

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 132

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR

HOUDRY Nicolas

Né le 14 avril 1994 à TOULOUSE

Alimentation durable en médecine générale : étude qualitative sur les représentations et pratiques de 11 médecins généralistes du Grand-Est

Président de thèse : Professeur PRADIGNAC Alain

Directeur de thèse : Docteur PRÉVOT Gaspard



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2023
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Première Vice Doyenne de la Faculté** Mme CHARLOUX Anne
- **Doyens honoraires :**
 - (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
 - (1989-1994) M. VINCENDON Guy
 - (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
 - (2001-2011) M. LUCES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général: N...

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
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	Cs°	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	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	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	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 Selamak	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)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	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	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	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	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	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Héléne	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héléne	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô 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	NRPô 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

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	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	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	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	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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	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	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	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	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	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	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	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	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô 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	CDP	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	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	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	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	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 / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	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	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

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

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• 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 BUND Caroline		• Pôle d'imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / IG BMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activités médico-chirurgicales Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCÉF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IG BMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• 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
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILUSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• 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
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• 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		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• 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
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER	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		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• 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)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• 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)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de pathologie thoracique - Service de physiologie et d'explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pré Ass. DUMAS Claire
 Pré Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (JF9317) – Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de 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	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• 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 2020 au 31 août 2023)**
 BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)
 HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 MOULIN Bruno (Néphrologie)
 PINGET Michel (Endocrinologie)
 ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

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
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine interne) / 15.10.17	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAUE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) /	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DDFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

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'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

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

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

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Alain PRADIGNAC, je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous manifestez à l'égard de mon travail. Recevez ma plus sincère gratitude concernant l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse.

À Madame le Docteur Chloé DELACOUR, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury de ma thèse. Recevez l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Gaspard PREVOT, je te remercie pour ta confiance et ton accompagnement tout au long de ce travail. Merci pour ta disponibilité et ton soutien constant qui ont été essentiels à la réalisation de cette thèse. Enfin, merci pour ton implication personnelle et professionnelle envers les thématiques environnementales, qui est un véritable exemple à suivre. J'ai été heureux de mener à bien ce projet avec toi.

Aux médecins ayant généreusement accepté de participer aux entretiens, je vous remercie pour le temps et les efforts que vous avez consacrés à partager vos expériences et vos avis. Votre contribution a été précieuse. Je vous en suis profondément reconnaissant.

À mes parents,

À mes frères,

À mes amis,

À ma bien-aimée.

TABLES DES MATIÈRES

SERMENT D’HIPPOCRATE.....	13
REMERCIEMENTS	14
TABLES DES MATIÈRES	16
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	18
INTRODUCTION	19
1. IMPACT DU CHANGEMENT CLIMATIQUE SUR LA SANTE	19
2. IMPACT DU CHANGEMENT CLIMATIQUE SUR LA SECURITE ALIMENTAIRE	20
3. LA PARTICIPATION DU SYSTEME ALIMENTAIRE AU CHANGEMENT CLIMATIQUE	21
4. LIENS ENTRE ALIMENTATION ET SANTE	22
5. L’ALIMENTATION DURABLE COMME CO-BENEFICE POUR LA SANTE HUMAINE ET LES CHANGEMENTS ENVIRONNEMENTAUX GLOBAUX	22
6. LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE	25
7. OBJECTIF DE RECHERCHE.....	26
MÉTHODOLOGIE.....	27
1. TYPE D’ETUDE	27
2. POPULATION	27
3. RECUEIL DES DONNEES	28
4. ANALYSE DES DONNEES.....	28
5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	29
RÉSULTATS	30
1. DESCRIPTION DES PARTICIPANTS	30
2. LE CHANGEMENT CLIMATIQUE, UNE PROBLEMATIQUE RECENTE EN MEDECINE.....	31
a. <i>Le rôle émergent des médecins généralistes</i>	31
b. <i>La dimension personnelle du changement climatique</i>	31
c. <i>Manque de formation et de connaissance</i>	32
d. <i>Une incertitude sur le rôle à jouer</i>	34
3. LA DIFFICULTE A FAIRE DE LA PREVENTION EN MEDECINE GENERALE.....	36
a. <i>Priorité à la santé individuelle</i>	36
b. <i>Un système de santé peu favorable à la prévention</i>	37
c. <i>La prévention de l’alimentation durable au second plan</i>	39
4. APPREHENSION DE LA REACTION DES PATIENTS	40
a. <i>La difficulté à faire face aux réactions du patient</i>	40
b. <i>Vision controversée de l’écologie</i>	41
c. <i>Incompréhension entre le patient et le médecin</i>	42
5. L’ACCESSIBILITE A UNE ALIMENTATION DURABLE	44
a. <i>L’aspect financier de l’alimentation durable</i>	44
b. <i>L’environnement alimentaire</i>	46
c. <i>Le manque d’information</i>	47
6. L’ASPECT PSYCHOLOGIQUE DE L’ALIMENTATION	48
a. <i>Le manque d’attractivité de l’alimentation durable</i>	48
b. <i>La difficulté à modifier les habitudes alimentaires</i>	49
7. PRISE DE CONSCIENCE ET PLACE DU MEDECIN GENERALISTE.....	51
a. <i>Prise de conscience personnelle du médecin</i>	51
b. <i>Facteurs favorisant la prise de conscience</i>	51
c. <i>De l’intérêt à la pratique</i>	53
d. <i>La légitimité du médecin</i>	54
e. <i>Le médecin, un interlocuteur de choix</i>	55
8. L’ALIMENTATION DURABLE EN PRATIQUE	56
a. <i>Accompagner et s’adapter au patient</i>	56
b. <i>Utiliser le co-bénéfice de l’alimentation durable</i>	58
c. <i>Quand évoquer l’alimentation durable ?</i>	59
d. <i>Les manières d’évoquer l’alimentation durable en consultation</i>	60

9.	ACTION COLLECTIVE ET CHANGEMENT DE PARADIGME.....	62
a.	<i>Sentiment d'impuissance individuel</i>	62
b.	<i>Déléguer</i>	64
c.	<i>Action de groupe</i>	65
d.	<i>Action communautaire</i>	66
e.	<i>Changer de paradigme</i>	67
f.	<i>Espoir</i>	68
	DISCUSSION.....	70
1.	RESULTAT PRINCIPAL.....	70
2.	FORCES ET LIMITES.....	72
3.	COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE.....	73
a.	<i>Le changement climatique, une problématique récente en médecine</i>	73
b.	<i>Difficultés de la prévention en médecine générale</i>	77
c.	<i>Appréhension de la réaction des patients</i>	78
d.	<i>L'accessibilité à l'alimentation durable</i>	79
e.	<i>Aspect psychologique et culturel de l'alimentation</i>	82
f.	<i>Le médecin généraliste acteur dans l'accompagnement au changement</i>	83
g.	<i>Action collective et changement de paradigme</i>	86
4.	PERSPECTIVES.....	88
a.	<i>Recherche</i>	88
b.	<i>Organisation des soins</i>	89
c.	<i>Formation</i>	89
	CONCLUSION.....	91
	ANNEXES.....	93
	ANNEXE 1 : TRADUCTION FRANÇAISE DES LIGNES DIRECTRICES COREQ POUR L'ÉCRITURE ET LA LECTURE DES RAPPORTS DE RECHERCHE QUALITATIVE.....	93
	ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	94
	ANNEXE 3 : DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	95
	ANNEXE 4 : COMPOSITION DE LA DIÈTE OBSERVÉE EN 2015 ET DE 2 DIÈTES MODÉLISÉES COMPORTANT 2 FOIS MOINS DE VIANDE ET COUVRANT LES APPORTS NUTRITIONNELS RECOMMANDÉS.....	97
	97
	BIBLIOGRAPHIE.....	98
	RÉSUMÉ.....	103

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : DECOMPOSITION DE L'EMPREINTE CARBONE TOTALE PAR POSTES DE CONSOMMATION EN 2017, EN MILLIERS DE TONNES CO2 EQUIVALENT (13)	21
FIGURE 2 : POTENTIEL D'ATTENUATION D'UN CHANGEMENT DE REGIMES ALIMENTAIRES D'ICI 2050, EN GtCO ₂ EQ/AN, SELON UNE SERIE DE SCENARIOS EXAMINES DANS LA LITTERATURE (10)	24
FIGURE 3 : LA CONCEPTION DE L'ALIMENTATION DURABLE PAR LES MEDECINS GENERALISTES	70
FIGURE 4: CONSOMMATION ACTUELLE DE VIANDE ROUGE DANS CHAQUE PAYS DU G20 PAR RAPPORT AUX DIRECTIVES DIETETIQUES NATIONALES DE CHAQUE PAYS ET AU REGIME DE SANTE PLANETAIRE EAT-LANCET (40).....	75
FIGURE 5: QUANTITES MAXIMALES DE VIANDE ETABLIES EN FRANCE ET DANS LES PAYS AYANT PRIS EN COMPTE L'ENVIRONNEMENT DANS LEURS RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES (39)	75
FIGURE 6 : FACTEURS INFLUENÇANT L'INTEGRATION DE L'ALIMENTATION DURABLE DANS LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE (42).....	85

INTRODUCTION

1. Impact du changement climatique sur la santé

« Le changement climatique est la plus grande menace mondiale pour la santé publique au 21^e siècle ». C'est par ces mots que débute en 2009 le rapport de la commission du *Lancet* en collaboration avec l'University College de Londres (UCL) (1). Le changement climatique pourrait en effet affecter la santé de centaines de millions de personnes supplémentaires par an, entre 2030 et 2050, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2). Ses effets sur la santé se manifestent de deux manières (3,4) :

- De manière directe : par l'exposition à des phénomènes météorologiques extrêmes, tels que les tempêtes, les vagues de chaleur, les inondations, les feux de forêts, et par l'augmentation et l'aggravation des maladies non transmissibles respiratoires et cardiovasculaires.
- De manière indirecte : à travers l'insécurité alimentaire et hydrique, la pollution, la propagation des maladies infectieuses et les réponses sociales au changement climatique, comme le déplacement des populations ou l'accès réduit aux services de santé.

Par ailleurs, la biosphère, dont l'humanité dépend dans son ensemble, est modifiée à un degré sans précédent (5). Le taux d'extinction des espèces s'accélère et est actuellement 10 à 100 fois supérieur à la moyenne des 10 derniers millions d'années (6). Le constat est là, il est essentiel d'agir contre le changement climatique et en faveur de la protection du vivant afin de préserver notre santé.

C'est dans ce contexte que la World Organization of Family Doctors (WONCA) en 2019 (7), puis le Collège de la Médecine Générale (CMG) plus récemment (8), se sont saisis de la question en appelant les médecins généralistes à agir en faveur de la santé planétaire. Le concept de santé planétaire est apparu pour la première fois en 2015 dans la revue médicale *The Lancet* (9). Il désigne selon ses auteurs « l'accomplissement du meilleur état de santé, de bien-être et

d'équité mondiale possible en portant une attention judicieuse aux systèmes humains – politiques, économiques et sociaux – qui dessinent l'avenir de l'humanité, et aux systèmes naturels de la terre qui définissent les limites environnementales, à l'intérieur desquelles l'humanité peut prospérer. Dit simplement : la santé planétaire désigne la santé de la civilisation humaine et des systèmes naturels dont elle dépend. » Depuis, le concept s'est largement propagé avec le lancement de la revue *The Lancet Planetary Health*, la création de la Planetary Health Alliance à l'initiative de l'école de santé publique d'Harvard, ou encore de l'Alliance Santé Planétaire dans le monde francophone.

2. Impact du changement climatique sur la sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire est une situation qui existe lorsque « toutes les personnes, à tout moment, ont un accès physique, social et économique à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui répond à leurs besoins alimentaires et à leurs préférences alimentaires pour une vie active et saine » (10). Avec l'évolution des conditions biophysiques qui sous-tendent notre système de production alimentaire, les quatre piliers de la sécurité alimentaire (disponibilité, accessibilité, utilisation, stabilité) sont impactés (10). Les rendements des cultures de bases sont affectés par l'augmentation des températures, la modification des régimes de précipitations et la fréquence accrue des phénomènes météorologiques extrêmes. Par ailleurs, la hausse des prix des denrées alimentaires exacerbe les problèmes d'accès à la nourriture. Le coût d'une alimentation saine a par exemple augmenté de 6,7% entre 2019 et 2021 (11). Le changement climatique entraîne également une augmentation des maladies transmises par les aliments et par l'eau, affectant l'utilisation des aliments. Et cela, alors que la malnutrition est déjà une des causes majeures de morbi-mortalité dans le monde, et que la demande alimentaire globale ne cesse de croître (11,12).

3. La participation du système alimentaire au changement climatique

Le changement climatique impacte le système alimentaire. Cependant, ce dernier participe lui aussi aux changements environnementaux globaux. Dans son rapport « Changement climatique et terres émergées » datant de 2019, le Groupe d'Experts Intergouvernemental sur l'Évolution du Climat (GIEC) souligne l'importance de l'alimentation et des systèmes agricoles dans le changement climatique, en estimant que 21 à 37% du total net des émissions anthropiques de gaz à effets de serres (GES) sont attribuables au système alimentaire (10). En France plus spécifiquement, la part de ces émissions est de 22% (figure 1) (13). Le bilan carbone par secteur du système alimentaire montre que c'est le type d'aliment et son mode de production qui ont plus d'impact que son lieu d'origine. En effet, 67% des GES du système alimentaire sont émis au stade de la production agricole, contre 19% émis au stade du transport. Certains choix alimentaires requièrent en effet d'avantages de terres, d'eau, et émettent plus de GES que d'autres, ce qui est le cas de la viande et les produits laitiers, qui à eux deux sont responsables de 85% des émissions de GES de l'agriculture française (14). De plus, sans intervention, nous serons susceptibles d'observer au niveau mondial d'ici 2050 une augmentation de 30 à 40% de ces émissions, en raison de l'augmentation de la population, des revenus, et de la demande de produits d'origine animale (10). Outre les émissions de GES, l'agriculture représente 40% de l'utilisation des terres et la production de nourriture utilise 70% de l'eau douce (15).

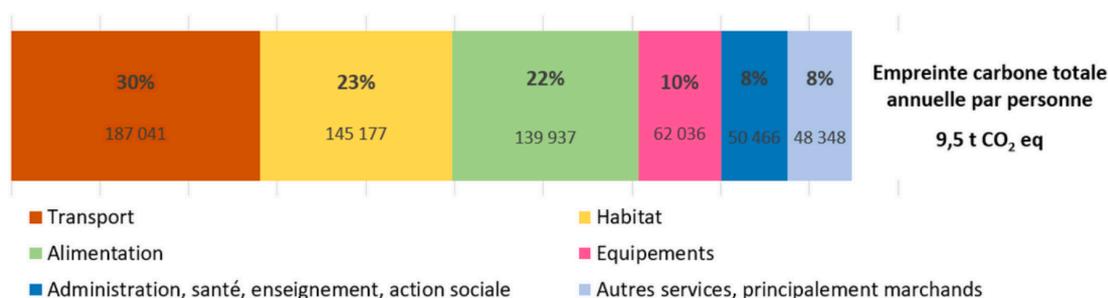


Figure 1 : Décomposition de l'empreinte carbone totale par postes de consommation en 2017, en milliers de tonnes CO₂ équivalent (13)

4. Liens entre alimentation et santé

Par ailleurs, l'alimentation a des impacts évidents sur la santé. 820 millions de personnes dans le monde sont sous-alimentées, causant notamment retards de croissance et carences en micronutriments. En parallèle, 2,1 milliards d'adultes sont en surpoids ou obèses et la prévalence du diabète de type 1 et 2 a doublé ces 30 dernières années (16). Une étude publiée en 2019 par Afshin et al. estime que 11 millions de décès par an dans le monde, soit 1 décès sur 5, sont attribuables à des facteurs de risques alimentaires, avec en premier lieu un apport élevé en sodium, un faible apport en céréales complètes et une faible consommation de fruits et légumes (17). Les principales causes de décès en rapport sont les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et les cancers. L'association la plus forte retrouvée à ce jour entre le régime alimentaire et le risque de cancer concerne la consommation de viande transformée ou rouge et le cancer colorectal. La consommation de viande transformée a été classée comme cancérigène (Groupe 1) et la consommation de viande rouge comme probablement cancérigène (Groupe 2A) par le Centre International de Recherche sur le Cancer en 2015 (18). Désormais, avoir un régime alimentaire de mauvaise qualité, c'est-à-dire ni sûr, ni nutritif, représente un risque plus élevé de morbi-mortalité que la somme des rapports sexuels non protégés, de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac (16).

5. L'alimentation durable comme co-bénéfice pour la santé humaine et les changements environnementaux globaux

L'alimentation pose donc une double problématique en ayant un impact à la fois sur la santé humaine et sur les changements environnementaux globaux. Pour autant, les comportements alimentaires sont soulignés comme étant sources de solutions. La commission EAT-Lancet, organisation scientifique à but non lucratif dédiée à la transformation de notre système alimentaire mondial, plaide dans son dernier rapport en faveur d'une combinaison de 3

changements, à savoir : une modification des choix alimentaires vers une alimentation dite durable, une réduction radicale des pertes et gaspillages et une amélioration des pratiques de production alimentaire (16). Elle estime que si ces changements sont immédiats, il sera encore possible de nourrir les 10 milliards d'êtres humains attendus en 2050 avec un régime alimentaire sain, fondé sur des systèmes de productions durables. Elle considère ainsi l'alimentation comme le plus puissant levier pour améliorer la santé humaine et la durabilité de l'environnement.

L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) propose de définir les régimes alimentaires durables comme « des régimes alimentaires qui ont un faible impact sur l'environnement et qui contribuent à la sécurité alimentaire et nutritionnelle ainsi qu'à une vie saine pour les générations présentes et futures ». Elle poursuit en précisant que « les régimes alimentaires durables contribuent à la protection et au respect de la biodiversité et des écosystèmes, sont culturellement acceptables, accessibles, économiquement équitables et financièrement abordables ; ils sont adéquats sur le plan nutritionnel, sans risque et sains ; et ils permettent d'optimiser les ressources naturelles et humaines. » (19).

La FAO et les différents scénarios de transition alimentaire comme Afterres2050, TYFA, ou EAT-Lancet, concordent sur le fait qu'une alimentation durable est une alimentation à dominance végétale, qui favorise les légumes, fruits, légumineuses, oléagineux, céréales complètes, et qui restreint la consommation de viande et de produit laitiers (16,20–22). Les régimes à dominance végétale ont en effet un plus faible impact environnemental et un potentiel de réduction de GES plus grand que les régimes carnés (Figure 2). La viande de ruminants (bœuf, agneau) étant identifiée comme l'aliment ayant le plus grand impact sur l'environnement en terme d'émission de GES, d'utilisation d'eau et de terres pour sa production (10). En adoptant une alimentation réduisant de moitié la consommation de viande et de produits laitiers

au profit d'une augmentation d'aliment végétaux, et en intégrant une évolution des pratiques agricoles, l'empreinte carbone au stade agricole pourrait être divisée par 2 en France (14).

