

ANNEE 2023

N°

**L'INTERVENTION DU MEDECIN GENERALISTE DANS
L'EDUCATION NUTRITIONNELLE DE SES PATIENTS ADULTES EN FRANCE :
REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 23 février 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Florence PAPONNEAU
Née le 16 novembre 1992
A Saint-Vallier

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors 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.

ANNEE 2023

N°

**L'INTERVENTION DU MEDECIN GENERALISTE DANS
L'EDUCATION NUTRITIONNELLE DE SES PATIENTS ADULTES EN FRANCE :
REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 23 février 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Florence PAPONNEAU
Née le 16 novembre 1992
A Saint-Vallier

Année Universitaire 2022-2023
au 1^{er} **Septembre 2022**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie

M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PÉTIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Paul	SAGOT	(02/11/2022 au 31/10/2025)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
			(Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Benoît	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	--------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Pr Marie-Claude BRINDISI, service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies métaboliques et Nutrition, CHU de Dijon

Assesseur 1 :

Pr Bruno VERGES, service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies métaboliques et Nutrition, CHU de Dijon

Assesseur 2 et directeur de thèse :

Dr Jérôme BEAUGRAND, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale, Médecin Généraliste à Avallon

Assesseur 3 :

Dr Raphaël NEANT, Médecin Généraliste à Luzy

Assesseur 4 :

Dr Thomas NAULIN, Médecin Généraliste dans le service de Médecine Polyvalente et Diabétologie du CH de Paray-Le-Monial

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au Pr Marie-Claude BRINDISI,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Merci pour nos échanges, vos conseils et votre réactivité.

Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon plus grand respect.

Au Pr Bruno VERGES,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Merci d'avoir accepté d'être l'un des membres de ce jury.

Soyez assuré de mon plus grand respect.

Au Dr Jérôme BEAUGRAND,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Merci pour votre présence tout au long de ce travail, vos nombreux conseils et votre soutien.

Merci pour votre accompagnement avec autant d'implication et d'enthousiasme.

Merci d'enseigner la médecine générale comme vous le faites auprès des étudiants.

Soyez assuré de mon estime et de ma plus sincère reconnaissance.

Au Dr Raphaël NEANT,

Tu me fais l'honneur de participer à ce jury.

Merci d'avoir accepté d'être l'un des juges et de m'avoir soutenue dans ce travail.

Merci pour ton approche inspirante de la médecine générale, avec humanité et sensibilité.

Merci pour ton écoute, nos échanges et ta bienveillance lors de mes remplacements à Luzy.

Sois assuré de ma plus grande considération.

Au Dr Thomas NAULIN,

Tu me fais l'honneur de juger ce travail.

Merci d'avoir accepté de prendre part à ce jury.

Merci de m'avoir transmis ton savoir dans la bonne humeur.

Merci pour ta pédagogie et ta disponibilité lors de mon passage à Paray-Le-Monial.

Sois assuré de ma profonde gratitude.

Aux équipes médicales et paramédicales bienveillantes, hospitalières ou ambulatoires, rencontrées lors de mon parcours en Bourgogne (Dijon, la Puisaye, Decize, Paray-Le-Monial, le Charolais-Brionnais, la Bresse, Luzy) et en région Lyonnaise,

Merci pour votre enseignement et votre aide.

Merci à Michel SERIN, pour votre accompagnement dans ma formation et votre implication dans la médecine générale.

Merci à Fanny et Nathalie pour votre humour.

Merci à Joëlle pour nos discussions et à Valérie pour ta disponibilité.

Aux belles rencontres notamment Nils, Marion, Mickaël, Anaïs, Briec.

A ma famille,

A mes parents,

Merci pour votre amour.

Merci maman pour ton écoute.

Merci papa pour tes conseils.

A mes sœurs,

Merci pour votre amour.

Merci Cécile pour ton soutien.

Merci Pauline pour ta présence.

Merci Julien, Simon, Auguste et Margaux pour nos nombreux bons moments passés ensemble.

Merci Lulu pour ton accueil.

A mes grands-parents,

Merci à mamie, mémé, papy et pépé pour votre transmission.

Aux autres membres de ma famille et à ma marraine,

Merci pour nos bons moments passés ensemble.

A Nicolas,

Merci pour ton amour.

Merci pour ta présence au quotidien.

Merci pour ton accompagnement essentiel dans ce travail. J'en suis très reconnaissante.

A notre voyage et à notre amour jusqu'à la lune et retour.

A ma belle-famille,

Merci à Brigitte, Dominique, Cyril, Valérie, Annabelle, Elise, Anthony, Tom, Margot, Soline et Naël pour nos bons moments passés ensemble.

A mes copines d'enfance,

Merci à Coralie, Elise, Amélie.

A mes co-étudiantes de la faculté,

Merci à Lucie, Anaïs, Solveig, Fanny, Inès, Flore.

A mes co-internes,

Merci à Laure, Juliane et Florian, Laura, Amel et Florian.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de cette thèse,

Merci pour votre aide.

Un immense merci à mes relecteurs Valou, Popo, maman et Nico.

Merci à Laura et Briec pour vos conseils.

A ceux que j'ai pu oublier.

« Que ton alimentation soit ta première médecine. »

Hippocrate

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	13
LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
1. Définitions et contextualisation.....	15
A. Des définitions.....	15
B. L'alimentation, un enjeu majeur de santé publique	15
C. Le Programme national nutrition santé (PNNS).....	19
D. Le rôle du médecin généraliste	22
2. Justification de l'étude	23
3. Question et objectifs de recherche	25
METHODES	26
1. Type d'étude	26
2. Objet d'étude.....	26
3. Recueil des données	27
4. Sélection des articles.....	29
5. Aspects éthiques et réglementaires	29
RESULTATS.....	30
1. Description de l'échantillon	30
2. Synthèse des principaux résultats.....	32
A. Etat des lieux	32
B. Caractéristiques	34
C. Outils	38
D. Freins.....	41
E. Suggestions d'amélioration	44
DISCUSSION	47
1. Interprétation des résultats	47
A. L'éducation nutritionnelle	47
B. Les pistes d'amélioration.....	50
2. Confrontation des résultats à la littérature.....	57
3. Proposition d'une plaquette informative destinée aux médecins généralistes.....	60
4. Limites et forces de l'étude.....	64
A. Limites de l'étude	64
B. Forces de l'étude.....	65
5. Ouverture	66
CONCLUSIONS.....	68

BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	80
Annexe 1 : Tableau de la prévalence de l'obésité selon l'enquête ObEpi de 2020.....	80
Annexe 2 : Les dix mesures phares du PNNS 4.....	80
Annexe 3 : Tableau des repères alimentaires du PNNS 4, publié par le HCSP	81
Annexe 4 : Brochure sur le Nutri-Score.....	82
Annexe 5 : Pyramide de l'alimentation de type méditerranéen proposée par la HAS	82
Annexe 6 : Définition européenne de la médecine de famille.....	83
Annexe 7 : Les six compétences génériques du médecin généraliste selon le CNGE	83
Annexe 8 : Les rôles de l'alimentation.....	84
Annexe 9 : Tableau d'analyse des articles inclus.....	85
Annexe 10 : L'essentiel des recommandations sur l'alimentation destiné aux professionnels de santé publié par Santé publique France.....	113
Annexe 11 : Fiche de conseils pour l'alimentation publiée par la HAS.....	115
Annexe 12 : Disque de calcul de l'IMC pour l'adulte	116
Annexe 13 : Affiches présentant les repères du PNNS 4 et les facteurs nutritionnels afin de prévenir les risques de cancer	116
Annexe 14 : Brochure avec les recommandations du PNNS 4	117
Annexe 15 : Brochure 50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus (PNNS 4)	118
Annexe 16 : Fiche de classement alimentaire	118
Annexe 17 : L'assiette santé (ou l'assiette équilibrée).....	119
Annexe 18 : Portions alimentaires	119
Annexe 19 : Exemple de calendrier alimentaire vierge	120
Annexe 20 : L'auto-questionnaire alimentaire NAQAPNNS et exemple de compte-rendu personnalisé avec des objectifs ciblés.....	121
Annexe 21 : Evaluation pédagogique du stade de changement du patient.....	122

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Diagramme de flux.	31
Figure 2 : Plaque informative destinée aux médecins généralistes.	61

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

Aprifel : Agence pour la recherche et l'information en fruits et légumes

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

DPC : Développement professionnel continu

ENNS : Etude nationale nutrition santé

Esteban : Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HPST : Hôpital, patients, santé et territoires

IFN : Institut Français pour la Nutrition

IMC : Indice de masse corporelle

INCA : Etude individuelle nationale des consommations alimentaires

INCa : Institut national du cancer

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Santé publique France)

Ireps : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSU : Maître de stage des universités

NAQAPNNS : Nouvel Auto-Questionnaire Alimentaire ciblant les repères PNNS

ObEpi : Enquête Obésité Epidémiologie

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORS : Observatoire régional de la santé

PNNS : Programme national nutrition santé

Réseau NACRe : Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SFMG : Société française de médecine générale

WONCA Europe: Société européenne de médecine générale

INTRODUCTION

1. Définitions et contextualisation

A. Des définitions

L'alimentation est définie comme : « l'action de fournir à un être vivant ou de se procurer à soi-même les éléments nécessaires que sont les aliments à la croissance, à la conservation » (1). « Une alimentation favorable à la santé contribue, de manière durable, au bien-être physique, mental et social de chacun. Elle doit assurer la sécurité alimentaire et ainsi préserver la santé de la population dans son environnement et son contexte culturel » selon le Conseil national de l'alimentation (2). Un bon équilibre alimentaire signifie « manger de tout en quantités adaptées » en privilégiant les aliments bénéfiques pour notre santé et en limitant la consommation de produits sucrés, salés et gras (3). Du point de vue des sciences médicales, l'alimentation est l'élément fondamental de la nutrition.

Quant à la nutrition, il s'agit de la science qui analyse les rapports entre les aliments et la santé. L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) définit la nutrition comme : « l'apport énergétique répondant aux besoins de l'organisme. Une bonne nutrition, c'est-à-dire un régime adapté et équilibré, et la pratique régulière d'exercice physique sont autant de gages de bonne santé » (4). Dans le domaine du soin, la nutrition conduit entre autres à la diététique.

L'éducation nutritionnelle est « l'ensemble de processus éducatifs basés sur les connaissances nutritionnelles actuelles, qui vise à modifier les comportements alimentaires dans le sens de prises alimentaires ajustées aux besoins de chaque individu » (5). L'éducation nutritionnelle s'intègre au niveau individuel, familial, institutionnel et national (6).

B. L'alimentation, un enjeu majeur de santé publique

a. L'alimentation, un déterminant historique de santé

L'alimentation est connue depuis l'Antiquité comme une composante essentielle de la santé. D'ailleurs, Hippocrate, proposait déjà : « Que ton alimentation soit ta première médecine » (7).

Avant la période moderne, les principaux problèmes de santé liés à l'alimentation étaient des carences d'apports ou des contaminations alimentaires.

De nos jours, à la suite des phénomènes de société, de l'industrialisation de l'alimentation et des incertitudes concernant les risques sanitaires de nombreux produits destinés à l'alimentation humaine ou animale, nous faisons face à plusieurs paradoxes (8). Premièrement, l'abondance, la diversification des denrées alimentaires et la paupérisation croissante de la population se côtoient, entraînant l'association de carences nutritionnelles aux maladies de surcharges. Deuxièmement, il semble y avoir opposition entre la sévérité croissante des contrôles de la chaîne alimentaire et la persistance de pathologies liées aux pollutions agricoles ou industrielles. Enfin, il existe de nombreuses incertitudes concernant les risques sanitaires de divers nutriments et technologies alimentaires, des organismes génétiquement modifiés, des pesticides, des additifs, des compléments alimentaires malgré un niveau accru de connaissances sur l'alimentation grâce aux progrès de la recherche.

En 1955, le professeur Jean Trémolières, considéré comme l'un des pères de la nutrition moderne française, concluait : « Après avoir été le secret désir de la plus grande partie de l'humanité pendant des siècles, la suralimentation est devenue l'un des grands dangers de notre civilisation » (9).

Ces dernières décennies, la science a permis de préciser le rôle que joue l'alimentation dans le déterminisme de nombreuses pathologies (10). Une nutrition satisfaisante à tous les âges de la vie contribue à la préservation d'un bon état de santé et peut donc être considérée comme un facteur protecteur. A l'inverse, une nutrition inadaptée, au sens où elle s'éloigne des recommandations définies par les groupes d'experts scientifiques, s'avère être un facteur de risque des principales maladies chroniques dont souffre la population française en ce début de 21^{ème} siècle : surpoids, obésité, maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, cancers ou dénutrition (10–13). D'ailleurs, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une alimentation saine « aide à se protéger contre toutes les formes de malnutrition, ainsi que contre les maladies non transmissibles parmi lesquelles le diabète, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer » (14). Le champ des pathologies liées à l'alimentation croît au fil des avancées de la recherche : maladies inflammatoires chroniques, maladies auto-immunes, allergies, maladies inflammatoires, ostéoporose, dépression, troubles du sommeil, déclin cognitif, dégénérescences oculaires (12).

Selon l'OMS, les principales maladies non transmissibles, aussi appelées maladies chroniques, sont largement évitables grâce à des interventions efficaces qui s'attaquent aux facteurs de risque comportementaux modifiables communs que sont le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation, l'usage nocif de l'alcool et la pollution de l'air (15). L'OMS rappelait, dans la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé publiée en 2004, que la mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique avaient été responsables de près de 60 % des 56 millions de décès dans le monde et de 47 % de la charge de la morbidité mondiale en 2001 (16). En 2009, l'OMS estimait que 25 % de la mortalité totale dans le monde était attribuable à une combinaison de facteurs de risque d'origine nutritionnelle (hypertension artérielle, surpoids et obésité, sédentarité, glycémie élevée, cholestérol élevé et apports faibles en fruits et légumes) (17). D'autres maladies liées à l'alimentation et à la sédentarité, comme la carie dentaire et l'ostéoporose, sont également des causes de morbidité très répandues.

Afin de mieux prévenir ces maladies et améliorer l'état de santé de la population française, l'Anses réalise tous les sept ans une étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA). L'INCA 3, publiée en 2017, montrait que la nutrition représentait le premier facteur de risque de perte d'années de vie en bonne santé, devant le tabac et l'alcool (18). Afin de mieux évaluer les relations entre la santé et la nutrition, l'étude NutriNet-Santé a été lancée en 2009 (19,20). Il s'agit d'une étude de cohorte prospective en ligne, dirigée par le Professeur Serge Hercberg, épidémiologiste et nutritionniste, et visant la participation de 500 000 internautes adultes. En plus des nutriments composant nos aliments, de nouveaux éléments semblent influencer sur la santé comme certains types d'aliments dits « ultra-transformés ». L'étude NutriNet-Santé montrait pour la première fois en 2018 qu'une fréquence plus élevée de consommation d'aliments biologiques était associée à un risque réduit de cancer (21). Cette même année d'autres liens étaient faits entre cancers et alimentation ultra-transformée (22). A l'inverse, la diète méditerranéenne se révèle avoir un effet protecteur sur la santé (23–25).

Selon l'Institut national du cancer (INCa) et le Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche (Réseau NACRe), l'alimentation fait partie des comportements sur lesquels on peut agir pour accroître la prévention des cancers (26,27). En 2019, il était estimé qu'en France, 16 % des nouveaux cas de cancers chez les hommes et 20 % chez les femmes pouvaient être évités grâce à une prévention nutritionnelle axée sur l'alimentation, le surpoids et l'obésité, l'activité physique et l'alcool (26). A contrario, une alimentation déséquilibrée était à l'origine de 19 000 nouveaux cas de cancers par an (27). Certains aliments agissent comme un facteur

de protection (par exemple les fibres présentes dans les légumes) alors que d'autres agissent comme un facteur ou de risque (comme la viande rouge consommée en excès). Dans la lutte contre le cancer, la prévention nutritionnelle est donc un moyen d'agir essentiel.

b. Etat des lieux des maladies liées à l'alimentation

A l'échelle mondiale, la prévalence de l'obésité a presque triplé au niveau mondial entre 1975 et 2016 et celle du syndrome métabolique et du diabète de type 2 ne cesse de croître (28). En 2016, l'obésité, cette épidémie, touchait 13 % de la population adulte mondiale (soit 650 millions d'adultes) et cela pourrait atteindre 20 % en 2025 si le rythme de progression se maintient. En parallèle, en 2021, 828 millions de personnes souffraient toujours de la faim dans le monde alors que, selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), un tiers de la production alimentaire mondiale était gaspillée ou perdue (29,30).

Au niveau national, l'enquête Obésité Epidémiologie (ObEpi) de 2012 a été réactualisée en 2020 et a montré une forte progression de l'obésité (indice de masse corporelle IMC supérieur à 30 kg/m²) en France (cf. annexe 1) (31–33). En 2020, 34 % des enfants de 2 à 7 ans et 21 % des enfants de 8 à 17 ans étaient en situation de surpoids (IMC compris entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou d'obésité. Chez les adultes, la prévalence du surpoids a reculé mais est restée élevée à 30 % (32,3 % en 2012). En revanche, celle de l'obésité a continué d'augmenter et a doublé depuis 1997. En 2020, l'obésité touchait 17 % de la population française adulte (15 % en 2012) et 2 % de cette même population (1,2 % en 2012) était en situation d'obésité massive (IMC supérieur à 40 kg/m²), soit plus d'un million de personnes. La part de personnes en situation d'obésité croissait progressivement avec l'âge : elle était de 9,2 % chez les 18-24 ans et de 19,9 % chez les 55-64 ans en 2020. De plus, le taux d'obésité était corrélé au milieu social : l'obésité était deux fois plus élevée chez les catégories populaires (employés et ouvriers) que chez les cadres (18,0 % contre 9,9 %). En 2020, 4,5 % des adultes étaient en situation de maigreur (IMC inférieur à 18,5 kg/m²). Globalement, en 2020 tout comme en 2012, près d'un adulte français sur deux était en situation de surpoids ou d'obésité (environ 47 %).

L'état des lieux des facteurs de risque cardiovasculaires est lui aussi préoccupant. Près d'un adulte français sur trois était hypertendu en 2015 (contre 16 % en 1992) (34). Concernant le diabète, il a continué sa croissance et, en 2020, plus de 3,5 millions de Français étaient traités

par médicament pour un diabète (soit 5,3 % de la population) dont 90 % pour un diabète de type 2 (35). À cela, s'ajoutaient les personnes diabétiques qui s'ignoraient et les personnes non traitées. Environ 19 % des adultes avaient un taux de cholestérol-LDL supérieur à 1,6 g/l en 2006. Ce chiffre n'a pas évolué entre 2006 et 2015. Ce nouvel état des lieux témoignait d'une situation préoccupante en France, dans la mesure où l'hypercholestérolémie-LDL est souvent associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaires (36). Les maladies cardio-neurovasculaires sont la deuxième cause de mortalité en France et sont à l'origine d'environ 140 000 décès par an (37).

Les cancers représentent eux la première cause de mortalité en France et leur incidence a été estimée à 382 000 nouveaux cas par an en 2018 (37,38).

Ces maladies chroniques engendrent des dépenses de santé croissantes.

C. Le Programme national nutrition santé (PNNS)

En France, les pouvoirs publics ont commencé à prendre conscience du problème dans les années 70. L'Institut Français pour la Nutrition (IFN) est créé en 1974. Il faut cependant attendre l'an 2000 et un rapport au gouvernement par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) faisant état de l'évolution de l'alimentation et de la santé des Français pour voir, en janvier 2001, la création d'un plan de santé publique en nutrition : le Programme national nutrition santé, abrégé « PNNS » (39). Ce PNNS s'intègre dans une politique publique globale de santé nutritionnelle effective et durable. Depuis 2010, le PNNS est inscrit dans le Code de la santé publique (Loi n°2010-873, article L3231-1). Le PNNS est connu par ses slogans « cinq fruits et légumes par jour » ou encore « mangez-bougez » (40).

Ce programme, prévu initialement pour une durée de cinq ans (PNNS 1 2001–2005), a été prolongé en 2006 pour cinq nouvelles années (PNNS 2 2006–2010), puis en 2011 (PNNS 3 2011-2016), puis en 2019 (PNNS 4 2019-2023) (41).

Le PNNS se base sur les objectifs nutritionnels fixés par le HCSP (39). L'objectif général du PNNS est l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Dans une perspective de santé publique, le PNNS précise que le terme de nutrition doit englober les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires), à l'activité physique et à la sédentarité.

Le PNNS prévoit des actions à mettre en œuvre afin de favoriser :

- l'éducation, l'information et l'orientation de la population (recommandations en matière nutritionnelle et d'activité physique) ;
- la création d'un environnement favorable au respect des recommandations ;
- la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de santé ;
- la mise en place d'un système de surveillance de l'état nutritionnel de la population et de ses déterminants ;
- le développement de la formation et de la recherche en nutrition humaine (39).

Le PNNS propose des recommandations assorties de repères visant à favoriser une consommation adéquate des différents types d'aliments et la pratique régulière d'une activité physique. Ces repères proposés permettent de couvrir les besoins nutritionnels de la quasi-totalité de la population adulte. Des guides alimentaires nationaux ont été élaborés et diffusés en population générale, offrant des conseils pratiques pour atteindre ces recommandations.

Le PNNS est fondé sur une approche plurisectorielle où les orientations sont décidées conjointement avec les ministères chargés de l'Education nationale, des Affaires sociales, de l'Agriculture, de la Consommation, de la Recherche, et discutées avec les collectivités territoriales, le mouvement associatif et les acteurs économiques.

Il s'appuie, pour sa diffusion, sur un grand nombre d'acteurs : les professionnels de la santé, les pouvoirs publics, le système éducatif, l'industrie agroalimentaire et les médias.

Les différentes études INCA, l'Etude nationale nutrition santé (ENNS) en 2006, puis l'Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) menée de 2014 à 2016 ont montré une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité tant chez les adultes que chez les enfants entre 2006 et 2015 (18,42,43). La croissance de la prévalence du diabète de type 2 s'est poursuivie, la prévalence de la dénutrition demeurait élevée notamment chez les personnes âgées et les comportements sédentaires ont augmenté. Malgré des progrès par rapport à ce que montraient des études antérieures à la mise en place du PNNS, ces différentes études ont relevé que les comportements alimentaires des Français étaient encore loin des objectifs. Leur consommation était toujours trop riche en sel, en acides gras saturés, en sucres et insuffisante en fruits et légumes. Ces dernières études ont permis l'élaboration de nouvelles recommandations nutritionnelles entre 2017 et 2019.

Le PNNS 4 (2019-2023) se décline en dix mesures phares parmi lesquelles la promotion des nouvelles recommandations nutritionnelles avec l'actualisation du site « manger bouger » et de la fabrique à menus (cf. annexe 2) (40,41). Cette 4^{ème} édition du PNNS (2019-2023) propose des messages simplifiés, intègre de nouveaux aliments (fruits à coque, légumes secs...), fait référence au Nutri-Score, distingue activité physique et sédentarité, tout en prenant en compte les inégalités sociales et les enjeux de développement durable (44). De plus, pour guider les consommateurs vers des comportements appropriés, les repères sont articulés autour de trois notions (cf. annexe 3) (45) :

- AUGMENTER : les légumes secs, les fruits et légumes, les fruits à coque, le fait maison (en opposition aux aliments ultra-transformés) et l'activité physique ;
- ALLER VERS : les féculents complets, les aliments de saison et produits localement, une consommation en alternance de poissons gras et de poissons maigres, les aliments issus de l'agriculture biologique, l'huile de colza, de noix et d'olive et les produits laitiers en quantité suffisante et limitée ;
- REDUIRE : la charcuterie, les produits gras, sucrés et salés, le sel, l'alcool, la viande rouge, les produits avec un Nutri-Score D et E et le temps passé assis.

