 2 9845 1491.
Courriels : allisont@health.usyd.edu.au, allisont@chw.edu.au

TRADUCTION FRANÇAISE

Contenus traduits :

- Liste de contrôle : 32 items répartis en 3 domaines (*Tableau I*) :
 - équipe de recherche et réflexion,
 - caractéristiques personnelles ;
- liens avec les participants ;
 - conception de l'étude,
 - cadre théorique,
 - sélection des participants,
 - contexte,
 - recueil des données ;
- analyse et résultats :
 - analyse des données,
 - rédaction du rapport.

Traduction française originale :

La traduction ici proposée est originale et inédite.

• Méthode générale

La grille anglophone initiale a été reproduite à l'identique afin d'en conserver la disposition. Chaque item a été traduit séparément ; en ajoutant la traduction sous le texte original afin de permettre une vérification analytique ultérieure. Les locutions et termes méconnus, équivoques ou susceptibles de confusion ont systématiquement été relevés pour faire l'objet de recherches approfondies au sujet de leur usage spécifique en méthodologie de recherche qualitative, et dans le contexte des listes de contrôle [2–10].

Lorsque les ressources documentaires ne suffisaient pas à résoudre les incertitudes—notamment les expressions francophones les plus usitées, des personnes compétentes, identifiées grâce à leurs publications sur le thème traité ou à leurs fonctions professionnelles, ont été interrogées ponctuellement sur des questions précises mais contextualisées. Leurs réponses ont permis de lever les doutes ou d'identifier de nouveaux supports documentaires, voire d'autres personnes ressources.

Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.

Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées

RÉFÉRENCE ORIGINALE

Acronyme et intitulé complet :

COREQ : *Consolidated criteria for REporting Qualitative research*

Objet des lignes directrices :

Rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*)

Site Internet officiel :

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

Dates de référence :

2007 : version initiale et actuelle [1].

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et régulées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale. Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

- **Commentaires particuliers**

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, mercatique (*marketing*), politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécus, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé

de considérer l'appellation du GROUPE-F¹ : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'entretiens individuels (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'entretiens collectifs ; aussi pour éviter toute confusion et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.

Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».

Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

¹GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUPE-F) : www.groumf.fr.

Dossier

M. Gedda

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer.
 GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F).
 Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS.
 Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes.
 Gaetan TARDIF, Université de Toronto

RÉFÉRENCES

- [1] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
- [2] Anderson C. Presenting evaluating qualitative research. *Am J Pharmaceut Educ* 2010;74(8):1–7.
- [3] Crescentini A, Mainardi G. Qualitative research articles: guidelines, suggestions and needs. *J Workplace Learn* 2009;21(5):431–9.
- [4] Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research: criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *Med J Aust* 2008;188(4):243–6.
- [5] Collingridge DS, Gantt EE. The quality of qualitative research. *Am J Med Qual* 2008;23:389–95.
- [6] Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research*, 3rd ed. Sage Publications; 2007 [312 p.].
- [7] Gilgun JF. "Grab" and good science: writing up the results of qualitative research. *Qual Health Res* 2005;15(2):256–62.
- [8] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* 2004;10:79–86.
- [9] Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, 3^e ed. Armand Colin; 2009 [312 p.].
- [10] Hammell KW. Informing client-centred practice through qualitative inquiry: evaluating the quality of qualitative research. *Br J Occup Ther* 2002;65(4):175–84.
- [11] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé. ANAES – service évaluation en établissements de santé*; 2000 [136 p.].
- [12] Edmunds H. *The Focus Group Research Handbook*. American Marketing Association–McGraw-Hill Contemporary; 2000 [288 p.].
- [13] Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du *focus group*. *Rev Prat* 2004;18(645):382–4.
- [14] Thibeaut E. À propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. *Adjectifs*; 2010, <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58&lang=fr>.