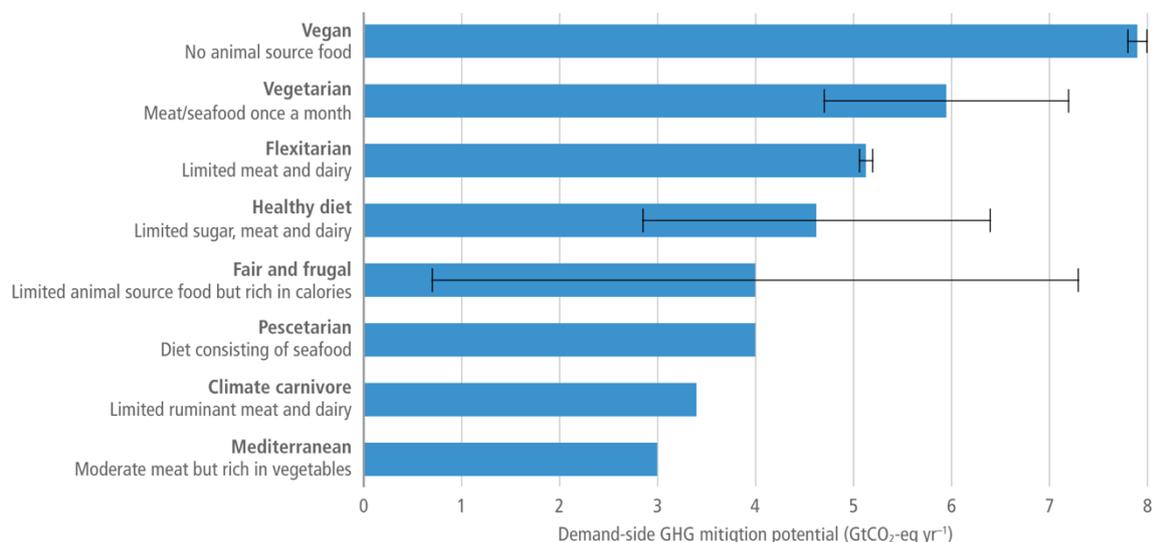


Figure 2 : Potentiel d'atténuation d'un changement de régimes alimentaires d'ici 2050, en GtCO₂éq/an, selon une série de scénarios examinés dans la littérature (10)

Cette baisse de consommation de viande et plus globalement la réduction de la surconsommation pourrait par ailleurs permettre de contenir la nécessité d'accroître la production agricole causée par la croissance démographique et l'augmentation de la consommation d'aliment d'origine animale des pays émergents (10).

De plus, les régimes plus riches en aliments d'origine végétale sont en général plus sains. Une consommation élevée de fruits et légumes est associée à un risque plus faible notamment de maladies cardio-vasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux, et de cancers (23,24). Dans une étude de 2021, Fadnes et al. estime par exemple qu'un changement d'un régime alimentaire

occidental typique¹ vers un régime alimentaire optimal² à partir de 20 ans, augmenterait l'espérance de vie jusqu'à 13 ans pour un homme européen, et 10 ans pour une femme européenne (25). Les gains les plus importants seraient réalisés en mangeant plus de légumineuses, céréales complètes, oléagineux et moins de viandes rouges ou transformées.

Le terme de « co-bénéfice » illustre le lien qui existe entre la santé, l'environnement et la pertinence d'une mesure d'atténuation commune à savoir le changement des comportements alimentaires. Les objectifs en matière d'alimentation saine étant alignés avec les objectifs environnementaux, une modification des comportements alimentaires vers une alimentation durable est bénéfique aussi bien pour optimiser la santé humaine que pour prévenir et atténuer les changements environnementaux globaux (26,27).

6. Le rôle du médecin généraliste

Selon la WONCA, les choix alimentaires font partie des 7 thèmes qui peuvent être abordés en consultation de médecine générale dans une perspective de co-bénéfice (7). D'une part, les médecins généralistes sont des témoins privilégiés des impacts sur la santé du changement climatique. D'autre part, ils occupent une place particulière auprès des patients et dans la société, leur permettant d'être des interlocuteurs de confiance et des experts écoutés. De ce fait, ils peuvent devenir des leviers d'actions pour changer les mentalités et les comportements, en accompagnant les patients et en diffusant de l'information objective et personnalisée en matière d'alimentation (28).

¹ Le régime occidental était basé sur les données de consommation provenant des Etats-Unis et d'Europe.

² Les valeurs du régime optimisé ont été définies là où les données dose-réponse sur la consommation n'indiquaient aucun grain de mortalité supplémentaire en cas d'augmentation ou de diminution de l'apport.

En France, la communauté médicale s'intéresse de plus en plus aux problématiques environnementales. La place et les rôles envisageables du médecin généraliste commencent à se préciser (29–32). Dans sa thèse de médecine générale soutenue en 2019, le Dr Flavia Nunes rapporte que 75% des 728 médecins généralistes interrogés pensent avoir un rôle à jouer dans cette problématique (30). Elle rapporte également qu'aborder en consultation des changements de comportement favorables à la santé et ayant des co-bénéfices sur le climat est « tout à fait envisageable » pour 57,5% des participants et « envisageable » pour 37,5% des participants.

7. Objectif de recherche

Au vu du rôle que peuvent avoir les médecins généralistes dans l'accompagnement de la transition des patients vers une alimentation durable, il nous est paru essentiel de nous focaliser sur ce sujet. En France, nous n'avons pas retrouvé d'étude s'intéressant au sujet de l'alimentation durable en médecine générale. Nous nous sommes alors demandé comment les médecins généralistes concevaient ce sujet dans leur pratique.

L'objectif de cette étude était donc de réaliser un état des lieux des représentations et des pratiques des médecins généralistes concernant l'alimentation durable.

MÉTHODOLOGIE

1. Type d'étude

Une méthodologie de recherche qualitative a été choisie pour mener à bien ce travail. Cette méthode permet en effet d'explorer des phénomènes, de comprendre des personnes, et de trouver un sens à leurs actions dans l'objectif de faire émerger un modèle explicatif (33). L'étude s'est déroulée de juin 2023 à juin 2024, auprès de 11 médecins généralistes, et a été conduite par l'auteur, médecin généraliste remplaçant. Un journal de bord a été tenu pour consigner les observations, réflexions, et expériences tout au long du processus de recherche. Les critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) ont été suivis pour la réalisation de ce travail (annexe 1) (34).

2. Population

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste
- Avoir terminé le troisième cycle des études médicales
- Exercer en libéral dans la région Grand-Est

Le seul critère d'exclusion était d'être docteur en médecine générale retraité.

Le recrutement des participants s'est effectué soit par « effet de chaîne », soit en contactant directement les cabinets des médecins généralistes. Les participants ont été contactés par téléphone ou par mail. L'échantillonnage a été réalisé jusqu'à saturation des données. Nous avons estimé que la saturation était atteinte après deux entretiens sans apparition de nouvelle propriété.

3. Recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi dirigés à l'aide d'un guide d'entretien. L'entretien individuel a été choisi pour favoriser l'expression du participant sur des sujets qui peuvent être personnels, en laissant le temps au participant de s'exprimer et en s'affranchissant du jugement d'autrui. En amont de l'entretien, les participants avaient uniquement connaissance du thème abordé, à savoir l'alimentation durable. Le guide a évolué au fur et à mesure des entretiens en fonction des nouveaux éléments émergents (annexe 2). Les entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin interrogé, par visioconférence, ou au domicile de l'investigateur, selon la préférence du participant. Seul le participant et l'investigateur étaient présents lors de l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits en verbatims sur Word®. Les données recueillies (entretiens audios et verbatims) ont été anonymisées et conservées sur le serveur sécurisé Seafire®.

4. Analyse des données

Pour explorer les représentations et pratiques des médecins généralistes concernant l'alimentation durable, nous avons utilisé une approche inspirée de la méthode par théorisation ancrée, ce qui nous a permis de construire un modèle explicatif. Comme décrit dans *Initiation à la recherche qualitative en santé*, la théorisation ancrée est caractérisée par trois spécificités (33):

- Un échantillonnage théorique qui consiste à sélectionner les participants au fur et à mesure de l'analyse des données en fonction des concepts émergents.
- L'itération, qui décrit les cycles répétés de recueil et d'analyse de données.
- L'analyse par comparaison constante, qui consiste à analyser le nouvel entretien à la lumière du précédent, en comparant les propriétés et les catégories conceptuelles entre elles.

L'analyse des données s'est ensuite déroulée en trois étapes : la première étape est l'analyse ouverte qui permet, après le codage du verbatim, l'émergence de catégories caractérisées par leurs propriétés ; puis une analyse axiale qui consiste à articuler les propriétés et catégories issues des différents entretiens ; enfin l'analyse intégrative qui fait émerger un modèle explicatif intégrant les différents axes. Le logiciel Nvivo® a été utilisé pour le codage des verbatims. Une triangulation des données a été réalisée sur deux entretiens par Madame Gigout, médecin généraliste, afin de renforcer la fiabilité du codage.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement de chaque participant a été recueilli avant chaque entretien. Les participants étaient informés de leur droit de correction et de rétractation (annexe 3). Pour garantir à chaque participant l'anonymat, tous les noms propres ont été supprimés. Par ailleurs, le nom de chaque médecin a été remplacé par la lettre P suivi d'un numéro. Les données comprenant les fichiers audios et les verbatims ont été supprimées à la fin de l'étude.

Concernant les liens intérêts, le Docteur Prévot, directeur du projet, est engagé dans une organisation scientifique dont la thématique est la santé planétaire : Alliance Santé Planétaire. L'auteur de ce travail ne déclare pas de lien d'intérêt. Le projet a fait l'objet d'une évaluation positive par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg, numéro d'accréditation : Unistra/CER/2023-20.

RÉSULTATS

1. Description des participants

	Genre	Age (années)	Profil	Milieu d'activité	Type d'entretien	Durée (minutes)
P1	Masculin	28	Remplaçant	/	Entretien physique	43
P2	Masculin	27	Remplaçant	/	Visioconférence	50
P3	Masculin	43	Installé	Semi-rural	Entretien physique	43
P4	Masculin	54	Installé	Rural	Entretien physique	49
P5	Féminin	56	Installée	Semi-rural	Entretien physique	41
P6	Féminin	42	Installée	Urbain	Visioconférence	33
P7	Masculin	34	Installé	Urbain	Visioconférence	60
P8	Féminin	49	Installée	Urbain	Visioconférence	32
P9	Féminin	31	Remplaçante	/	Entretien physique	35
P10	Masculin	36	Installé	Urbain	Entretien physique	60
P11	Masculin	56	Installé	Rural	Entretien physique	40

Tableau 1: Caractéristiques des médecins participants à l'étude

Les entretiens ont duré en moyenne 44 minutes. Trois des participants interrogés étaient des connaissances rencontrées lors du cursus de l'auteur. Deux des médecins généralistes interrogés avaient un engagement associatif ou politique concernant la santé environnementale, et deux médecins rapportaient avoir une alimentation végétarienne.

2. Le changement climatique, une problématique récente en médecine

a. Le rôle émergent des médecins généralistes

Le changement climatique est une problématique de plus en plus actuelle et prégnante dans la société et les médias en France, pour la plupart des médecins généralistes également.

« Avant, on en parlait beaucoup moins. J'étais peut-être moi aussi moins influencée par ce sujet-là parce qu'il n'y avait peut-être pas encore trop de sujet. On ne se rendait pas trop compte en fait de l'impact, enfin moi personnellement il y a 5 - 10 ans. Là, depuis quelques années, on ne peut pas nier, c'est clair qu'il y a des choses qui se passent au niveau du climat et on voit bien l'impact et que les choses sont en train de s'emballer. » (P8)

La prise de conscience sur les rôles que les médecins peuvent exercer dans cette thématique est donc récente.

« Alors je pense que je suis tout débutant dans cette prise de conscience de mon rôle comme médecin dans le conseil alimentaire par rapport aux problématiques de santé planétaire [...]. Jusqu'ici, j'avais l'impression que je dépassais mon rôle. » (P3)

Pour certains médecins, le changement climatique et ses impacts sur la santé n'a pas encore totalement sa place en consultation de médecine générale.

« Est-ce que le médecin doit corriger tous les comportements qui sont non écologiques ? ce n'est pas notre boulot. Notre boulot c'est d'optimiser pour le patient, l'aspect d'impact sur l'environnement, il arrive dans un second temps. » (P2)

b. La dimension personnelle du changement climatique

Ce sujet était en effet réservé jusque-là à une sphère plus personnelle, idéologique ou politique.

« Les modifications que j'ai prises moi, dans mon mode de vie par rapport à ça, n'étaient absolument pas des considérations médicales pour ma santé personnelle. C'est des connexions à la fois politique, idéologique, peut-être en partie spirituelle, et que voilà, ça pourrait peut-être expliquer que je n'avais pas fait le lien avec mon rôle. » (P3)

« Aujourd'hui, c'est plus facile d'en parler, d'aborder quand même ces questions-là dans une consultation qu'il y a encore 5 ans ou 10 ans en arrière, où tu avais l'impression qu'on te prenait pour un illuminé souvent, ou que t'avais un intérêt politique derrière, voilà. » (P4)

Les médecins abordent donc ce sujet, comme tout citoyen, avec leurs propres perceptions, leurs pratiques, et leurs contradictions.

« Alimentation écologique, bon bah en termes de prix je ne regarde pas toujours les origines géographiques des produits que je consomme. Si j'ai envie d'un avocat qui vient du Brésil, je vais prendre un avocat qui vient du Brésil. Ce n'est pas le plus génial pour la planète je le sais. Mais voilà, en termes de consommation alimentaire le principal effort que je vais faire ça va être d'acheter du bio quand les prix ne sont pas complètement exorbitants, et d'acheter de saison surtout. » (P2)

« Je suis un très mauvais exemple de cette alimentation, où étudiant et jeune adulte, clairement, les aliments transformés c'était 80% de mon alimentation. » (P7)

c. Manque de formation et de connaissance

La nouveauté de cette problématique et de la connaissance de ses enjeux en médecine peut justifier, comme attendu, le manque de formation sur ce sujet.

« Dans ma formation, on m'a appris que le cancer du poumon c'est le tabac, le machin c'est le tabac. On ne m'a pas appris que je ne sais pas quoi est lié aux aliments transformés par exemple. Je le sais un peu par curiosité. Mais vu comment on est formaté pendant des années, tabac alcool égal cancer de la gorge, cancer du poumon, cancer de machin. C'est sous cortical. Donc pareil, sport, obésité, surpoids, diabète, tout ça c'est pour moi je ne réfléchis même pas, c'est automatique, ce n'est pas le cas avec l'alimentation et l'impact environnemental. » (P7)

Et donc inévitablement, en découle le manque de connaissance et de pratique.

*« - Est-ce que vous, ça vous est déjà arrivé d'utiliser des arguments, pour le rééquilibrage alimentaire, des arguments qui impliquaient le changement climatique ?
- Alors, j'avoue que non. J'avoue que non, parce que, en fait, je ne m'y connais pas très très bien là-dedans. » (P6)*

Les médecins interrogés comprennent cependant la thématique, mais manquent de certitude et de précision sur ce que pourrait être une alimentation durable.

« Alors, c'est peut-être un peu cliché, mais c'est à dire que l'adjectif durable, je pense forcément à impacte le moins nocif on va dire, pour notre environnement. La notion de, de... alors la notion de retour aux sources me paraît ridicule, mais la notion au contraire plutôt d'arrêter de marcher sur la tête et d'avoir une alimentation plus raisonnée, savoir un peu ce qu'on mange. Donc en gros une alimentation peut être un peu moins intense, locale, le moins transformée possible. Je la rêverais accessible financièrement et au plus grand nombre. »

(P7)

La réduction de la consommation de viande, pourtant l'un des aliments les plus émetteurs de GES, est rarement citée comme correspondant à une alimentation durable. Les circuits courts et les filières de qualité reviennent le plus souvent.

« Dans l'assiette comment ça se traduirait ? plutôt par des aliments plus bruts, plus locaux, moins d'étapes dans la distribution etc. Pour le consommateur quelle peut être la grosse différence à part au moment où il l'achète ? si vous voulez, par rapport au prix, en soi. Et que ce soient des produits un peu plus bruts, moins industrialisés, moins transformés quoi, donc moi je vois ça comme ça. » (P6)

D'autres médecins n'incluent pas l'aspect de santé dans leur conception d'une alimentation durable.

« Alimentation durable signifie en premier lieu pour moi une alimentation compatible avec un équilibre pour le climat, et ce n'est pas ou pas en premier lieu une alimentation qui est nécessairement bonne pour les gens qui mangent. » (P10)

d. Une incertitude sur le rôle à jouer

Le manque de connaissance et de formation vis-à-vis de l'alimentation durable entraîne des lacunes scientifiques pour les médecins, qui plus est pour cette thématique complexe du fait de la transversalité des domaines qu'elle implique. Cela entraîne un sentiment de manque de légitimité pour le médecin qui n'est pas en mesure de délivrer au patient des informations scientifiquement établies.

« Est ce que c'est notre rôle ? en fait je pense qu'on ne sait pas encore... je ne sais pas si on sait, je n'ai pas lu d'étude là-dessus, quel est l'impact sur notre santé de manger durable et proche et locale ? je ne sais pas si on a assez de recul, je ne sais pas s'il y a des études, pour inciter, pour appuyer nos arguments en soi. Je pense que je n'aurai pas assez d'argument

pour répondre déjà aux questions qu'à le patient là-dessus. Et en plus de ça pour axer mon discours. Je suis trop novice dans le domaine. » (P9)

Les médecins ont du mal à trouver leur place. Soit ils considèrent leurs patients comme déjà sensibilisés aux problématiques environnementales, ils n'auraient alors pas besoin de leur médecin.

« Je pense que les gens n'ont pas forcément besoin de moi, s'ils ont des convictions, ils les ont par eux-mêmes. Par les informations qui sont faites et par, voilà, la curiosité qu'ils ont, je pense qu'on n'a pas besoin de son médecin pour avoir ses convictions et ses idées. » (P8)

« Quand les patients arrivent, ceux qui sont déjà convaincus, j'ai pas besoin de les convaincre. Parce que souvent, ils savent mieux que moi d'ailleurs, ils produisent chez eux.