Le PNNS 4 mentionne également que l'équilibre alimentaire s'effectue plutôt sur une journée que sur un repas et met l'accent sur la nécessité de diversifier les aliments.

Le Nutri-Score est un outil construit sur des bases scientifiques solides, créé par Santé publique France (46,47). Il a été mis en place pour la première fois en France en 2017. Il informe sur la qualité nutritionnelle des produits alimentaires, via un score allant de A (meilleure qualité nutritionnelle) à E (moins bonne qualité nutritionnelle). Ce score est facilement repérable sur la face avant des emballages alimentaires grâce à un code couleur allant du vert pour le A au rouge pour le E (cf. annexe 4) (48). Il est destiné à orienter les consommateurs, pour des aliments comparables, vers ceux de meilleure qualité nutritionnelle (« mieux manger en un coup d'œil »).

Ces dernières années, plusieurs publications médicales ont renforcé la validité de ces nouvelles recommandations du PNNS. Cela devrait favoriser leur diffusion et leur acceptation scientifique. Ainsi, une étude de cohorte, publiée en 2019 dans la revue scientifique « PLOS Medicine » et basée sur un score d'adhésion aux nouvelles recommandations, a montré que le respect des recommandations alimentaires françaises de 2017 était associé à un risque moindre de surpoids et d'obésité chez l'adulte (49). De plus, un second travail de 2020 a mis en évidence

qu'une forte adhésion aux recommandations nutritionnelles françaises de 2017 était associée à un risque plus faible de décès, de cancers ou de maladies cardiovasculaires (50). Enfin, dans sa publication sur la prise en charge médicale de l'obésité de l'adulte, élaborée en 2022, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande comme un des objectifs de la prise en charge nutritionnelle, l'instauration de modifications alimentaires en phase avec le PNNS (23). La HAS préconise également l'alimentation de type méditerranéen, très proche des repères du PNNS (cf. annexe 5) (23) .

D. Le rôle du médecin généraliste

D'une part, la WONCA Europe (société européenne de médecine générale), a défini en 2002 puis en 2011, onze caractéristiques de la médecine générale parmi lesquelles nous retrouvons « l'intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide », « le développement de la promotion et de l'éducation de la santé » et « la responsabilité spécifique en terme de santé publique » (cf. annexe 6) (51,52). D'autre part, selon le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), une des six compétences du médecin généraliste s'intitule « éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire » (cf. annexe 7) (53). Enfin, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de 2009 a cité parmi les missions du médecin généraliste celles de la prévention et de l'éducation pour la santé (54). De toute évidence, le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans l'éducation nutritionnelle de ses patients en encourageant les modifications thérapeutiques de leur mode de vie.

De plus, le médecin généraliste peut contribuer à l'éducation nutritionnelle de ses patients en intervenant à différents niveaux de prévention. Effectivement, l'alimentation étant considérée comme un facteur de risque de nombreuses pathologies, en agissant dessus et en amont de la maladie, le médecin réalise de la prévention primaire. Dans le cas où le patient présente une maladie liée à l'alimentation, le médecin agit au stade de la prévention secondaire si prise en charge précoce ou au stade de la prévention tertiaire si prise en charge des complications (55). Ainsi, la prévention nutritionnelle prend tout son sens en médecine générale.

L'alimentation a un rôle physiologique visant à assurer l'homéostasie des organismes adultes et la croissance des organismes en développement mais elle joue aussi un rôle essentiel dans l'hédonisme et la culture (coutumes, ressources locales, rites sociaux et religieux) (cf. annexe 8) (56). Ainsi, en tant que professionnel de santé, le médecin généraliste doit veiller

à ce que l'atteinte des objectifs d'une alimentation saine ne se fasse pas aux dépens de l'hédonisme ou de la fonction culturelle de l'alimentation.

Par ailleurs, le médecin généraliste a une position centrale au sein de l'offre de soin. En effet, il est le professionnel de santé en contact avec le plus grand nombre de patients comme le montre le carré de White (57). Il s'affiche donc comme un interlocuteur de choix pour la population dans les questions de santé en général. Le médecin généraliste, par sa position de médecin traitant, connaît les antécédents familiaux, le mode de vie, les conditions socio-économiques et culturelles de ses patients. De fait, il peut délivrer des messages de prévention publique plus adaptés et personnalisés. Il peut également plus facilement toucher les personnes défavorisées, qui nécessitent souvent le plus de conseils. Ces personnes ne sont pas toujours touchées par les campagnes de santé publique (si pas de télévision ou d'autres moyens d'informations) et n'ont pas accès aux spécialistes de la nutrition, notamment à cause de leur coût. De plus, le médecin généraliste est perçu positivement par la population. En effet, 91 % de la population avait une bonne opinion de leur médecin généraliste en 2008 (58). La relation de confiance particulière entre le médecin généraliste et son patient peut impacter positivement la perception des conseils qu'il donne. L'étude ECOGEN (étude des éléments de la consultation en médecine générale) réalisée en 2012 en France attestait que le médecin généraliste était un réel partenaire pour préserver et améliorer la santé des patients (59).

Enfin, quant à l'implication du médecin généraliste dans le domaine de la santé publique, plusieurs dispositifs se sont progressivement mis en place comme son intervention dans le dépistage organisé des cancers ou bien la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

2. Justification de l'étude

Comme indiqué précédemment, la prévention nutritionnelle présente un potentiel majeur pour de nombreuses maladies. En tant que facteur modifiable, l'alimentation est un levier d'action fort pour l'action publique à l'échelle collective et pour d'autres acteurs dont le médecin généraliste à l'échelle individuelle.

L'étude Esteban a montré que, malgré les actions conduites dans le cadre du PNNS pour promouvoir des choix alimentaires sains, les comportements alimentaires de la population française avaient peu évolué entre 2006 et 2015 (42). Seuls 42 % des adultes et 23 % des enfants

consommaient au moins cinq fruits et légumes par jour, avec toujours trop d'apports en acides gras saturés, en sucre et en sel, et des apports insuffisants en fibres.

Et qu'en était-il de l'éducation nutritionnelle en médecine générale pendant cette période ? Trois quarts des médecins généralistes interrogés considéraient l'éducation à la nutrition comme étant de leur ressort selon l'enquête réalisée par l'observatoire régional de la santé (ORS) de la région Rhône-Alpes en 2004 (60). Et, d'après l'étude menée en 2006 par la Société française de médecine générale (SFMG), il semblait que la plupart des médecins généralistes dispensaient des conseils nutritionnels et se sentaient à l'aise sur ce sujet (61). Pourtant, l'étude NUTRIMEGE de 2008, sur l'éducation nutritionnelle en médecine générale en France, montrait que l'alimentation était abordée dans seulement 22 % des consultations (62). Dans l'étude Baromètre santé nutrition de 2008 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), institut remplacé par Santé publique France depuis 2016, moins d'un quart des patients considérait leur médecin généraliste comme la principale source d'information sur le sujet (63). Selon des études de 2004, 2005 et 2006, de nombreuses barrières semblaient exister comme le manque de temps, de connaissances, le manque de remboursement, le manque d'outils pratiques, le peu de possibilité de fonctionner en réseau, l'inadaptation du format de la consultation à dispenser des conseils de bonne qualité et parfois la peur de brusquer les patients ou le manque de résultats visibles (60,61,64) . Enfin, une revue de littérature de 2009 sur les interventions diététiques dans le cadre des soins primaires, avait montré que peu d'études expérimentales avaient été réalisées sur le sujet (65). En résumé, ces différents travaux montrent que les médecins avaient conscience de leur rôle de prévention nutritionnelle. Cependant, l'intégration de cette mission dans leur pratique semblait complexe. Cette discordance ainsi que la préoccupation face aux données épidémiologiques récentes sur les maladies liées à l'alimentation, nous ont incités à nous interroger sur l'évolution de la place occupée par la nutrition en médecine générale sur ces dix dernières années.

Alors qu'il existe désormais des recommandations sur la prescription médicale d'activité physique, ceci ne semble pas être le cas pour la promotion d'une alimentation favorable à la santé (66).

Afin d'explorer ce sujet sur cette dernière décennie et sous divers angles, nous avons fait le choix d'une revue narrative de la littérature. Nous avons choisi de nous intéresser à la pratique des médecins généralistes en France du fait de la présence du PNNS, référence nutritionnelle spécifique à la France, et de la place particulière qu'occupe l'alimentation dans la culture

française. Enfin, nous avons ciblé notre recherche sur les adultes en excluant la population infantile dans un souci de faisabilité et en partant du postulat que les conseils nutritionnels délivrés aux parents peuvent impacter l'alimentation de leurs enfants.

A propos des travaux existants, l'Agence pour la recherche et l'information en fruits et légumes (Aprifel) s'est penchée sur le sujet à travers ses revues Equation Nutrition de septembre 2017, intitulée « Les médecins face aux défis de la nutrition » et de juin 2019 « Les médecins : acteurs privilégiés de la promotion de la santé » (67,68). Ces deux revues ont notamment permis d'apporter des éléments sur les attentes des patients, les freins des médecins et le conseil nutritionnel. A notre connaissance, nous n'avons pas retrouvé d'autres revues de la littérature sur l'éducation nutritionnelle chez l'adulte en France ces dix dernières années.

Notre revue va permettre de compléter les données de celles de 2017 et 2019 ainsi que d'aborder de nouvelles pistes de réflexion. Afin d'explorer ce thème dans sa globalité, nous avons centré notre travail sur l'alimentation et non sur une pathologie ou un niveau de prévention en particulier.

3. Question et objectifs de recherche

Ceci nous a amené à la question de recherche suivante : au cours de ces dix dernières années, en France, quelles étaient les caractéristiques et les facteurs influençant l'intervention du médecin généraliste dans l'éducation nutritionnelle de ses patients adultes ?

L'objectif principal de cette recherche était donc de réaliser la synthèse de la littérature sur le sujet de l'éducation nutritionnelle en médecine générale.

L'objectif secondaire était de proposer une plaquette informative à destination des médecins généralistes pour les aider à aborder l'alimentation avec leurs patients.

METHODES

1. Type d'étude

Afin de répondre à l'objectif primaire de cette étude, une revue narrative de la littérature a été effectuée. Ce travail a été réalisé par un seul auteur.

La revue narrative de la littérature s'appuyait sur les critères Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (69,70). Ces derniers n'ont pas tous été pris en compte du fait du caractère narratif de l'étude (71). Le but de la recherche était de repérer des publications pertinentes en rapport avec le sujet.

2. Objet d'étude

Les critères d'inclusion des études étaient les suivants :

- Etudes publiées à partir de janvier 2012 ;
- Etudes publiées en langue française ;
- Etudes réalisées dans la population française ;
- Etudes réalisées dans une population d'adultes (âge supérieur à 18 ans) ;
- Etudes portant sur l'éducation nutritionnelle, la nutrition, l'alimentation ou le PNNS ;
- Etudes portant sur la médecine générale ou les médecins généralistes.

Les critères d'exclusion étaient :

- Etudes antérieures à 2012 ;
- Etudes publiées dans une autre langue que le français ;
- Etudes réalisées dans une population autre que la population française ;
- Etudes réalisées dans une population d'enfants (âge inférieur à 18 ans) ;
- Etudes réalisées dans une population d'étudiants en médecine ;
- Etudes centrées sur des situations physiologiques particulières (grossesse, gériatrie) ;
- Etudes centrées sur une ou des pathologies (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, surpoids, obésité, dénutrition, troubles du comportement alimentaire...) ;
- Etudes centrées sur des régimes alimentaires particuliers (régime végétarien...) ;
- Etudes de type revues systématiques de la littérature, méta-analyses ou revues narratives de la littérature (dans ce cas l'étude était lue pour récupérer les références des articles

inclus mais n'était pas incluse dans notre travail, pour ne pas se retrouver avec un doublon d'une référence prise individuellement et qui serait présente en plus dans une revue ou dans une méta-analyse).

3. Recueil des données

Les bases de données suivantes ont fait l'objet de requêtes :

- PubMed ;
- Cochrane Library ;
- LiSSa (Littérature Scientifique en Santé) ;
- BDSP (Banque de Données en Santé Publique) ;
- CiSMef (Catalogue et index des Sites Médicaux de langue Française) ;
- Embase ;
- EM Premium (Elsevier Masson Premium) ;
- HAS (Haute Autorité de santé) ;
- ScienceDirect ;
- Sudoc (Système universitaire de documentation).

Les mots-clés utilisés étaient les suivants (72) :

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais MeSH (Medical Subject Headings)
Education nutritionnelle	Nutritional education
Nutrition	Nutrition
Alimentation	Food, diet
PNNS	French National Nutrition and Health Program
Médecine générale	General practice
Médecin généraliste	General practitioner, family physician

Les équations de recherche ont été adaptées à chaque base de données.

Bases de données	Equations de recherche
PubMed	- (((((((nutrition[MeSH Terms]) OR (nutritional education[MeSH Terms])) OR (diet[MeSH Terms])) OR (food[MeSH Terms])) OR (national nutrition and health program[MeSH Terms])) AND (general practitioner[MeSH Terms])) OR (general practice[MeSH Terms])) OR (family physician[MeSH Terms]) Filters: Abstract, in the last 10 years, Humans, French
Cochrane Library	- nutrition in Title Abstract Keyword OR diet in Title Abstract Keyword AND general practice in Title Abstract Keyword OR general practitioner in Title Abstract Keyword - national nutrition and health program in Title Abstract Keyword
LiSSa	- (alimentation ou nutrition ou PNNS ou programme national nutrition santé) ET (médecine générale ou médecin généraliste)
BDSP	- (alimentation ou nutrition ou PNNS ou programme national nutrition santé) ET (médecine générale ou médecin généraliste)
CiSMeF	- (alimentation ou nutrition ou PNNS ou programme national nutrition santé) ET (médecine générale ou médecin généraliste)
Embase	- (nutrition:ti,ab,kw OR diet:ti,ab,kw OR food:ti,ab,kw OR 'national nutritional health program':ti,ab,kw) AND ('general practice':ti,ab,kw OR 'general practitioner':ti,ab,kw) AND [french]/lim AND [embase]/lim AND [2012-2022]/
EM Premium	- Médecine générale + nutrition - PNNS
HAS	- PNNS
ScienceDirect	- nutrition or alimentation or PNNS and general practice
Sudoc	- (éducation nutritionnelle ou alimentation ou nutrition ou PNNS ou programme national nutrition santé) et (médecine générale ou médecin généraliste)

La recherche a été complétée de façon manuelle, à partir des références bibliographiques des publications déjà sélectionnées.

4. Sélection des articles

La sélection des articles est détaillée dans le diagramme de flux (dans la partie RESULTATS).

La sélection des références s'est faite en plusieurs étapes en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

La première étape de sélection s'est faite vis-à-vis des titres et des résumés.

A l'issue de ce premier tri et après l'exclusion des doublons, a eu lieu la deuxième étape de sélection par la lecture intégrale des références gardées après la première étape.

Des études supplémentaires ont été incluses à la suite de la lecture des références bibliographiques des publications déjà sélectionnées.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Il n'y a pas eu de demande auprès d'un comité éthique comme la thématique de la thèse et la méthode de recherche ne nécessitaient pas cette démarche.

L'auteur n'a pas de conflit d'intérêts. La présente étude n'a fait l'objet d'aucun financement.

RESULTATS

1. Description de l'échantillon

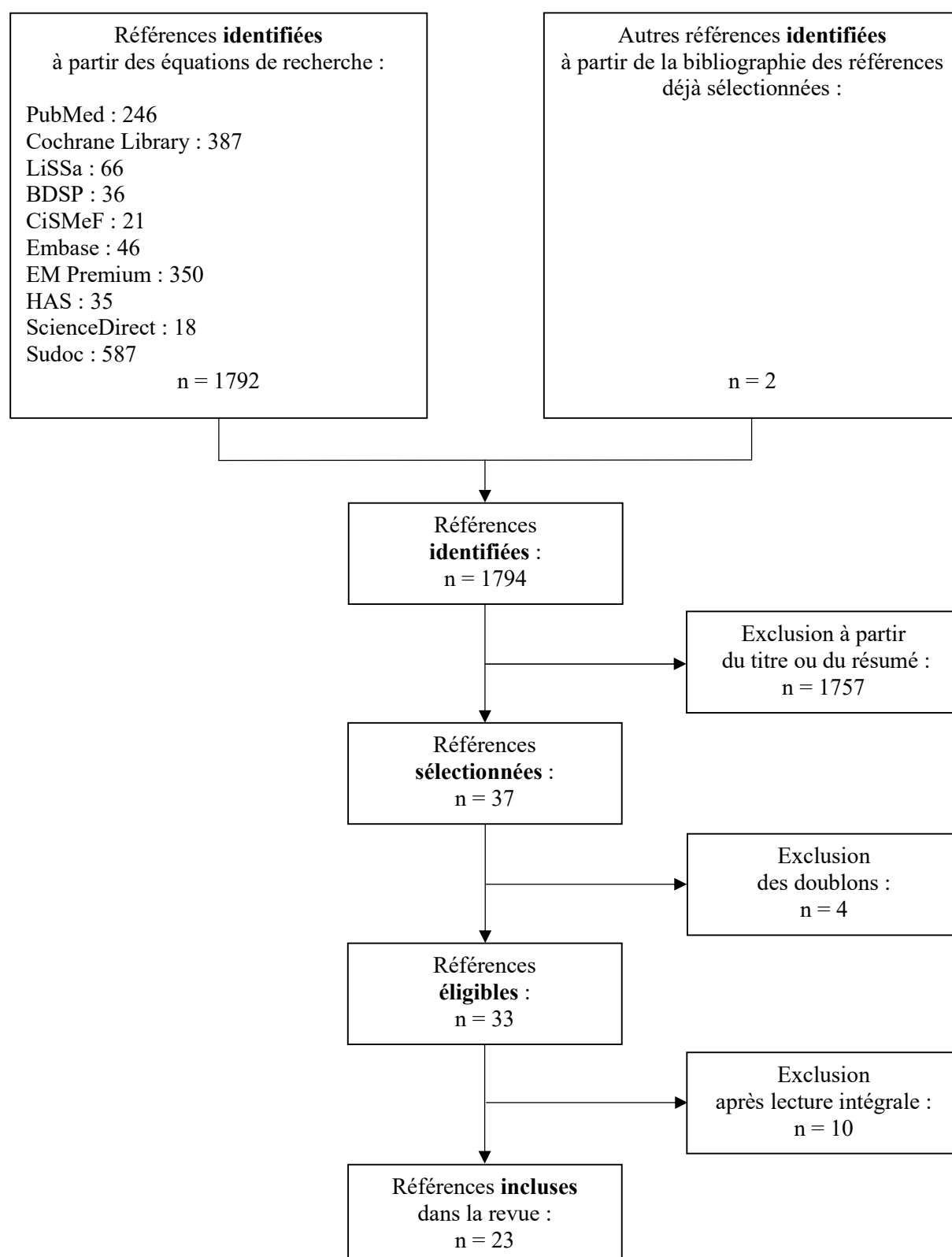
La recherche bibliographique a eu lieu du 01/08/2022 au 31/10/2022, avec une actualisation le 01/12/2022.

Les recherches effectuées sur les différentes bases de données ont trouvé 1794 articles au total.

Le diagramme de flux ci-dessous détaille les étapes de sélection des articles.

Au final, 23 études répondaient aux critères d'inclusion et ont été retenues pour la synthèse qualitative. Les articles ont été classés par ordre chronologique dans le tableau (cf. annexe 9). La méthodologie de chacune des études a été détaillée dans le tableau. Sur les 23 références, six étaient des études quantitatives, 15 étaient des études qualitatives et deux étaient mixtes.

Figure 1 : Diagramme de flux.



2. Synthèse des principaux résultats

A. Etat des lieux

a. La fréquence de l'abord de la nutrition

Environ une consultation de médecine générale sur cinq (entre 15 et 30 % des consultations, selon les études) donnait lieu à des conseils alimentaires (73). Dans une des études, la nutrition était le troisième thème le plus fréquemment abordé sur l'hygiène de vie (de près derrière le tabac et l'activité physique) (74). 20 % seulement des consultations de renouvellement d'ordonnance ou de suivi donnaient lieu à des conseils alimentaires (75).

b. La durée du conseil nutritionnel

Le temps moyen réservé au conseil nutritionnel lors d'une consultation de médecine générale non dédiée était d'environ trois minutes (73,75,76). Donner un conseil alimentaire lors d'une consultation était considéré comme un facteur d'allongement de la durée de la consultation (74).

c. La place stratégique de la médecine générale

Le médecin généraliste se considérait et était considéré en général comme : « un interlocuteur privilégié pour aborder la nutrition », « une référence pour diffuser des conseils nutritionnels », « un des soignants les plus à même de parler de nutrition », « ayant un rôle déterminant pour relayer les messages de prévention et d'éducation du PNNS », « ayant un rôle à jouer dans l'éducation nutritionnelle des patients », « premier acteur de cette éducation » (77–82).

Dans une première étude, 58 % des patients souhaitaient que leur médecin généraliste leur parle de nutrition (79). Dans une deuxième étude, 90 % des patients déclaraient que le médecin généraliste devait donner des conseils alimentaires à la fois pour les adultes et pour les enfants (83). Dans cette même étude, plus de trois quarts des patients trouvaient utile que leur médecin leur parle de leur alimentation et pensaient que « cela pouvait changer leurs habitudes alimentaires ». Dans une troisième étude, certains patients souhaitaient que leur médecin soit « un élément moteur et un soutien en instaurant des consultations de suivi et des objectifs » (82).

Le médecin généraliste pouvait contribuer à l'éducation nutritionnelle de ses patients par sa proximité avec eux, son accessibilité, la relation de confiance, sa connaissance de leur

environnement social, le suivi régulier au cours des mois et des années et le remboursement de ses consultations par l'assurance maladie (75,77–79,81,84). Le rythme de la médecine générale semblait répondre au besoin de temps nécessaire pour avoir des changements de mode de vie dans le domaine de la santé (81). De plus, l'alimentation ne semblait pas être perçue comme un sujet si intime que cela par les patients (dans une étude, seulement 10 % des patients avaient peur d'être jugés par leur médecin en parlant de leur alimentation et ce, quand ils se percevaient trop gros) (83).

d. Une place accordée à la nutrition variable selon les médecins

Dans une thèse quantitative de 2014 portant sur « les réalités de la prévention nutritionnelle en soins primaires », 95 % des médecins répondant estimaient que « le conseil nutritionnel primaire faisait partie des prérogatives de la spécialité de médecine générale » (76). Ce propos semblait être à nuancer puisqu'il ressortait dans une thèse de 2022 que la nutrition était un sujet intéressant globalement peu les médecins généralistes (85). Les médecins donnaient une place « annexe » ou « primordiale » à cette thématique (81). Enfin, il semblait que les praticiens les plus investis dans la mise en place d'une prévention nutritionnelle étaient ceux qui mobilisaient les moyens intellectuels et matériels pour que ce soin ait une place suffisante et soit ainsi efficace (86).

e. L'approche nutritionnelle majoritaire en prévention secondaire ou tertiaire

L'abord de la nutrition en médecine générale avait lieu le plus souvent en prévention secondaire voire en prévention tertiaire, en cas de pathologies circulatoires, endocriniennes, métaboliques ou nutritionnelles (74–76,81,83,87,88). Le profil du patient qui recevait le plus souvent des conseils alimentaires correspondait à un homme, d'environ 60 ans, en surpoids ou obèse (75).