Annexe N° 3 : Caractéristiques des participants

	Sexe	Age	Exercice actuel	Diplôme particulier	Stage nutrition en	Alimentation particulière
I1	H	27	Stage SASPAS	Master 1 de physiopathologie	Non	Non
I2	F	28	Stage SASPAS	Non	Non	Non
I3	H	27	Stage SASPAS	Non	Non	Végétarien tendance vegan
R1	F	33	Remplacements depuis 6 ans. Semi rural	DESC Soins palliatifs	Non	Surpoids, régimes réguliers
R2	F	30	Remplacements depuis 3 ans. rural	Non	Non	Surpoids
R3	H	30	Remplacements depuis 2 ans. Urbain et rural	Non	Non	Non
MN1	H	33	Installation en association depuis 1 an et demi en milieu urbain	DU santé de l'enfant	Semestre d'internat en diabétologie	Non
MN2	H	34	Installation en associaton depuis 2 ans en milieu urbain	Non	Non	Non
MN3	F	33	Installation en association depuis 2 ans en milieu semi rural	DU médecine manuelle et ostéopathie	Non	Non
MA1	F	57	Installation seule en 1996 en milieu urbain	DIU prise en charge médico psychologique des patients atteint du VIH. DU addictologie	Non	Non, mais intérêt porté à la micro nutrition
MA2	F	56	Installation seule en 2005 en milieu urbain	DU homeopathie Formation à la médecine d'urgence	Non	Non
MA3	F	47	Installation seule en 2009 en milieu urbain	DU homéopathie DU tabacologie DU prise en charge de l'ypertension artérielle	Non	Non
MA4	F	43	Installation seule en milieu urbain en 2010	DU diabétologie DU antibiothérapie	Stage diabétologie en	Nutrition adaptée à une pratique sportive importante.

Annexe N° 4 : Questionnaire des entretiens individuels

Partie exercice de la nutrition

- 1) Parle-moi de ton parcours, en quel semestre es-tu ? Où as-tu fait tes études ?
(pour les installés : lieu d'internat et DU/capacités particulières, type de patientèle particulier)
- 2) Raconte-moi la dernière consultation où tu as parlé de nutrition avec un patient ?
- 3) Peux-tu donner un exemple de consultation où tu t'es retrouvé en difficulté lors d'une consultation de nutrition ?
- 4) Quels moyens utilises-tu pour répondre à tes interrogations en nutrition quand tu bloques en consultation
- 5) En pratique te sens-tu à l'aise pour parler de nutrition avec un patient ?
- 6) Si je te dis : - patient diabétique
 - dyslipidémique
 - dénutri
 - végétarien/végétalien
 - alimentation et médicaments
 - alimentation et cancer
- 7) As-tu déjà adressé un patient chez un autre professionnel de santé ?

Partie formation

- 1) Parle-moi de ta formation de nutrition. Et dans tes stages ?

Relance

- Qu'est-ce qui t'a plu dans ta formation ?
- Qu'est-ce qui t'a manqué ?
- Comment verrais-tu une formation nutrition qui corresponde à tes besoins actuels ?

Quels thèmes seraient importants d'aborder selon toi ?

Bibliographie

1. P. Guilbert, H. Perrin-Escalon, et P. Lamoureux. Baromètre santé nutrition 2002. INPES, 2002.
2. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Les études INCA. 22 juin 2016.
3. Barnard RJ. Prostate cancer prevention by nutritional means to alleviate metabolic syndrome. *Am J Clin Nutr.* 2007;86(3):889-93.
4. Référentiel Métier et Compétences des Médecins Généralistes. Paris : Berger Levrault ; juin 2009.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le diabète. Genève. 2016
6. Haute Autorité de la Santé (HAS). Extrait de l'argumentaire scientifique de la RBP : Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [en ligne]. 2013 [cité le 10/10/2020]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/argumentaire_epidemiologie.pdf
7. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. [Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique.](#) Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018.
8. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail (ANSES). Actualisation des repères du PNNS : Etude des relations entre consommation des groupes d'aliments et risque de maladies chroniques non transmissibles. Paris : ANSES ; 2016.
9. Lehr-Drylewicz A-M, Renoux C, Savan L, Lebeau J-P. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? *Exercer.* 2010;94:130-135.
10. Demange S. La relation médecin-patient au regard du végétarisme : enquête nationale [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Saint-Étienne (FRA) : Université Jean Monnet Faculté de médecine Jacques Lisfranc ; 2017.