Enfin, voilà, ce sont des convaincus, même plus que moi. » (P6)

Soit à l'inverse, ils considèrent leurs patients comme non intéressés. Aborder ce sujet avec eux serait alors peine perdue, voire délétère.

« L'extrême inverse, la malbouffe, ils n'en ont rien à faire du bio, de la planète, ce sont des gros consommateurs de produits industrialisés, et en fait ils viennent me voir parce que juste leur santé en a pris un coup, ils n'ont pas le choix, et ce n'est pas du tout un choix consenti, c'est une obligation, c'est une punition pour eux [...]. Si vous voulez si j'amène en plus le sujet de l'alimentation durable, je les perds direct. » (P6)

Les médecins ont pour objectif principal l'amélioration de la santé du patient. Cette démarche, résolument centrée sur l'individu, s'inscrit dans une vision où les choix et les besoins spécifiques

du patient sont prioritaires. L'alimentation est donc abordée principalement pour ses bénéfices sur la santé individuelle.

« Mon objectif, ce n'est pas que ce soit parfait, c'est pas qu'ils commencent à se préoccuper de l'alimentation durable tout ça. Donc, mon objectif est personnel et individuel pour eux. Et du coup, c'est surtout déjà de leur faire lâcher leur burger en leur disant que on peut manger autre chose qu'un burger et être quand même heureux. Faut que ce soit quelque chose qui vienne de mon intérêt principal en tant de médecin, c'est d'améliorer leur santé, et ça passe d'abord par des trucs hyper cons, plutôt que de manger des pâtes et du riz, couper une pomme de terre ou manger des petits pois. » (P6)

« J'ai tendance moi dans mes consultations, à rappeler que les patients en (département) ils mangent de la viande midi et soir toute la semaine. Très clairement je commence par leur dire qu'il faudrait réduire leurs aliments carnés. Mais je ne le dis pas d'un point de vue environnemental, je leur dis plutôt d'un point de vue de la viande rouge et de l'augmentation des risques de cancer. » (P7)

3. La difficulté à faire de la prévention en médecine générale

a. Priorité à la santé individuelle

Les médecins interrogés évoquent des difficultés à promouvoir une alimentation durable lors de leur consultation, le patient prenant rarement rendez-vous pour une consultation de prévention.

« Ils ne viennent pas pour ça, clairement, je pense qu'on se prendrait un carton, clairement. Ils viennent pour la consultation rapide, ils viennent pour leur antihypertenseur et basta. Et même souvent ils disent le mot "juste", j'ai remarqué ça la semaine dernière. "Je viens juste pour mon ordonnance". » (P9)

Cela est accentué par l'individualisme des patients ressenti par certains médecins, reflétant notre société où les problématiques individuelles peuvent prendre le pas sur les considérations collectives. Surtout dans le domaine de la santé et surtout vis-à-vis du changement climatique.

« Mais les gens en consultation, et je peux les comprendre sur un certain point, sont avec des guillemets : égoïstes. C'est-à-dire qu'ils viennent pour leur problème. Donc, quand on leur parle dans leur temps de consultation, parfois trop court d'ailleurs, d'un problème plus global, la planète pour résumer, très clairement parfois je sens que je tape à côté parce que le gars en face de moi il est là pour son colon, pour ses trucs, pour son anémie, et son je sais pas quoi. Et de parler de quelqu'un d'autre, dans ces 15 minutes là, ça ne l'intéresse pas. »

(P7)

Être confronté à une patientèle précaire renforce cette difficulté à faire de la prévention. Cette patientèle aurait plus de mal à penser au-delà de soi-même.

« C'est une population qui a plus de mal à se saisir des questions de prévention de soins sur la durée. En gros bah quand ça fait pas mal tout va bien quoi et c'est des gens avec lesquels en discutant j'ai souvent l'impression qu'ils ont peu de préoccupations en dehors d'eux-mêmes et de leur quotidien. Que le quotidien est tellement compliqué que c'est difficile de regarder au-delà et donc j'ai l'impression de ne pas trouver tellement de de place dans les consultations pour évoquer, pour évoquer finalement l'influence de leur comportement à eux sur le changement climatique. » (P10)

b. Un système de santé peu favorable à la prévention

Globalement, le système de santé et la pratique actuelle de la médecine générale ne sont pas perçus comme favorables à la prévention. Les médecins évoquent une charge de travail trop importante pour le temps qui leur est imparti.

« Mais le temps fait que voilà, on fait souvent maintenant moins bien notre travail parce que voilà. C'est des consultations qui sont chronophages. Et quand vous avez 30 - 40 patients par demi-journée à voir, ce n'est plus possible. » (P8)

La démographie médicale actuelle pouvant participer à cet effet.

« On n'est pas assez nombreux, il y a trop de patients, pas assez de médecins. » (P8)

La pression permanente ressentie dans leur exercice empêche les médecins d'exercer leur métier comme ils le voudraient, engendrant de la frustration. La prévention étant le cœur du métier du médecin généraliste.

« Le problème c'est qu'on est tellement nul en prévention dans notre système de santé, je dis à mes patients de venir me voir sans être malade parler prévention. [...] On ne voit que des gens malades. Ils viennent nous voir, c'est trop tard. Et du coup on est nul en prévention. »

(P7)

Les médecins soulignent par ailleurs la dépendance du modèle médical aux médicaments. Plutôt que de s'attaquer aux causes profondes d'un problème de santé, la prise de médicament est privilégiée car perçue comme la solution la plus simple et la plus immédiate. Cependant, cela masque les véritables facteurs sous-jacents contribuant au problème et évite d'avoir à entreprendre de réels changements d'hygiène de vie.

« Chez le médecin, quand vous ne sortez pas avec une ordonnance, avec une liste de médicaments, vous n'avez pas été chez le médecin. En France, on a quand même envie d'avoir une prescription. » (P8)

Le rôle du médecin évolue pour certains, perdant petit à petit ce rapport privilégié avec les patients qui permettait d'être un véritable acteur de prévention auprès d'eux. Ils regrettent cet état de fait et évoquent de la déception par rapport à l'évolution de la pratique médicale.

« C'est un peu de l'abattage. Et maintenant, on est un petit peu à la chaîne et le lien avec le patient, il est en train de se rompre, hein. C'est quand même très, très dommage, ce que la médecine générale est en train de devenir, parce que c'est pas le rôle que je voyais de la médecine, du médecin de famille. Au contraire, qu'on arrive à discuter, échanger et peut-être aussi apprendre des patients. Mais actuellement, franchement, depuis le COVID hein, on est plus du tout dans ce type de consultation, hein. On est factuel, hein, on soigne. C'est bien triste. » (P8)

Mettre en place une consultation dédiée est vue comme une perspective d'amélioration.

« J'estime qu'on manque de consultation systématique de prévention uniquement pour discuter du mode de vie. Que ce soit tabac, alcool, alimentation, activité physique. Tous les trucs qui vont faire qu'on va participer au bon vieillissement. » (P2)

Une meilleure reconnaissance de l'activité de prévention passant par une valorisation financière est également perçue comme pouvant favoriser cette pratique.

« Une consultation de prévention dédiée à ça, qui soit mieux valorisée, je pense, au niveau des cotations. » (P8)

c. La prévention de l'alimentation durable au second plan

Devant prioriser les sujets abordés en consultation, faute de temps, promouvoir une alimentation durable est rarement privilégié. La priorité est donnée à des problématiques perçues comme plus délétères pour le patient.

« Parce que mon métier tu vois c'est la santé, donc l'impact individuel en premier ça va être les pires trucs tu vois ce que je veux dire. Le pire en termes de prévention primaire ça va être le manque d'activité sportive, le surpoids, l'obésité, le tabac, l'alcool. C'est les quatre trucs qui viennent en premiers. » (P2)

D'autres vont privilégier des problématiques ressenties comme plus urgentes.

« C'est que le temps qu'on a répartir à une consultation actuellement, on pare au plus pressant, au plus urgent, et c'est vrai que ce n'est pas forcément le sujet auquel on va accorder du temps, à tort. » (P8)

Les sujets de prévention moins tabous et plus convenus vont être favorisés. Comme le tabac, qui fait l'objet de campagnes de sensibilisation répétées auprès de la population générale.

« Le tabac c'est tellement facile en prévention. En général, je sais plus comment je dis ça, mais tout le monde sait aujourd'hui que le tabac c'est mauvais pour la santé. Alors que bouffer un plat transformé, il y a plein de gens qui ne sont pas au courant que manger un plat tout fait chez je sais pas qui là, c'est mauvais. C'est plus simple pour moi. C'est par facilité je pense en partie. [...] Dire à quelqu'un qu'il est gros et qu'il bouffe mal, c'est difficile. Dire à quelqu'un qu'il fume et que ce n'est pas bien, c'est facile. Il y a une part de tabou. » (P7)

4. Appréhension de la réaction des patients

a. La difficulté à faire face aux réactions du patient

Aborder spontanément l'alimentation par son aspect durable est difficile pour la plupart des médecins. Les médecins peuvent appréhender la réaction du patient à l'évocation de ce sujet, comme le mentionne P1.

« J'aurais du mal à le placer spontanément. C'est vrai que les gens vont se dire d'où ça sort ? » (P1)

P1 poursuit en évoquant les difficultés de perception que pourraient avoir les patients concernant les bénéfices d'une alimentation durable sur la santé, ainsi que son manque de compétence pour y faire face.

« Je vois pas comment conseiller les gens, peut-être qu'ils trouveraient que ce n'est pas en rapport avec leur santé. Je ne sais pas si tu vois ce que je veux dire. Certains n'entendraient pas que ça peut avoir un lien avec leur santé. Ils ne verraient pas le lien écologie et les conséquences ou bénéfices parallèles. » (P1)

Cela impose également pour les médecins de devoir se confronter à un large éventail de croyances et d'attitudes de la part des patients, dont des mécanismes de défense pour justifier leur inaction et réduire leur dissonance cognitive.

« Les gens vont se plaindre, la canicule, les températures tout ça, mais ouais, mais vous faites quoi ? qu'est-ce que vous faites en pratique ? "Ah bah oui, mais un tel, ah mon voisin, faut voir un petit peu ce qu'il met comme engrais, comme machin et tout, comme produit chimique dans son jardin." "Oui, on ne s'occupe pas de votre voisin là, je parle de vous, hein ? » (P4)

b. Vision controversée de l'écologie

Les médecins peuvent craindre les réactions négatives du patient à l'évocation de l'alimentation durable en consultation. Ils craignent le rejet et la stigmatisation.

« C'est perçu encore plus négativement si je commence par parler de la planète quoi. "Celle-là elle est perchée, elle va nous faire bouffer de la salade et des lentilles toute la journée, c'est genre la gourou." » (P6)

En effet, l'écologie est vue comme une conviction propre à chacun, qui ne fait pas l'unanimité et qui peut diviser.

« Je ne suis pas sûr en plus que la personne qui est face à moi soit vraiment convaincue que le changement climatique existe. Je n'en sais rien moi de sa conviction sur l'écologie et tout ça. » (P8)

Les médecins ont des retours de patients remettant en cause certaines pratiques de consommation durable. Cette remise en question peut refléter un scepticisme plus général à l'égard des affirmations écologiques.

« 'Tout ça, c'est pas vrai docteur, le bio c'est pas du bio.' C'est le négationnisme, c'est un problème quand même de société. » (P5)

c. Incompréhension entre le patient et le médecin

Par ailleurs, certains patients assimilent l'écologie à une forme d'idéologie politique, ce qui entraîne un clivage et les déconnecte des enjeux environnementaux. Ces derniers sont ainsi perçus comme des préoccupations éloignées de leur réalité et réservées à une classe privilégiée.

« - Vous avez eu d'autres retours négatifs par rapport à ça ?

- Oui, 'c'est pour les bobos, c'est pour les gauchistes'. » (P5)

Ces patients sont alors inaccessibles à cette thématique, et le médecin évite le sujet par peur du conflit. Le médecin considère l'aspect durable de l'alimentation comme un sujet sensible.

« Il y a peut-être une part aussi où je sais qu'en face le mec quand je lui parle de tabac, il ne va pas me répondre que je suis un bobo ou je sais pas quoi. Alors que si je commence à lui parler d'acheter local, à l'épicerie je ne sais pas quoi, il y a une chance sur deux que, enfin

une chance sur deux, j'exagère, mais des chances, qu'il va me prendre la tête, commencer à me parler de je ne sais pas quoi, donc j'évite un peu le conflit, ça ça peut arriver. » (P7)

Cette appréhension est renforcée par le statut social des médecins qui peuvent se percevoir comme privilégié par une part plus précaire de la population, créant un décalage et une incompréhension entre le médecin et son patient.

« J'ai peut-être dans la tête des gens le temps, ou quelqu'un qui fait pour moi, et financièrement voilà. C'est facile de se mettre un peu de haut, faut pas mal le prendre, mais se dire qu'on est un peu à les regarder de haut et leur donner un peu des discours de comment il faut faire, alors que pour eux on ne se rend pas compte de leur quotidien. Et, ce que nous on leur dit, ce n'est pas adaptable à leur quotidien. » (P8)

Ce décalage entraîne pour le médecin, la peur d'être considéré comme méprisant et moralisateur en promouvant une alimentation durable. En faire la promotion pourrait être déplacée, car ces régimes sont perçus comme inaccessibles pour ces patients.

« Moi, je peux me permettre d'avoir un discours moralisateur, entre guillemets, parce que je peux me le permettre. [...] Je ressens effectivement que, des fois, ce n'est pas du tout le sens de mon discours, mais un peu méprisant de ma part ou un peu les regarder de haut et de dire mais c'est plus simple de manger bien, c'est plus simple de manger une carotte que de manger une salade de carottes toute faite, ou un truc comme ça. C'est pas évident parce qu'il y a, je pense, un espèce de mur où on se dit "oui, mais c'est facile pour eux de nous dire comment bien manger." » (P8)

5. L'accessibilité à une alimentation durable

a. L'aspect financier de l'alimentation durable

Certains médecins considèrent qu'avoir une alimentation plus saine serait plus coûteux, donc inaccessible pour les patients les plus précaires.

« Il faut être conscient que tout le monde ne peut pas mettre un petit peu plus pour avoir des trucs de meilleure qualité non plus, tu vois ce que je veux dire. Nous on peut sans problème, mais les gens qui ont du mal à boucler les fins de mois je comprends qu'ils prennent le moins cher qui est à chaque fois le moins écolo. » (P1)

« Parce qu'au niveau économique c'est parfois un des soucis, c'est-à-dire que l'alimentation qui va être techniquement plus saine, parfois coûte plus cher. » (P2)

Le prix d'une alimentation durable est vu comme un frein à sa promotion.

« C'est vrai qu'en ce moment, on me renvoie un petit peu à la figure le problème du coût, de manière générale encore beaucoup plus qu'avant. [...] Moi je suis un peu bloqué en ce moment par, vraiment, par le frein financier. » (P4)

Ils estiment que ce sujet est éloigné de la préoccupation des plus défavorisés, leur intérêt serait déjà de s'alimenter avant de s'intéresser à la qualité de leur alimentation.

« Mais quand vous avez des patients qui sont quand même socio-économiquement très, très limités, voilà, c'est pas savoir si c'est bien manger ou pas bien manger, c'est déjà manger, et arriver à s'alimenter déjà tous les jours correctement. » (P8)

Faire la promotion d'une alimentation durable auprès de cette catégorie de patients ne serait donc pas pertinent pour certains médecins. Ce discours devrait se restreindre aux patients avec des moyens financiers plus importants.

« Il y avait ce côté un peu c'est pas accessible pour tout le monde. Et du coup je m'étais fait la réflexion parce que, demander à quelqu'un qui est au chômage de longue durée, qui galère toutes les fins de mois, bah il bouffe ce qu'il bouffe. C'est peut-être cliché de dire ça, mais c'est plus vers des retraités pleins de fric que je devrais accentuer mon discours. Il y a des gens sur qui on sait qu'on ne va pas taper, ce n'est même pas la peine. C'est malheureux mais c'est comme ça. » (P7)

D'autres, comme P6, dépassent le frein financier des patients les plus précaires en conseillant une alimentation moins carnée pour promouvoir des régimes plus durables.

« L'aspect financier de la viande aussi, c'est vrai que souvent, ça, ça peut être un frein dès le début, hein, à la consommation de viande rouge [...]. On vous dira 'ah mais ça coûte cher la viande rouge', ah bah attendez il n'y a pas que la viande rouge au contraire. » (P6)

Ou se concentrent sur le type d'aliment plutôt que sur les filières de qualité, qui peuvent être plus coûteuses.

« Le bio, ça peut être un frein, parce que c'est parfois plus cher, du coup, qu'ils me prennent des lentilles bio ou qu'ils me prennent des lentilles pas bio, je préfère qu'ils investissent dans des lentilles pas bio à vie, qu'ils se disent 'non, mais en fait, le bio, voilà, c'est bon', et puis qui lâche complètement ». (P6)

b. L'environnement alimentaire

Le manque de disponibilité des produits alimentaires perçus comme durables est souligné, rendant l'accès plus difficile.

« C'est vrai que dans les supermarchés, il y a souvent qu'un seul rayon. » (P6)

L'omniprésence dans les supermarchés de produits nutritivement limités est également observée, ce qui dessert en premier lieu les personnes les plus précaires.

« Quand vous faites vos courses vous devez le voir comme moi, les sodas, les trucs de couleur partout dans les cadis. C'est souvent quand même des gens qui n'ont pas forcément beaucoup les moyens, qui s'achètent beaucoup de choses qui ne sont pas forcément nutritivement ou qualitativement nécessaire. » (P8)

« Quand dans le supermarché en tête de gondole il y a que de la junk food en fait tout se ligue pour que ça descende tellement bas dans l'échelle des priorités. » (P10)

A l'inverse, les médecins exerçant en milieu rural rapportent avoir une patientèle proche de la nature et ayant une alimentation plus saine et moins transformée.

« J'ai une patientèle de bûcherons, proche de la nature, le bio ils l'ont dans leur jardin. Tous mes 50-80 ans ils sont tous dans le jardin. A (village), ils mangent bio depuis tout le temps. J'ai pas de pesticide, j'ai pas de truc j'ai pas de machin, j'ai rien. Tous mes petits vieux, alors là ils sont en train de mourir, mais des obèses j'en ai pas beaucoup. C'est des gens qui quand même font attention à leur santé, ou si ils le font pas sciemment, ils le font naturellement parce qu'on leur a appris. Si tu me parles alimentation durable, ils la font dans leur jardin. »

(P11)

c. Le manque d'information

Avoir une alimentation durable est également perçu par les médecins comme inaccessible pour certains patients, du fait de la méconnaissance par ces derniers des bonnes pratiques alimentaires.