La prévention primaire par l'éducation nutritionnelle avait une place très limitée dans la pratique des médecins généralistes. Dans un travail de 2014, 83 % des médecins n'informaient pas leurs patients des recommandations du PNNS s'ils ne présentaient pas de problème de poids ; alors que le PNNS concerne « tous les patients quel que soit leur âge, leur poids ou leurs pathologies associées » (87). Dans un travail de 2018, les médecins déclaraient ne pas avoir le temps de donner des conseils alimentaires si « absence de surpoids, de pathologie ou de demande du patient » (88). Dans ce même écrit, les médecins qui étaient en surpoids

considéraient que « c'était une perte de temps d'apporter des informations aux patients non demandeurs » (88). Dans la thèse de 2021 traitant « des attentes des patients de 25 à 35 ans, en bonne santé théorique, d'une consultation de prévention incluant les problématiques liées à la nutrition chez le médecin généraliste », un constat ressortait de chaque entretien : « l'offre de prévention était inadaptée voire perçue comme inexistante et surtout tardive » (84).

A propos des patients, « la majorité ne souhaitait des conseils nutritionnels qu'en cas de pathologie liée à la nutrition » (83). Le médecin généraliste était la principale source d'information nutritionnelle pour seulement 20 % des patients en cas d'absence de pathologie (au même niveau qu'internet, devant la presse écrite et la télévision). Ce chiffre augmentait fortement en cas de maladie (83). Enfin, bien que le médecin généraliste était considéré comme un interlocuteur privilégié, son rôle de prévention était souvent mal appréhendé : il était souvent réduit à « son rôle de prescripteur » (82,84).

Cependant, il semblait y avoir une pluralité et une évolution dans l'intérêt porté à la prévention primaire aussi bien du côté des médecins que du côté des patients. Dans une étude de 2019, ils apparaissait que les praticiens percevaient « plus largement l'importance de la nutrition pour la santé humaine » (81). Dans une thèse de 2018 intitulée « Comment améliorer la prévention primaire en nutrition et activité physique chez les patients adultes jeunes en médecine générale ? », les médecins généralistes se positionnaient en soutien « de la télévision et des médias, des pouvoirs publics et des écoles » dans l'éducation nutritionnelle primaire de leurs patients (89). Ce même travail mettait en avant une évolution des comportements : « les jeunes médecins et les jeunes patients adultes (entre 30 et 40 ans) semblaient plus concernés » par la prévention primaire (89). Dans une thèse de 2016, les patients évoquaient la prévention primaire puisqu'ils attendaient que leur médecin généraliste leur délivre « des conseils personnalisés pour améliorer progressivement leur façon de s'alimenter et éviter certaines maladies » (79).

B. Caractéristiques

a. L'abord de la nutrition

La nutrition était abordée majoritairement lors de consultations non dédiées, « au fil de l'eau », parmi d'autres motifs de consultation (73,80). Dans environ trois quarts des cas, les médecins étaient à l'initiative du conseil nutritionnel (74–76). Dans une des études, les patients déclaraient qu'il était nécessaire que les médecins généralistes abordent le sujet de la diététique

au cours de leurs consultations, même sans demande des patients, pour être perçus comme des référents sur ce thème (82). Pour une grande majorité de ces soignants, la nutrition semblait s'aborder facilement (74,81). Cependant, l'intégration de ce thème dans le cadre de leur exercice était moins évidente (81). Il existait une certaine variabilité dans la pratique des médecins pour aborder la nutrition : de manière systématique, lors du premier entretien, en cas de demande ou de point d'appel (81,89). L'approche diététique débutait le plus souvent avec le suivi du poids associé ou non au calcul de l'IMC, avec l'analyse de résultats d'examens biologiques et avec l'hérédité familiale connue du praticien (73,76,80,90). De plus, un motif clinique était couramment nécessaire pour parler de cette thématique. Les pathologies principales citées étaient le diabète, les écarts pondéraux, les dyslipidémies, l'hypertension artérielle, la goutte et les pathologies locomotrices (74,75,81,90). Les conseils nutritionnels étaient également délivrés lors de certaines étapes de la vie : nourrisson, grossesse, personne âgée (90).

b. L'attitude du médecin généraliste

Les patients attendaient que leur médecin aborde la nutrition avec une attitude bienveillante et sans jugement (82). Il était important que le médecin s'intéresse à la façon dont mangeait le patient, qu'il comprenne ce que représentait sa manière de s'alimenter, qu'il prenne en compte ses croyances (notion de psychonutrition) (73,86). Dans une étude, il apparaissait que le médecin et le patient devaient « partager des représentations communes, mêmes erronées, pour échanger » (73). De leur côté, les médecins pensaient que leur physique influait sur leurs messages nutritionnels : s'ils étaient trop minces, ils auraient des commentaires dubitatifs des patients et s'ils étaient en surpoids ou non satisfaits par leur physique, ils se sentiraient moins légitimes (88).

Les médecins utilisaient différentes techniques, sans en avoir nécessairement conscience, pour aborder le sujet, motiver et aider le patient à changer ses habitudes et organiser un suivi régulier (agissaient à l'instinct, sans stratégie préétablie) (91). Ils alternaient entre une posture d'expert ou de collaboration (91). Ils communiquaient majoritairement de manière informative, holistique et motivationnelle (74). Dans une étude, 18 % des praticiens utilisaient une stratégie de crainte ou de peur (74). Le discours anxiogène était à éviter selon de jeunes patients (84). L'élément de discours le plus fréquent était le renforcement positif en valorisant le chemin parcouru par le patient, en le respectant, en le mettant en confiance, en l'écoutant et en le

déculpabilisant (73). Les médecins pensaient qu'avoir une approche motivationnelle (qui partait principalement du quotidien des patients) et une approche basée sur le modèle transthéorique du changement était une des clés de l'éducation nutritionnelle (74,81,82,88,90,91). Le médecin était ainsi un élément de soutien et de motivation (82).

c. Le format du conseil nutritionnel

Le format le plus fréquemment utilisé pour transmettre les messages nutritionnels était le conseil oral (76,79–81,83). Dans une des études quantitatives, 96 % des médecins dispensaient un conseil oral, devant les conseils écrits édités et manuscrits et 30 % de ces médecins dispensaient seulement des conseils oraux (76). Dans une autre étude, un document écrit portant sur l'alimentation était remis aux patients dans moins d'un tiers des cas (74). Ceci semblait en accord avec la majorité des patients qui avait une préférence pour le conseil oral (83). Les conseils oraux prenaient la forme d'une intervention brève à travers des questions simples, des rappels de quelques bases diététiques, des conseils souvent qualitatifs, de bon sens et rapides (75,79,80,91). Les médecins expliquaient cette approche par leur manque de temps et de formation (80). Evidemment, il existait une variabilité inter-individuelle, avec des conseils plus ou moins approfondis selon les praticiens (81).

d. Le contenu du message nutritionnel

Concernant le contenu du message nutritionnel, les patients souhaitaient un conseil, régulier, répété, simple, mentionnant les notions de base et repères nutritionnels (82). Ils souhaitaient être aidés à faire le tri dans l'information des nombreuses sources existantes (82). Dans une étude, il y avait autant de patients qui « voulaient des conseils, que ceux qui disaient déjà connaître la fréquence de consommation des différents aliments (fruits, légumes, féculents, lait...) » (83). Dans cette même étude, plus d'un tiers des patients souhaitait « des conseils sur la cuisson des aliments, l'assaisonnement des plats, le nombre de repas à prendre par jour, le plaisir de manger » et la moitié souhaitait « des conseils sur le grignotage et sur la gestion des compulsions alimentaires » (83). Les messages reposaient sur des principes qui rejoignaient souvent ceux du PNNS 4 : « importance de la diversité alimentaire, du plaisir de manger, des justes rythmes et quantités alimentaires, de l'équilibre entre les apports et les dépenses » (75,81). Dans une des études, les conseils étaient plutôt « restrictifs (limitation du sucre, du sel et du gras), sauf l'eau à volonté, en accord avec les recommandations du PNNS et

de l'INCa » et la consommation de fruits et légumes n'était recommandée que dans un quart des cas (75). Il est à noter que les jeunes patients trouvaient utile que le médecin les conseille sur les composantes écologiques et éthiques de l'alimentation comme les perturbateurs endocriniens, l'origine des produits (« manger local »), le fait de « manger moins de viande », la saisonnalité des légumes (84).

Il existait une variabilité dans le contenu des messages transmis. Une étude quantitative mettait en évidence des facteurs associés significativement à une meilleure connaissance du PNNS par les médecins, à savoir : « le sexe féminin, l'âge inférieur à 55 ans, la soutenance de thèse après 2007, la participation à un réseau de soins, la réalisation d'un stage hospitalier en service d'Endocrinologie/Nutrition/Maladies métaboliques au cours de la formation médicale initiale et l'activité de développement professionnel continu (DPC) plus de deux fois par an ». Cette même étude montrait que : « les médecins ayant déclaré connaître le PNNS connaissaient significativement plus les neuf repères de consommation du PNNS, dispensaient des conseils nutritionnels oraux et écrits et utilisaient l'IMC » (76). Dans une autre thèse, il était question d'un lien entre le mode de vie alimentaire des médecins et les conseils qu'ils donnaient ; ceux « avec une alimentation équilibrée depuis l'enfance (surtout les femmes) avaient plus tendance à associer alimentation et bonne santé et à donner plus fréquemment des conseils généraux » (88).

Ce conseil nutritionnel semblait devoir être « le plus personnalisé possible et tenir compte du patient en tant qu'individu dans sa globalité » avec interrogatoire préalable sur les habitudes alimentaires des patients (par exemple, description des repas pris au cours de la semaine) (75,79,82-84). Dans une thèse, il apparaissait que plus de 70 % des patients « attendaient de leur médecin des conseils à partir de leurs habitudes alimentaires, sur l'intérêt pour la santé des différents aliments, sur les principes d'un bon équilibre alimentaire et sur les activités physiques bénéfiques pour la santé » (83). Les patients souhaitaient que leur médecin aille « au-delà des messages standards » grâce à « une prise en charge individualisée (questionnement sur les proportions d'aliments adaptées à chacun en fonction du mode de vie et des objectifs personnels) » (84). Le praticien devait « connaître les attentes de ses patients afin d'y répondre de manière adaptée quitte à les orienter vers des spécialistes de la nutrition si besoins spécifiques » (79). Le médecin généraliste avait un rôle de « conseiller, adaptant les recommandations aux singularités des patients » (82).

C. Outils

a. Le poids

Le poids, tout du moins la balance, était décrit comme l'outil d'abord de la nutrition (79,80,88–90). Deux critères de surveillance en découlaient : le suivi du poids et le calcul de l'IMC (disque de calcul de l'IMC) (78,80,89,90). Dans une thèse quantitative de 2019, la prise des mensurations était considérée comme « l'outil de prévention primaire principal » selon les médecins généralistes (75). Pour autant, celle-ci n'était pas systématique au cours des consultations ; seulement la moitié des patients étaient pesés dans cette étude (75).

b. La documentation

Les affiches et la documentation mise à disposition en salle d'attente étaient mentionnées dans plusieurs études (74,79,89). Celles-ci auraient suscité des questions venant des patients (74). Certains médecins ne le voyaient que comme une tâche supplémentaire à réaliser et ils estimaient ne pas avoir assez de place en salle d'attente (89).

Un des constats est que la majorité des médecins remettait un document écrit dans moins d'un tiers des consultations ; il s'agissait souvent d'un document réalisé par le médecin lui-même (74). Dans une étude quantitative, 45 % des patients souhaitaient que les conseils nutritionnels soient transmis sous forme de fiches conseils écrites et 60 % sous forme de régime détaillé par jour (83). Lors des consultations, les aides utilisées par les médecins étaient les fiches récapitulatives des conseils du PNNS, des documents ciblés, des fiches et guides papier, des fiches informatives (79,81,88,89). Les médecins qui connaissaient les outils du PNNS trouvaient les guides bien conçus et utiles pour parler de nutrition (78). Les livrets d'accompagnement Inpes destinés aux professionnels de santé et les guides alimentaires Inpes destinés au grand public étaient cités comme sources d'information (76). Une thèse mettait en évidence que l'aspect quantitatif des aliments n'était pas encore compris par la majorité des patients (77). Le médecin généraliste disposait d'outils simples pour les aider comme le calendrier alimentaire et l'assiette santé (77). L'assiette santé avait permis à certains patients de modifier leurs portions alimentaires. La réalisation d'un calendrier alimentaire permettait au patient d'avoir un support papier et de prendre du recul sur sa prise alimentaire (comme un excès de grignotage). Pourtant, le journal alimentaire était peu utilisé car les médecins le considéraient comme un outil plus difficile à mettre en place (81). A noter que les jeunes

patients interrogés pour un travail de thèse de 2021, voulaient être orientés par leur médecin vers « des sources fiables » (supports papier et sites internet) et ainsi s'autonomiser (84).

Enfin, un auto-questionnaire nommé « NAQAPNNS (Nouvel Auto-Questionnaire Alimentaire ciblant les repères PNNS) » a été mis au point par l'équipe de l'Institut inter Régional pour la Santé (l'IRSA) à Tours et publié dans une revue médicale en 2013 (92). Il était décrit comme « un outil simple, court (durée moyenne de remplissage du questionnaire de dix minutes), peu onéreux, facile à mettre en œuvre et fiable (bonne reproductibilité et validité) ». Il permet d'évaluer « les habitudes alimentaires d'un sujet par rapport aux repères prioritaires du PNNS, dans une population de sujets âgés de 20 à 70 ans ». Il peut être utilisé en pratique courante pour les actions de prévention « pour identifier les sujets ayant un déséquilibre alimentaire » et « pour fixer des objectifs personnalisés ». Il comprenait une première partie avec recueil de « l'âge, le sexe, le poids, la taille, le statut tabagique ainsi que le statut éducatif ou professionnel ». La deuxième partie était composée de 25 questions portant sur « la fréquence de consommation d'aliments dans le cadre d'une alimentation courante française (les fruits et légumes, les féculents, les produits laitiers, les viande-poisson-œufs, les matières grasses ajoutées, les produits sucrés, l'eau, le sel, les produits de la pêche et l'alcool) ». Un compte rendu personnalisé indiquant l'atteinte ou non de chacun des repères du PNNS pouvait être édité via un logiciel de saisie des réponses. Un autre outil apparaissait dans le travail de recherche de 2019, traitant de la « perception de l'équilibre alimentaire des patients en médecine générale » (77). Il s'agissait d'un « score de recommandations alimentaires » (« score allant de 0 à 12, basé sur 12 critères de jugement issus des recommandations nutritionnelles). Il avait été créé pour l'analyse statistique de la thèse et non dans un objectif d'utilisation en pratique.

c. Les outils numériques

Les outils numériques (site internet dédié, application internet, application sur smartphone) étaient cités dans plusieurs études comme relais d'information (79,82,84,89). Une étude quantitative montrait que plus de la moitié des médecins connaissait le site internet www.mangerbouger.fr ; seuls 20 % connaissaient la version professionnelle www.mangerbougerpro.fr (76). Dans une seconde étude, 90 % des médecins déclaraient ne jamais se rendre ou rarement sur la page pro du site www.mangerbouger.fr et seulement 6 % orientaient leurs patients vers ce site (74). Les jeunes médecins montraient plus d'intérêt pour

ce site internet (89). Certains patients, jugeant les supports papier trop longs et trop contraignants (risque de perte), souhaitaient un outil numérique pour avoir un rappel des conseils alimentaires en complément au conseil oral du médecin (82).

Un travail de thèse de 2018 avait abouti à un outil informatique « Dietconnect » (www.dietconnect.net), construit selon les attentes de médecins généralistes et pour être utilisé quotidiennement par leurs patients (93). Cet outil ne semble actuellement pas fonctionnel. Dans ce travail de recherche, les attentes principales de plus de 80 % des praticiens étaient une identification rapide des erreurs diététiques et une proposition de solutions pratiques. Un second travail de 2021, sur « les attentes partagées concernant le développement d'un outil numérique d'accompagnement nutritionnel en soins primaires », montrait les éléments consensuels suivants : nécessité « d'un site internet couplé à une application mobile, avec deux interfaces différenciées selon statut patient ou professionnel de santé », avec « une utilisation conjointe par le patient et les professionnels de santé choisis » et avec « la possibilité de réalisation d'enquêtes alimentaires variées » (94). Ce travail devait être poursuivi pour développer et évaluer l'efficacité d'un tel outil numérique. Une troisième thèse de 2021 portait sur « l'évaluation d'un outil internet d'aide à la prise en charge et au suivi nutritionnels en médecine générale, Nutritioclic (nutritioclic.com), par une enquête de satisfaction auprès de médecins généralistes » (95). Il s'agissait « d'un outil gratuit, anonyme, sans obligation d'inscription, indépendant, accessible aux praticiens de santé et à l'ensemble de la population générale ». Le critère prépondérant à l'utilisation d'un tel outil par les praticiens était le gain de temps. Ce site est utilisable à l'heure actuelle. Il est possible de télécharger des fiches type « élaboration d'une diète, soins et prise en charge diététique, recommandations classiques sur la nutrition de base ». Enfin, une thèse de 2022, intitulée « Utilisation d'un site internet pour délivrer des conseils nutritionnels aux patients », mettait en avant que les médecins fourniraient sans doute plus de conseils s'ils s'appuyaient sur un outil trié par pathologies avec des fiches imprimables sur un site internet (85). Ce travail avait permis la création du site internet <https://nutriclic.wixsite.com/conseil>, utile, pertinent, accessible et fonctionnel. Il fournit des conseils nutritionnels simples à propos d'une alimentation équilibrée et de différentes pathologies.

d. Les moyens humains

La consultation nutritionnelle étant considérée comme chronophage, certains médecins la confiaient à un autre professionnel (81). Les aides professionnelles extérieures (médecins nutritionnistes par exemple) étaient sollicitées si les patients demandaient des conseils précis (88). La collaboration avec un infirmier d'Action de santé libérale en équipe (ASALEE) pouvait aussi compléter la prise en charge du patient (88). En effet, ces infirmiers ASALEE sont formés à l'éducation thérapeutique. Dans une des études, deux tiers des patients n'attendaient pas un suivi nutritionnel régulier par leur médecin, 41 % souhaitaient une orientation vers un nutritionniste, 36 % vers un diététicien et 13 % vers un psychologue (83). En pratique, il apparaissait dans une des thèses que moins d'un tiers des médecins généralistes citait les diététiciens comme source d'information et seulement 27 % adressaient de manière fréquente leurs patients vers un diététicien (74). Dans une autre étude, uniquement 6 % des patients avaient été orientés vers un spécialiste de la nutrition (75).

D. Freins

a. Le manque de temps

Le principal obstacle à l'abord de la nutrition rapporté par les médecins et les patients était le manque de temps des médecins (74,76,79–81,84–91,93). Selon les études, entre 53 % et 66 % des médecins déploraient manquer de temps pour traiter cette thématique qualifiée « chronophage » (76,81,89). Ils avaient besoin de temps pour assurer la diffusion des bons messages et pour éviter de le faire superficiellement (81,86). Ce frein majeur limitait l'information diététique aux patients nécessitant une prévention accrue de par leurs pathologies : elle n'était pas évoquée avec tous les patients comme elle aurait dû l'être (80,87). Devant ce constat, les soignants souhaitaient avoir à disposition des outils leur faisant gagner du temps (93,95).

b. Le cadre de l'exercice de la médecine générale

Le cadre de la médecine générale influait beaucoup sur l'approche nutritionnelle (81). L'environnement de la médecine générale était décrit comme non facilitant à la prévention nutritionnelle pour 42 % des praticiens, dans une étude quantitative (76,86). Les difficultés inhérentes à l'activité du médecin généraliste étaient le nombre de motifs de consultation (qui

ne sont pas le conseil nutritionnel dans la majorité des cas), le nombre de thèmes abordés, le manque de disponibilité et le manque de valorisation financière (74,76,84,86,89).

c. Le manque de qualification des médecins en nutrition

Le manque de connaissances ou de compétences des médecins sur le thème de la nutrition était cité à de nombreuses reprises par les médecins et par les patients, dans les articles de notre revue (79,80,82,84–90,93). Certains patients doutaient des aptitudes de certains médecins généralistes dans ce domaine (82). Les soignants pouvaient se sentir incompetents face à un patient qui sollicitait leur aide sur ce sujet (86). Dans une des études quantitatives de 2014, 80 % des médecins interrogés ignoraient l'essentiel synthétique des recommandations du PNNS (les repères de consommation) (76). Dans ce même travail, seul un tiers des médecins interrogés estimait que « leur pratique de la prévention nutritionnelle s'était améliorée depuis la promotion du PNNS ». Dans une autre thèse, la moitié des médecins interrogés ne connaissait pas le PNNS (87). Les messages les mieux connus par les médecins étaient ceux relayés dans les médias ; l'identification du PNNS (à travers les campagnes médiatiques ou les différents documents adressés aux médecins) n'était pas si évidente que cela (78).

Le manque de formation revenait régulièrement dans les travaux de recherche (74,90,93). 70 % des médecins jugeaient leur formation initiale insuffisante et trop théorique (74,90). Ils se formaient principalement en dehors du cadre universitaire : « revues médicales, internet ou stages de formation continue » (74). Ils avaient des difficultés à accéder à l'information pour la moitié d'entre eux et ils ressentaient un manque de ressources (74,91). 40 % des médecins déclaraient ne pas être formés aux recommandations du PNNS (76).

d. Le manque d'outils

La problématique du manque d'outils pour les médecins apparaissait plusieurs fois dans notre revue (76,85,89,93). Dans une des études quantitatives, un tiers des médecins citait le manque d'informations et de supports documentaires comme obstacles à la prévention nutritionnelle primaire (76). Les supports officiels à l'éducation alimentaire étaient peu connus et peu utilisés sauf les disques de calcul de l'IMC. Dans une des thèses, seulement la moitié des médecins déclarait avoir reçu les documents édités par le PNNS et l'Inpes et uniquement deux tiers d'entre eux savaient se les procurer (74,78,89). Ils déclaraient recevoir très peu d'exemplaires à chaque

commande et ils se laissaient de les commander (74). Il semblait donc y avoir un frein pour les médecins dans l'accès aux outils officiels du PNNS.

e. La gêne vis-à-vis des patients

Le manque de motivation des patients était considéré comme une barrière au conseil nutritionnel par les praticiens (74). Selon les patients, l'aspect santé se plaçait au second plan dans le rôle de l'alimentation ; l'intérêt pour ce sujet était souvent lié à des événements de vie comme la maladie ou le vieillissement (82). Les médecins étaient gênés par « le désintérêt », « l'absence de prise de conscience », « le déni », « les réticences des patients », « le manque d'adhésion des patients », « la résistance du patient au changement » (81,85,89).