11. Hardouin C. Veganisme et médecine générale. Un enjeu singulier pour la relation de soins [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Paris (FRA) : Université de la Sorbonne. Faculté de médecine ; 2018.
12. Blanchet-Mazuel L, Wissocq C. Création d'un support d'information sur l'alimentation végétarienne pour les médecins généralistes de France [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Grenoble (FRA) : Université Grenoble Alpes. Faculté de médecine ; 2018.
13. Rogeaux L. Surpoids et Obésité de l'adulte : connaissances, opinions et pratiques des médecins généralistes du département du Tarn et Garonne [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Grenoble (FRA) : Université Grenoble Alpes. Faculté de médecine ; 2014.
14. Messerlin P. Connaissances en nutrition dans une promotion de DCEM 4 à la Faculté de Médecine de Nancy (année 2010-2011). [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine] Nancy (FRA) : Université de Lorraine. Faculté de Médecine ; 2012.
15. Le Goff D. Conception et réalisation par une interne d'une formation de diététique à destination des internes de médecine générale [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Tours (FRA) : Université François-Rabelais. Faculté de médecine ; 2012.
16. Labbé L. Conseils nutritionnels par le médecin généraliste : attente des patients [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Angers (FRA) : Université d'Angers. Faculté de médecine ; 2016.
17. Gruaz D, Fontaine D. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes [en ligne]. 2004 [cité le 10/12/2020]. Disponible sur : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf
18. Ferrer E. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire : expérience et attentes des patients âgés de moins de 40 ans [Thèse pour le Diplôme d'Etat de

Docteur en Médecine]. Nice (FRA) : Université de Nice. Faculté de médecine ; 2016.

19. Lecomte J. Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs*. 2004;5:59-90.
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-5 [En ligne]. 2008 [cité le 12/01/2021]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
21. CNGE. Recherche qualitative : La méthode des focus groupes, guide méthodologique pour les thèses de médecines générales [en ligne]. 2017 [cité le 08/10/2020]. Disponible sur : https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
22. Tesch R. *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York: Falmer Press; 1990. 330 (p.113).
23. Foucaud J, Rostan F, Moquet MJ, Fayard A. État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France: résultats d'une enquête nationale descriptive. INPES. 2006
24. A. Blanchet, A. Gotmann. *L'entretien*. Paris .: Armand Colin, seconde édition; 2015.
25. Le Petit Robert, Dictionnaire. Compétence, définition. Paris : Editions le Robert ; 2000.
26. Collège National des Généralistes enseignants. Marguerite Version Définitive [En ligne]. [cité 12 décembre 2020]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_version_definitive.pdf
27. Haute Autorité de la Santé (HAS). Evaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé [En ligne]. Novembre 2015 [cité 15 décembre 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_1_evaluation_des_competences_des_professionnels.pdf
28. Baudier F, Berthelot N, Michaud C, Clément MC, Jeanmaire T. Consultations de prévention

Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement :
Rapports sous la direction du HCSP. Mars 2009.

29. Gallet N. Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Lyon (FRA) : Université Claude Bernard. Faculté de médecine ; 2015.
30. Robin S. Les réalités de la prévention nutritionnelle en soins primaires : notoriété du programme national nutrition santé auprès des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Angers (FRA) : Université d'Angers. Faculté de médecine ; 2014.
31. Ministère de la santé et de la solidarité. Quatrième Programme National Nutrition Santé 2019-2023 [en ligne]. 2019 [cité le 08/10/2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
32. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Fiches conseils et recommandations grand public [en ligne]. [cité le 14 octobre 2020] Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/fiches-conseils-et-recommandations-grand-public>
33. Kandel O, Boisnault P. Nutrition en médecine générale, quelles réalités ? SFMG ; mars 2006.
34. Prevost C. Comment améliorer la prévention primaire en nutrition et activité physique chez les jeunes patients adultes en médecine générale ? [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Nice (FRA) : Université de Nice. Faculté de Médecine ; 2018.
35. Nordt M. Améliorer l'observance thérapeutique chez le patient chronique : une utopie ? [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. Marseille (FRA) : Université d'Aix Marseille. Faculté de Pharmacie ; 2019.
36. Dansou A. Entretien motivationnel, le guide pratique. Afdem [Vidéo En ligne]. 2017 [cité le