« Il y en a plein en été pour eux le légume c'est la tomate, à part ça on a l'impression qu'il n'y a rien d'autres. Il y en a qui vont sortir les patates encore, donc en parlant de légumes pour une patate, voilà. Donc il y a quand même une certaine méconnaissance des possibilités, des possibilités de cuisson, des possibilités d'accompagnement aussi, de préparation. C'est une pauvreté quand même dans la façon de manger. » (P4)

Du fait également de leur méconnaissance des points de ventes.

« Les patients se sentent obligés quand je leur dis d'acheter tel truc, après ils me disent je suis allé au magasin bio, mais il n'y avait pas besoin d'aller au magasin bio en fait. Donc une mauvaise connaissance des lieux où se fournir. » (P6)

L'éducation nutritionnelle serait à développer avant de promouvoir une alimentation durable.

« Tant que pour eux la pomme de terre, c'est le légume de base si vous voulez, et que le repas de la semaine qui fait plaisir, c'est Macdo. Bah, on est très très loin de l'alimentation durable, hein. C'est d'abord toute l'éducation nutritionnelle qui est à refaire, un fruit, un légume, une viande, un poisson, machin, les oméga 3 et compagnie. » (P6)

Les patients les plus précaires socio-économiquement sont vus comme les moins informés et donc les moins intéressés.

« On s'adresse quand même aux gens, faut être honnête, hein, qui ont souvent un niveau éducationnel pas forcément hyper élevé. Et du coup, ça, c'est des trucs qui leur passe au-

dessus, hein, c'est la grosse partie de la société de consommation. Et je pense que c'est lié à ça, en fait, c'est le manque de connaissance, d'éducation, c'est la génération écran quoi, les malbouffes vraiment, du coup ça ne les intéresse pas. » (P6)

6. L'aspect psychologique de l'alimentation

a. Le manque d'attractivité de l'alimentation durable

L'aspect psychologique de l'alimentation est également mis en avant pour expliquer les difficultés à promouvoir une alimentation durable.

« Ce que je vous disais que l'alimentation pour eux, c'est vraiment lié à leurs... alala ça, c'est un peu compliqué là, on est vraiment dans le neurocognitif. Les liens qu'il va y avoir dans la gestion du stress et des émotions des patients, il y a énormément d'alimentation émotionnelle en fait. On ne fait pas une crise de boulimie sur des haricots rouges par exemple, ça n'arrive pas. On fait une crise de boulimie sur des glaces Magnum ou des M&M's vous voyez. Parce que l'alimentation c'est très lié au psychique. » (P6)

L'alimentation durable est perçue comme non attractive contrairement aux produits transformés ou à la junk food³.

« Il y a une espèce de vouloir faire plaisir aux enfants, de vouloir se faire plaisir en achetant des produits transformés, très sucrés, parce que ça fait plaisir, ça donne un plaisir immédiat qu'on n'a peut-être pas avec l'alimentation peut être un peu plus raisonnée qui est moins, qui fait moins plaisir, qui est moins attractive. » (P8)

³ (Anglicisme) Nourriture de faible valeur nutritive et de forte teneur en graisses ou en sucres.

« Pour faire plaisir à leurs gamins ils les emmènent au McDo, ils les emmènent manger des frites des burgers avec du poulet du bœuf et cetera, ils ne les emmènent pas manger un poke-bowl ou un dahl de lentille. » (P10)

Du fait de ce manque d'attractivité et de plaisir à sa consommation, les médecins rencontrent des difficultés à en faire la promotion.

« Alors je le vois à leur tête. Quand je commence déjà ne serait-ce, je vous dis une connerie hein, voilà, je prends les lentilles parce que c'est un bon exemple, quand je leur parle de lentilles, de petits pois, de maïs, déjà là, je vois que je les perds, vous voyez. Parce que pour eux c'est lié, cette alimentation saine, et durable parfois, bah pour eux c'est pas plaisir en fait, c'est régime, c'est pas plaisir. » (P6)

b. La difficulté à modifier les habitudes alimentaires

Les habitudes alimentaires, notamment la consommation de viande, apparaissent comme profondément enracinée culturellement.

« C'est quand même ancré, surtout chez les générations de au-dessus. 'Ah t'es pas bien ? fait toi un steak !' » (P7)

Les habitudes alimentaires sont vues comme difficilement modifiables, surtout chez les patients plus âgés.

« Les plus de 60 ans, changer leur conception de l'assiette je ne suis pas sûr que ce soit possible, même si le prix augmente ou autre, parce que trop dans les habitudes, trop ancrées, trop principe. »

Essayer de modifier les comportements alimentaires des personnes âgées n'aurait alors pas d'intérêt.

« Oui je pense, clairement, le papi de 80 ou 70 ans, il a toujours manger son lard tous les jours, matin, midi, soir, et le week-end il prend à la pâtisserie. Je ne suis pas sûr que j'y verrai un intérêt de changer ses habitudes, là à 80 ans. » (P9)

Les influences sociales et culturelles façonnent la manière dont les individus perçoivent et consomment la nourriture, et constituent un obstacle lorsqu'il s'agit de modifier les régimes alimentaires.

« Il y a la question de culture, c'est que c'est plus facile, c'est plus facile immédiatement de faire plaisir à un enfant quand vous lui donnez un truc tout fait, un gâteau transformé supermarché que l'avoir fait. Il y a un problème culturel aussi, hein. » (P8)

« Typiquement, mon père 63 ans, s'il n'a pas son morceau de viande ou sa protéine dans son assiette, ça ne va pas ce n'est pas un vrai repas. Ce n'est typiquement pas un vrai repas, il prendra forcément un morceau de viande. Pour lui changer ça serait inconcevable, c'est pas possible. » (P9)

Plus qu'un simple changement de comportement, faire la promotion d'une alimentation durable c'est donc aussi participer à changer les imaginaires collectifs.

« Quelqu'un qui s'est construit son mode de vie sur un modèle de réussite sociale qui passe par une consommation, enfin l'accès à des biens de consommation, dans lequel une alimentation riche carnée, etc., est un symbole de réussite, bah ça va demander du temps. »

(P3)

7. Prise de conscience et place du médecin généraliste

a. Prise de conscience personnelle du médecin

Une prise de conscience et une transition d'abord personnelle vis-à-vis du changement climatique paraissent nécessaires pour que ce sujet se retranscrive dans la pratique des médecins.

« Parfois ça remet aussi difficilement en question, hein, des modes de vie ou autres, c'est pour ça que je pense que la transformation est d'abord individuelle, et puis ensuite, on peut se permettre de prendre son bâton de pèlerin et d'aller convaincre les autres. » (P3)

Cette perspective met en lumière l'importance de l'authenticité du médecin dans sa pratique, de l'intégration de sa personnalité, de ses valeurs, et de ses expériences, pour préserver son bien-être et offrir des soins bénéfiques et justes pour ses patients.

« Tu apportes quand même un peu de toi dans ta consultation, ça me paraît une évidence, si c'est important pour moi, c'est pas juste parce qu'il faut, c'est juste parce que je veux vivre en cohérence avec moi-même, donc j'ai envie que ça passe quand même un petit peu dans ma pratique. Quand tu discutes avec tes patients, si tu penses que c'est bien pour eux, tu ne peux pas faire autrement, si ? » (P5)

b. Facteurs favorisant la prise de conscience

Tous les médecins généralistes interrogés rapportent un intérêt et une sensibilité à différents degrés concernant les enjeux environnementaux. L'actualité croissante sur ce sujet participe à cette sensibilisation.

« Clairement, je ne vois pas comment on peut ne pas l'être, quand on voit, voilà, dès qu'on allume la télé toutes les catastrophes qui se passent, les étés qu'on commence à passer en (région), on ne peut pas ne pas être sensible. » (P8)

Le lieu d'exercice, notamment le milieu rural, peut également contribuer à l'intérêt porté à cette thématique.

« On est dans un secteur un peu particulier parce qu'on est en milieu rural, montagnard, avec une population qui, dans une proportion non négligeable, est assez sensible à ces thématiques-là, et donc les gens ont souvent déjà une consommation de produits bio, un souci par rapport aux filières courtes etc. » (P3)

Le milieu rural étant une zone particulièrement impactée par les effets du changement climatique.

« Nous on y est assez sensible ici en petite montagne, ça devient problématique. On a de plus en plus de vieilles fermes ou autres qui étaient dépendantes de leur accès à l'eau, et qui aujourd'hui ont des sources qui se tarissent l'été. » (P3)

Plusieurs médecins évoquent le fait d'avoir des enfants comme rupture biographique à l'origine de cette sensibilisation.

« Alors, en toute honnêteté, il y a quelques années, je vous aurais dit non, pas du tout. Je ne me sentais pas concernée. En vieillissant, allez savoir pourquoi, peut-être parce que j'ai eu des enfants ou que je vois les dégâts au cabinet. Ouais, ça me préoccupe plus. Même moi, je fais beaucoup plus attention. » (P6)

« J'ai des enfants, ce que je laisse plus tard à mes enfants et petits-enfants, oui, c'est important. » (P8)

L'entourage peut, de la même manière, confronter le médecin à une remise en question de ce qui, auparavant, faisait sens pour lui.

« Après j'ai rencontré ma femme, qui était largement en avance sur moi sur cette partie, qui m'a largement ouvert les yeux en me disant que ce n'est peut-être pas très bon de manger toutes ces choses transformées. » (P7)

D'autres déterminants sociaux comme l'éducation sont également rapportés.

« Je pense que j'ai été élevé un peu comme ça, déjà quand j'étais jeune dans les années 70 c'était un peu la période aussi, j'étais jeune dans ces années-là, je suis vieille hein [...]. Mais je le savais déjà il y a 30 – 40 ans. Je l'ai appris si jeune je pense. Mes parents, on avait des excursions dans la nature, oui on faisait déjà attention à ça. » (P5)

c. De l'intérêt à la pratique

Certains médecins interrogés rapportent présenter un intérêt et une implication personnelle accru vis-à-vis de l'alimentation durable, et plus largement vis-à-vis du changement climatique.

« Moi j'ai un mode de vie, enfin globalement, hein, j'ai une alimentation très pauvre en protéines animales, mon épouse est végétarienne, j'ai eu un engagement politique et écologique etc. il y a quelques années donc, enfin voilà, c'est quelque chose qui me touche. » (P3)

« Ça fait déjà un bout de temps que d'un point de vue personnel quand même, et au niveau de la famille, on réfléchit à ça, largement au-delà de l'alimentation, on a quand même un intérêt. » (P4)

L'intérêt personnel amène la conscience des enjeux sur la santé du changement climatique.

« Si on ne s'intéresse pas à l'impact environnemental sur la santé, donc là humaine, je pense que là, niveau médical, on est à côté de la plaque [...]. On a un peu le sentiment que oui, c'est

vrai, c'est important, mais à chaque fois, il y a un truc, au moins un truc, plus important que ça. Alors que moi je suis persuadé du contraire, je crois que vraiment ça devrait être le sujet qui écrase tous les autres, en tout cas, avant tous les autres. » (P4)

L'intérêt personnel amène également la connaissance nécessaire.

« C'est vrai qu'on a aujourd'hui des arguments pour dire aux gens que ça peut leur faire du bien, enfin, voilà, en termes de prévention des maladies, de préservation de leur environnement de vie. Il y a une forme de cohérence. » (P3)

Ce qui, in fine, permet de passer à l'action et permet de pouvoir prioriser la promotion d'une alimentation durable par rapport à d'autres sujets. Ceux qui sont le plus sensibilisés et impliqués personnellement en parlent le plus facilement.

« Voilà, pour moi c'est tellement primordial, tellement essentiel, que je vais préférer prendre un petit peu de temps pour instiller, même si c'est à chaque fois un petit quelque chose, mais donc faire passer un message quand même sur cette problématique-là. Pour moi de toute façon, ce n'est pas une perte de temps, déjà voilà. C'est un pari sur l'avenir. » (P4)

d. La légitimité du médecin

Promouvoir une alimentation durable fait partie du rôle du médecin généraliste, notamment pour les plus informés et initiés au sujet.

« Je pense que ça fait partie de notre mission. » (P4)

« En termes de durabilité, de pertinence, d'observance, je pense que j'ai mon rôle en tant que médecin de famille. » (P11)

D'autres médecins, moins informés, estiment que même sans la connaissance nécessaire, ils se sentent légitimes d'en discuter avec leurs patients.

« Je me sens légitime dans le sens où j'ai toujours dit à mes patients : je connais pas tout. Donc il y a des choses des informations que je peux leur apporter, parce qu'il y a des choses que je connais, certains aspects du coup de cette alimentation-là, et d'autres que je connais pas. » (P6)

e. Le médecin, un interlocuteur de choix

La place particulière qu'occupe le médecin dans la société est relevée. Le médecin est écouté et peut avoir un impact significatif sur l'opinion du patient.

« Je me considère médecin de famille, médecin de campagne, la vision que j'ai de moi-même à travers les yeux de mes patients... Ils m'écoutent encore pas mal, j'ai leur confiance. Si je dis quelque chose en termes d'alimentation, ils m'écoutent quand même un petit peu. Si c'est moi qui leur donne l'information, je pense que la pertinence et le coaching sera plus efficient à travers mon rôle de médecin qu'autrement. » (P11)

Le médecin généraliste est un interlocuteur respecté pour son savoir.

« Il y a des gens qui ne mangent pas de légumes tous les jours, alors je pense que là-dessus il le voit dans ma réaction, parce que je suis un peu expressif je pense. Ils voient que c'est vraiment hors de mon monde, et du coup que c'est, comme j'ai quand même la position de médecin, que ce n'est pas tout à fait comme il faut. » (P5)

Le médecin est une source d'information fiable et un interlocuteur de confiance pour le patient.

« Ils sont à la recherche quand même d'informations qui soient fiables, donc leur médecin, peut, je l'espère, leur apporter. » (P4)

Son activité lui confère une connaissance précise et personnelle de ses patients.

« Je vis, de par mon activité de médecin de campagne, je vis au fur et à mesure de leur jardin, c'est ça qui me permet grâce à mes visites d'avoir cette connaissance de leur alimentation [...]. Cette proximité tu vois, tu passes à côté du frigo, si tu fais tes visites à midi t'ouvres les couvercles, tu sais exactement ce qu'ils mangent, tu vois dans le jardin ce qui pousse, ce qui pousse plus. Tu peux vérifier tout de suite dans le frigo ce qu'il y a. » (P11)

8. L'alimentation durable en pratique

a. Accompagner et s'adapter au patient

Les médecins interrogés considèrent leur rôle plutôt comme un accompagnement des patients au changement de comportement alimentaire, sans l'imposer, et en s'adaptant à chaque patient.

« On n'est pas forcément aussi obligé d'être dans une orthodoxie, enfin le but c'est pas de culpabiliser non plus les personnes, c'est de les aider à prendre conscience et voir un peu ce que eux peuvent faire en fonction de leurs ressources et de leurs moyens. » (P3)

La lenteur de la prise de conscience du patient nécessite cet accompagnement.

« Je pense qu'il faut y aller quand même de manière progressive avec les patients, aussi, ne pas les heurter, laisser les portes ouvertes, pour ne pas qu'ils se referment parce qu'ils ne sont pas prêts à entendre certaines choses. » (P4)

Le changement de comportement viendrait d'abord de la personne elle-même. Le médecin n'aurait pas à initier ce changement.

« Le changement il vient de la personne, il vient jamais de l'extérieur [...]. Je peux éventuellement accompagner les choses quand je vois qu'il y a des réflexions, des questions,

quand il y a des projets, mais il me semble que c'est pas ma place non plus de leur dicter leur comportement. » (P10)

L'entretien motivationnel est utilisé dans le but que le changement émerge de la propre motivation et volonté de l'individu.

« J'essaie d'utiliser leur vécu, leur vie, leurs arguments à eux, pour qu'ils se rendent compte que, pour les accoucher du changement. Il faut, il faut, il faut, ça c'est tout ce qu'il faut pour que ça ne fonctionne de toute façon pas ». (P5)

S'adapter à chaque patient permet d'inscrire le changement dans la durée.

« En fait ce qu'il y a, c'est qu'une solution qui n'est pas acceptable du point de vue personnel pour le patient est, à mes yeux, un truc qui ne marchera pas au long-court. » (P2)

Accompagner le patient dans ce rééquilibrage alimentaire permettrait également de prévenir les dérives. P7 évoque l'importance du suivi pour prévenir les pratiques sans fondements scientifiques solides.

« Cette défiance envers une médecine qui a des dérives, d'accord, mais qui a quand même pour certains points fait largement ses preuves. Et le fait que les gens parfois se détournent un peu de ça et vont rechercher des solutions un peu plus naturelles [...]. C'est très bien quand ça les motive à avoir une alimentation durable. Ça peut être un peu dangereux quand, l'exemple le plus fou que j'ai eu c'est des méta pancréatiques qui sont censées être soignées par de la poudre de cannelle. Déjà c'est pas très local, j'aurais dû lui dire [...]. Donc voilà, oui ils sont sensibilisés et on en parle. Avec une certaine frange de la patientèle : à surveiller un peu plus. » (P7)

b. Utiliser le co-bénéfice de l'alimentation durable

S'adapter aux patients nécessite de bien les connaître. Ce qui est un atout du médecin généraliste installé.

« On doit s'adapter en fonction, effectivement, de là où on consulte. Je pense qu'on a des patients qui sont plus ou moins réceptifs à ce genre de discours clairement. » (P8)

Être remplaçant peut donc, inévitablement, rendre plus difficile le fait de s'adapter à chaque patient pour prodiguer les conseils les plus appropriés.

« Peut-être déjà en étant installé tu dois pouvoir gérer différemment que en étant remplaçant à plusieurs endroits différents. Tu n'as pas le même raisonnement à (ville), ou à (ville) où c'est un peu plus précaire. » (P1)

C'est dans ce contexte que le co-bénéfice que peut apporter l'alimentation durable prend tout son sens. Connaître et s'adapter à chaque patient permet de les toucher de la manière la plus efficace possible, pour un même résultat.

« Il y a des gens chez qui l'argument environnemental va primer sur leur propre santé, chez moi. Mais il y a des gens, c'est leur pomme d'abord, et donc ceux-là il faut leur parler pour leur compte d'abord, et ils vont plus changer, et puis ça aura un effet sur la planète quand même. » (P5)

« On adapte un discours à des habitudes que l'on connaît. Mes premiers patients je commence à les connaître, certains je sais que c'est pas cet argument-là qui va faire mouche, d'autres oui. » (P7)

Par son expertise, le médecin est le plus à même d'apporter des solutions aux différents obstacles au changement de comportement alimentaire que peuvent rencontrer les patients.

« Alors il y a une discussion, 'oui mais c'est difficile', et là-dessus on peut essayer de commencer à réfléchir sur comment faire. Les boîtes c'est mieux que rien du tout, ou des choses comme ça. Avoir un panier de légumes qui va porter la variété de saisons et que du coup c'est moins cher, voilà. » (P5)

c. Quand évoquer l'alimentation durable ?