L'abord de situations relevant du mode de vie posait problème aux praticiens (90). La nutrition n'était parfois pas abordée car les médecins percevaient l'alimentation comme un sujet délicat et intime ; ils avaient peur de devenir intrusifs ou de juger (80,81). Une alimentation équilibrée était un idéal difficile à atteindre d'après les patients avec « les contraintes sociales, de temps, d'argent ou un manque de plaisir ». Leur vision de l'alimentation était également influencée par leur histoire individuelle (culture, habitudes familiales), leurs connaissances acquises au cours de la vie et leur environnement global non facilitant (habitudes de société, publicité, politique de santé, réglementation) (81,82).

f. Le sentiment d'inefficacité

Un médecin sur cinq citait le manque d'efficacité visible immédiate comme frein à l'éducation nutritionnelle (76). L'ensemble des difficultés citées auparavant dans notre synthèse conduisait à ce ressenti. Les médecins se sentaient « désabusés » et parfois « énervés » devant les multiples missions qu'ils avaient à réaliser, « démunis » devant la transmission et la mise en application par leurs patients de leurs connaissances théoriques, « frustrés » par la difficulté à faire changer le comportement alimentaire des patients et par le manque de temps, « impuissants » dans le domaine nutritionnel avec les nombreuses difficultés émanant des patients, « mal à l'aise » du fait de leur appréhension, de leur manque de compétences et du manque de temps et « peu efficaces » avec leur manque de qualification (81,82,86,88–91). De plus, les praticiens avaient l'impression de surcharger les patients d'informations (89). Enfin, dans une thèse de 2012, les médecins généralistes qui étaient les plus à l'aise avec la prévention nutritionnelle étaient

conscients que « c'était un sujet redondant, difficile à aborder, potentiellement douloureux pour le patient (faire preuve de tact), qui ne pouvait être pris en charge efficacement qu'en partenariat avec le patient et qui était à l'origine de plusieurs échecs » (86).

E. Suggestions d'amélioration

a. Une consultation dédiée à la nutrition

Réaliser une consultation dédiée à l'éducation nutritionnelle était une solution citée à plusieurs reprises par les médecins généralistes, face aux freins décrits précédemment (74,79,81,89,90). Dans une des thèses, un tiers des médecins déclarait réaliser des consultations exclusivement dédiées à ce sujet afin de contourner les difficultés (74). De plus, la majorité des patients était prête à venir à cette consultation ; alors que dans un autre travail de thèse, les praticiens doutaient de l'intérêt des patients pour cette consultation (83,89). Cependant, avec la raréfaction de l'offre médicale, il pouvait être difficile de programmer ce temps (81). La question d'une cotation particulière pour cet acte se posait, aussi bien en prévention primaire que secondaire (81,89). Des médecins généralistes suggéraient la promotion et l'organisation de cette consultation dédiée par la Sécurité sociale (par exemple, l'envoi d'un courrier systématique dans une tranche d'âge au même titre que les dépistages de certains cancers) (89).

b. Une consultation dédiée à la prévention

Des médecins et des patients suggéraient la réalisation d'une consultation dédiée à la prévention (82,84,89,90). Cette proposition aurait permis de faire « la synthèse ou un point sur l'état de santé global », « un bilan général et dépistage avec objectif de correction du mode de vie » (82,84,90). Cette consultation aurait été l'occasion d'aborder l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, l'état psychique et la gestion des addictions (82,84,90).

c. Des moments clés pour faire de la prévention primaire

La prévention nutritionnelle primaire était loin d'être abordée de manière systématique par les médecins généralistes (81). De ce fait, dans plusieurs travaux de thèses, les médecins suggéraient d'intervenir lors de moments propices : auprès des parents lors des consultations pour leurs enfants, lors des consultations en lien avec la grossesse, lors des consultations de

gériatrie, lors des consultations pour certificat de sport, vaccination ou pathologie passagère (79,81,83). Une proposition supplémentaire pour améliorer l'éducation nutritionnelle en médecine générale était de « prodiguer un conseil minimal nutritionnel lors des renouvellements d'ordonnance » voire « à chaque consultation du fait de l'importance de la répétition et de l'évolution des habitudes alimentaires au fil du temps » (75,79). Enfin, plusieurs thèses mettaient en avant l'importance d'une prévention précoce en ciblant les enfants, les adolescents et leurs parents (« Adulte sain donne un enfant sain, ou du moins essayer de lui inculquer », « quand ils seront grands, ça sera eux qui se géreront mais si on a pu leur apporter le maximum de bases, il y a plus de chance qu'ils se gèrent correctement ») (79,81,84).

d. La formation des médecins généralistes

Les patients et les médecins suggéraient une amélioration de la formation médicale sur le thème de la nutrition (79,81,89,90). Il semblait nécessaire de « renforcer la formation initiale et continue des praticiens », de « donner plus de valeur à l'enseignement de la nutrition dans le cadre des études de médecine (premier, deuxième cycle et lors de la spécialisation) » et de « proposer une formation médicale continue avec une mise à jour des connaissances pour permettre une meilleure éducation nutritionnelle des patients » (79,81,89).

Les médecins souhaitaient « une formation plus pratique avec des rappels sur l'alimentation normale et pathologique, les sources officielles, l'entretien motivationnel, l'accompagnement du patient et les réseaux de soins », « connaître la teneur du message qu'il faut délivrer et anticiper sur les critères du suivi qu'il convient de surveiller dans un but d'efficacité » et « l'intégration dans l'enseignement de l'apprentissage de l'éducation thérapeutique et des techniques d'approche motivationnelle » (81,86,90). Un des objectifs de la formation devait être d'aider les médecins à « s'approprier les outils portant sur les théories de changement de comportement » (91). En parallèle, il semblait important de renforcer la sensibilisation des médecins au PNNS (76,78,87). La question des perturbateurs endocriniens pouvait également être traitée lors de la formation (84,89).

e. Les outils

Des suggestions concernant les outils d'éducation nutritionnelle ressortaient dans ces travaux de recherche : « proposer des outils plus simples et plus accessibles, élaborés en concertation

avec les médecins généralistes », « améliorer les outils de communication (site internet dédié, courtes vidéos à disposition sur internet) », réaliser « un suivi organisé à l'aide d'applications internet », élaborer « un outil d'aide au suivi diététique par le généraliste », utiliser « un outil numérique centré sur le patient », avoir à disposition des patients « une application sur smartphone permettant un rappel des conseils alimentaires en complément au conseil oral (en étant sûrs d'avoir une information validée médicalement) » (79,82,89,93,94). Les patients avaient besoin de supports papier plus courts, moins contraignants et moins complexes ; ce qui aurait contribué à l'adhésion et à l'autonomisation des patients dans cette prévention (82,84,89). Une piste d'amélioration également citée était la mise en place par les autorités sanitaires « d'un test ou d'une fiche systématique » portant sur l'alimentation (89).

D'autres propositions étaient faites concernant la diffusion des outils auprès des médecins généralistes : « nécessité d'améliorer la communication et la diffusion des outils disponibles pour renforcer l'implication des médecins », « intérêt de poursuivre la diffusion de ces recommandations à l'ensemble de la population médicale de premier recours » et faciliter l'accès aux documents édités par le PNNS et l'Inpes (74,76,78,89,90).

f. L'orientation des patients

Des suggestions sur l'accompagnement des patients étaient citées dans ces thèses : « orienter vers d'autres professionnels », avoir « un lien éventuel avec le paramédical comme les infirmières d'éducation thérapeutique », proposer « le remboursement des diététiciens », s'interroger sur « le suivi nécessaire à cette prise en charge de prévention, sous la forme de consultation de groupe ou de conférence, développer « les réseaux de soins » (81,83,84,88–90).

g. Le rôle des intervenants extérieurs aux corps médicaux et paramédicaux

Il était suggéré à plusieurs reprises que le rôle de l'école, de la société (avec le travail et la culture) et de l'Etat (avec sa politique de santé et sa réglementation de la publicité), dans l'éducation nutritionnelle de la population, devait s'améliorer (79,81,84,89). Des médecins soulevaient par exemple le problème de « l'accessibilité financière aux produits issus de l'agriculture biologique » (89). Dans un autre écrit, les patients suggéraient la mise en place de taxes sur les produits sucrés et salés (79)

DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

A. L'éducation nutritionnelle

a. Une pluralité des points de vue des médecins et des patients

Toutes les études incluses dans la revue sauf une, qui portait sur un auto-questionnaire nutritionnel, étaient centrées sur les pratiques des médecins généralistes dans l'éducation nutritionnelle de leurs patients en France. D'une part, elles nous ont apporté un grand nombre de résultats pertinents sur ce que les médecins et les patients savaient, faisaient et attendaient sur ce sujet. D'ailleurs, nous avons remarqué une grande variabilité dans les convictions et les pratiques des médecins ainsi qu'une pluralité des attentes des patients. D'autre part, nous avons fait le constat que les résultats d'une grande partie des études étaient concordants entre eux.

b. L'éducation nutritionnelle, une prérogative de la médecine générale

Comme nous a montré la lecture des études de la revue, la médecine générale trouve parfaitement sa place pour aborder l'alimentation. Nous expliquons cette constatation par le fait que le médecin généraliste soit un professionnel de santé accessible à tous, qu'il connaisse ses patients, qu'il ait une relation de confiance avec eux et qu'il les suive régulièrement et sur une longue période. Le rythme de la prise en charge en médecine générale semble répondre au besoin de temps nécessaire pour avoir des changements de mode de vie dans le domaine de la santé.

De plus, la majorité des patients et des médecins considérait que le médecin généraliste devait avoir un rôle de référent dans l'éducation nutritionnelle, de relais des informations nutritionnelles, d'éclaireur concret sur le sujet et d'accompagnateur aux changements d'habitudes alimentaires. Les médecins généralistes peuvent également contribuer à réduire les inégalités sociales d'accès à une alimentation saine et durable. En ayant une vision plus globale, nous pouvons affirmer que les médecins généralistes ont une position d'accompagnement des environnements familiaux et sociaux, des médias, des écoles et des pouvoirs publics dans l'éducation nutritionnelle de la population.

c. Un état des lieux de l'abord de l'alimentation paradoxal

L'ensemble de ces écrits publiés ces dix dernières années sur l'abord de l'alimentation en médecine générale a confirmé l'importance de cette thématique. Les médecins reconnaissaient globalement l'importance de la nutrition sur la santé. Comme nous venons de le souligner, la médecine générale bénéficie d'une place stratégique pour l'éducation nutritionnelle. Enfin, dans une étude de 2016 sur les attentes des patients, 90 % des 485 patients inclus étaient demandeurs de conseils alimentaires par leur médecin généraliste à la fois pour les adultes et pour les enfants.

Cependant, l'intégration de l'alimentation dans la pratique des médecins généralistes était moins évidente. Seulement une consultation de médecine générale sur cinq donnait lieu à des conseils alimentaires et 20 % uniquement des consultations de renouvellement d'ordonnance ou de suivi donnaient lieu à des conseils alimentaires. De plus, il est possible que les chiffres aient été surévalués du fait notamment du biais de recrutement. Enfin, le temps moyen réservé au conseil nutritionnel lors d'une consultation de médecine générale non dédiée à ce sujet était de trois minutes. Nous nous sommes interrogés sur une étude de 2013 dont les résultats montraient que la nutrition était fréquemment abordée : environ 30 % des consultations de la base de données faisaient l'objet d'un message nutritionnel. Dans cette étude, la durée moyenne du message était proche de cinq minutes et il venait aussi bien du praticien que du patient. Ces résultats sont différents des informations retrouvées dans les autres études. Cette discordance peut s'expliquer par le biais de sélection présent dans ce travail de 2013. En effet, seulement quatre médecins généralistes étaient recrutés et deux d'entre eux étaient des universitaires. Un des quatre médecins avait une activité axée vers la nutrition et un autre médecin avait une activité axée vers la psychothérapie. Ces éléments nous incitent à penser que ces résultats sont surévalués.

d. Un manque d'intérêt pour les médecins généralistes pour l'éducation nutritionnelle, perçue comme difficile et contraignante

Il ressort de cette revue une grande variabilité dans les pratiques ainsi que dans la place accordée à la nutrition par les médecins. Elle pouvait avoir une place annexe ou bien une place primordiale dans leur exercice. Globalement, les études montraient un intérêt plutôt limité des médecins pour la nutrition.

De plus, les médecins se heurtaient à de nombreux freins pour réaliser une éducation nutritionnelle qualitative. L'analyse des thèses montre un point essentiel : ils avaient de plus en plus de missions à réaliser alors qu'ils manquaient de temps. D'ailleurs, ce constat s'amplifiait avec la raréfaction de l'offre médicale. De surcroît, ils se sentaient mal à l'aise du fait de leur manque de qualification sur le sujet et du manque d'outils adaptés à leur disposition. Accompagner le patient dans des changements de comportement était vécu comme une tâche difficile et inefficace. Le manque de valorisation financière de cet acte de prévention chronophage était également cité. Un autre élément marquant est qu'environ quinze ans après la création du PNNS, la grande majorité des médecins ignorait l'essentiel synthétique des recommandations de celui-ci. Cela nous interroge sur la diffusion auprès des médecins de ces données nutritionnelles scientifiques.

L'éducation nutritionnelle était souvent associée à des termes négatifs par les praticiens comme difficile, inefficace, non valorisée et vue comme facteur d'allongement de la durée de la consultation. Les médecins se sentaient globalement découragés et en difficulté dans leur mission nutritionnelle contraignante.

e. La nécessité de sensibiliser les médecins et les patients à la prévention primaire

Les conseils nutritionnels étaient majoritairement délivrés par les praticiens en prévention secondaire voire en prévention tertiaire. Ce sujet était abordé principalement en cas de diabète, d'écarts pondéraux, de dyslipidémie, d'hypertension artérielle, de goutte et de pathologies locomotrices. Si absence de surpoids, de pathologie ou de demande du patient, les médecins ne donnaient pas de conseils alimentaires.

L'intérêt porté par les médecins et les patients sur la question de l'abord de l'alimentation en prévention primaire était très variable selon les individus. Cela montre que la prévention primaire est encore difficile à appréhender, aussi bien du côté des médecins que du côté des patients. Ceci peut en partie s'expliquer par le fait que le médecin soit encore fortement associé à sa pratique curative de la médecine. Ceci peut également se justifier par le fait qu'il n'est pas toujours aisé en pratique de distinguer les différents niveaux de prévention notamment dans le cadre de l'alimentation.

Néanmoins, de nouvelles tendances ont été constatées chez les nouvelles générations de médecins et de patients avec un intérêt grandissant pour la prévention primaire. Il semble donc

y avoir une prise de conscience des médecins et des patients sur ce sujet de la prévention nutritionnelle. Pour autant, son intégration dans la pratique est moins évidente à l'heure actuelle.

Au vu de cette analyse, il nous paraît essentiel d'agir sur les freins afin que l'éducation nutritionnelle s'améliore en médecine générale, qu'elle soit réalisée de manière plus systématique et plus qualitative et en parallèle, que celle-ci prenne de plus en plus de place en prévention primaire dans l'exercice de la médecine générale.

B. Les pistes d'amélioration

Grâce aux nombreuses suggestions énumérées dans les études de notre revue, nous avons pu faire des propositions afin d'améliorer l'éducation nutritionnelle en médecine générale.

a. La formation des médecins généralistes sur la nutrition

Afin d'aider les médecins généralistes dans leur rôle d'éducation à l'alimentation, les études de notre revue suggéraient de renforcer la formation médicale sur la thématique de la nutrition tout au long du cursus (formation initiale et continue).

D'une part, il paraît indispensable de rappeler aux étudiants en médecine et aux médecins les enjeux médicaux, environnementaux et éthiques de l'alimentation. Il est également nécessaire de les sensibiliser à l'intérêt de la prévention primaire tant sur le plan médical qu'économique et aux actions de promotion de la santé en général. Il est souhaité que la formation aborde les recommandations nutritionnelles en situation physiologique et pathologique (PNNS, HAS...). Les médecins doivent également pouvoir se familiariser avec les outils d'aide à l'éducation nutritionnelle. Enfin, le cursus médical doit permettre l'apprentissage des techniques d'aide aux changements de comportement des patients dont celles de l'entretien motivationnel. La formation continue permettrait, elle, une mise à jour des connaissances dans ce domaine.

D'autre part, les soignants souhaitaient que cette formation soit plus pratique avec la nécessité de réaliser un stage hospitalier dans un service d'endocrinologie, de nutrition ou de maladies métaboliques au cours du cursus médical initial.

Nous sommes d'avis que ces perspectives d'amélioration de la formation médicale en nutrition peuvent contribuer à une meilleure adhésion et implication des médecins au sujet de l'éducation nutritionnelle.

b. La notion de moments propices aux conseils nutritionnels

L'alimentation est un facteur protecteur et un facteur de risque de nombreuses pathologies. Ainsi, en théorie, la prévention primaire par l'alimentation doit concerner toute la population. Idéalement, le médecin généraliste peut réaliser cette prévention primaire auprès de tous ses patients. Cependant, au vu de l'état des lieux de l'éducation nutritionnelle en médecine générale, cela est illusoire. De manière réaliste, il semble plus adapté d'aborder l'alimentation en prévention primaire lors de moments propices.

Dans notre revue, les médecins abordaient le plus souvent l'alimentation lors de la surveillance du poids et de l'analyse des résultats biologiques.

Sans surprise, la synthèse des résultats montre l'importance d'une prévention précoce. Ceci permet d'avoir des habitudes alimentaires saines dès le plus jeune âge et d'éviter l'apparition de pathologies type surpoids ou obésité dès l'enfance. Le médecin généraliste doit donc cibler les enfants et les adolescents. Nous avons fait le choix de focaliser notre revue sur la patientèle adulte. Il nous semble donc pertinent de cibler cette jeune population à travers les parents lors des consultations dédiées à leurs enfants ou bien à travers les jeunes adultes qui deviendront un jour parents. Ceci a encore plus de sens étant donné que l'environnement familial est un déterminant majeur dans l'éducation nutritionnelle. Ces jeunes adultes peuvent aussi être concernés lors des consultations de renouvellement de la contraception, lors des rappels vaccinaux et lors des certificats de non contre-indication à la pratique du sport.

Un point essentiel est de repérer d'autres moments-clés où l'impact de l'intervention nutritionnelle du médecin généraliste sera majeur. Le médecin doit être particulièrement vigilant aux périodes propices aux changements d'hygiène de vie du patient : la parentalité, la ménopause, le sevrage tabagique, les arrêts de travail de longue durée surtout si travail actif, les changements de travail.

Deux situations physiologiques sont également adéquates : la grossesse et la gériatrie.

Enfin, devant la nécessité de répétition et de l'évolution des habitudes alimentaires au cours du temps, il est adapté de réaliser cette prévention nutritionnelle lors des renouvellements d'ordonnance.

Nous avons souhaité récapituler ces moments propices à l'abord de l'alimentation en prévention primaire chez l'adulte :

- Thématique de l'alimentation abordée par le patient
- Modification du poids
- Analyse de résultats biologiques
- Consultations dédiées au suivi de l'enfant (diversification alimentaire, modification des habitudes de vie à l'arrivée d'un enfant)
- Consultations des jeunes adultes : renouvellement de la contraception, rappels vaccinaux, certificats de non contre-indication au sport
- Sevrage tabagique
- Changements professionnels : arrêts de travail de longue durée surtout si travail physique, changement de travail
- Au cours de la grossesse et après la grossesse
- Ménopause
- Consultation de gériatrie
- Renouvellement d'ordonnance

Concernant la prévention secondaire ou tertiaire, les moments d'abord de l'alimentation sont essentiellement lors des consultations en rapport avec la ou les pathologies dont l'alimentation fait partie de la prise en charge (suivi du poids, résultats d'examens, renouvellements d'ordonnance...). Cette prise en charge nutritionnelle curative a évidemment des spécificités selon la pathologie considérée.

c. L'abord de la nutrition dans la pratique des médecins généralistes

Les patients souhaitent que les médecins fassent le premier pas pour parler de l'alimentation. Ceci semble être en adéquation avec la pratique des médecins, qui déclaraient être à l'initiative des conseils alimentaires dans plus de trois quarts des cas. Les médecins doivent donc avoir une attitude active avec notamment l'initiation du conseil nutritionnel pendant la consultation.

Pour augmenter leur impact, il est préférable que les conseils nutritionnels soient délivrés de manière répétée et sur le long terme. Cela peut être initié sous la forme d'une intervention brève type conseil minimal.

En parallèle, nous souhaitons insister sur une solution qui contourne l'obstacle majeur de l'allongement de la durée de consultation : la consultation dédiée. Cette proposition était déjà appliquée par certains médecins généralistes et était suggérée dans plusieurs études. Il peut s'agir d'une consultation dédiée à l'alimentation exclusivement ou bien d'une consultation dédiée à la prévention avec des échanges sur l'état de santé global du patient et avec la promotion d'habitudes de vie saines. Cette consultation dédiée est complémentaire du conseil minimal délivré lors d'une consultation non dédiée. D'ailleurs, le médecin généraliste peut proposer ce type de consultation à son patient lors de son intervention brève. Pour promouvoir la réalisation de ces consultations dédiées, nous pouvons éventuellement envisager l'envoi d'un courrier systématique par l'Assurance Maladie aux patients, dans une certaine tranche d'âge, au même titre que les dépistages de certains cancers (ou via d'autres canaux de communication). La création d'une cotation particulière peut également inciter l'organisation de cette consultation dédiée. De manière plus générale, il semble nécessaire de revaloriser les actions de prévention en médecine. Malheureusement, dans le contexte actuel de raréfaction de l'offre médicale, il paraît difficile d'accorder ces consultations supplémentaires aux patients.

d. Le message nutritionnel

Grâce à notre synthèse des études, nous proposons différents éléments afin que le message nutritionnel soit le plus qualitatif possible. Il est essentiel que le médecin se positionne dans un rôle d'accompagnement et d'encouragement de ses patients, en pratiquant l'écoute active et le renforcement positif.

Pour que l'éducation nutritionnelle soit plus efficace, il est souhaitable qu'elle soit individualisée en prenant en compte l'âge, le niveau socio-économique, les croyances, les connaissances, les préférences, les habitudes alimentaires et la ou les motivations du patient. Nous retrouvons ici la notion fondamentale de l'approche médicale centrée sur le patient et contextualisée.

L'impact de l'alimentation sur la santé est très souvent flou pour les patients. Il semble primordial de leur rappeler les différentes fonctions de l'alimentation. Le médecin doit leur expliquer l'intérêt des aliments sur la santé et les conséquences d'une alimentation inadaptée. Il peut également leur parler des enjeux environnementaux et économiques. Cela va permettre de les sensibiliser à la fois à la prévention primaire et à la fois à la prise en charge thérapeutique en cas de pathologie liée à l'alimentation. Par exemple, il peut s'agir de mettre en lien les

apports en alcool et en sel avec la présence ou le déséquilibre d'une hypertension artérielle ou bien de limiter les graisses saturées et de favoriser les acides gras insaturés pour prévenir une dyslipidémie.

Les patients étaient demandeurs d'une information claire et concise. Les informations délivrées étaient souvent celles du PNNS, programme considéré comme l'outil stratégique de l'éducation nutritionnelle en prévention primaire et aussi applicable en prévention secondaire en apportant des éléments propres à la pathologie traitée. Dans une étude quantitative, plus d'un tiers des patients était demandeur de conseils portant sur la cuisson des aliments, l'assaisonnement des plats, le nombre de repas à prendre par jour, le grignotage. Comme mentionné dans la revue, il était conseillé de ne pas délivrer uniquement des messages restrictifs. Comme préconisé dans le PNNS 4, il est important d'articuler son message nutritionnel autour de ces trois notions : augmenter, aller vers, réduire. Il semble important d'expliquer l'intérêt du logo Nutri-Score aux patients (non mentionné dans la revue). Enfin, les patients souhaitaient que leur médecin leur fixe des objectifs.