10 octobre 2020]. Disponible sur : <http://www.afdem.org/presentation-de-lem-video/>

37. Camilleri GM, Méjean C, Kesse-Guyot E, Andreeva VA, Bellisle F, Hercberg S, Péneau S. L'association entre l'alimentation liée aux émotions et la consommation d'aliments de type grignotage riches en calories est modifiée par le sexe et la symptomatologie dépressive. *J Nutr.* 2014;144(8):1264-73.
38. Gusto G et al. Impact d'une intervention nutritionnelle en centres d'examens de santé chez des consultants français recrutés entre 2005 et 2007 et présentant une hyperglycémie modérée à jeun [en ligne]. 2014 [cité le 06/05/2020]. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_5.html
39. Senez-Gadenne C. Education nutritionnelle : besoins et attentes d'une population. [Thèse pour le Dipôme d'Etat de docteur en Médecine]. Lille (FRA) : Université de Lille. Faculté de Médecine ; 2011.
40. Kushner RF. Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med.* 1995;24(6):546-52.,
41. Couralet PE. Evaluation médico-économique du programme Sophia 2010-2013. Paris : CNAMTS [en ligne]. 2015. [cité le 02/03/2021]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_d_evaluation_sophia_2010-2013.pdf.
42. Bulletin officiel de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation. BO. 16 Mai 2013.

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FRANCESCHINI Prénom : WST

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que
j'encours en cas de déclaration erronée
ou incomplète*

Signature originale :

A STRASBOURG, le 10.03.2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME

Introduction : La nutrition fait partie intégrante des missions du médecin généraliste et les consultations de prévention représentent une part importante des consultations de médecine générale. L'objectif de ce travail est de rechercher et d'analyser les difficultés des médecins généralistes concernant leur exercice de la nutrition. L'objectif secondaire est d'analyser leurs attentes concernant une formation en nutrition, afin de proposer des pistes de réflexion pour la création d'une formation destinée aux internes. Cette formation sera organisée par le Département de Médecine Générale de Strasbourg.

Matériel et Méthode : . Treize entretiens individuels semi-directifs ont été conduits auprès de médecins généralistes exerçant dans le Bas-Rhin. Une analyse inductive généralisée avec triangulation des données et double lecture a ensuite été réalisée.

Résultats : Les médecins se disent mal à l'aise pour aborder les consultations de nutrition chez les adultes, par appréhension et par manque de temps. Ils ressentent un faible sentiment d'efficacité personnelle, qu'ils relient à un manque de compétence, de formation et de connaissances. Cependant ils mettent diverses stratégies en place pour orienter et accompagner leur patient et sont en demande de formation complémentaire. Plusieurs pistes pour la création d'une formation destinée aux internes ont été dégagées : une formation aux compétences relationnelles et à l'entretien motivationnel, une aide à la recherche des sources théoriques couplée à une formation pratique, ainsi que la présentation de structures et réseaux locaux spécialisés pour aider leur prise en charge et leur sentiment d'efficacité personnelle.

Conclusion : La prise en charge nutritionnelle est complexe mais indispensable pour tout médecin généraliste. Elle nécessite de savoir initier le dialogue, de maîtriser les bases de l'entretien motivationnel, de savoir conseiller son patient en tenant compte de son contexte socio-professionnel et de ses antécédents, et de connaître les réseaux locaux et les autres professionnels de santé impliqués dans le suivi nutritionnel. La formation de nutrition développée par le département de médecine générale de Strasbourg pour les internes s'inspirera de ces objectifs, mais doit encore être construite et évaluée.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Médecine Générale

MOTS-CLES : nutrition, formation, compétence, médecine générale

PRESIDENT : Professeur Thierry PELACCIA

ASSEESSEURS : Professeure Nathalie JEANDIDIER

Professeur Serge ROHR

DIRECTRICE : Dr Elise FRAIH

ADRESSE DE L'AUTEUR : 3 allée Colette 67380 Lingolsheim