De manière globale, l'alimentation est principalement abordée en consultation en réaction à une problématique médicale.

« En gros je vais l'aborder plus facilement avec des gens qui ont un problème de surpoids, que des gens qui sont dans un IMC dans les normes où je ne vais pas me poser les mêmes questions, je vais plutôt me poser la question de l'activité physique chez ces patients-là, et du tabac et de l'alcool. » (P2)

L'intervention brève à chaque consultation peut également être utilisée.

« C'est presque à chaque consultation que c'est un peu abordé, après les gens sont ouverts ou pas ouverts, c'est l'intervention brève, vous voulez qu'on en parle, oui, non. Si c'est non ce sera la prochaine fois. » (P5)

D'autres médecins abordent le sujet surtout quand le patient l'évoque.

« Si le patient veut orienter la consultation sur ce genre de discussion, très bien, avec grand plaisir. » (P8)

Les conseils avisés des médecins généralistes sont surtout utiles dans les moments charnières où le patient pourrait avoir une demande. L'exemple des jeunes parents est revenu à plusieurs reprises.

« Je pense à la diversification des enfants, où à chaque fois je leur propose des légumes de saison pour commencer, c'est surtout ces consultations là où j'essaie d'axer sur les légumes de saison. » (P9)

Axer la promotion de l'alimentation durable dès l'enfance apparaît d'ailleurs essentiel pour certains.

« Je suis assez convaincu du fait que si ce n'est pas acquis avant l'âge de 10 ans, c'est compliqué. » (P7)

« On n'arrivera pas à faire les choses si on prend pas en considération qu'il faut toucher les plus jeunes, dès la maternelle. » (P11)

La grossesse est également vue comme une période propice à aborder l'alimentation durable.

« Ce temps particulier de la grossesse où la femme ne s'occupe plus seulement d'elle-même mais éventuellement de l'enfant à venir, ça ça fait une respiration durant laquelle elle peut éventuellement s'intéresser un peu plus à ce genre de choses. » (P10)

d. Les manières d'évoquer l'alimentation durable en consultation

Les conseils courts et simples avec une approche progressive sont privilégiés pour faciliter l'adoption des changements de comportement alimentaire.

« Après, le plus simple à mettre en place est souvent le plus efficace. Parce que c'est un truc qui va rester longtemps. » (P2)

« On ne peut pas tout faire en une fois, donc je pense que les graines c'est déjà pas mal. »

(P5)

Plusieurs outils peuvent aider à aborder ce sujet en consultation. Les affiches ou les écrans en salle d'attente sont vus comme un bon support pour sensibiliser les patients et initier la discussion lors de la consultation.

« Il y a l'écran, hein, donc qui passent des messages en boucle.

C'est de plus en plus fréquent que les gens avant de partir 'ah j'ai vu que... '. C'est bien ça c'est super, tu démarres après là-dessus. Tu as de quoi balayer pas mal de choses. » (P4)

Les médecins se servent également d'autres supports écrits tels que des recettes ou des livrets.

« Mais ça m'arrivait de leur proposer des petites recettes, voilà, que je leur distribuais, en particulier pour utiliser des légumes auxquels ils ne vont pas forcément penser, hein. » (P4)

« Il y a un tableau de diversification manger-bouger avec les légumes de saison que je leur imprime comme ça en sous-sous dans le carnet de santé. Et comme ça je trouve que c'est plus fort, ils retiennent mieux. » (P9)

L'actualité est aussi un moyen dont se servent les médecins pour rebondir sur cette problématique.

« Quand il fait chaud, quand il y a des feux et que les gens sont un peu choqués à cause de ça, quand la planète ne va pas bien, et que c'est très prégnant, j'aborde ça aussi. Je dis 'mais c'est notre faute, on mange n'importe comment, pas de saisons, tout est lié, one health, one world.' » (P5)

Par ailleurs, l'exemplarité revêt une importance particulière chez les médecins pour motiver les patients à adopter des comportements similaires. Ceci renforce leur crédibilité auprès des patients, consolidant ainsi la confiance et l'efficacité du conseil médical.

« Chez moi, je suis d'origine (pays), donc on dit que les mots réveillent et les exemples entraînent. C'est une alliteration, c'est plus joli en (langue). En tout cas c'est toujours ça, c'est que les exemples, ils donnent à voir, ils peuvent plus facilement entraîner que dire : "il faut".

"Faites docteur", bah je fais. » (P5)

« Quand ils font la remarque "ah super vous êtes venu à vélo etc.", OK, mais je ne le fais pas pour faire du sport, je le fais parce qu'il y a une préoccupation derrière par rapport à nos émissions, et vous ? sur quoi est-ce que vous pourriez jouer ? Alors voilà, sans être dans la culpabilisation. Pour dire qu'on peut parfois être source soi-même, d'exemple, de mimétisme ou autre, pour nos patients. » (P3)

9. Action collective et changement de paradigme

a. Sentiment d'impuissance individuel

Les médecins interrogés rapportent un sentiment d'impuissance devant la perception de l'insuffisance de leurs actions pour influencer de manière significative le cours global du changement des comportements alimentaires.

« Moi je veux bien faire des efforts mais d'un point de vue mondial, mon impact c'est une goutte d'eau dans la mer et on aura beau tous faire ça en France, ça ne va pas... Tu vois. »

(P1)

« S'imaginer que nous médecins sommes assez forts pour faire changer tout ça je pense que c'est un peu naïf. » (P10)

Ce sentiment d'impuissance entraîne du découragement.

« Même avec la meilleure volonté du monde, je ne sais pas comment y arriver. » (P8)

Ils relativisent leur place et leur rôle, certains se percevant insignifiant.

« A notre échelle, on n'est pas grand-chose. » (P1)

« Je pense qu'il est important de pas surestimer l'impact que j'ai dans la vie des gens. » (P10)

A cela, s'ajoute la frustration de ne pas pouvoir exercer leur métier correctement pour répondre au mieux à cette problématique.

« C'est frustrant de se dire qu'on pourrait faire mieux et de se rendre compte des problèmes.

Mais je me rends bien compte que, avec le temps passant, ça va aller de pire en pire. » (P8)

Même les médecins qui prennent une part plus active dans la promotion d'une alimentation durable ont le sentiment de ne pas en faire assez. Ils mentionnent l'impression de n'en discuter qu'avec des patients déjà sensibilisés au sujet.

« Mais je le fais pas non plus... (blanc) je pense que je parle de ça qu'avec des convaincus

déjà. Peut-être que c'est... je me rends compte en parlant là, que c'est peut être un genre

d'entrisme, et que j'en fais pas assez avec les gens qui pourraient... (blanc) » (P5)

L'implication des médecins dans la promotion d'une alimentation durable est nécessaire mais insuffisante.

« Je pense que nous médecins, on pourra faire une certaine part, mais on ne pourra pas faire

tout [...]. On aura beau faire dans nos cabinets, du conseil, apporter des conseils, on

touchera qu'une fraction infime de la population. » (P3)

Une réduction des inégalités sociales apparaît comme essentielle pour impliquer les personnes les plus précaires.

« Si on veut combler le fossé pour que les précaires et les plus pauvres aient une alimentation durable, bah je pense qu'il faut qu'ils aient des revenus stables, un logement décent, suffisamment grand pour leurs besoins familiaux, qu'ils aient une sécurité sociale et économique, et alors comme tout le monde ils ont un peu plus de temps à consacrer à ces choses-là. » (P10)

L'importance de s'inscrire dans un changement plus global est souligné.

« Tant que les gros pollueurs, la Chine, les États-Unis, ne baisseront pas, on aura beau arrêter de rouler en voiture et manger des plantes ça ne changera rien. Je ne sais pas si tu vois ce que je veux dire. C'est que nous on est 1% de la pollution mondiale quoi, donc effectivement, c'est bien si on ne pollue plus du tout je suis d'accord. Mais les États-Unis qui vont encore rouler à du 40L au 100 on aura beau être Crit'Air 1 ça ne va rien changer. Je ne sais pas si tu vois l'idée [...] Je pense que c'est surtout à l'échelle mondiale qu'il faut faire des efforts. » (P1)

A cet égard, collaborer et s'impliquer dans des actions collectives pour favoriser le changement à tous les niveaux de la société apparaît comme un moyen de dépasser cette impuissance.

b. Déléguer

Pour contourner la contrainte du temps, certains médecins collaborent avec des infirmières Asalée.

« C'est pour ça aussi, ça prend beaucoup de temps, qu'on a une infirmière Asalée qui est formée aussi en éducation thérapeutique, qui a plus de temps pour accompagner les gens parce qu'elle peut prendre une heure toutes les semaines si elle veut. » (P5)

D'autres adressent leurs patients à des spécialistes plus compétents se focalisant sur l'alimentation.

« J'envoie les patients à des consultations dédiées pour qu'ils aient le temps de voir une nutritionniste, de voir avec le diabéto qui aura plus le temps. » (P8)

L'importance de l'équipe soignante est mise en évidence.

« Après moi je peux rajouter une graine de temps en temps, je pense que l'équipe est importante là-dessus aussi. » (P5)

c. Action de groupe

Entreprendre des actions conjointes et synchronisées à l'échelle du cabinet et en maison de santé permet d'être plus pertinent et efficace.

« On est dans une équipe pluridisciplinaire, et donc on a envie, avant de se lancer individuellement, de créer un effet de groupe et que tout le monde parte ensemble et fasse des choses cohérentes. Voilà, cette inertie du groupe, mais ce n'est pas forcément un frein, ça permet parfois aussi de faire des choses plus pertinentes. » (P3)

A l'échelle de la profession, la nécessité de la prise de conscience et de formation de l'ensemble des médecins généralistes est soulignée.

« Si on veut avoir là aussi une transformation culturelle durable sur ces questions-là, il va falloir essayer de prendre ce temps aussi, pour revenir, pas en arrière, mais en tout cas emmener tous les collègues dans ce mouvement-là. » (P3)

S'impliquer auprès de ses pairs par la participation à des congrès ou des colloques peut participer à la prise de conscience et à modifier les pratiques.

« Dans mon rôle de médecin, c'est vrai que je pense que c'est la participation à ces ateliers lors du congrès qui m'a fait prendre conscience du rôle qu'un médecin de famille pouvait jouer par rapport à ça. » (P3)

d. Action communautaire

P5 souligne l'importance de dépasser la simple consultation médicale pour agir en faveur d'une alimentation durable.

« Dans ton cabinet ce que tu fais c'est très peu et c'est bloqué par des... (blanc) leviers qui ne dépendent ni du patient seulement, ni du médecin seulement, et donc on prêche la bonne parole, c'est pas ça, il faut aller ailleurs. » (P5)

S'impliquer sur son territoire est une des actions possibles du médecin généraliste pour avoir un impact significatif sur le changement des comportements alimentaires.

« L'idée que j'ai c'est d'aller vers une société plus communautaire. On a une ESP sur le territoire où je suis la présidente, et je me dis que travailler avec les acteurs locaux ce serait mieux, une CPTS où on aurait du personnel à payer. Travailler vraiment avec par exemple, la mairie pour la cantine, de faire des actions de cuisine locale avec de l'agriculture locale, des choses comme ça, et apporter notre présence médicale pour valider ça, ça me paraît bien. »

(P5)

Cela peut leur permettre de participer à réduire les inégalités sociales en favorisant les initiatives rendant l'alimentation durable accessible à une population plus précaire.

« On bénéficie d'un point de livraison de l'ordonnance verte à (ville), donc l'ordonnance verte à la fois des ateliers d'information sur les perturbateurs endocriniens et la livraison toutes les semaines de paniers de légumes bio aux femmes enceintes. Et à la maison de santé, on est un point de livraison sur la ville, un point de livraison du quartier, et donc j'ai pu proposer ce truc là à des femmes enceintes que je suivais ou que j'ai vue en consultation. » (P10)

e. Changer de paradigme

Un changement de paradigme en réorientant l'approche de la santé vers plus de prévention apparaît essentiel.

« Je pense, qu'il est vraiment temps de faire le virage environnemental et de s'en rendre compte, qu'il faut plus s'orienter sur la prévention [...]. Si on arrivait à interagir davantage là-dessus, je pense que ce serait bien mieux que de courir après les pathologies une fois quelles sont là. » (P4)

Mais les médecins généralistes, tout en jouant un rôle central, ne peuvent à eux seuls se charger de la transition vers une alimentation plus durable, ce choix étant profondément enraciné dans des facteurs sociaux et politiques.

« Je pense que nous médecins, on pourra faire une certaine part, mais on ne pourra pas faire tout, et derrière il y a une dimension sociale aussi, des choix politiques qu'on fait. Comment est-ce qu'on souhaite alimenter notre population ? et vers quoi on oriente notre politique ? »

(P3)

Une transformation culturelle de la société associée à des décisions politiques en faveur de cette transition sont nécessaires.

« On est à une heure où il faut un sursaut à plus grande échelle. Il faut qu'il y ait un impact au niveau des publicités, télé, pour toute cette malbouffe, mais aussi nos politiques agricoles, etc.

Enfin, il va falloir un changement culturel profond de la société si on veut atteindre nos objectifs [...]. Moi une des choses qui me paraissent comme ça fondamentales, c'est la réduction de la proportion d'abord de protéines animales versus protéines végétales. » (P3)

Les médecins pourraient agir en tant qu'experts auprès des pouvoirs publics pour soutenir cette transition.

« Je pense que typiquement les questions d'environnement durable impliquent les acteurs institutionnels, les pouvoirs publics au sens large, et que là on a certainement un poids à avoir. » (P10)

f. Espoir

L'espoir persiste devant l'intérêt grandissant de la population vis-à-vis des thématiques de santé environnementale.

« D'une manière générale, j'ai quand même le sentiment que le discours éco-responsable fait quand même son chemin et il y a de plus en plus de gens qui vont être sensibles à ça et qui vont être en demande. » (P4)

« Dans les médias tout ça aussi on en entend de plus en plus parler. Cet été j'ai eu un petit peu plus le temps de regarder les infos et j'ai été assez surpris que sur les grands médias télévisés avec les informations il y a quand même régulièrement des sujets qui concernent l'environnement et l'écologie. » (P4)

Certains médecins peuvent envisager de modifier leur pratique.

« Peut-être qu'il faut que j'évolue dans ma pratique, l'ambivalence peut être source après de modification de comportement. » (P10)

Informé et transformer les attitudes ou les comportements au sein d'une société est un processus lent et progressif. Les jeunes générations pourraient être plus réceptives et aptes à adopter ces changements.

« Il y a un travail d'information, de transformation lente etc., qui est nécessaire. Les jeunes générations peut-être y arriveront plus facilement. » (P3)

« Quand tu as 3 enfants, tu penses obligatoirement au durable. Cette nouvelle génération t'emmène vers le durable. C'est elle qui commence à manger végétarien, c'est elle qui commence à faire gaffe à leur alimentation. Votre génération, elle nous apprend, nous les vieux médecins, à faire attention à ce truc-là. » (P11)

DISCUSSION

1. Résultat principal

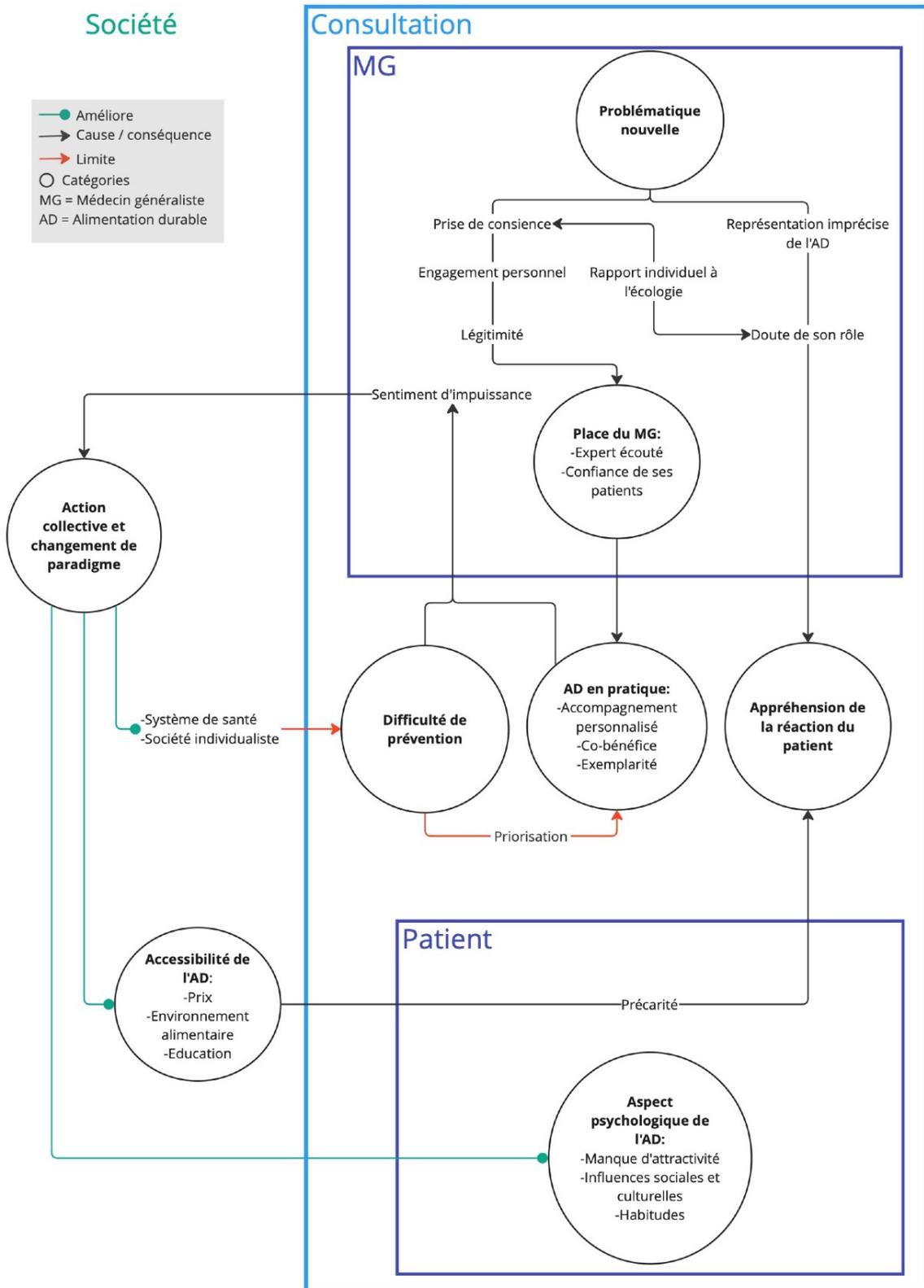


Figure 3 : La conception de l'alimentation durable par le médecin généraliste

L'alimentation durable est une problématique nouvelle en médecine générale et les médecins généralistes en ont souvent une représentation imprécise. Ceux qui ont un intérêt et un engagement personnel vis-à-vis des enjeux environnementaux possèdent les compétences et se sentent légitimes pour accompagner les patients vers une alimentation durable en leur délivrant une information personnalisée et pertinente. En revanche, les médecins manquant de connaissances doutent, eux, de leur rôle et de la pertinence d'aborder l'alimentation sous l'angle de la durabilité. Ce doute renforce leur appréhension à évoquer ce sujet auprès de leurs patients. En effet, la réalité du changement climatique est perçue comme une conviction personnelle qui peut diviser. Les médecins craignent également de ne pas être pertinents auprès de certains patients car l'alimentation durable est perçue comme inaccessible pour les plus modestes. Promouvoir une alimentation durable s'inscrit dans le cadre plus large de la prévention en médecine générale, laquelle souffre d'un système de santé et d'une société qui ne lui sont pas favorables, amenant le médecin généraliste à prioriser d'autres problématiques. Par ailleurs, le manque d'attractivité de ce type d'alimentation associé à la difficulté à modifier un comportement ancré dans des habitudes et des influences sociales et culturelles, est perçu comme un frein à sa promotion. Les médecins, confrontés à la frustration et à la déception de ne pouvoir exercer leur métier comme ils le souhaiteraient, expriment un sentiment d'impuissance face à l'insuffisance de leurs actions pour induire un changement significatif des comportements alimentaires. S'inscrire dans un changement plus global en s'impliquant dans leur communauté et intervenir en tant qu'experts auprès des pouvoirs publics peut leur permettre de dépasser ce sentiment d'impuissance.