Les patients demandaient régulièrement un régime détaillé. D'une part, il semble adapté de leur rappeler les principes d'un bon équilibre alimentaire. Concrètement, le médecin peut leur remettre un livret, une brochure ou un tableau montrant les repères de consommation comme ceux du PNNS, l'assiette santé et des précisions sur les portions alimentaires. D'autre part, il semble cohérent de leur expliquer qu'il n'y a ni aliment interdit, ni aliment miracle.

Dans les études, les notions de faim, rassasiement et satiété ne nous semblaient pas avoir été évoquées mais elles nous paraissent importantes à expliquer aux patients.

Le conseil doit être délivré sous format oral avec le plus souvent possible la remise d'un support papier ou numérique au patient pour une meilleure adhésion. Ces supports conseillés par leur médecin complètent les informations données oralement et servent d'aide-mémoire aux patients. Ces outils peuvent leur permettre de s'autonomiser dans leur prise en charge nutritionnelle. De plus, la délivrance de ces supports papier permet de répondre à la demande de prescription des patients si importante aux yeux de certains d'entre eux.

Enfin, les médecins doivent penser à orienter leurs patients vers des nutritionnistes ou endocrinologues (ce sont des médecins) ou vers des diététiciens (ce ne sont pas des médecins) selon les antécédents du patient, si par exemple les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints, si les patients sont demandeurs ou s'ils ne sont pas en capacité de prodiguer les conseils

alimentaires adaptés. Dans le cadre de la prévention secondaire ou tertiaire, ils peuvent également collaborer avec un infirmier ASALEE, formé entre autres dans l'éducation thérapeutique. Pour faciliter cette orientation, les médecins généralistes doivent connaître le réseau de proximité de professionnels spécialisés en nutrition. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) peuvent aussi être un relais dans l'action des médecins généralistes via la création de protocoles type circuits comme par exemple : consultation dédiée à la nutrition par le médecin généraliste puis consultation par un diététicien. Devant la raréfaction de l'offre médicale, peut se poser la question d'un remboursement même partiel par la Sécurité sociale de la consultation par un diététicien, même si cela peut paraître utopique.

e. Les outils d'aide à l'éducation nutritionnelle

Le poids était utilisé comme l'outil principal d'abord de la nutrition. Le poids était souvent considéré comme le reflet des habitudes alimentaires des patients, d'après les études de notre revue. Il s'agit en effet d'une donnée essentielle mais non suffisante. Il nous semble pertinent de continuer à inciter les médecins généralistes à peser leurs patients systématiquement, à être attentifs à l'évolution de leur poids et à calculer leur IMC (penser donc à mesurer les patients). Désormais, l'IMC est calculé systématiquement sur les logiciels médicaux. Ces logiciels permettent parfois la visualisation de la courbe pondérale, ce qui peut être plus informatif à la fois pour le médecin et le patient. Le disque de calcul de l'IMC peut également être plus visuel pour le patient. Nous évoquons ici un autre paramètre clinique, non cité dans les études : le périmètre abdominal. Celui-ci permet d'évaluer le tissu adipeux viscéral et est considéré comme un bon marqueur du risque cardiovasculaire et métabolique, tout particulièrement chez les sujets en surpoids et dans l'obésité modérée. Il ne nous semble pas être l'outil le plus indispensable pour aborder l'alimentation.

Un obstacle fréquent à l'éducation nutritionnelle était le manque de connaissances sur les outils adaptés. L'éducation nécessite du matériel pédagogique. Concernant les supports papier à remettre aux patients, ils doivent être courts, simples et visuels. Etaient cités dans les études les documents édités par le PNNS et l'Inpes ou l'assiette santé. Les médecins présentaient également des difficultés dans l'accès aux brochures et aux livrets à remettre aux patients ou bien aux affiches à mettre dans leur salle d'attente. Une idée peut être de pouvoir les commander sur le service en ligne de l'Assurance Maladie réservé aux professionnels de santé Amelipro

comme c'est le cas par exemple pour les tests rapides de l'angine ou les kits de dépistage du cancer colorectal.

Il nous semble également pertinent de proposer des outils interactifs aux patients. Il peut s'agir de documents où le patient renseigne ses habitudes alimentaires. Dans notre revue étaient cités le calendrier alimentaire (rempli sur trois jours consécutifs par exemple) ou l'auto-questionnaire NAQAPNNS. Ces outils donnent une idée plus précise des pratiques alimentaires des patients. Ils peuvent ainsi permettre plus facilement de repérer les points d'amélioration. Le calendrier alimentaire semble plus difficile à mettre en place car il demande au patient d'être rigoureux dans le remplissage et au médecin d'analyser les données. L'auto-questionnaire NAQAPNNS permet d'évaluer les habitudes alimentaires du patient par rapport aux repères de consommation du PNNS. Il permet d'identifier les patients ayant un déséquilibre alimentaire et aide à fixer des objectifs personnalisés. Il est simple et sa durée de remplissage est de dix minutes. Il est utile que le NAQAPNNS, publié en 2013, soit mis à jour avec les données du dernier PNNS et soit rendu accessible aux médecins généralistes. Une suggestion peut être de demander aux patients de remplir ces outils chez eux et de revenir avec pour une consultation dédiée à ce sujet.

Nous souhaitons rappeler que l'éducation nutritionnelle comprend notamment le repérage de pratiques alimentaires délétères pour la santé, pour ensuite inciter le patient à les modifier. Dans cet objectif de repérage, il peut être intéressant de créer un questionnaire afin d'obtenir un score d'adéquation aux recommandations nutritionnelles. Avoir ce type d'outil est utile en pratique courante. Il peut par exemple être intégré dans le dossier informatique du patient au même titre que les autres facteurs de risque comme la sédentarité ou le tabagisme. Ce questionnaire peut être éventuellement envoyé aux patients par l'Assurance Maladie dans une tranche d'âge ou dans un type de population. Une thèse de notre revue s'était justement basée sur un « score de recommandations alimentaires », créé spécialement pour ce travail. Il peut s'agir d'un questionnaire type NAQAPNNS, cité dans notre revue, en version plus courte pour que le praticien puisse le réaliser en routine.

Enfin, l'abord de la nutrition est évidemment impacté par les nouvelles technologies. Les médecins et les patients étaient de plus en plus demandeurs d'outils numériques. Le site dédié au PNNS www.mangerbouger.fr et sa version professionnelle www.mangerbougerpro.fr étaient semble-t-il nettement sous utilisés en pratique. Ces sites sont pédagogiques et apportent de multiples informations sous différents supports. Notre travail de synthèse a permis de mettre en évidence trois sites internet dédiés à la nutrition en médecine générale dont deux qui sont

fonctionnels à l'heure actuelle. Nutritioclic (Nutritioclic.com) et nutriclic (<https://nutriclic.wixsite.com/conseil>). Ils permettent d'avoir un accès facile à des fiches thématiques et sont utilisables à tous les niveaux de prévention. Les médecins et les patients doivent pouvoir accéder facilement à ces sites via des boîtes à outils en ligne par exemple.

f. Rôle de l'Etat, de l'école et des moyens de diffusion

Comme nous l'avons analysé, les médecins généralistes ont un rôle privilégié dans l'éducation nutritionnelle des patients. L'Etat, l'école et les moyens de diffusion, eux, ont un rôle primordial dans l'éducation nutritionnelle de la population. Pour citer un exemple concret, les messages nutritionnels les mieux connus par les patients mais aussi par les médecins étaient ceux relayés dans les médias sur la consommation d'au moins cinq fruits et légumes par jour.

Etant donné le contexte épidémiologique des maladies liées à la nutrition, les coûts de santé induits et l'impact environnemental de l'alimentation, il semble indispensable que l'investissement de l'Etat soit plus important. Il doit agir au niveau des médecins en leur redonnant du temps notamment pour les actions de prévention. Ceci peut se faire via l'augmentation du nombre de médecins en exercice. D'une manière plus générale, il est nécessaire que l'Etat accorde plus de la place à la prévention, pour permettre entre autres une meilleure implication de la population dans la préservation de sa santé.

2. Confrontation des résultats à la littérature

D'après notre revue, 20 % des consultations de médecine générale donnaient lieu à des conseils alimentaires. Ce résultat rejoint celui de l'étude NUTRIMEGE de 2008, sur l'éducation nutritionnelle en médecine générale en France, qui montrait que l'alimentation était abordée dans seulement 22 % des consultations (62). La fréquence d'abord de l'alimentation en médecine générale ne semble donc pas avoir augmenté ces dernières années. Dans cette étude française de 2008, les conseils diététiques étaient délivrés majoritairement oralement, de manière brève et principalement en prévention secondaire. Nous avons retrouvé ces mêmes éléments dans notre travail de recherche. Nous constatons qu'il ne semble pas y avoir eu de grande évolution depuis 2008 dans la pratique des médecins généralistes concernant les conseils nutritionnels.

De plus et en adéquation avec notre synthèse, la revue de 2019 « Les médecins : acteurs privilégiés de la promotion de la santé » publiée par Aprifel expose que les médecins de famille sont les mieux placés pour aborder l'alimentation avec les patients (67). Cette étude ajoute également que, selon une revue systématique australienne de 2013, les interventions nutritionnelles effectuées par les médecins généralistes pouvaient fortement améliorer les comportements nutritionnels des patients (96). Ce résultat nous conforte dans la réalisation de notre travail de recherche.

Quant aux attentes des patients, il ressortait de notre revue que les patients étaient demandeurs de conseils alimentaires et ce, essentiellement en prévention secondaire. La revue, intitulée « Les médecins face aux défis de la nutrition », publiée par Aprifel en 2017 appuie ce résultat puisque 80 % des patients souhaitaient des conseils en cas de pathologie liée à la nutrition (68). Ce résultat montre, tout comme dans notre étude, que les patients restent peu sensibilisés à la prévention primaire.

Notre synthèse de la littérature a montré que l'intervention brève était l'approche la plus utilisée pour délivrer des conseils nutritionnels aux patients. Nous avons retrouvé plusieurs études attestant de son efficacité. Une étude interventionnelle de 2009 a permis de mettre en évidence qu'un conseil court donné en médecine générale était efficace sur la consommation de calcium des adolescents six mois plus tard (97). Selon une étude italienne de 2009 incluant 713 adultes atteints d'hypercholestérolémie, une brève séance d'éducation, personnalisée et informelle sur l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique, par leur médecin, était associée significativement à une réduction du niveau de cholestérol total et du risque cardiovasculaire global au cours d'un suivi de 54 jours (98). Un essai contrôlé randomisé réalisé en Italie par Sacerdote C. et al. et publié en 2005 a prouvé qu'une intervention éducative même brève par des médecins généralistes accompagnée d'une brochure pouvait induire de multiples changements de régime alimentaire (99). De plus, une revue systématique australienne publiée en 2017 sur l'efficacité des interventions nutritionnelles brèves sur les comportements alimentaires chez l'adulte a souligné que de brèves interventions, adaptées et pédagogiques, pouvaient améliorer les comportements alimentaires à court terme. Les interventions fournissant une éducation avec une composante personnalisée ou pédagogique, comme un retour d'information par exemple, étaient plus efficaces que l'éducation seule ou des conseils non personnalisés (100). Cette revue systématique renforce notamment notre proposition d'utiliser fréquemment des outils interactifs comme un auto-questionnaire type NAQAPNNS. Enfin, une étude française réalisée en 2015 sur les habitudes alimentaires dans la cohorte

Constances (cohorte épidémiologique « généraliste ») a montré que l'équilibre alimentaire perçu était significativement associé à l'adéquation aux recommandations nutritionnelles françaises du PNNS (101). La perception de l'alimentation avait été mesurée par la question « Pensez-vous que votre alimentation est équilibrée ? », question qui peut tout à fait se poser en consultation.

Concernant les freins des médecins généralistes, ceux présents dans notre revue s'avèrent être les mêmes que ceux cités dans les études du début des années 2000 (60,61,64). Ce constat permet d'insister une nouvelle fois sur la nécessité d'intervenir rapidement sur ces difficultés émises par les médecins quant à l'éducation nutritionnelle.

Une interne s'est justement emparée de la problématique du manque de qualification des praticiens sur la nutrition, en créant et en réalisant en 2012 une formation de diététique à destination des internes de médecine générale de la faculté de Tours (102). En amont, elle avait effectué une analyse des besoins de formation. Le but de la formation était d'apporter des outils concrets pour la réalisation de l'éducation diététique en consultation. Cette formation a été jugée utile par les internes qui en ont bénéficié. L'évaluation immédiate puis à six mois a mis en évidence une mise en pratique de l'entretien motivationnel avec tout de même un besoin d'approfondissement des connaissances et de manipulation des outils. De plus, l'étude « Généralistes et Promotion de la Santé » de 2018 avait montré que les médecins souhaitaient être formés prioritairement sur la nutrition (103).

Un des principaux obstacles à l'éducation nutritionnelle était le manque d'outils à disposition des médecins généralistes. Nous avons trouvé d'autres supports que ceux cités dans notre revue et qui nous ont paru pertinents. D'une part, les médecins généralistes peuvent facilement s'approprier la fiche synthétique récente réalisée par Santé publique France sur l'essentiel des recommandations alimentaires (annexe 10) (104). Cette fiche présente d'ailleurs un encart « Comment parler d'alimentation à vos patients ? », utile pour la pratique des médecins. L'association Aprifel a développé des fiches pratiques, basées sur les consensus scientifiques relatifs à l'alimentation et à la prévention des maladies chroniques, destinées entre autres aux médecins généralistes (105). L'une d'elle se nomme « A quel moment aborder la nutrition lors des consultations avec les patients ? ». Les praticiens peuvent remettre aux patients une fiche de conseils pour l'alimentation publiée par la HAS qui cite des éléments intéressants sur l'environnement alimentaire (annexe 11) (106). Elle se destine initialement aux patients obèses mais les conseils généraux inscrits sont tout à fait applicables dans la population générale. Au

cours de sa consultation, le médecin peut se rendre sur le site internet « Prévencliv », spécialisé dans la prévention et utilisable par tous les professionnels de santé (107). Ce site est réalisé par une équipe pluriprofessionnelle de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Pays de la Loire. Il présente un onglet alimentation dans lequel se trouve un arbre à questions, qui permet de simplifier l'abord de l'alimentation comme : « Au niveau de l'alimentation, où en êtes-vous ? Je pense que faire le point sur l'alimentation pourrait être bénéfique pour votre santé. Est-ce que vous voulez qu'on en parle maintenant ou plus tard ? ». Il a également le mérite de proposer différents supports pour les médecins et pour les patients (affiches, brochures, sites internet...). Nous pouvons aussi insister sur la boîte à outils numérique « Kit Médical » (108). Celle-ci propose des ressources en nutrition pour les médecins comme par exemple les sites « Obésicliv » d'aide à la prise en charge de l'obésité de l'adulte (avec un onglet diététique) et « Végécliv » d'aide à la prise en charge nutritionnelle des patients végétariens, ou bien une fiche de conseils hygiéno-diététiques en cas d'hypercholestérolémie (109–111). Des supports numériques peuvent également être proposés aux patients, par exemple l'application « dieteclic » est centrée sur l'alimentation à travers des fiches pédagogiques sur les conseils nutritionnels de base ou la taille des portions (112). En outre, ces dernières années se sont développées des applications qui permettent de scanner puis analyser la qualité des produits alimentaires comme « yuka », « scanup », « openfoodfacts » (113–115).

3. Proposition d'une plaquette informative destinée aux médecins généralistes

En réponse à l'objectif secondaire de ce travail, nous avons réalisé une plaquette informative sur l'alimentation à destination des médecins.

Nous avons pu proposer cet outil grâce à ce travail de synthèse et de confrontation à la littérature existante. La plaquette résume les modalités d'intervention du médecin généraliste dans l'éducation nutritionnelle de ses patients, à travers les notions de repérage, de conseil et de suivi.

Dans notre revue, les médecins considéraient que le manque d'outils était un obstacle. Le but de ce support papier est ainsi de les aider à aborder l'alimentation avec leurs patients.

Figure 2 : Plaquette informative destinée aux médecins généralistes.



QUELLES INFORMATIONS RECUEILLIR ?

OBJECTIFS = REPERER LES POINTS D'AMÉLIORATION + DELIVRER DES CONSEILS PERSONNALISÉS

- Habitudes alimentaires
- Croyances et connaissances sur le sujet
- Niveau socio-économique
- Motivations
- Facteurs limitant la mise en place d'une alimentation saine

Exemples : « Que savez-vous sur l'alimentation ? », « En quoi une alimentation saine vous semble-t-elle difficile ? »

QUELLES INFORMATIONS TRANSMETTRE ?

CONSEILLER = ADAPTER LES RECOMMANDATIONS (ALIMENTATION EQUILIBREE ET DIVERSIFIEE) AUX SINGULARITES DES PATIENTS

- Rôle de l'alimentation sur la santé + plaisir de manger + équilibre apports par alimentation / dépenses par activité physique
- Notions de faim / satiété, de rythme et d'environnement alimentaire (manger en conscience, convivialité...)
- Pas de régime mais se baser sur les repères de consommation du Programme national nutrition santé PNNS 4 (proche du modèle méditerranéen), articulés autour de 3 notions :
 - ✓ **AUGMENTER** : fruits et légumes / légumes secs / fruits à coque / fait maison / activité physique
 - ✓ **ALLER VERS** : féculents complets / poissons gras, maigres / huiles colza, noix, olive / produits laitiers / aliments de saison, locaux / bio
 - ✓ **REDUIRE** : charcuterie / produits gras, sucrés, salés / sel / alcool / viande rouge / Nutri-Score D et E / temps passé assis

- Quantités alimentaires : portions + assiette équilibrée (assiette santé)
- Conseils complémentaires : mode de cuisson, assaisonnement, eau, substituer légumes frais par légumes surgelés / conserves (gain de temps / argent), Nutri-Score « mieux manger en un coup d'œil », grignotage...
- Conseils courts et ciblés
- Pas de conseils uniquement restrictifs, pas d'aliment interdit ou d'aliment miracle
- Si pathologie (liée à l'alimentation) : notions supplémentaires à aborder et rappeler que les médicaments ne remplacent pas la nutrition

Exemples : surpoids ou obésité, notion de perte de poids durable avec réduction des apports énergétiques / diabète : notion d'index glycémique bas / dyslipidémie : notion d'acide gras saturés, insaturés et triglycérides / HTA : réduction de la consommation de sel et d'alcool...

- Orientation vers un spécialiste de la nutrition si nécessaire : médecins (endocrinologues ou nutritionnistes), diététiciens ou vers les infirmiers ASALEE / réseaux de soins (si pathologie)

QUELS SUPPORTS PEDAGOGIQUES UTILISER ?

(liste non exhaustive)

➤ PAPIER :

- ✓ Disque calcul IMC (annexe 12)
- ✓ Affiches : repères PNNS et facteurs nutritionnels prévention cancers (annexe 13)
- ✓ Brochure repères PNNS (annexe 14)
- ✓ Pyramide alimentation type méditerranéen HAS (annexe 5)
- ✓ Fiche de conseils alimentation avec environnement alimentaire HAS (annexe 11)
- ✓ Brochure 50 petites astuces manger mieux bouger plus (annexe 15)
- ✓ Brochure Nutri-Score (annexe 4)
- ✓ Fiche de classement alimentaire (annexe 16)
- ✓ Assiette santé (annexe 17)
- ✓ Portions alimentaires (annexe 18)
- ✓ Calendrier alimentaire (annexe 19)
- ✓ Auto-questionnaire nutritionnel (annexe 20)
- ✓ Prescription sur une feuille de conseils personnalisés (exemples : « continuer d'utiliser l'huile d'olive pour la cuisson et l'huile de colza pour la salade, augmenter votre consommation de fruits et légumes »)
- ✓ Evaluation du stade de changement (annexe 21)
- ✓ Où commander certains documents ?
Pour information, l'Inpes a été remplacé par Santé publique France en 2016.
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/outils/#tabs>

➤ NUMERIQUE :

- ✓ Fiche sur l'essentiel des recommandations sur l'alimentation pour les professionnels de santé de Santé publique France (annexe 10)
- ✓ Fiches pratiques nutrition et santé d'Aprifel pour les professionnels de santé
<https://www.aprifel.com/fr/article-dossier/fiches-sante-medecins/>
- ✓ Boîte à outils en ligne pour les professionnels de santé onglet alimentation avec arbre à questions pour l'entretien <https://www.prevencliv.fr/index-0-6-0>
- ✓ Site manger bouger version pour les professionnels de santé
<https://www.mangerbouger.fr/ressources-pros>
- ✓ Site manger bouger pour les patients <https://www.mangerbouger.fr/>
- ✓ La fabrique à menus pour les patients <https://fam.mangerbouger.fr/manger-mieux/la-fabrique-a-menus/recettes?diet=ALL&page=1>
- ✓ Site centré sur la nutrition pour les médecins avec des fiches conseil imprimables
<https://nutriclic.wixsite.com/conseil>
- ✓ Site sur la nutrition pour les patients et les praticiens <https://nutritioclic.com/>
- ✓ Site/application sur l'alimentation pour les patients (entretien motivationnel, conseils nutritionnels de base, taille des portions) <https://www.dieteclic.com/>
- ✓ Site/application de ressources en nutrition pour les médecins
https://app.kitmedical.fr/ressource_cat/endocrino-nutrition/ avec par exemple <http://www.obesiclic.fr/> sur la prise en charge de l'obésité chez les adultes, <https://vegeclic.com/> avec des informations pour les patients végétariens...
- ✓ Applications de scanner de code-barres des produits alimentaires pour analyser l'impact santé et environnement <https://yuka.io/>, <https://scanup.fr/>, <https://fr.openfoodfacts.org/>

4. Limites et forces de l'étude

A. Limites de l'étude

Tout d'abord, ce travail a consisté en une revue narrative de la littérature. La recherche bibliographique n'a donc pas été exhaustive. Une des faiblesses de ce travail vient de la méthodologie dont la puissance est modeste avec un grade de recommandation C, selon la grille de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (116). Bien qu'argumentée de façon cohérente, cette revue reflète le jugement de l'auteur et reste, par ce fait, subjective. Cette recherche a été effectuée par un seul auteur, ce qui a pu conduire à un biais de sélection des études. Cette thèse a été effectuée avec rigueur. Cependant, elle est le premier travail de revue narrative de la littérature de l'auteur d'où l'existence éventuelle d'un biais d'interprétation. Cette revue était également sujette au biais de publication. Toutefois, ce travail n'avait pas pour volonté de se substituer à une véritable revue systématique de la littérature. Le fait d'avoir choisi une revue narrative est concordant dans un contexte de problématique complexe où nous cherchons à clarifier un sujet.

Deuxièmement, concernant les critères de sélection, les articles de sources étrangères n'ont pas été pris en compte. En effet, ce travail se focalisait sur l'éducation nutritionnelle, sujet étroitement lié à la culture alimentaire française, au programme français PNNS et à l'Etat français. Ceci a créé un biais de langue de publication. L'exclusion des articles publiés avant 2012 a également pu entraîner une perte d'information. Les enfants ont été exclus de la population d'étude pour une question de faisabilité de ce travail. Il n'en demeure pas moins que l'éducation nutritionnelle doit se faire le plus précocement possible.

Troisièmement, à propos du sujet de cette thèse, la définition du terme nutrition s'est avérée être ambiguë. La conception moderne de la nutrition intègre l'alimentation et l'activité physique. Il a été décidé de conserver la terminologie nutrition, notamment à travers la combinaison « éducation nutritionnelle ». Aussi, devant la présence de travaux similaires portant sur l'activité physique, ce travail est resté centré sur l'alimentation. Le choix a été fait de ne pas axer la revue sur une ou des pathologies en particulier (obésité, diabète...), ni sur des situations physiologiques en particulier (grossesse, gériatrie). L'objectif était de mettre en avant les fondements de l'éducation nutritionnelle en médecine générale.

Enfin, toutes les études incluses avaient un faible niveau de preuve scientifique (116). Aucune étude n'était interventionnelle. De nombreux biais existaient dans la plupart d'entre elles. Dans

plusieurs études de la revue, la distinction entre la prévention primaire et les autres niveaux de prévention n'était pas toujours faite.

B. Forces de l'étude

Pour commencer, la principale force de ce travail réside dans son originalité. En effet, à notre connaissance, à l'échelle de la France, seules les revues rédigées par Aprifel « Les médecins face aux défis de la nutrition » et « Les médecins : acteurs privilégiés de la promotion de la santé » étaient retrouvées sur le même thème ces dix dernières années (67,68).

Le sujet de cette étude est quant à lui d'actualité et il paraît pertinent. D'une part, l'alimentation est plus que jamais une thématique intemporelle à étudier au vu du contexte épidémiologique mondial des maladies liées à l'alimentation. D'autre part, les problématiques autour de la médecine générale sont aussi d'actualité devant la mutation que cette spécialité médicale vit. Le nombre relativement important de thèses publiées ces dix dernières années sur le sujet de ce travail confirme également son importance.

De plus, ce travail s'est voulu maximaliste en s'appuyant sur des recherches effectuées sur dix bases de données différentes. Avec cette étude l'auteur a essayé de fournir une synthèse complète en s'intéressant aussi bien aux médecins généralistes qu'aux patients. Cette revue a permis d'avoir une vue d'ensemble sur les attentes, les pratiques, les recommandations, les outils, les freins et les suggestions en lien avec l'éducation nutritionnelle en médecine générale. Cette thèse a également pris en considération différents niveaux de prévention. Aussi, les résultats d'une grande partie des études incluses étaient concordants les uns avec les autres. Ceci a permis de réaliser une synthèse homogène sur le sujet.

Pour finir, en plus de vouloir compiler les données récentes existantes sur le sujet, l'auteur a souhaité proposer une plaquette informative à destination des médecins généralistes. Certes, cet outil n'est pas validé scientifiquement, mais il est synthétique et a pour objectif d'aider les médecins généralistes dans leur pratique. Ce point supplémentaire rend ce travail de thèse encore plus original, plus complet et plus utile.

5. Ouverture

Enfin, nous avons souhaité mettre en avant certaines perspectives en lien direct avec notre travail.

Notre revue a permis de faire une exploration de l'éducation nutritionnelle en médecine générale. Plusieurs points clés y ont été abordés, en particulier les freins et les suggestions d'amélioration. Ceux-ci pourraient être l'objet de futures études afin de mieux les caractériser et ainsi d'apporter des solutions les plus pertinentes possibles. De plus, il nous semblerait utile que des études expérimentales soient réalisées afin de mesurer l'impact d'interventions nutritionnelles en médecine générale.

Nous avons mentionné dans notre étude qu'une des pistes d'amélioration de l'éducation nutritionnelle était la mise en place par le médecin généraliste d'une consultation dédiée à la nutrition ou à la prévention. Afin de promouvoir la réalisation de ces consultations dédiées, une des suggestions décrites dans notre revue était l'envoi d'un courrier systématique par l'Assurance Maladie aux patients, dans une certaine tranche d'âge. D'ailleurs, en septembre 2022, le ministre de la santé François Braun a annoncé la mise en place de consultations médicales gratuites de prévention à trois âges de la vie (117). Cette mesure s'intègre dans un objectif de renfort du volet prévention du système de santé français. Elle fait partie du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023. Ces consultations seront proposées à 25, 45 et 65 ans. Elles seront l'occasion de promouvoir les comportements de santé protecteurs tel que l'alimentation équilibrée, la pratique d'activité physique et la lutte contre les addictions ainsi que de faire le point sur la vaccination et sur les dépistages des cancers notamment (118). Une des limites à la mise en place de ces consultations de prévention est le manque de temps des médecins généralistes, d'autant plus dans le contexte actuel de raréfaction de l'offre médicale.

Nous avons également souligné à travers notre synthèse de la littérature la nécessité de sensibiliser les médecins et les patients à la prévention primaire. C'est dans ce sens que le rapport Flajolet, élaboré en 2008 à la demande du premier ministre, redéfinissait la prévention comme étant « la gestion de son patrimoine santé pour quitter la logique de réparation au profit d'une prévention globale et active » (119). Ce rapport insistait notamment sur la répartition des responsabilités de prévention entre les usagers d'une part et les acteurs d'autre part, dont les professionnels de santé à l'échelle individuelle et les collectivités à l'échelle de la population.

Ainsi, il nous paraît essentiel que la prévention en France se tourne davantage vers d'autres dimensions de la promotion de la santé, au-delà de l'approche médicale.

THESE SOUTENUE PAR Mme PAPONNEAU Florence

CONCLUSIONS

L'alimentation est un déterminant majeur de l'état de santé de la population. Etant donné le contexte épidémiologique des maladies liées à l'alimentation, il semble y avoir une urgence d'action. Plusieurs acteurs doivent participer à l'éducation nutritionnelle notamment, l'Etat à l'échelle collective à travers les politiques de santé, l'école et les médias ainsi que les environnements familiaux et les médecins généralistes à l'échelle individuelle.

Notre revue narrative de la littérature a permis de faire un état des lieux, aussi bien du côté des médecins que du côté des patients, des attentes, des pratiques, des recommandations, des outils, des freins et des suggestions en lien avec l'éducation nutritionnelle en médecine générale. La synthèse de notre travail exploratoire a permis d'insister sur plusieurs enseignements intéressants.

La transmission d'habitudes alimentaires favorables à la santé doit se faire dès le plus jeune âge.

Le médecin généraliste a une place stratégique dans l'éducation nutritionnelle de ses patients, notamment par son accessibilité, la confiance que les patients ont en lui et le suivi régulier réalisé sur une longue période. Le rythme de la prise en charge en médecine générale répond au besoin de temps nécessaire pour avoir des changements de mode de vie dans le domaine de la santé. Ce praticien a à la fois un rôle dans le repérage des habitudes alimentaires délétères pour la santé et à la fois un rôle dans la promotion d'une alimentation équilibrée et diversifiée. Il doit également permettre à tous ses patients d'avoir un accès plus facile aux recommandations nutritionnelles.

L'intérêt de l'alimentation pour la santé est reconnu par les médecins, la quasi-totalité des patients est demandeuse de conseils alimentaires et paradoxalement, la nutrition est loin d'être suffisamment abordée en médecine générale.

Les freins à la réalisation de cette éducation nutritionnelle par les médecins sont leur manque de temps principalement, leur manque de connaissances sur le sujet et sur les outils disponibles ainsi que la difficulté dans l'accompagnement de leurs patients dans le changement de comportement alimentaire.

Bien que leurs pratiques soient diverses, les médecins généralistes délivrent majoritairement les conseils alimentaires en prévention secondaire et tertiaire. Or, afin d'éviter l'apparition de maladies chroniques liées à l'alimentation, une prise en charge nutritionnelle en amont est essentielle. L'intégration de la prévention primaire dans le domaine de la nutrition est limitée mais nous avons pu constater un intérêt grandissant pour ce niveau de prévention auprès des nouvelles générations.

A l'heure actuelle, le Programme national nutrition santé 4 (PNNS 4) est l'outil français de référence pour promouvoir une alimentation saine, la pratique d'activité physique et la réduction de la sédentarité, tout en tenant compte des enjeux de développement durable. Cependant, les repères de consommation du PNNS sont peu connus des médecins et des patients et donc peu utilisés.

Ce travail nous a permis de proposer des pistes afin d'améliorer l'éducation nutritionnelle en prévention secondaire et tertiaire et d'accorder plus de place à la prévention primaire.

Pour augmenter leur impact, il est préférable que les conseils nutritionnels soient délivrés de manière répétée et sur le long terme, sous un format oral avec la remise d'un support. Il est important que le médecin transmette la notion de l'alimentation santé aux patients tout en ayant une attitude bienveillante.

L'approche nutritionnelle doit être personnalisée en s'informant sur les habitudes alimentaires (via un calendrier alimentaire ou un auto-questionnaire type NAQAPNNS) et sur les caractéristiques socioculturelles des patients.

Les patients souhaitent que les médecins soient à l'initiative des messages nutritionnels. Les médecins généralistes doivent essayer d'aborder le sujet de l'alimentation de façon plus systématique lors des consultations de renouvellement d'ordonnance par exemple. Nous avons également repéré des moments-clés où l'impact d'une intervention nutritionnelle est majeur (par exemple, en cas de prise de poids, lors des consultations des jeunes adultes, en cas de sevrage tabagique, en cas d'arrêt d'un travail physique...).

Les conseils peuvent être prodigués sous la forme d'une intervention brève type conseil minimal. En parallèle, il est souhaitable que les médecins proposent une consultation dédiée à

la nutrition ou à la prévention afin d'avoir plus de temps à consacrer à ce sujet. Il serait d'ailleurs adapté de revaloriser ces actions de prévention.

Les médecins doivent penser à orienter leurs patients vers des spécialistes de la nutrition (nutritionnistes, endocrinologues, diététiciens), vers des infirmiers ASALEE ou vers des réseaux de soins selon les antécédents et besoins du patient.

Il est souhaitable que les médecins se familiarisent avec les outils nutritionnels. Le poids est utilisé comme l'outil principal d'abord de la nutrition. Il est indispensable de continuer à inciter les médecins à peser leurs patients de manière systématique et à calculer leur IMC. Les médecins et les patients ont besoin de supports pédagogiques, papier et numériques. Nous les avons répertoriés dans notre plaquette informative. Nous avons suggéré la création d'un score d'adéquation aux recommandations nutritionnelles, calculable en consultation et pouvant être inscrit dans le dossier médical des patients au même titre que les autres facteurs de risque comme la sédentarité ou le tabagisme.

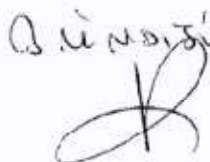
Nous ajoutons également la nécessité de sensibiliser les médecins au PNNS, à la prévention primaire et aux techniques de communication.

Quant au rôle de l'Etat, il est nécessaire qu'il accorde une place plus importante à la prévention. Il doit agir au niveau des médecins en leur redonnant du temps notamment pour les actions de prévention. Enfin, il doit permettre une meilleure implication de la population dans la préservation de sa santé.

A l'issue de la synthèse de notre revue narrative de la littérature, nous avons pu réaliser une plaquette informative portant sur l'abord de l'alimentation, à destination des médecins généralistes. Il pourrait être intéressant à l'avenir, d'améliorer et de valider cet outil d'aide à l'éducation nutritionnelle en médecine générale.

Le Président du jury,

Pr.



Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 26 JANVIER 2023
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ



BIBLIOGRAPHIE

1. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de ALIMENTATION [Internet]. 2012 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/alimentation>
2. Conseil National de l'Alimentation. Alimentation favorable à la santé Avis n°81 [Internet]. 2018 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: https://www.cna-alimentation.fr/wp-content/uploads/2019/01/CNA_CP_Avis_81-vf.pdf
3. Quoi dans mon assiette. Nutrition et prévention des maladies chroniques (cancers, obésité, diabètes...) : relations alimentation et santé [Internet]. 2020 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://quoidansmonassiette.fr/rerelations-alimentation-sante-nutrition-prevention-des-maladies-chroniques-cancers-obesite/>
4. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Anses et nutrition [Internet]. 2013 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/anses-et-nutrition>
5. Institut Français pour la Nutrition. Eduquer les mangeurs [Internet]. 2008 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2011/07/Actes-2008-1.pdf>
6. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture FAO. Chapitre 5 L'éducation nutritionnelle [Internet]. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.fao.org/3/w7972f/w7972f08.htm>
7. Remacle. Hippocrate : du régime livre premier [Internet]. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/regime.htm>
8. Jaffiol C. Alimentation et santé dans l'histoire humaine : paradoxes et incertitudes de notre siècle [Internet]. 2011 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: https://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/academie_edition/fichiers_conf/JAFFIOL2011.pdf
9. Lecerf JM. Finalités de la recherche en nutrition. Perspectives à partir d'une réflexion historique. Commentaire. Sciences sociales et santé. 2016;34(2):37-43.
10. Inserm. Rapport " Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France " [Internet]. 2000 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-politiquenutritionnellesantepublique-2000.pdf>
11. WCRF. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: A summary of the Third Expert Report [Internet]. 2018 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>
12. Inserm. Nutrition et santé [Internet]. 2018 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/nutrition-et-sante/>
13. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Les études INCA [Internet]. 2017 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/les-%C3%A9tudes-inca>
14. Organisation mondiale de la santé. Alimentation saine [Internet]. 2018 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

15. Organisation mondiale de la santé. Maladies non transmissibles [Internet]. 2022 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
16. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [Internet]. 2004 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-fr.pdf
17. CH Carcassonne. La nutrition : des constats aux politiques. [Internet]. 2014 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/articleSantePublique3%281%29.pdf>
18. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. INCA 3 : Evolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition [Internet]. 2017 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/inca-3-evolution-des-habitudes-et-modes-de-consommation-de-nouveaux-enjeux-en-mati%C3%A8re-de>
19. Hercberg S, Castetbon K, Czernichow S, Malon A, Mejean C, Kesse E, et al. The Nutrinet-Santé Study : a web-based prospective study on the relationship between nutrition and health and determinants of dietary patterns and nutritional status. BMC Public Health. 11 mai 2010 ; 10(1):242.
20. L'étude Nutrinet-Santé [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://etude-nutrinet-sante.fr/>
21. Baudry J, Assmann KE, Touvier M, Allès B, Seconda L, Latino-Martel P, et al. Association of Frequency of Organic Food Consumption With Cancer Risk : Findings From the NutriNet-Santé Prospective Cohort Study. JAMA Intern Med. 1 déc 2018 ; 178(12) : 1597-606.
22. Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. BMJ. 14 févr 2018;360:k322.
23. Haute Autorité de Santé. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux - Partie I : prise en charge médicale [Internet]. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux-partie-i-prise-en-charge-medicale
24. Amiot-Carlin MJ. Régime méditerranéen et santé cardiovasculaire. Pratiques en nutrition. juill 2019;15(59):10-3.
25. Dinu M, Pagliai G, Casini A, Sofi F. Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. Eur J Clin Nutr. janv 2018;72(1):30-43.
26. Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche. Nutrition et cancer : enjeux de santé publique [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www6.inrae.fr/nacre/Prevention-primaire/Nutrition-et-cancer-enjeux-de-sante-publique>
27. E-cancer. Alimentation - Réduire les risques de cancer [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Alimentation>
28. Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids [Internet]. 2020 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

29. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture FAO. The State of Food Security and Nutrition in the World [Internet]. 2022 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cc0639en>
30. Représentation permanente de la France auprès des Nations Unies à Rome. Pertes et gaspillages alimentaires [Internet]. 2021 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://onu-rome.delegfrance.org/Pertes-et-gaspillages-alimentaires>
31. Ligue contre l'obésité. Forte progression de l'obésité en France en 2020. [Internet]. 2021 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://liguecontrelobesite.org/actualite/forte-progression-de-lobesite-en-france-en-2020/>
32. Inserm. ObEpi 2012 [Internet]. 2012 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi_2012.pdf
33. SRAE nutrition. Enquête épidémiologique sur le surpoids et l'obésité [Internet]. 2021 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
34. Santé publique France. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006 [Internet]. 2019 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/hypertension-arterielle/l-hypertension-arterielle-en-france-prevalence-traitement-et-contrrole-en-2015-et-evolutions-depuis-2006>
35. Santé publique France. Le diabète en France : les chiffres 2020 [Internet]. 2021 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020>
36. Bulletin épidémiologique hebdomadaire de Santé publique France. Cholestérol LDL chez les adultes en France métropolitaine [Internet]. 2018 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/37/2018_37_1.html
37. Ministère de la Santé et de la Prévention. Maladies cardiovasculaires [Internet]. 2022 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/maladies-cardiovasculaires>
38. Santé publique France. Cancers [Internet]. 2021 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
39. Haut Conseil de la santé publique. Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France [Internet]. 2000 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=56>
40. Manger Bouger. Qu'est-ce que le PNNS ? [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/ressources-pros/le-plan-national-nutrition-sante-pnns/qu-est-ce-que-le-pnns>
41. Ministère des solidarités et de la santé. PNNS 4 2019-2023 [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
42. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence.
43. Santé publique France. Étude nationale nutrition santé, ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition

- santé (PNNS) [Internet]. 2019 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/etude-nationale-nutrition-sante-enns-2006.-situation-nutritionnelle-en-france-en-2006-selon-les-indicateurs-d-objectif-et-les-reperes-du-programm>
44. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux objectifs quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022 [Internet]. 2018 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=648>
 45. Santé publique France. Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes [Internet]. 2019 [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/recommandations-relatives-a-l-alimentation-a-l-activite-physique-et-a-la-sedentarite-pour-les-adultes>
 46. Santé publique France. Nutri-Score [Internet]. 2023 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/nutri-score>
 47. NUTRI-SCORE. Le blog Nutri-Score de l'Equipe de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle (EREN) Inserm/Inrae/Cnam/Université Sorbonne Paris Nord [Internet]. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://nutriscore.blog/>
 48. Manger Bouger. Brochure Nutri-Score.pdf [Internet]. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: https://www.mangerbouger.fr/content/show/1499/file/Brochure_Nutri-Score.pdf
 49. Chaltiel D, Julia C, Adjibade M, Touvier M, Hercberg S, Kesse-Guyot E. Adherence to the 2017 French dietary guidelines and adult weight gain: A cohort study. Dahm CC, éditeur. PLoS Med. 30 déc 2019;16(12):e1003007.
 50. Chaltiel D, Julia C, Chaltiel R, Baudry J, Touvier M, Fezeu L, et al. Association entre la qualité de l'alimentation selon les recommandations alimentaires françaises de 2017 et le risque de décès, de maladies cardiovasculaires et de cancer. Nutrition Clinique et Métabolisme. avr 2020;34(1):29.
 51. Département Médecine Générale Université de Rouen. Une identité professionnelle [Internet]. 2021 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/les-11-criteres-definissant-la-medecine-generale>
 52. European Academy of Teachers in General Practice. The european definition of general practice / family medicine [Internet]. 2011 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/file/3b13bee8-5891-455e-a4cb-a670d7bfdca2/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf>
 53. Département Médecine Générale Université Paris Cité. Les 6 compétences génériques [Internet]. 2020 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://dmg-u-paris.fr/p/les-6-competences>
 54. France. Ministère de la Santé. Article 36 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483
 55. Haute Autorité de Santé. Prévention [Internet]. 2006 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
 56. Aviitam®, la médecine augmentée. Plateforme experte de monitoring, de prédiction et de prévention des maladies chroniques [Internet]. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.aviitam.com>

57. Département de médecine générale Sorbonne Université. Le carré de White.pdf [Internet]. 2020 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://static.actu.fr/uploads/2021/02/le-carre-de-white.pdf>
58. Hermange MT, Ambroise-Thomas P, Couturier D, Loisançe D, Ambroise-Thomas P, Couturier D, et al. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. avr 2008;192(4):805-16.
59. Letrilliart L, Supper I, Schuers M. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer [Internet]. [cité 21 janv 2023]. 2014 Disponible sur: <https://docplayer.fr/69803274-Ecogen-etude-des-elements-de-la-consultation-en-medecine-generale.html>
60. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes [Internet]. 2004 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/35336892-Medecins-generalistes-et-education-nutritionnelle-en-rhone-alpes.html>
61. Société française de médecine générale. Nutrition en médecine générale: quelles réalités? [Internet]. 2006 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/6188681-Nutrition-en-medecine-generale-queelles-realites-resultats-de-l-enquete-sfmg-realisee-en-mars-2006.html>
62. Covi Annabelle, Letrilliart Laurent. L'éducation nutritionnelle en médecine générale: fréquence, modalités, déterminants. [S.l.]: s.n.; 2008.
63. Santé publique France. Baromètre santé nutrition 2008 [Internet]. 2010 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-nutrition-2008>
64. Maud VLM. Recommandations alimentaires en médecine générale. [S.l.]: [s.n.]; 2004.
65. Goupeyou Tchouangang M. L'éducation diététique en médecine générale: une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2009.
66. Haute Autorité de Santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé [Internet]. 2022 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante
67. Aprifel. Les médecins : acteurs privilégiés de la promotion de la santé revue équation nutrition [Internet]. 2019 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.aprifel.com/wp-content/uploads/2019/06/revue-equation-nutrition-198.pdf>
68. Aprifel. Les médecins face aux défis de la nutrition revue équation nutrition [Internet]. 2017 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.aprifel.com/fr/article-revue-equation-nutrition/les-insomniaques-ne-mangent-pas-assez-de-legumes/?pdf>
69. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 21 juill 2009;6(7):e1000097.
70. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 29 mars 2021;n71.
71. Revue Médicale Suisse. Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature ? [Internet]. 2019 [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2019/revue-medicale-suisse-664/comment-rediger-un-article-scientifique-de-type-revue-narrative-de-la-litterature>

72. Inserm. Mesh [Internet]. [cité 18 janv 2023]. Disponible sur: <https://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/search/index.jsp>
73. Vuillemin M. Approches nutritionnelles au cabinet du médecin généraliste: analyse des contenus et des représentations à partir d'enregistrements video de consultations de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
74. Aberturas P. Connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins généralistes à Paris, une étude observationnelle. Médecine humaine et pathologie. 2017. ffdumas-01725357.
75. 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 [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2019 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m68051vq>
76. Robin S, Bourgeois O. Les réalités de la prévention nutritionnelle en soins primaires: notoriété du Programme National Nutrition Santé auprès des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées [Internet]. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2014 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/671/>
77. Trap N, Grigioni S, Déchelotte P, Ladner J, Schuers M. Perception de l'équilibre alimentaire des patients en médecine générale [Internet]. France; 2019 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02318682>
78. Nourry épouse Diabira F. Evaluation de l'impact du programme national nutrition santé sur la pratique des médecins généralistes. Etude quantitative menée dans une population de médecins généralistes d'Ille et Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.
79. Ferrer E. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire: expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412699>
80. Chanut E. Quelle place pour la nutrition en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [Saint-Étienne ; 1969-..., France]: Université Jean Monnet; 2019.
81. Schwartzler R. Abord de la question nutritionnelle par les médecins généralistes auprès de leurs patients lors de la consultation en cabinet de médecine ambulatoire: Étude qualitative dans la zone sud des Alpes de Haute-Provence [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2019 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02405366>
82. Spriet M. Attentes des patients sur le conseil nutritionnel par le médecin généraliste: enquête qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-..., France]: Université de Bordeaux; 2020 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02896591>
83. Labbé L. Conseils nutritionnels par le médecin généraliste: attentes des patients [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016 [cité 17 déc 2022]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20107124/2016MCEM5274/fichier/5274F.pdf>
84. Djellali épouse Meynieux S. Evaluation des attentes des patients de 25 à 35 ans, en bonne santé théorique, d'une consultation de prévention incluant les problématiques liées à la nutrition chez le médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de

- Marne. Faculté de santé; 2021 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: <https://athena.u-pec.fr/primo-explore/search?query=any,exact,998030845104611&vid=upec>
85. Mareau L. Utilisation d'un site internet pour délivrer des conseils nutritionnels aux patients [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2022 [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20120900/2022MCEM14706/fichier/14706F.pdf>
 86. Faille S. Les difficultés ressenties par les Médecins Généralistes d'Île de France à mettre en place une prévention nutritionnelle. Une enquête qualitative par entretiens. Médecine humaine et pathologie. 2012. ffdumas-01471596f. :123.
 87. Muller F. Application des recommandations du Programme National Nutrition Santé chez les médecins généralistes de la région Picardie [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2014/2014LIL2M376.pdf
 88. Chambon E, Dubois JP, Martin A. Influence des habitudes alimentaires du médecin généraliste sur les conseils alimentaires qu'il donne à ses patients [Internet]. Lyon, France; 2018 [cité 15 déc 2022]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6j38rpt>
 89. Prevost C. Comment améliorer la prévention primaire en nutrition et activité physique chez les patients adultes jeunes en médecine générale ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2018 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01950308>
 90. Franceschini L. Exercice de la nutrition en médecine générale: ressenti des médecins, difficultés rencontrées, stratégies de prise en charge et attentes de formation. Étude qualitative réalisée auprès de 13 médecins généralistes exerçant dans le Bas-Rhin [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2021 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_FRANCESCHINI_Lisa.pdf
 91. Duchac S. Nutrition et activité physique: comment les médecins généralistes influencent le comportement de leurs patients? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2018.
 92. Gusto G, Vol S, Bedouet M, Leglu C, Decou P, Beslin É, et al. Reproductibilité et validation satisfaisantes d'un auto-questionnaire pour évaluer l'atteinte des repères du Programme National Nutrition Santé. La Presse Médicale. juill 2013;42(7-8):e245-58.
 93. Hervault A. Élaboration d'un outil connecté de suivi de la diététique destiné aux médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2018.
 94. Calloud A, Jacquemet S. Attentes partagées concernant le développement d'un outil numérique d'accompagnement nutritionnel en soins primaires: une recherche de consensus par méthode Delphi-Abaque [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Grenoble Alpes; 2021 [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03153188/document>
 95. Belhassen L. Nutritioclic, évaluation d'un site internet / outil web d'aide à la prise en charge et au suivi nutritionnels en médecine générale par une enquête de satisfaction auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Bobigny, Villetaneuse, Seine-Saint-Denis ; 1970-...., France]: Université Sorbonne Paris Nord; 2021.
 96. Ball L, Johnson C, Desbrow B, Leveritt M. General practitioners can offer effective nutrition care to patients with lifestyle-related chronic disease. J Prim Health Care. 1 mars 2013;5(1):59-69.