2. Forces et limites

Nous avons utilisé une méthode de recherche qualitative qui s'est avérée adaptée puisqu'il s'agissait d'explorer les représentations et les pratiques des médecins généralistes concernant la promotion de l'alimentation durable. Cette méthode a permis une compréhension riche et complexe de ce phénomène. Cette étude a été réalisée en suivant les critères COREQ (annexe 1). Les retranscriptions d'entretiens n'ont pas été retournées aux participants pour commentaires ou corrections, et les participants n'ont pas effectué de retours sur les résultats. Les critères n°23 et n°28 n'ont donc pas été validés.

Nous avons utilisé une approche inspirée de la théorisation ancrée. Nous avons donc estimé que la saturation des données était atteinte après deux entretiens sans apparition de nouvelle propriété, soit au 11ème entretien. Nous n'avons cependant pas pu exclure la possibilité qu'une nouvelle propriété puissent apparaître lors d'entretiens supplémentaires.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative concernant l'alimentation durable réalisée auprès de médecins généralistes en France. À une époque où les enjeux de santé se croisent avec ceux de la préservation de l'environnement, aborder la promotion de l'alimentation durable en médecine générale nous est apparu essentiel et pertinent.

Les participants ayant répondu positivement aux demandes d'entretiens étaient des médecins généralistes potentiellement intéressés par le thème de ce travail. Ce biais de recrutement inhérent à la méthode choisie a pu affecter les résultats obtenus en ne reflétant qu'un versant du phénomène étudié.

La position du chercheur, novice en recherche qualitative, a également pu entraîner un biais d'investigation par une mauvaise formulation des questions, ce qui a pu orienter les réponses des participants. L'évolution du guide d'entretien et l'expérience acquise au fur et à mesure de chaque entretien ont permis d'atténuer cet effet.

De plus, les participants ont pu, lors des entretiens, modifier leurs réponses pour se montrer sous une facette positive par peur du jugement ou pour gagner l'approbation du chercheur, entraînant un biais de désirabilité sociale. Ce biais a été atténué en multipliant les entretiens avec des participants différents pour avoir des points de vue variés et en garantissant l'anonymat. Par ailleurs, les entretiens débutaient par une question ouverte sur le déroulement de la dernière consultation ayant trait à l'alimentation, afin d'ancrer le discours dans la réalité et non dans l'imaginaire.

Enfin, le chercheur s'est exposé à un biais de confirmation, tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue divergents. Une démarche réflexive en tenant un journal de bord et une triangulation des données lors du codage ont minimisé ce biais.

3. Comparaison avec la littérature

a. Le changement climatique, une problématique récente en médecine

La santé planétaire est une thématique qui a émergé récemment dans le domaine de la médecine générale, reflétant une prise de conscience croissante des liens entre la santé humaine et le changement climatique. Avant 2021, seulement 4 thèses de médecine générale en rapport avec les questions environnementales avaient été soutenues. Depuis 2021, ce sont plus d'une quarantaine de thèses qui ont été, ou vont, être soutenues.

Le manque de connaissance des médecins généralistes en santé planétaire est largement retrouvé dans les travaux interrogeant les médecins sur ce sujet, comme dans la thèse du Dr Retailleau en 2023, dans laquelle 62% des médecins interrogés évoquaient le manque de connaissance comme frein à l'intégration de la santé planétaire en consultation (35). De même, l'Association Santé Environnement France, dans une enquête de 2022, indiquait que 75 % des professionnels de santé interrogés estiment qu'ils ne sont pas bien formés et informés sur les enjeux de santé environnementale (36).

Ce manque de connaissance peut s'expliquer par le manque de formation évoqué lors des entretiens. Une étude menée en 2021 par le Dr Sarfati dans le cadre du rapport du think tank *The Shift Project* dédié à la décarbonation du système de santé, montre que seulement un tiers des 193 établissements de formation recensés proposent un cours sur les enjeux environnementaux, et ceux-ci représentent en moyenne en terme de volume horaire 0,4 % de la formation totale (37). Depuis, la conférence des doyens a mis en place un module pédagogique de médecine et santé environnementale obligatoire de 6 heures dans les 36 facultés de médecine. Concernant la formation continue, peu de modules ou de diplômes universitaires traitent des enjeux santé-environnement bien que la formation fasse partie du 4ème Plan National de Santé Environnement (PNSE4) (36–38).

Les recommandations du 4ème Plan National Nutrition Santé (PNNS4) en vigueur depuis 2019, ne prennent pas en compte les enjeux environnementaux, alors même que leur rôle est essentiel pour faire évoluer les pratiques de consommation alimentaire (39). Au niveau international, la plupart des directives alimentaires ne sont pas non plus compatibles avec les objectifs en matière de santé et d'environnement (figure 4) (40).

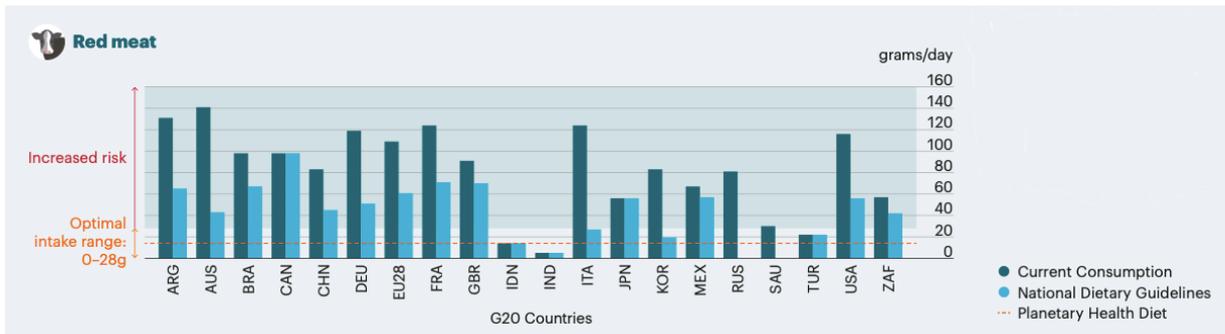


Figure 4: Consommation actuelle de viande rouge dans chaque pays du G20 par rapport aux directives diététiques nationales de chaque pays et au régime de santé planétaire Eat-Lancet (40)

Néanmoins, de plus en plus de pays ont récemment décidé de prendre en compte les enjeux environnementaux dans leurs recommandations de consommation alimentaire. La figure 5 représente sous forme de graphique les quantités maximales recommandées pour la viande dans les recommandations alimentaires de la France et des pays ayant pris en compte les enjeux environnementaux. La révision des recommandations du PNNS pour intégrer les enjeux environnementaux apparaît donc nécessaire (41). Cela permettrait de servir de point de repère aux médecins généralistes pour promouvoir une alimentation durable.

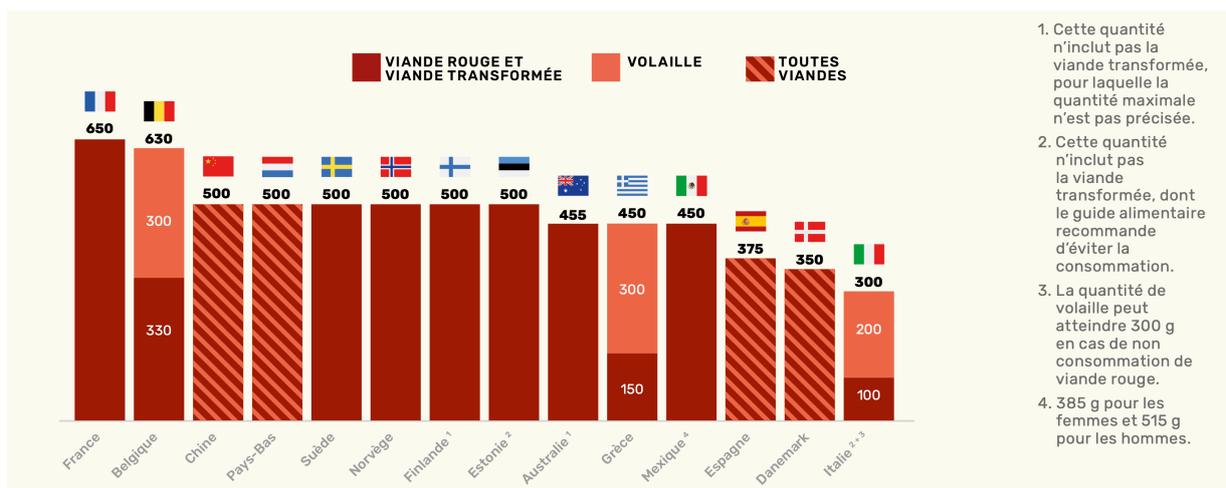


Figure 5: Quantités maximales de viande établies en France et dans les pays ayant pris en compte l'environnement dans leurs recommandations alimentaires (39)

Cependant, au cours de nos entretiens, l'absence de l'intégration de l'alimentation durable dans les recommandations françaises n'est pas ressortie comme un obstacle à sa promotion comme on aurait pu s'y attendre. Une revue systématique conduite en 2020, qui visait à identifier les facteurs influençant la décision des professionnels de santé d'intégrer l'alimentation durable dans leur pratique, montre pourtant que son intégration dans les recommandations serait un élément important légitimant cette pratique (42). Plus largement, mieux informer la population pourrait permettre de lever certaines appréhensions à évoquer l'alimentation durable en consultation. Cette différence entre nos résultats et la littérature pourrait s'expliquer par le manque de connaissance des médecins sur ce qu'est réellement une alimentation durable, entraînant des difficultés à envisager de manière concrète son intégration dans les recommandations. La connaissance des recommandations alimentaires actuelles et son utilisation en pratique pourraient également être questionnées.

Le Réseau Action Climat, une association engagée dans la lutte contre les causes du changement climatique, et la Société Française de Nutrition, ont récemment conduit une étude formulant des propositions concrètes pour faire évoluer les recommandations alimentaires du PNNS en prenant en compte les enjeux de nutrition et les impacts environnementaux liés à l'alimentation (annexe 4) (39). Les résultats montrent qu'il est possible de réduire de 50% la consommation de viande, amenant sa consommation à un maximum de 450g par semaine pour un adulte, tout en satisfaisant l'adéquation nutritionnelle et sans avoir recours à des produits enrichis ou à des suppléments. Ils recommandent par ailleurs d'augmenter la consommation quotidienne de légumineuses à 65-100g et de fruits à coque à 25-30g. Enfin, leurs résultats concernant la consommation de produits laitiers, de fruits, de légumes, et de céréales sont en adéquation avec les recommandations actuelles du PNNS4.

b. Difficultés de la prévention en médecine générale

Les médecins interrogés ont soulevé le fait que les patients ont tendance à consulter à la suite d'une préoccupation spécifique sur leur état de santé, ce qui laisse peu de place à la prévention en consultation. Ainsi, lorsque la consultation donne lieu à des conseils alimentaires, c'est principalement dans le cadre de la prévention secondaire, à la suite d'une problématique de santé préexistante. Ce constat est également partagé par Dr Schmitz dans sa thèse s'intéressant à la fréquence des conseils alimentaires en consultation de médecine générale (43).

Cette difficulté à prioriser la prévention primaire est favorisée par un système de santé conçu autour d'une approche axée sur le traitement des maladies plutôt que sur leur anticipation. La demande croissante de consommation de soins associée à une démographie médicale en déclin exacerbe cette problématique. Les médecins confrontés à des volumes élevés de patients peuvent trouver difficile d'allouer du temps aux consultations préventives. 68% des médecins interrogés par Dr Retailleau ont évoqué le manque de temps comme frein à l'intégration de la santé planétaire en consultation (35). Depuis début 2024, une consultation dédiée de prévention intitulée « Mon bilan prévention » a été mise en place par le gouvernement. Ces consultations sont intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie et tarifées 30 euros pour une durée conseillée de 30 à 45 minutes. L'adhésion des patients et des médecins généralistes à ce bilan et l'impact de sa mise en place nécessiteront des études complémentaires.

Par ailleurs, promouvoir une alimentation durable se heurte à certains freins neurocognitifs impliqués également dans notre inertie face au changement climatique. Notamment le biais du temps présent, qui correspond à la tendance des individus à privilégier les bénéfices immédiats au détriment des bénéfices à long terme. Cela se traduit par une priorité donnée à des problématiques médicales plus aiguës comparées aux potentiels bénéfices de l'adoption d'une

alimentation durable. Ou encore, le biais de déplacement spatial, qui implique une préférence ou une focalisation sur ce qui est proche dans l'espace au détriment de ce qui est plus éloigné, rendant invisible les effets du changement climatique aux yeux des individus qui n'y sont pas confrontés (44). Ces biais peuvent être des obstacles à aborder la promotion de l'alimentation durable en consultation.

c. Appréhension de la réaction des patients

Peu d'études s'intéressent à la manière d'aborder l'alimentation durable et plus largement à la manière d'aborder les impacts du changement climatique sur la santé en consultation de médecine générale. Une étude menée en 2019 dans le Wisconsin aux États-Unis montre que seulement 17% des médecins généralistes interrogés se sentaient à l'aise d'aborder cette thématique en consultation (45). Nos résultats concordent avec cette étude. Certains médecins interrogés pouvaient en effet appréhender la réaction du patient à l'évocation de l'alimentation durable en consultation. Le changement climatique est un domaine complexe, où s'entremêlent des aspects culturels, idéologiques et politiques, qui confrontent le médecin et le patient à leurs différences. Le médecin est amené à échanger avec des patients qui peuvent tenir des discours tentant de justifier leur inaction, ou encore faire face à des patients plus sceptiques face à la réalité du changement climatique et de ses effets sur la santé (46). Selon l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), 14% des français pensent encore que le changement climatique n'est pas dû à l'activité humaine (47). Le médecin généraliste doit apprendre à repérer ces discours et à y répondre de façon pertinente.

Cette appréhension est pourtant en contradiction avec les attentes des patients quant à l'obtention de davantage d'informations à ce sujet de la part des médecins. Selon une enquête menée par la revue *Le Généraliste*, 78 % des médecins généralistes sondés confient devoir

répondre davantage qu'hier à des questions en lien avec les facteurs environnementaux de la part de leurs patients. De plus, cette enquête révèle que l'intérêt des patients se manifeste notamment par des changements dans leur régime alimentaire, un phénomène observé par 91% des médecins (48). Le médecin généraliste a donc toute sa place dans l'accompagnement des patients vers une alimentation durable. Dans sa thèse explorant les représentations des patients vis-à-vis du rôle du médecin généraliste dans la promotion des co-bénéfices santé-environnement, le Dr Lazzarini fait également état de ce constat (49). L'appréhension des réactions à l'évocation de ce sujet, symptômes de sa complexité, pourrait se dépasser notamment par la formation, la connaissance et la mise en place d'un cadre défini par des recommandations ainsi que par la consultation dédiée de prévention.

d. L'accessibilité à l'alimentation durable

Lors des différents entretiens, la problématique de l'accessibilité à une alimentation durable a été fréquemment relevée. Les médecins interrogés perçoivent cette alimentation comme plus coûteuse et éloignée des préoccupations des plus modestes. Les personnes modestes, définies par la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique, pour la santé et le social) comme les 40 % de la population dont le niveau de vie est le plus faible, sont en effet sujettes à des contraintes économiques, socioculturelles, et liées à leur environnement, qui limitent leur capacité à suivre les recommandations alimentaires (50).

L'impact sur les budgets des ménages d'une transition vers un régime alimentaire durable fait l'objet d'une littérature de plus en plus riche, mais qui n'a pas encore dégagé de consensus. Cet impact varie en fonction de l'ambition du régime alimentaire durable visé, qui implique un rééquilibrage entre aliments d'origine animale et ceux d'origine végétale, le choix de produits issus de méthodes de production durables, et une consommation de produits de saison et de

proximité. Consommer moins de produits animaux et gaspiller moins allège le budget, mais augmenter sa consommation de produits issus de modes de production durables l'alourdit. Le surprix des aliments issus de modes de production durables tel que l'agriculture biologique par rapport à l'agriculture conventionnelle devrait passer de 65% à 10% pour que tous les ménages puissent adopter un régime moins carné et 100% biologique sans augmenter leur budget (51). Si une partie de la population peut absorber ce surcoût lié à une légère augmentation des produits issus de méthodes de production durables par un rééquilibrage de l'assiette, ce n'est pas le cas des ménages aux revenus les plus modestes, dont une certaine partie n'a déjà pas la capacité de se nourrir correctement d'un point de vue nutritionnel (50). La mauvaise connaissance de l'alimentation durable par les médecins interrogés, qui la perçoivent principalement comme locale et biologique, les empêche d'avoir une vision juste des réalités économiques de ce type d'alimentation, et donc de délivrer des conseils adaptés aux patients.