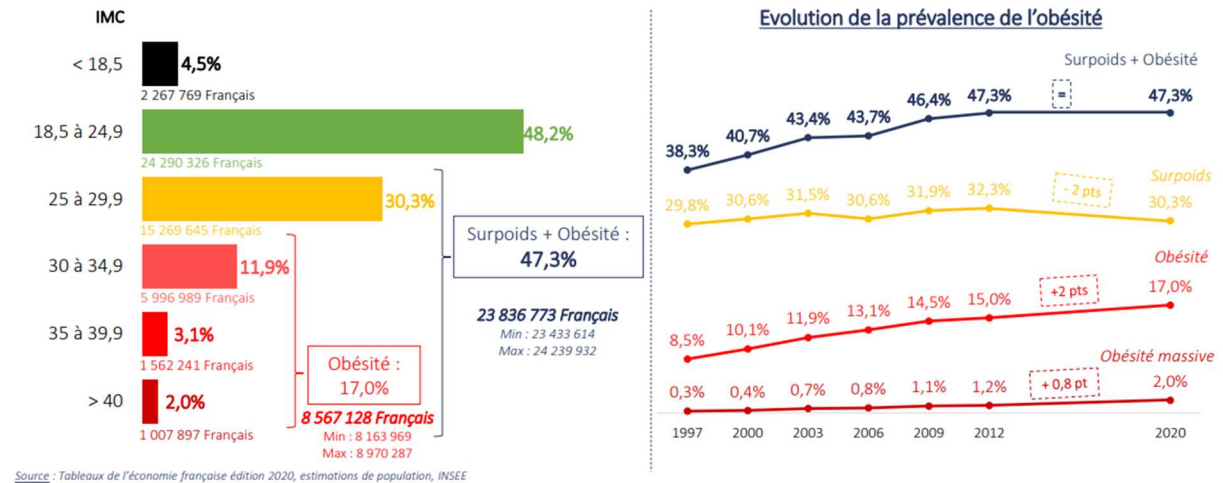
97. Chabauty A. Efficacité d'un conseil court donné en consultation de médecine générale sur la consommation alimentaire de calcium des adolescents.
98. Research Gate. Lifestyle counselling in primary care: Long-term effects on cholesterol level [Internet]. 2009 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/40445336_Lifestyle_counselling_in_primary_care_Long-term_effects_on_cholesterol_level/link/5f5dfa89299bf1d43cffa869/download
99. Sacerdote C, Fiorini L, Rosato R, Audenino M, Valpreda M, Vineis P. Randomized controlled trial: effect of nutritional counselling in general practice. *Int J Epidemiol.* avr 2006;35(2):409-15.
100. Whatnall MC, Patterson AJ, Ashton LM, Hutchesson MJ. Effectiveness of brief nutrition interventions on dietary behaviours in adults: A systematic review. *Appetite.* 1 janv 2018;120:335-47.
101. Plessz M, Kesse-Guyot E, Zins M, Czernichow S. Dietary habits in the french constances cohort: Self-perceived diet and compliance with nutritional guidelines. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire.* 25 oct 2016;2016:660-6.
102. Le Goff D. Conception et réalisation par une interne d'une formation de diététique à destination des internes de médecine générale [Internet]. 2012 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2012_Medecine_LeGoffDelphine.pdf
103. Hégron M. Étude GPS : Généralistes et Promotion de la Santé. 28 juin 2018;63.
104. Santé publique France. L'essentiel des recommandations alimentaires [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/content/show/1597/file/L%E2%80%99essentiel%20des%20recommandations%20alimentaires.pdf>
105. Aprifel. Nutrition et santé : Conseils et fiches pratiques pour les professionnels de santé [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.aprifel.com/fr/article-dossier/fiches-sante-medecins/>
106. Haute Autorité de Santé. Fiche de conseils pour l'alimentation [Internet]. 2011 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/annexe_3_fiche_de_conseils_pour_l'alimentation.pdf
107. Prévencllic. Alimentation [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.prevencllic.fr/index-0-6-0>
108. Kit Médical. Ressources Endocrino-Nutrition [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: https://app.kitmedical.fr/ressource_cat/endocrino-nutrition/
109. LDL cible. Conseils hygiéno-diététiques cholestérol [Internet]. 2019 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ldlcible.com/RHDcholesterol.pdf>
110. Obesiclic. Diététique [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.obesiclic.fr/ConsultationSteps/Dietetique>
111. Végéclic. En consultation [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://vegecllic.com/en-consultation/>
112. Dieteclic. Une application gratuite permettant de suivre son alimentation [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.dieteclic.com/>

113. Yuka. L'application mobile qui scanne votre alimentation [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://yuka.io/>
114. Scan Up. L'appli des consom'acteurs. Scannez et co-créez vos produits ! [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://scanup.fr/>
115. Open Food Facts. Une base de données collaborative, libre et ouverte des produits alimentaires du monde entier [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://fr.openfoodfacts.org/>
116. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux niveau preuve gradation [Internet]. 2013 [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
117. What's Up Doc. Braun lance les consultations de prévention gratuites à 25, 45 et 65 ans [Internet]. 2022 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/braun-lance-les-consult-de-prevention-gratuites-25-45-et-65-ans>
118. Ouest France. Des consultations médicales à 25, 45 et 65 ans : en quoi consisteront ces visites ? [Internet]. 2022 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/des-consultations-medicales-a-25-45-et-65-ans-en-quoi-consisteront-ces-visites-75767a56-4fb9-11ed-9919-8fbf073b2344>
119. Ministère de la Santé. Rapport Flajolet [Internet]. 2008 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
120. Recettes box. Disque IMC pour adultes [Internet]. 2017 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.recettesbox.com/imc-disque-poids-ideal.html>
121. Bouger Manger. Guides et documents [Internet]. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/guides-et-documents>
122. Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche. Affiche nutrition prévention cancers [Internet]. 2022 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: https://www6.inrae.fr/nacre/content/download/5617/48281/version/5/file/Affiche-NACRe-nutrition-prevention-cancers-2022-05-12_WEB.pdf
123. Quoi dans mon assiette. PNNS 4 : Nouvelles Recommandations Alimentaires et sur l'activité sportive de Santé Publique France pour 2019-2021 [Internet]. 2019 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://quoidansmonassiette.fr/pnns-4-nouvelles-recommandations-alimentaires-et-sur-lactivite-sportive-de-sante-publique-france-pour-2019-2021/>
124. Manger Bouger. Brochure 50 petites astuces [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: https://www.mangerbouger.fr/content/show/1501/file/Brochure_50_petites_astuces.pdf
125. Diabète Québec. L'assiette équilibrée [Internet]. 2018 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.preventiondiabete.ca/composer-un-repas>
126. Physiomins Nice. Portions Alimentaires [Internet]. 2021 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.centre-physiomins-nice.fr/post/portions-alimentaires>

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau de la prévalence de l'obésité selon l'enquête ObEpi de 2020 (33)

Prévalence de l'obésité



Annexe 2 : Les dix mesures phares du PNNS 4 (41)

LES 10 MESURES PHARES DU PNNS

- Promouvoir les nouvelles recommandations nutritionnelles :** permettre à tous les français de connaître les bons réflexes alimentaires et activité physique pour leur santé en actualisant, dès 2019, le site manger-bouger et la fabrique à menu pour faciliter la mise en œuvre pour tous des nouvelles recommandations alimentaires, activité physique et sédentarité.
- Augmenter les fibres, réduire les quantités de sel, sucres, gras dans les aliments de consommation courante par un engagement ferme des acteurs économiques des 2020 et promouvoir le Nutri-Score, en visant à le rendre obligatoire au niveau européen,** afin d'améliorer la qualité nutritionnelle de tous les aliments transformés en favorisant les démarches volontaires des professionnels.
- Réduire la consommation de sel de 30% d'ici 2025** (engagement de la France auprès de l'OMS). Pour le pain, qui représente de l'ordre de 25% de l'apport en sel quotidien des français, une réflexion sera engagée dès 2019 avec les professionnels afin de déterminer le taux cible et les actions à conduire pour y parvenir.
- Protéger les enfants et les adolescents d'une exposition à la publicité pour des aliments et boissons non recommandés :** Encourager la mise en place de codes de conduite en s'appuyant sur les nouvelles dispositions européennes sur les services de médias audiovisuels.
- Permettre à tous de bénéficier d'une restauration collective de qualité en toute transparence :** assurer la montée en gamme de la restauration collective par un approvisionnement de 50% de produits bio, durables et de qualité d'ici 2022 et promouvoir le Nutri-Score dans ce secteur.
- Étendre l'éducation à l'alimentation de la maternelle au lycée :** des outils pédagogiques pour l'éducation à l'alimentation seront mis à disposition en 2019 pour couvrir tous les âges tels qu'un vademécum et une boîte à outils éducative sur le portail « alimentation » du site internet Eduscol et déploiement des classes du goût.
- Développer la pratique d'Activité Physique Adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques,** et étudier la possibilité d'élargir le dispositif APA aux patients atteints de maladies chroniques hors ALD présentant des facteurs de risque (hypertension artérielle, obésité, etc.).
- Renforcer la prescription d'Activité Physique Adaptée par les médecins :** d'ici à 2020, mise à disposition des médecins d'outils en appui à la prescription et à la décision médicale.
- Veiller à l'alimentation de nos aînés :** prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public et les professionnels de santé et du secteur social en mettant en place chaque année « une semaine nationale de la dénutrition ».
- Promouvoir et partager au niveau national les actions locales innovantes, sources de créativité :** dans chaque département, d'ici 2023, ces initiatives seront valorisées dans le cadre des chartes « collectivités et entreprises actives du PNNS » et un colloque annuel sera organisé.

Annexe 3 : Tableau des repères alimentaires du PNNS 4, publié par le HCSP (45)

Groupe alimentaire	Repère principal	Données complémentaires
Fruits et légumes	Au moins 5 par jour	- Les tailles de portion recommandées sont de 80 à 100g - Il est recommandé d'augmenter sa consommation, quel que soit le niveau de consommation initial - Pas plus d'un verre de jus de fruit par jour, qui dans cette limite peut compter pour une portion de fruits et légumes. Privilégiez les fruits frais pressés - Les fruits séchés peuvent participer à la consommation de fruits. Leur consommation est néanmoins à limiter, et ne devrait pas intervenir en dehors des repas - Toutes les formes de fruits et légumes sont prises en compte : frais, surgelés ou en conserve. Pour les fruits en conserve, privilégiez les fruits au sirop léger, sans consommer ce sirop - Privilégier des fruits et légumes cultivés selon des modes de production diminuant l'exposition aux pesticides (selon un principe de précaution).
Fruits à coque sans sel ajouté Amandes, noix, noisettes, pistaches	Une petite poignée par jour	Ce groupe d'aliments comporte de nombreux allergènes, dont la consommation pour les personnes présentant des allergies identifiées n'est pas recommandée
Légumineuses Légumes secs : lentilles, pois chiches, haricots...	Au moins 2 fois par semaine	Privilégier des légumineuses cultivées selon des modes de production diminuant l'exposition aux pesticides (selon un principe de précaution).

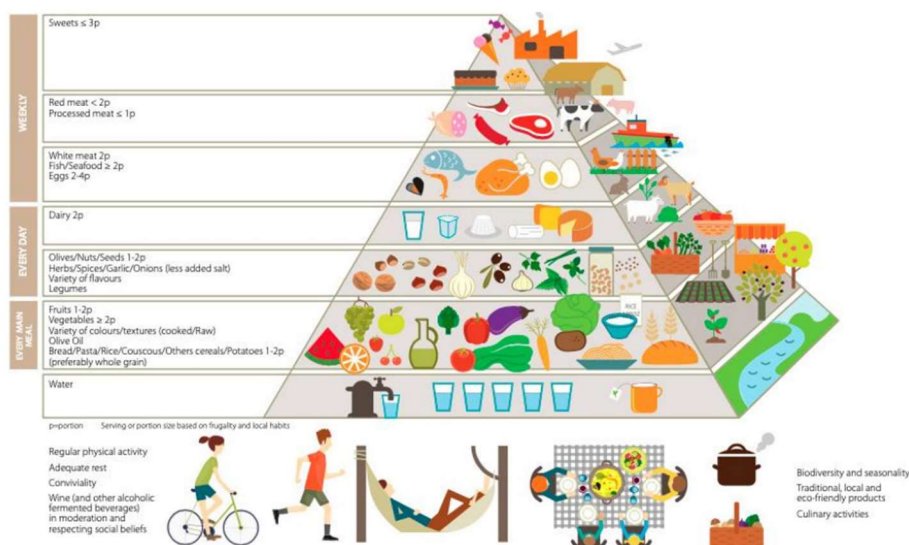
Groupe alimentaire	Repère principal	Données complémentaires
		Les légumineuses peuvent être considérées par ailleurs comme des substituts des viandes et volailles
Produits céréaliers complets et peu raffinés Pain, pâtes, riz et autres produits céréaliers non ou peu raffinés *	A consommer tous les jours, en privilégiant les produits complets ou peu raffinés par rapport aux produits raffinés	- Privilégier les produits céréaliers cultivés selon des modes de production diminuant l'exposition aux pesticides (selon un principe de précaution). - Seules les céréales du petit déjeuner complètes non sucrées peuvent être incluses dans ce groupe
Produits laitiers Lait, yaourts, fromages et produits laitiers présents dans les produits cuisinés	2 produits laitiers par jour	- Les tailles de portion recommandées sont : 150mL de lait, 125g de yaourt, 30g de fromage - Le nombre de produits laitiers pourra s'élever à trois par jour lorsque les tailles de portions sont plus faibles - Privilégier les fromages les plus riches en calcium et les moins gras - Compte tenu des risques liés aux contaminants, veiller à varier les produits laitiers
Viande et volaille	Limiter la consommation de viande « rouge » * et privilégier la consommation de volaille * bœuf, porc, veau, mouton, chèvre, cheval, sanglier, biche	Pour les amateurs de viande « rouge » *, limiter la consommation à 500g/semaine maximum
Poisson et fruits de mer	2 fois par semaine	- Dont un poisson gras - Varié les espèces et les lieux d'approvisionnement (en particulier pour les grands consommateurs), afin de limiter l'exposition aux contaminants
Charcuterie	Limiter la consommation	- Pour les amateurs, ne pas dépasser 150g/semaine - Au sein de ce groupe, privilégier le jambon blanc
Matières grasses ajoutées	Eviter les consommations excessives Privilégier les huiles de colza et de noix (riches en ALA) et l'huile d'olive sans augmenter la quantité habituelle de matières grasses ajoutées	- Par rapport aux huiles pauvres en ALA (dont les huiles de tournesol, arachide) - Les matières grasses animales sont à réserver à un usage cru ou tartinable et en quantité limitée
Produits sucrés	Limiter la consommation de produits sucrés	- Les boissons sucrées font partie des produits sucrés - Les céréales du petit déjeuner sont en général sucrées, voire sucrées et grasses - Limiter la consommation d'aliments sucrés et gras à la fois (pâtisseries, chocolat, desserts lactés et crèmes glacées)
Boissons	La seule boisson recommandée est l'eau (à volonté)	- Limiter la consommation de boissons sucrées et au goût sucré : - Leur consommation doit rester exceptionnelle, et pour les consommateurs, être limitée à un verre par jour. Dans cette catégorie de produits, privilégier les jus de fruits - Les boissons édulcorées ont l'avantage de ne pas apporter de calories par rapport aux boissons non édulcorées, mais comme elles

Groupe alimentaire	Repère principal	Données complémentaires
		- maintiennent le goût pour le sucre, leur consommation doit être limitée - Le thé, café et infusions, lorsqu'ils ne sont pas sucrés peuvent contribuer à l'apport en eau - Alcool : le repère de consommation sera défini par Santé publique France qui rendra les résultats de son expertise au 2^{ème} trimestre 2017.
Sel	Réduire la consommation de sel	- Etre vigilant sur le cumul tout au long de la journée - Aliments salés et ajouts de sel : - Les aliments salés comportent les aliments riches en sel et les aliments fortement contributeurs (exemple : le pain) - Limiter les ajouts de sel en cuisine et à table - Goûter avant de saler les plats - Ne pas ajouter de sel lors de la préparation de produits en conserve - Utiliser le sel iodé
Certains aliments ou groupes d'aliments ne font pas l'objet d'une recommandation spécifique (par exemple, pommes de terre, œufs ou produits céréaliers raffinés). Pour ces aliments ou groupes d'aliments, aucun argument scientifique ne permet d'établir un repère ou une limite de consommation particulière. Ils peuvent être consommés dans la mesure où cette consommation n'entrave pas l'atteinte des autres repères de consommation.		

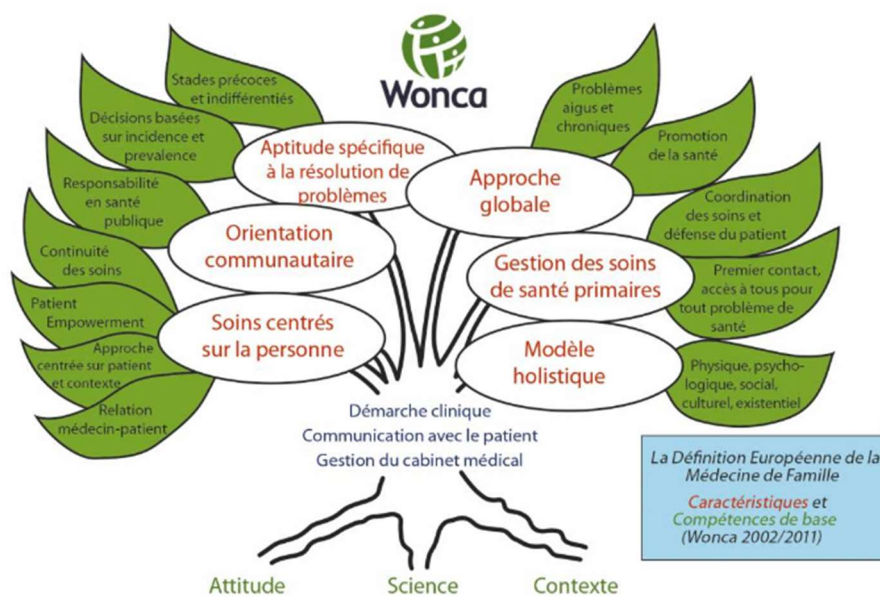
Annexe 4 : Brochure sur le Nutri-Score (48)



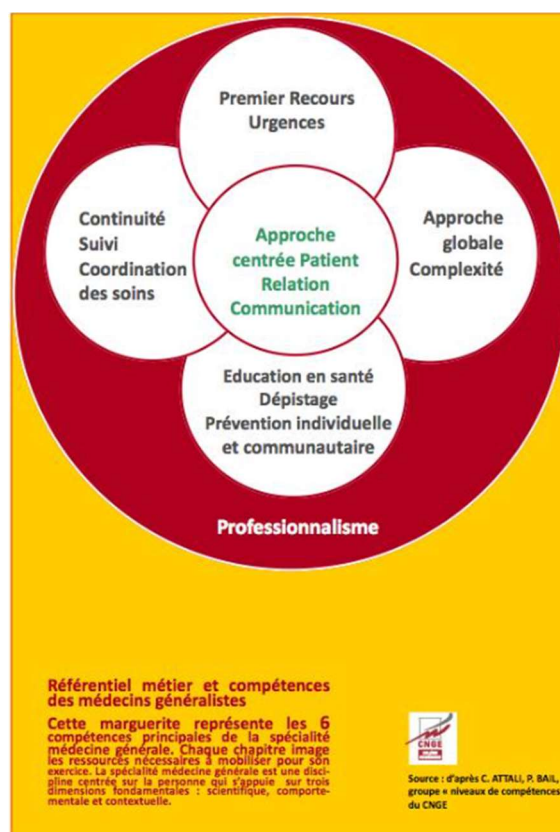
Annexe 5 : Pyramide de l'alimentation de type méditerranéen proposée par la HAS (23)



Annexe 6 : Définition européenne de la médecine de famille (51)



Annexe 7 : Les six compétences génériques du médecin généraliste selon le CNGE (53)



Annexe 8 : Les rôles de l'alimentation (56)