Les inégalités alimentaires se font principalement sur les fruits et légumes qui sont les denrées ayant le rapport prix/calorie le plus élevé (52). Concernant la viande, sa consommation ne varie pas selon les revenus, seule sa qualité change. Les 20 % au niveau de vie le plus bas consomment environ 122g de viande par jour, quand les 20 % les plus riches en consomment environ 116g (53). Les classes les plus aisées, souvent présentées à tort comme les groupes de référence quant à l'adéquation aux normes de durabilité alimentaire, doivent donc également modifier leurs comportements alimentaires, et pas seulement les classes plus défavorisées (50).

Sur le plan socioculturel, la dimension symbolique de l'alimentation entre en jeu dans les comportements alimentaires qui deviennent alors un enjeu de statut social. Consommer, c'est exprimer qui l'on est. Les classes plus aisées, étant souvent à l'origine de la promotion des régimes durables, en font un marqueur de leur statut. Pour les plus modestes, cela peut

engendrer un phénomène de distanciation sociale, qu'elle soit subie ou volontaire. Subie, consécutive aux inégalités d'accès à ces régimes ; volontaire, devant la réticence à adopter des pratiques perçues comme appartenant à une classe différente (50).

L'environnement alimentaire est également un déterminant majeur des comportements en contraignant et orientant les consommateurs dans leur acte d'achat. En France, 70 % des achats alimentaires sont réalisés en grande surface. Cependant, la plupart des enseignes de la grande distribution ne facilitent pas la transition vers une alimentation durable. Elles proposent et font la publicité de produits industriels en majorité, au détriment des produits plus durables et en contradiction avec les recommandations de santé publique. 92 % des plats préparés présents en grande surface contiennent de la viande ou du poisson (54). Les lieux proposant une alimentation plus durable sont eux moins fréquentés et reprennent souvent les codes graphiques et d'aménagement correspondant aux normes sociales des publics aisés (50).

Les recommandations alimentaires peuvent ainsi être sources de tension pour les populations plus modestes car elles pointent l'inadéquation entre une norme sociale et leur capacité à y répondre, engendrant de la culpabilisation, de la frustration, voire de l'indifférence. Dans ce contexte, il peut paraître difficile en tant que médecin d'intervenir auprès de ces patients avec des mesures qui sont uniquement de l'ordre de l'information ou de l'incitation. Certains médecins interrogés lors des entretiens dépassent cependant ce frein financier, ou lié à l'environnement, en cherchant à améliorer les comportements des patients sans viser la perfection concernant la durabilité de leur alimentation. Par ailleurs, le concept d'alimentation durable ne fait pas l'objet d'une définition commune chez tous les Français. Les pratiques actuelles des personnes plus modestes peuvent avoir des composantes durables qu'il faut reconnaître, comme la solidarité, la réduction du gaspillage et des déchets, l'autoproduction, ou

une consommation plus frugale. Elles doivent donc être considérées comme des acteurs porteurs d'une vision particulière de l'alimentation durable, et qui devraient enrichir le projet de transition (50).

En France, la politique alimentaire évolue pour permettre une meilleure accessibilité à l'alimentation durable. La loi EGALIM pour « une alimentation saine, durable et accessible à tous » a été adoptée en octobre 2018. Elle oblige, par exemple, les restaurations collectives à proposer au moins 50% de produits de qualité et durables, dont au moins 20% issus de l'agriculture biologique, et à servir un repas végétarien au moins une fois par semaine. D'autres dispositifs sont à l'essai, comme les épiceries sociales et solidaires qui proposent des denrées alimentaires à un coût inférieur au marché pour les personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale, ou encore la sécurité sociale de l'alimentation, portée depuis 2019 par un collectif d'associations, qui fait aujourd'hui l'objet d'expérimentations locales dans plusieurs villes (55).

e. Aspect psychologique et culturel de l'alimentation

Les médecins interrogés ont évoqué la difficulté à promouvoir un changement de comportement qui ne paraît pas attractif pour les patients. L'alimentation, au-delà de son aspect nutritionnel, est en effet une source de plaisir fortement liée aux sucres et aux graisses. De plus, les comportements alimentaires sont particulièrement concernés par les phénomènes d'habitude, de répétition et d'inertie des pratiques (56). Le confort et la familiarité offerts par certaines habitudes alimentaires rendent le changement difficile sur le plan émotionnel car c'est dans les nourritures de l'enfance et du groupe culturel auquel on appartient qu'on puise notre identité et de la réassurance (57). Dans notre société, les protéines animales sont associées à la force et à la virilité et constituent l'élément principal de nos repas, alors que les protéines

végétales sont associées à la légèreté et la féminité, et sont considérées comme des accompagnements. Ces représentations sociales peuvent aussi expliquer pourquoi il est difficile pour le consommateur de changer ses pratiques (58). En France, l'attachement à la viande reste fort et ancré dans la culture culinaire. Dans une enquête de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) pour FranceAgriMer en 2020, 89% des enquêtés déclaraient aimer la viande, 79% pensaient qu'en manger est nécessaire pour être en bonne santé et 63% estimaient qu'un repas est plus convivial avec de la viande. Les régimes à dominance végétale sont en croissance mais restent toujours très faibles avec 2,2% des Français interrogés qui déclaraient avoir adopté un régime sans viande (59). Ces aspects de l'alimentation durable peuvent, en plus du manque de connaissance, expliquer pourquoi la réduction de viande revenait rarement lors des entretiens.

Changer les imaginaires concernant ce que signifie manger sainement est donc un défi majeur pour encourager une transition vers une alimentation saine et durable. L'approche doit être globale, combinant éducation, réglementation et promotion d'un nouveau narratif inclusif et positif sur l'alimentation saine et durable (60). Elle doit commencer dès l'enfance, les préférences alimentaires étant souvent formées dès le plus jeune âge, et doit impliquer tous les acteurs de la société, notamment les médecins, dont le rôle dans l'éducation nutritionnelle et l'influence sur les normes alimentaires est essentiel, ainsi que les acteurs privés, par la régulation de la pression marketing et publicitaire, entre autre (60,61).

f. Le médecin généraliste acteur dans l'accompagnement au changement

Lors des entretiens, nous avons remarqué que tous les médecins généralistes interrogés se disaient sensibilisés aux enjeux climatiques, mais que ceux qui retranscrivaient dans leur pratique la promotion d'une alimentation durable étaient ceux ayant un engagement personnel

vis-à-vis de ce sujet. En d'autres termes, il s'agissait de ceux ayant déjà dépassé les freins à l'inaction climatique dans leur sphère personnelle (62). Ce phénomène s'aligne sur le hiatus présent aujourd'hui entre le consensus partagé par toutes les opinions publiques sur la nécessité de l'action environnementale et le manque ou la faiblesse de la modification de nos comportements (62).

L'intégration de l'alimentation durable dans la pratique des professionnels de santé est un phénomène multidimensionnel avec une grande variété de facteurs d'influence. Guillaumie et al. ont mené en 2020 une revue systématique de littérature visant à identifier les facteurs qui influencent la décision des professionnels des établissements de santé d'intégrer l'alimentation durable dans leur pratique (42). D'après cette étude, des facteurs d'influence existent à plusieurs niveaux : sociétal et démographique, des connaissances et des valeurs, des compétences et des pratiques, ainsi qu'au niveau du système de santé (figure 6). L'institutionnalisation des pratiques autour de l'alimentation durable, l'accès à des formations et à des outils tant pour les professionnels que pour les patients, ainsi que la mise en place de campagnes pour mieux informer la population sur la contribution de l'alimentation durable à la protection des écosystèmes, apparaissent dans cette étude comme des pistes prometteuses pour faciliter l'intégration de l'alimentation durable dans les pratiques.

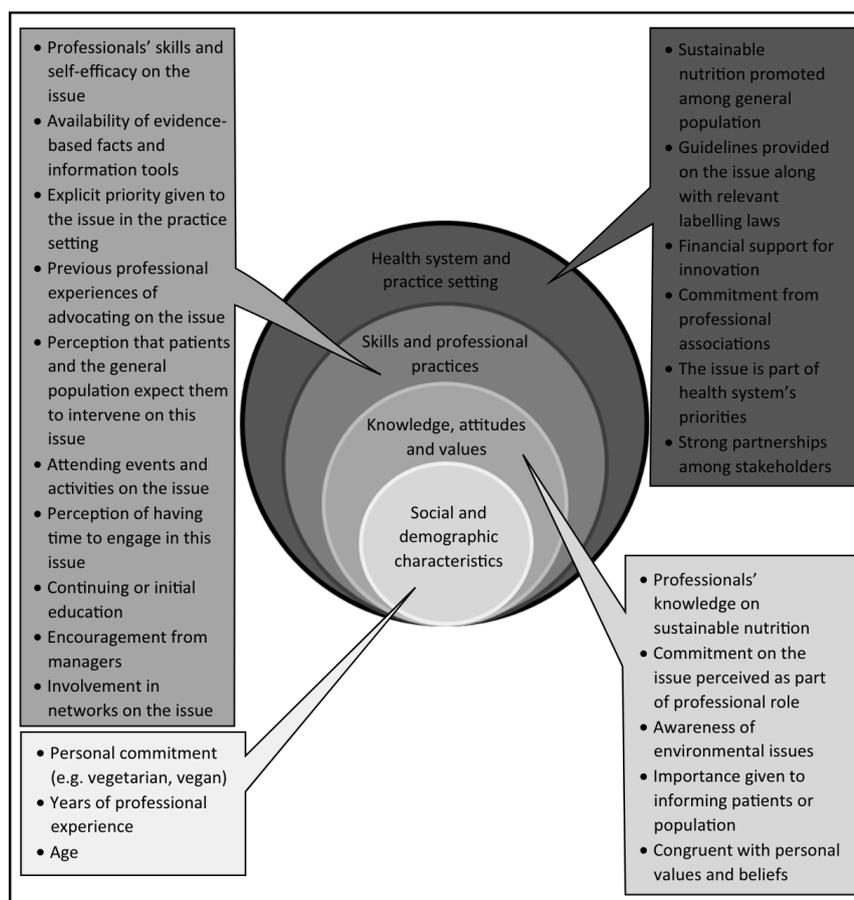


Figure 6 : Facteurs influençant l'intégration de l'alimentation durable dans la pratique des professionnels de la santé (42)

La plupart des médecins généralistes interrogés dans notre travail pensaient pouvoir jouer un rôle sur ce sujet. L'implication des médecins généralistes dans la promotion d'une alimentation durable est importante dans la transition des comportements alimentaires en raison de leur ancrage dans le territoire et leur connexion étroite avec les patients, leur permettant de comprendre les besoins et préoccupations spécifiques de ces derniers. Cette proximité favorise un sentiment de confiance chez les patients, ce qui conduit à une meilleure réception des informations et des recommandations. De plus, leur expertise médicale leur permet d'appréhender les liens entre alimentation, santé et environnement pour mieux éduquer et fournir des informations pertinentes aux patients (28,63).

Les médecins interrogés rapportaient aborder l'alimentation principalement en réaction à un intérêt ou à une demande du patient. En effet, le succès des changements de comportement alimentaire est souvent plus marqué quand il est initié et porté par la personne elle-même, rendant les injonctions au changement de la part des médecins souvent infructueuses (64). Cependant, au vu des enjeux évoqués en introduction, faire une promotion plus active de l'alimentation durable en l'abordant spontanément en consultation pourrait être envisagée. Les patients sont d'ailleurs demandeurs de conseils et attendent que le médecin fasse le premier pas (65,66). A l'heure actuelle, l'accompagnement par les médecins généralistes des patients ayant une alimentation plus végétale n'est pas optimale. Le régime alimentaire des patients n'est pas toujours connu. De plus, les médecins généralistes sont généralement peu à l'aise pour conseiller et suivre les patients flexitariens, végétariens ou végétaliens, créant une inadéquation entre les besoins des patients et le suivi proposé par les médecins (67).

g. Action collective et changement de paradigme

L'action individuelle, bien qu'importante, peut paraître limitée face aux enjeux systémiques de santé planétaire. De plus, se concentrer uniquement sur l'aspect individuel dépolitiserait le débat et rendrait les consommateurs seuls responsables. Pour avoir un impact significatif, un changement global est nécessaire en agissant à tous les niveaux : individuel, communautaire et politique. Selon la WONCA, l'engagement communautaire et le plaidoyer politique font partie des actions envisageables pour le médecin généraliste afin d'agir en faveur de la santé planétaire (7).

Les médecins généralistes ont une responsabilité envers la santé communautaire, dépassant leur rôle individuel envers les patients. Ils peuvent jouer un rôle central en tant que facilitateurs de changement au niveau local, par exemple, en organisant des séances d'information ou des

ateliers sur les principes de l'alimentation durable et ses impacts sur la santé et l'environnement, ou en travaillant de concert avec les municipalités et les écoles. De même, collaborer avec les agriculteurs locaux et les marchés de producteurs pour promouvoir l'accès à des aliments frais, de saison et produits localement peut favoriser une alimentation plus durable au sein de leur communauté (68). L'engagement communautaire peut par ailleurs permettre de réduire le sentiment d'impuissance évoqué par certains médecins interrogés.

Pour lutter contre le changement climatique, la perte de biodiversité, et agir en faveur de la santé, les politiques affectant les systèmes alimentaires doivent être réformées. Les médecins généralistes et plus largement les professionnels de la santé peuvent, en tant qu'experts écoutés, jouer un rôle essentiel dans le plaidoyer en faveur de politiques bénéfiques pour la santé et l'environnement. Ils peuvent également exercer une influence par le biais de leur capital social pour soutenir les politiques favorables (28,68). Cependant, l'engagement sociétal valorisé par la littérature semble peu envisagé en pratique. Dans sa thèse, Dr Nunes rapporte que 46% des médecins interrogés pensaient que s'engager dans une association ayant pour but de porter l'attention des citoyens et des pouvoirs publics sur la problématique climat-santé n'était pas envisageable, et 72% pensaient qu'un engagement politique à l'échelle locale ou nationale dans cette optique n'était pas envisageable (30). Ceci montre qu'actuellement la relation médecin-patient est avant tout perçue comme individuelle. Les médecins ne sont peut-être pas habitués à envisager une dimension plus collective du soin. D'autres part, les médecins ont peut-être du mal à se représenter en pratique des actions en dehors du cabinet.

4. Perspectives

a. Recherche

Notre recherche a mis en évidence des difficultés pour les médecins interrogés à promouvoir une alimentation durable. Il serait intéressant de préciser ce phénomène par une étude quantitative en réalisant un état des lieux des pratiques concernant la promotion de l'alimentation durable en médecine générale. Cela permettrait d'avoir une idée plus représentative des pratiques actuelles.

Nous avons remarqué que les comportements personnels concernant le changement climatique pouvaient exercer une influence sur les pratiques. Explorer cette relation permettrait d'identifier les processus et les motivations des médecins impliqués dans la promotion d'une alimentation durable, ce qui permettrait de déterminer des leviers d'actions.

Les médecins interrogés conseillaient préférentiellement aux patients une alimentation locale et non transformée. De plus, certains questionnaient la pertinence de leurs conseils et appréhendaient la réaction des patients. Il apparaît essentiel de s'intéresser à la manière d'aborder l'alimentation durable en consultation de médecine générale. Quelles modalités concrètes pour l'aborder en consultation ? Avec quels patients ? En priorisant quels aspects de l'alimentation durable ? Préciser ces modalités permettrait de faciliter son intégration en consultation.

Il serait également pertinent d'explorer les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin concernant la promotion d'une alimentation durable. Une étude qualitative pourrait mettre en lumière les besoins et les attentes spécifiques des patients, offrant ainsi une base pour

développer des pratiques de promotion de l'alimentation durable qui soient en adéquation avec leurs préoccupations et leurs motivations.

Les actions individuelles ne pourront pas entraîner de changement significatif sans s'inscrire dans un ensemble de politiques plus large. L'environnement alimentaire joue en effet un rôle important dans la réussite de tout changement de comportement alimentaire. L'engagement communautaire et le plaidoyer politique des médecins généralistes, en tant qu'experts, ont émergé comme des éléments importants dans notre recherche. Cependant, sa mise en pratique n'est pas ressortie comme une évidence dans la littérature. S'intéresser aux freins concernant ces engagements permettrait d'identifier les obstacles à surmonter pour développer ces actions.

Enfin, à distance du développement de la consultation dédiée de prévention « Mon bilan prévention », une étude pourrait s'intéresser à son impact et à l'évolution des pratiques des médecins généralistes concernant la promotion de l'alimentation durable.

b. Organisation des soins

Notre travail suggère la nécessité d'une standardisation des pratiques en établissant des directives claires sur la façon d'intégrer le sujet de l'alimentation durable dans les consultations des médecins généralistes. De plus, un soutien institutionnel est essentiel pour légitimer cette pratique et assurer une compréhension claire et partagée de l'alimentation durable, notamment en l'intégrant dans les politiques sur l'alimentation, comme dans le prochain PNNS.

c. Formation

Nos résultats suggèrent que les médecins nécessitent et sont demandeurs de formation sur l'alimentation durable. L'enseignement actuel se concentre le plus souvent sur les relations

entre santé et environnement. Étoffer l'offre de formation et se concentrer de manière spécifique sur l'alimentation durable permettrait d'améliorer sa diffusion parmi les médecins généralistes et ainsi développer leurs compétences.

CONCLUSION

Le changement climatique est une des problématiques qui menace le plus la santé publique actuellement. Par ailleurs, l'alimentation est un levier majeur pour améliorer à la fois la santé humaine et la durabilité de l'environnement. Les médecins généralistes, en tant qu'acteurs de soins primaires, peuvent jouer un rôle essentiel dans la promotion d'une alimentation durable auprès de leurs patients. Cette étude visait à réaliser un état des lieux des représentations et des pratiques des médecins généralistes concernant l'alimentation durable. Cette étude a permis d'identifier plusieurs aspects de ce sujet, puis de construire un modèle explicatif.

La prise de conscience des médecins quant à leur rôle dans la réponse au changement climatique émerge progressivement. Si les médecins interrogés sont globalement sensibilisés aux enjeux environnementaux, promouvoir une alimentation durable en consultation reste un défi. L'engagement personnel concernant les enjeux climatiques apparaît comme un facteur influençant positivement l'intégration de l'alimentation durable dans la pratique du médecin généraliste. Cependant, le système de santé actuel, ne favorisant pas la prévention, est perçu comme un frein. Par ailleurs, en raison du manque de connaissances et de compétences, certains médecins doutent de leur légitimité à aborder la question de l'alimentation durable avec leurs patients. Ils appréhendent la réaction du patient face à ce sujet en consultation, car cela peut être considéré comme relevant de leur sphère personnelle. De plus, ils peuvent craindre de ne pas être pertinents, en particulier auprès des patients les plus précaires, en raison du manque d'accessibilité perçu de l'alimentation durable. S'impliquer dans des initiatives communautaires en tant qu'expert, peut aider les médecins à surmonter le sentiment d'impuissance ressenti face à ce sujet, et participer au changement de paradigme en promouvant une approche de la santé plus préventive.

Cette étude ouvre sur des perspectives de recherche visant à favoriser l'intégration de l'alimentation durable en consultation de médecine générale. Les médecins généralistes contribueraient alors à la construction d'un avenir plus sain et plus durable.

VU

Strasbourg, le 24. juin 2024

Le président du jury de thèse

Professeur Alain PRADIGNAC

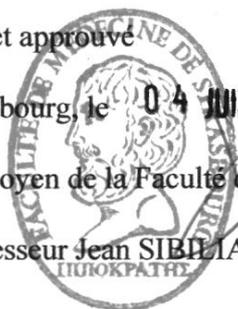
Professeur Alain PRADIGNAC
 Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
 HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
 Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition
 Hôpital de HAUTEPIERRE
 Tél. : 03.88.12.75.97 - Fax : 03.88.12.82.85
 Email : alain.pradignac@chru-strasbourg.fr
 N° RPPS : 10002481166

VU et approuvé

Strasbourg, le 04 JUL. 2024

Le Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILLA



ANNEXES

Annexe 1 : Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative (34)

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>) ?
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 ?

Annexe 2 : Guide d'entretien

- Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez abordé l'alimentation avec un patient ?

- Avez-vous déjà abordé des sujets impliquant le changement climatique ou l'environnement en relation avec l'alimentation lors de vos consultations ?

Quels arguments ?

Comment ces discussions se sont déroulées ?

Quel accueil des patients ?

Comment vous êtes-vous senti lors de ces échanges ?

- Pour vous qu'est-ce que pourrait être l'alimentation durable ?

Quel est votre avis ?

Comment cela pourrait se traduire dans l'assiette ?

- Vous sentez-vous concerné par ce sujet ? Dans quelle mesure ça vous concerne ?

- Pour vous, est-ce le rôle du médecin de parler d'alimentation durable ?

- Quels sont, selon vous, les freins les plus importants à la promotion d'une alimentation durable dans votre pratique ?

- Qu'est-ce qui favorise ces discussions avec vos patients ?

Co-bénéfice

- Comment pensez-vous que les pratiques pourraient s'améliorer ?

- Auriez-vous quelque chose à ajouter ?

Age ; Sexe ; Statut/ Formation DU ; Mode d'exercice ; Lieu d'exercice ; Régime alimentaire

Avez-vous des remarques à faire concernant l'entretien ?

Annexe 3 : Document d'information et de consentement**DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

Structure : Département de médecine générale de Strasbourg

NOTE D'INFORMATION

Directeur de la thèse : Dr PREVOT Gaspard

Investigateur : HOUDRY Nicolas

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par HOUDRY Nicolas dans le cadre d'une thèse sous la direction de Dr PREVOT. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. Procédure de l'étude

Vous vous entretiendrez avec l'investigateur au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à explorer les représentations, les connaissances, et les pratiques, des médecins généralistes vis-à-vis de la promotion d'une alimentation durable.

2. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

4. Rémunération et indemnisation

Vous ne percevrez aucune contrepartie financière pour votre participation à l'étude.

5. Lien d'intérêt

Dr PREVOT est engagé dans une organisation scientifique dont la thématique est la santé planétaire : Alliance Santé Planétaire.

6. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigateur : HOUDRY Nicolas, par courriel ou par téléphone.

À l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret

professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire consentement page suivante.

CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé :

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement l'investigateur.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche (HOUDRY Nicolas, Dr PREVOT Gaspard, GIGOUT Anne)

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales.

Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature

Annexe 4 : Composition de la diète observée en 2015 et de 2 diètes modélisées comportant 2 fois moins de viande et couvrant les apports nutritionnels recommandés, selon une étude conjointe du Réseau Action Climat et de la Société Française de Nutrition (39)

Catégories d'aliments	QUANTITÉS (GRAMMES PAR JOUR)		
	Diète observée en 2015 ⁶	Diète n°1 (3 produits laitiers)	Diète n°2 (2 produits laitiers)
Fruits et légumes (hors fruits à coques)	393	537	503
Fruits à coques	2	29¹	23²
Produits céréaliers raffinés	194	64	70
Produits céréaliers complets	19	138	138
Pommes de terre	73	127	108
Légumineuses	8	65	146
Produits laitiers (total)	3 portions	3 portions	2 portions
Lait + produits laitiers frais ³	211	250	125
Fromage	40	30	30
Œufs	20-35⁴	30	30
Viandes et charcuterie (total)	124	62	62
Viande hors volaille ⁵	60	24	24
Volaille	29	22	22
Jambon blanc	11	8	8
Autres charcuteries	23	8	8
Poisson gras	9	15	15
Poisson maigre	24	15	15
Produits sucrés salés gras	235	89	103

1 : dont 19 g de noix

2 : dont 17 g de noix

3 : incluant les desserts lactés

4 : d'après les estimations comprenant la consommation d'œufs coquille et d'œufs comme ingrédients dans les produits multi-ingrédients

5 : viande hors volaille incluant viande de ruminant, porc, gibier, lapin et abats

6 : D'après les données INCA 3, ajustées en incluant pour chaque type d'aliments les quantités présentes dans les plats mixtes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, et al. Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. *The Lancet*. 2009;373(9676):1693-733.
2. WHO. COP26 special report on climate change and health: the health argument for climate action. Geneva; 2021.
3. Cissé G, McLeman H, Adams P, Aldunce K, Bowen D, Campbell-Lendrum S, et al. Health, Wellbeing, and the Changing Structure of Communities. In: *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. New York; 2022.
4. WHO. COP24 special report: health and climate change. Geneva; 2018.
5. WHO, Convention on Biological Diversity. Connecting global priorities: biodiversity and human health: a state of knowledge review. Geneva; 2015.
6. Díaz S, Settele J, Brondízio E. Summary for policymakers of the global assessment report on biodiversity and ecosystem services. Bonn: IPBES; 2019.
7. World Organization of Family Doctors. Declaration Calling for Family Doctors of the World to Act on Planetary Health. 2019.
8. Collège de la Médecine Générale. Santé planétaire en médecine générale: Le temps de l'action. 2021.
9. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, de Souza Dias BF, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*. 2015;386(10007):1973-2028.
10. Mbow C, Rosenzweig C, Barioni LG, Benton TG, Herrero M, Krishnapillai M, et al. Food Security. In: *Climate Change and Land: an IPCC special report on climate change, desertification, land degradation, sustainable land management, food security, and greenhouse gas fluxes in terrestrial ecosystems*. The Intergovernmental Panel on Climate Change; 2019.
11. FAO, FIDA, OMS, PAM, UNICEF. L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2023: Urbanisation, transformation des systèmes agroalimentaires et accès à une alimentation saine le long du continuum rural-urbain. Rome: FAO; 2023.
12. Alexandratos N, Bruinsma J. *World Agriculture towards 2030/2050: the 2012 revision*. Rome: FAO; 2012. Report No.: 12-03.
13. Baude M. La décomposition de l'empreinte carbone de la demande finale de la France par postes de consommation : transport, alimentation, habitat, équipements et services. Service des données et études statistiques. Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires; 2022. Report No.: 59.
14. Barbier C, Couturier C, Pourouchottamin P, Cayla JM, Silvestre M, Pharabod I. L'empreinte énergétique et carbone de l'alimentation en France, de la production à la consommation. Paris: Club Ingénierie Prospective Energie et Environnement; 2019.
15. Shukla PR, Skea J, Buendía EC, Masson-Delmotte V, Pörtner HO, Roberts D, et al. Résumé à l'intention des décideurs, Changement climatique et terres émergées : rapport spécial du GIEC sur le changement climatique, la désertification, la dégradation des sols, la gestion durable des terres, la sécurité alimentaire et les flux de gaz à effet de serre dans les écosystèmes terrestres. GIEC; 2019.
16. Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*. 2019;393(10170):447-92.
17. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of

Disease Study 2017. *The Lancet*. 2019;393(10184):1958-72.

18. International Agency for Research on Cancer. *Red Meat and Processed Meat: IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*. Vol. 114. Lyon; 2015. 506 p.
19. HLPE. *Nutrition et systèmes alimentaires: Rapport du Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale*. Rome; 2017.
20. FAO, WHO. *Sustainable healthy diets: guiding principles*. Rome; 2019.
21. Couturier C, Charru M, Doublet S, Pointereau P. *Le scénario Afterres2050*. Solagro; 2016.
22. Poux X, Aubert PM. *Une Europe agroécologique en 2050 : une agriculture multifonctionnelle pour une alimentation saine*. Iddri-AScA; 2018.
23. WHO, European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. *Plant-based diets and their impact on health, sustainability and the environment: a review of the evidence*. Copenhagen; 2021.
24. Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116(12):1970-80.
25. Fadnes LT, Økland JM, Haaland ØA, Johansson KA. Estimating impact of food choices on life expectancy: A modeling study. *PLoS Med*. 2022;19(3):e1003962.
26. Kesse-Guyot E, Allès B, Brunin J, Fouillet H, Dussiot A, Mariotti F, et al. Nutritionally adequate and environmentally respectful diets are possible for different diet groups: an optimized study from the NutriNet-Santé Cohort. *Am J Clin Nutr*. 2022;116(6):1621-33.
27. Bréda J, Chaury V. *Revue systématique des co-bénéfices à l'adoption d'un régime alimentaire durable sur la santé et l'environnement [Thèse de médecine]*. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2023.
28. Xie E, Falceto de Barros E, Abelsohn A, Stein AT, Haines A. Challenges and opportunities in planetary health for primary care providers. *Lancet Planet Health*. 2018;2(5):185-7.
29. Farnier C, Mathouraparsad X. *État des lieux de l'intérêt porté au changement climatique dans le domaine de la santé et des pratiques mises en place chez les médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes [Thèse de médecine]*. Université Grenoble Alpes; 2021.
30. Nunes F. *Changement climatique et sante quelle place pour le médecin généraliste : Enquête auprès de 728 praticiens français [Thèse de médecine]*. Université Claude Bernard Lyon 1; 2021.
31. Compérat L. *Écologie en santé: l'implication et la place du médecin généraliste [Thèse de médecine]*. Université de Montpellier; 2022.
32. Delcambre A. *La santé planétaire en médecine générale: état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France [Thèse de médecine]*. Université de Lille; 2022.
33. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Londe JG de la, Lustman M, Mercier A, et al. *Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. CNGE Productions et Global Média Santé. 2021. 192 p.
34. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 2015;15(157):50-4.
35. Retailleau É. *La santé planétaire en consultation: état des lieux des pratiques des médecins généralistes français [Thèse de médecine]*. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2023.
36. Association Santé Environnement France. *Formation - Information - Sensibilisation des professionnels et acteurs de santé à la Santé Environnement : Quelles attentes et quels*

besoins ? 2022.

37. The Shift Project. Décarboner la santé pour soigner durablement: Dans le cadre du plan de transformation de l'économie française. 2023.
38. Gouvernement. Un environnement, une santé: 4ème Plan National Santé Environnement. Paris: Citizen Press; 2021.
39. Réseau Action Climat, Société Française de Nutrition. Comment concilier nutrition et climat ? Pour la prise en compte des enjeux environnementaux dans le Programme National Nutrition Santé. 2024.
40. Springmann M, Spajic L, Clark MA, Poore J, Herforth A, Webb P, et al. The healthiness and sustainability of national and global food based dietary guidelines: modelling study. *BMJ*. 2020;15(370):m2322.
41. Fosse J, Furic P, Gomel C, Hagenburg M, Rousselon J. Pour une alimentation saine et durable: analyse des politiques de l'alimentation en France. *France Stratégie*; 2021.
42. Guillaumie L, Boiral O, Baghdadli A, Mercille G. Integrating sustainable nutrition into health-related institutions: a systematic review of the literature. *Can J Public Health*. 2020;111(6):845-61.
43. Schmitz N. Fréquence des conseils alimentaires en consultation de médecine générale: observation directe des consultations par les internes en stage chez les médecins généralistes exerçant dans le Rhône [Thèse de médecine]. Université Claude Bernard; 2019.
44. Freins neurocognitifs au changement face à la crise environnementale [Internet]. 2023 [cité 26 févr 2024]. (Module de formation de Médecine et Santé Environnementale). Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=m3yx9L4Jj9M>
45. Boland TM, Temte JL. Family Medicine Patient and Physician Attitudes Toward Climate Change and Health in Wisconsin. *Wilderness Environ Med*. 2019;30(4):386-93.
46. Lamb WF, Mattioli G, Levi S, Roberts JT, Capstick S, Creutzig F, et al. Discourses of climate delay. *Glob Sustain*. 2020;3:e17.
47. Dechezleprêtre A, Fabre A, Tobias K, Bluebery P, Chico AS, Stantcheva S. Fighting climate change: International attitudes toward climate policies. OCDE; 2022. Report No.: 1714.
48. Enquête : concernés, les généralistes ont déjà changé leur comportement. *Le Généraliste* [Internet]. [cité 27 févr 2024]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/enquete-concernees-les-generalistes-ont-deja-change-leur-comportement>
49. Lazzarini D. Le rôle du médecin généraliste dans la promotion des co-bénéfices santé-environnement : étude qualitative auprès des patients dans les Bouches-du-Rhône et Hautes-Alpes. 2023.
50. Brocard C, Saujot M, Brimont L, Dubuisson-Quellier S. Pratiques alimentaires durables : un autre regard sur et avec les personnes modestes. Iddri; 2022. Report No.: 01/22.
51. Rogissart L, Bellassen V, Foucherot C. Une alimentation plus durable augmente-t-elle le budget des consommateurs ? *Institute for Climate Economics*; 2021.
52. Masset G, Soler LG, Vieux F, Darmon N. Identifying Sustainable Foods: The Relationship between Environmental Impact, Nutritional Quality, and Prices of Foods Representative of the French Diet. *J Acad Nutr Diet*. 2014;14(6):862-9.
53. Maillot M, Vieux F, Delaere F, Lluch A, Darmon N. Dietary changes needed to reach nutritional adequacy without increasing diet cost according to income: An analysis among French adults. Adams J, éditeur. *PLOS ONE*. 2017;12(3):e0174679.
54. Réseau Action Climat. Alimentation et climat : L'heure des comptes pour les supermarchés - Evaluation des enseignes et recommandations pour les pouvoirs publics. 2023.
55. Collectif pour une sécurité sociale de l'alimentation. Sécurité Sociale de l'Alimentation [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://securite-sociale->

alimentation.org/

56. Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 3. ANSES; 2017.
57. Lahlou S. Peut-on changer les comportements alimentaires ? Cah Nutr Diététique. 2005;40(2):91-6.
58. Poquet D, Chambaron-Ginhac S, Issanchou S, Monnery-Patris S. Interroger les représentations sociales afin d'identifier des leviers en faveur d'un rééquilibrage entre protéines animales et végétales : approche psychosociale. Cah Nutr Diététique. 2017;52(4):193-201.
59. FranceAgrimer, IFOP. Etudes consommation: Végétariens et flexitariens en France en 2020. 2021.
60. Brocard C, Saujot M. Environnement, inégalités, santé : quelle stratégie pour les politiques alimentaires françaises ? Iddri; 2023.
61. Nicklaus S, Boggio V, Chabanet C, Issanchou S. A prospective study of food preferences in childhood. Food Qual Prefer. 2004;15(7):805-18.
62. Douchet T. Les freins à l'action environnementale [Thèse de médecine]. Université Grenoble Alpes; 2019.
63. Prosen M, Lekše R, Ličen S. Health Professionals' Role in Promoting Health and Environmental Sustainability through Sustainable Food Advocacy: A Systematic Literature Review. Sustainability. 2023;15(18):13651.
64. Deci EL, Ryan RM. The « What » and « Why » of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. Psychol Inq. 2000;11(4):227-68.
65. Labbé L. Conseils nutritionnels par le médecin généraliste: attentes des patients [Thèse de médecine]. Université d'Angers; 2016.
66. Spriet M. Attentes des patients sur le conseil nutritionnel par le médecin généraliste : enquête qualitative [Thèse de médecine]. Université de Bordeaux; 2020.
67. Bonnet A. Patients flexitariens, végétariens, végétaliens : quelle prise en charge nutritionnelle attendent-ils des médecins généralistes ? Comparaison avec la pratique des médecins généralistes par une étude quantitative de questionnaires en ligne. [Thèse de médecine]. Université Paris XI; 2021.
68. Alberdi G, Begiristain-Zubillaga M. The Promotion of Sustainable Diets in the Healthcare System and Implications for Health Professionals: A Scoping Review. Nutrients. 2021;13(3):747.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : HOUDRY Prénom : Nicolas

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 19 juin 2024

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

RÉSUMÉ

Le système alimentaire est un facteur majeur influençant le changement climatique et la santé humaine. Promouvoir une alimentation durable peut participer à améliorer à la fois la santé humaine et la durabilité de l'environnement. **Objectif** : Explorer les représentations et les pratiques des médecins généralistes concernant la promotion d'une alimentation durable. **Matériel et Méthode** : Nous avons mené une étude qualitative en utilisant une approche inspirée de la théorisation ancrée. Nous avons interrogé 11 médecins généralistes du Grand-Est lors d'entretiens individuels semi dirigés. **Résultats** : Les médecins interrogés sont sensibilisés aux enjeux environnementaux. La prise de conscience quant à leur rôle dans la lutte contre le changement climatique et la promotion d'une alimentation durable émerge progressivement. Leur position privilégiée auprès des patients et au sein de la société leur permet d'accompagner les patients de manière pertinente et adaptée dans une perspective de co-bénéfice. Elle leur permet également d'agir en tant qu'experts auprès des pouvoirs publics pour promouvoir une approche de la santé plus préventive. Cependant, le système de santé actuel ne favorisant pas la prévention, mais aussi le manque d'accessibilité de l'alimentation durable, l'appréhension de la réaction du patient face à ce sujet et le manque de compétences sont autant de défis à son intégration en pratique. **Conclusion** : Il apparaît essentiel de poursuivre la sensibilisation des médecins généralistes sur les enjeux liés à l'alimentation durable afin qu'ils prennent pleinement conscience de leur rôle dans cette problématique. Cette étude ouvre la voie à de futures recherches visant à favoriser l'intégration de l'alimentation durable dans la pratique des médecins généralistes. Ils contribueraient alors à la construction d'un avenir plus sain et plus durable.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-Clés : Médecine Générale – Alimentation durable – Co-bénéfice – Prévention – Changement climatique

Président : Monsieur le Professeur Alain PRADIGNAC (PU-PH)
Assesseurs : Madame le Docteur Chloé DELACOUR (MCA-MG)
Monsieur le Docteur Gaspard PREVOT

Adresse de l'auteur : 12 rue de Steinbourg 67200 STRASBOURG