Annexe 9 : Tableau d'analyse des articles inclus

Numéro de classement, titre, auteur(s), date	Lieu, type d'étude, population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats
N°1 Evaluation de l'impact du programme national nutrition santé sur la pratique des médecins généralistes. Etude quantitative menée dans une population de médecins généralistes d'Ille et Vilaine. (78) Florence DIABIRA 2012	Ille et Vilaine Etude quantitative (transversale descriptive, questionnaire téléphonique) 106 médecins généralistes installés en Ille et Vilaine 30 % de femmes Age : 16 % de moins de 40 ans, 27 % entre 40 et 50 ans, 33 % entre 51 et 60 ans et 24 % de plus de 60 ans	Evaluer l'intégration des messages du PNNS par les médecins généralistes.	« - <u>Médecins généralistes</u> : interlocuteurs privilégiés pour parler nutrition (proximité avec les familles, accessibilité). Rôle déterminant pour relayer les messages de prévention et d'éducation du PNNS. - Place de la nutrition dans la pratique des médecins généralistes : intérêt plutôt limité pour la nutrition des médecins généralistes interrogés (faible taux de réponse à l'enquête et place assez restreinte accordée dans leur pratique). - <u>Etat des lieux des connaissances du PNNS</u> : messages du PNNS relativement bien connus par les médecins mais pas réellement identifiés en tant que tels (correspondent plus largement aux notions que les médecins ont des recommandations nutritionnelles). Messages les mieux connus des médecins : ceux relayés dans les médias. Identification du PNNS (à travers campagnes médiatiques ou différents documents adressés aux médecins) pas si évidente que cela. - Outils d'éducation nutritionnelle : les médecins interrogés connaissent moyennement les différents outils du PNNS. Hormis les disques de calcul de l'IMC, guides du PNNS très peu utilisés. Nombre important de médecins déclarant ne pas connaître les guides du PNNS ou ne se souvenant pas avoir reçu l'affiche ou le kit IMC : témoin du problème de la diffusion de l'information. Les médecins connaissant les outils du PNNS approuvent l'élaboration et la diffusion des guides et des outils de mesure de l'IMC : jugés bien conçus et utiles pour parler de nutrition. - <u>Impact du PNNS sur les médecins généralistes</u> pourrait être amélioré : renforcer la formation initiale et continue et proposer des outils plus simples et plus accessibles, élaborés en concertation avec les médecins généralistes. »

N°2 Les difficultés ressenties par les médecins généralistes d'Ile-de-France à mettre en place une prévention nutritionnelle. Une enquête qualitative par entretiens. (86) Sophie FAILLE 2012	Ile-de-France Etude qualitative (entretiens) 21 médecins généralistes installés en Ile-de-France 33 % de femmes Age entre 37 et 69 ans	Amener les praticiens interrogés à décrire de façon concrète ce qui se passe dans leur cabinet lorsqu'ils reçoivent un patient en consultation, de raconter les difficultés ressenties si elles existent et de revenir à la fois sur des problèmes éventuellement rencontrés et sur les succès de prise en charge préventive.	« - Prévention nutritionnelle particulière pour les médecins généralistes car difficultés à tous les niveaux de prise en charge : cadre de la consultation, trajectoires de pratiques et convictions des médecins, perception des difficultés qui émanent des patients, rencontre du médecin et du patient avec les façons de faire. - Praticiens les plus investis dans la mise en place d'une prévention nutritionnelle sont ceux dont la motivation a permis de mobiliser les moyens intellectuels et matériels afin d'accorder à ce soin une place suffisante pour qu'il ait une efficacité. ➔ <u>Sur le plan intellectuel</u> : s'intéresser à la façon dont mange le patient, comprendre ce que représente sa manière de s'alimenter, comprendre quels sont les symboles que cet individu attribue à ses aliments, connaître son ressenti vis-à-vis de son poids et les raisons conscientes ou inconscientes qui le poussent à vouloir perdre du poids ou qui le bloquent (notion de psychonutrition). Connaître la teneur du message qu'il faut délivrer et anticiper sur les critères du suivi qu'il convient de surveiller dans un but d'efficacité. ➔ <u>Sur le plan matériel</u> (contraintes inhérentes à l'activité du médecin généraliste) : être le premier recours du patient, rémunération par le paiement à l'acte, motif de consultation qui n'est pas le conseil diététique dans la majorité des cas et surtout investissement en termes de temps à consacrer à la diffusion des bons messages. - Médecins généralistes les plus à l'aise avec la prévention nutritionnelle acceptent que : c'est un sujet redondant, difficile à aborder, potentiellement douloureux pour le patient (faire preuve de tact), qui ne pourra être pris en charge efficacement qu'en partenariat avec le patient, qui sera à l'origine de plusieurs échecs si tant est qu'un jour il puisse y avoir une efficacité. »
---	--	--	---

N°3 Approches nutritionnelles au cabinet du médecin généraliste, analyse des contenus et des représentations à partir d'enregistrements vidéo de consultations de médecine générale. (73) Marine VUILLEMIN-BAILLIF 2013	Ile-de-France Etude quantitative et qualitative (avec une composante ethnographique) 4 médecins généralistes installés en Ile-de-France (2 hommes, 2 femmes, âge entre 53 et 61 ans) Enregistrements vidéo des consultations effectuées pour chaque médecin dans leur cabinet, pendant 5 jours ½ consécutifs 177 vidéos initiales dont 51 patients observés avec messages relatifs à une approche nutritionnelle 63 % de femmes Age moyen : 47,33 ans	Analyser les approches nutritionnelles au cabinet du médecin généraliste, à partir d'enregistrements vidéo de consultations.	« - <u>Caractéristiques des 4 médecins généralistes recrutés</u> : tous des maîtres de stage dont deux universitaires. Activité de médecine générale classique, non orientée, pour deux médecins, activité axée vers la nutrition pour le troisième médecin et activité axée vers la psychothérapie pour le quatrième médecin. - Nutrition fréquemment abordée : 29 % de l'ensemble des consultations de la base de données font l'objet d'un message nutritionnel, durée moyenne du message de 4,5 minutes, venant aussi bien du praticien que du patient. Femmes majoritairement concernées par les messages nutritionnels (63 %). - Messages et approches nutritionnelles se font lors de consultations non dédiées à la nutrition : « au fil de l'eau ». Mode d'entrée le plus fréquent dans le domaine de la nutrition : analyse de résultats d'examens biologiques. - Représentations d'ordre nutritionnel : 93 % sont les croyances. S'ajoute donc pour le médecin, à l'approche purement nutritionnelle, la prise en compte des croyances du patient. Médecin et patient doivent partager des représentations communes, mêmes erronées, pour échanger. - Une des clés de la réussite des changements nutritionnels proposés : valoriser le chemin parcouru par le patient, le respecter, le mettre en confiance, l'écouter et le déculpabiliser. Elément de discours le plus fréquemment retrouvé : le renforcement positif, suivi des éléments de minoration/réassurance. »
---	--	---	---

N°4 Reproductibilité et validation satisfaisantes d'un auto-questionnaire pour évaluer l'atteinte des repères du Programme National Nutrition Santé. (92) Gaëlle GUSTO, Sylviane VOL, Martine BEDOUET, Caroline LEGLU, Peggy DECOU, Emilie BESLIN, Christian GULLAUD, Nane COPIN, Olivier LANTIERI, Jean TICHET 2013	France Etude de performance d'un test de dépistage Population pour la reproductibilité : 48 sujets volontaires recrutés dans les services administratifs du siège de l'IRSA (Institut inter Régional pour la Santé) à Tours, 69 % de femmes, âge moyen : 43,1 ans, IMC moyen 22,7 Population pour la validité : 524 sujets hyperglycémiques non diabétiques à leur inclusion dans un programme de suivi diététique, 30 % de femmes, âge moyen : 53,6 ans, IMC moyen 28,7	Etudier la reproductibilité et la validité d'un auto-questionnaire simple (NAQAPNNS) en langue française permettant d'évaluer l'adhésion d'un sujet aux repères du Programme National Nutrition Santé.	« - NAQAPNNS : Nouvel Auto-Questionnaire Alimentaire ciblant les repères PNNS. - Auto-questionnaire en langue française, simple, court (durée moyenne de remplissage du questionnaire : 10 minutes), peu onéreux et facile à mettre en œuvre pour évaluer des comportements d'un sujet par rapport aux 9 repères prioritaires du PNNS, dans une population de sujets âgés de 20 à 70 ans. - Outil fiable pour fixer des objectifs personnalisés à tout sujet à partir de l'évaluation de ses habitudes alimentaires (bonne reproductibilité et validité). Il peut être utilisé en pratique courante ou lors d'études épidémiologiques pour identifier les sujets ayant un déséquilibre alimentaire et nécessitant une prise en charge. Une nouvelle étude avec une méthodologie similaire pourrait être menée sur des volontaires représentatifs de la population générale pour consolider ces résultats. - Il comprend 25 questions (Q1 à Q25) : ➔ <u>Première partie du questionnaire</u> recueille âge, sexe, poids, taille, statut tabagique ainsi que statut éducatif ou professionnel. ➔ <u>Deuxième partie du questionnaire</u> comporte des questions sur la consommation quotidienne ou hebdomadaire d'aliments dans le cadre d'une alimentation courante française. Les consommations correspondant aux repères du PNNS sont évaluées pour les fruits et légumes (Q8 et Q9), les féculents (Q6 et Q7), les produits laitiers (Q4 et Q5), les viande-poisson-oeufs (Q10), les matières grasses ajoutées (Q11, Q12 et Q21), les produits sucrés (Q13, Q14 et Q19), l'eau (Q16), le sel (Q5, Q6, Q22 et Q24) ainsi que la pratique de l'activité physique (Q25). Les consommations des produits de la pêche (Q20) et d'alcool (Q17, Q18 et Q23) sont aussi estimées afin de dispenser des conseils appropriés. D'autres questions utiles à l'analyse des comportements alimentaires portent sur la composition du petit-déjeuner (Q1 à Q3) et la fréquence du grignotage (Q15). - Il estime la fréquence de consommation d'un aliment et non les quantités ingérées (méthode adaptée à la communication au grand public des repères du PNNS qui recommande la consommation de divers groupes d'aliments en nombre de fois par jour ou par semaine sans préciser la taille des portions). - Pour faciliter le remplissage de l'auto-questionnaire, des exemples pour chaque groupe d'aliments sont donnés. - Cet auto-questionnaire est complété d'un logiciel de saisie des réponses avec édition immédiate d'un compte rendu personnalisé indiquant l'atteinte ou non de chacun des repères du PNNS. »
--	---	---	--

N°5 Application des recommandations du Programme National Nutrition Santé chez les médecins généralistes de la région Picardie. (87) François MULLER 2014	Picardie Etude qualitative (questionnaire par voie postale) 176 médecins généralistes exerçant en région Picardie 38 % de femmes Age moyen : 52 ans IMC moyen 24,5 (15 % des médecins en surpoids et 4 % en obésité)	Vérifier à l'échelle d'une population régionale de médecins généralistes, l'application au niveau professionnel et personnel, des recommandations PNNS, ainsi que l'avis favorable ou défavorable vis-à-vis de ces recommandations.	« - Critères d'âge, de sexe ou de poids des médecins sont sans influence sur l'acceptation et l'application du PNNS, ainsi que sa recommandation aux patients. - Application personnelle des recommandations, ainsi que l'information faite aux patients dépend de l'accord ou non du médecin avec celles-ci. 85 % des médecins interrogés sont d'accord avec l'ensemble de ces recommandations. - L'information des recommandations du PNNS faite aux patients dépend majoritairement du poids du patient : 83 % des médecins n'informent pas leurs patients ne présentant pas de problème de poids. Or les recommandations du PNNS concernent tous les patients quels que soient leur âge, leur poids ou leurs pathologies associées (pas seulement si surpoids ou obésité). - 51 % des médecins interrogés ne connaissent pas le PNNS et 54 % de l'ensemble des médecins ne sont pas intéressés par une formation en nutrition. Sensibilisation plus importante des médecins au PNNS paraît nécessaire. Elle permettrait une adhésion accrue des médecins, ce qui renforcerait l'éducation nutritionnelle de leurs patients. - Ecueil principal : le temps qui doit être consacré à cette mission, limitant l'information aux seuls patients dont la pathologie nécessite une prévention accrue. »
---	--	--	---

N°6 Les réalités de la prévention nutritionnelle en soins primaires : notoriété du Programme National Nutrition Santé auprès des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. (76) Solène ROBIN 2014	Région Midi-Pyrénées Etude quantitative (transversale descriptive, questionnaire en ligne adressé par courriel) 252 médecins généralistes libéraux de la région Midi-Pyrénées 45 % de femmes Age : 28 % entre 26 et 40 ans, 37 % entre 40 et 55 ans et 35 % de plus de 55 ans	Investiguer la notoriété du PNNS auprès des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. « - Notoriété élevée du PNNS chez les médecins généralistes de Midi-Pyrénées (probablement en relation avec une population féminine et jeune plus représentée dans cette enquête). - Pourtant, 80 % des médecins interrogés ignorent l'essentiel synthétique des recommandations du PNNS (repères de consommation) : l'outil stratégique de prévention primaire par la nutrition. Plus de la moitié des médecins connaissent le site internet www.mangerbouger.fr, seuls 20 % connaissent la version professionnelle www.mangerbougerpro.fr. Intérêt de poursuivre la diffusion de ces recommandations à l'ensemble de la population médicale de premier recours. <table><tr><td>site mangerbouger.fr (58,3%)</td><td>147</td></tr><tr><td>le Programme National Nutrition Santé (51,6%)</td><td>130</td></tr><tr><td>le sigle "PNNS" (48,8%)</td><td>123</td></tr><tr><td>site mangerbougerPRO.fr (7,9%)</td><td>20</td></tr><tr><td>Aucun (20,6%)</td><td>52</td></tr></table> Figure 5 : Notoriété des items relatifs au PNNS - Facteurs associés significativement à une meilleure notoriété du PNNS : sexe féminin, âge inférieur à 55 ans, soutenance de thèse après 2007, participation à un réseau de soins, réalisation d'un stage hospitalier en service d'Endocrinologie/Nutrition/Maladies métaboliques au cours de la formation médicale initiale et activité de développement professionnel continu (DPC) plus de deux fois par an. Les médecins du groupe « Notoriété » connaissent significativement plus les neuf repères de consommation du PNNS, dispensent des conseils nutritionnels oraux et écrits et utilisent l'IMC. - Médecins déclarent être à l'initiative du conseil nutritionnel plus de la moitié du temps, pour trois-quarts d'entre eux. Calcul de l'IMC pour le dépistage et l'information du patient était largement répandu. - <u>Temps moyen consacré à la prévention nutritionnelle au cours d'une consultation (quel que soit le motif initial)</u> : plus de trois minutes pour 53,2 % des médecins et à moins de trois minutes pour les autres.	site mangerbouger.fr (58,3%)	147	le Programme National Nutrition Santé (51,6%)	130	le sigle "PNNS" (48,8%)	123	site mangerbougerPRO.fr (7,9%)	20	Aucun (20,6%)	52
site mangerbouger.fr (58,3%)	147											
le Programme National Nutrition Santé (51,6%)	130											
le sigle "PNNS" (48,8%)	123											
site mangerbougerPRO.fr (7,9%)	20											
Aucun (20,6%)	52											

- Forme des conseils nutritionnels la plus fréquemment utilisée : **le conseil oral pour 96 % des médecins**, devant les conseils écrits édités et manuscrits. 30 % des médecins déclaraient dispenser des conseils oraux seuls.

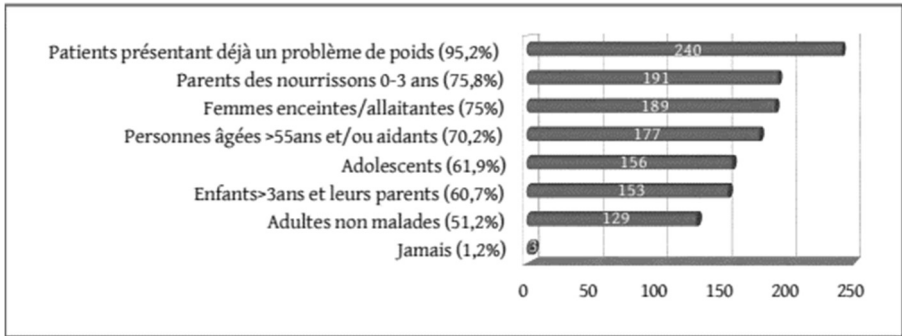


Figure 8 : Répartition selon le profil des patients bénéficiant de conseils nutritionnels

- **Le conseil nutritionnel en soins primaires fait partie des prérogatives de la spécialité de médecine générale pour 95 % des médecins.** Seul 1/3 des médecins interrogés estime que leur pratique de la prévention nutritionnelle s'est améliorée depuis la promotion du PNNS.

- **40 % des médecins déclarent ne pas être formés aux recommandations du PNNS.** Ressources de formation citées : livrets d'accompagnement Inpes destinés aux professionnels de santé suivis par les guides alimentaires Inpes destinés au grand public. »

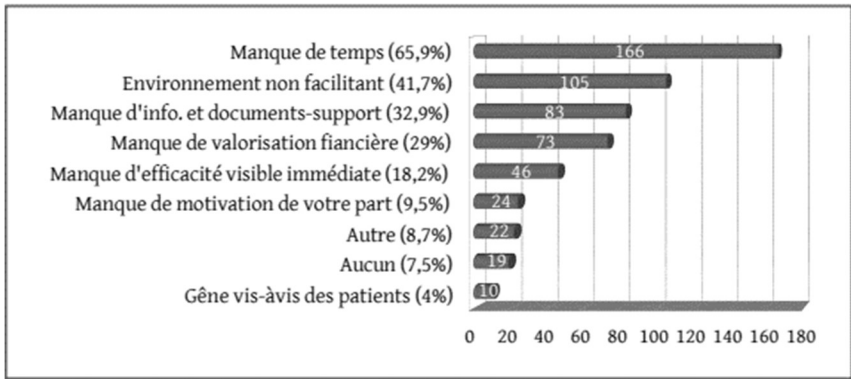


Figure 11 : Répartition selon le type d'obstacle vis-à-vis de la prévention nutritionnelle primaire

N°7 Conseils nutritionnels par le médecin généraliste : attente des patients. (83) Lucie LABBE 2016	Mayenne Etude quantitative (transversale, questionnaire distribué dans les cabinets) Patients majeurs présents en salle d'attente, consultants ou non, dans des cabinets urbains et ruraux du département de la Mayenne (questionnaires remis par la secrétaire aux patients, proposés systématiquement). 485 questionnaires exploitables, remplis par des patients (sur la base du volontariat sans influence possible du médecin) 77 % de femmes Age moyen : 48,6 ans	Identifier les attentes des patients en termes de conseil nutritionnel ainsi que leurs modalités en médecine générale.	« - <u>Conseils nutritionnels généraux</u> : plus de 90 % des répondants pensent que le médecin généraliste doit donner des conseils alimentaires à la fois pour les adultes et pour les enfants. Plus de 70 % des répondants attendent de leur médecin des conseils à partir de leurs habitudes alimentaires, sur l'intérêt pour la santé des différents aliments, sur les principes d'un bon équilibre alimentaire et sur les activités physiques bénéfiques pour la santé. Les plus de 45 ans : significativement plus demandeurs de conseils que les plus jeunes. - <u>Conseils nutritionnels spécifiques</u> : réponses assez équilibrées entre ceux qui veulent des conseils et ceux qui disent déjà connaître la fréquence de consommation des différents aliments (fruits, légumes, féculents, lait...). Femmes, mieux informées sauf sur les apports en féculents, sont moins en attente de conseils. Plus d'1/3 des patients souhaite des conseils sur la cuisson des aliments, l'assaisonnement des plats, le nombre de repas à prendre par jour, le plaisir de manger. Plus de 45 % souhaitent des conseils sur le grignotage et plus de 50 % sur la gestion des compulsions alimentaires. - <u>L'alimentation non perçue comme sujet intime</u> : seuls 10 % des répondants ont peur d'être jugés par leur médecin en parlant de leur alimentation, surtout quand ils se perçoivent trop gros. - <u>Moment propice</u> : une minorité souhaite des conseils nutritionnels lors de toutes les consultations, la majorité souhaite des conseils nutritionnels en cas de pathologie liée à la nutrition. Intérêt d'aborder la nutrition reste très limité en prévention primaire. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Moment</th> <th>non répondu</th> <th>non</th> <th>oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Toutes les consultations</td> <td>8,66</td> <td>20</td> <td>71,34</td> </tr> <tr> <td>Vaccination</td> <td>15,88</td> <td>23,51</td> <td>60,62</td> </tr> <tr> <td>Pathologie passagère</td> <td>21,24</td> <td>27,01</td> <td>51,75</td> </tr> <tr> <td>Renouvellement de traitement</td> <td>17,53</td> <td>41,65</td> <td>40,82</td> </tr> <tr> <td>Certificat médical</td> <td>23,09</td> <td>32,16</td> <td>44,74</td> </tr> <tr> <td>Si pathologie liée à l'alimentation</td> <td>8,25</td> <td>11,55</td> <td>80,21</td> </tr> </tbody> </table> Figure 1 : Les moments propices aux conseils nutritionnels	Moment	non répondu	non	oui	Toutes les consultations	8,66	20	71,34	Vaccination	15,88	23,51	60,62	Pathologie passagère	21,24	27,01	51,75	Renouvellement de traitement	17,53	41,65	40,82	Certificat médical	23,09	32,16	44,74	Si pathologie liée à l'alimentation	8,25	11,55	80,21
Moment	non répondu	non	oui																												
Toutes les consultations	8,66	20	71,34																												
Vaccination	15,88	23,51	60,62																												
Pathologie passagère	21,24	27,01	51,75																												
Renouvellement de traitement	17,53	41,65	40,82																												
Certificat médical	23,09	32,16	44,74																												
Si pathologie liée à l'alimentation	8,25	11,55	80,21																												

- Format : préférence majoritaire pour **les conseils oraux**.

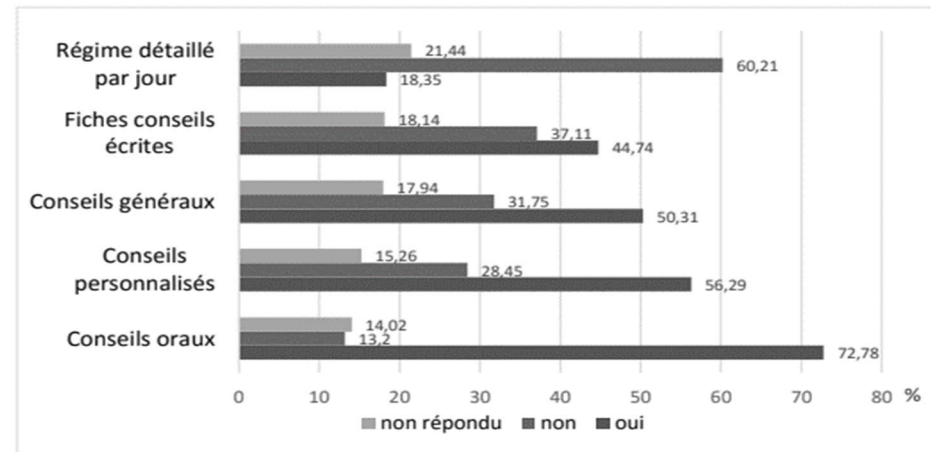


Figure 2 : Sous quelle forme transmettre les conseils nutritionnels ?

- Organisation du suivi : 2/3 des patients n'attendent pas de leur médecin un suivi nutritionnel régulier. 41 % souhaitent une orientation vers un nutritionniste, 36 % vers un diététicien et 13 % vers un psychologue.

- Place du conseil : **56 % sont prêts à venir à une consultation dédiée à la nutrition. Plus de trois quarts des patients trouvent utile que leur médecin leur parle de leur alimentation et pensent que cela peut changer leurs habitudes alimentaires.**

- Le médecin généraliste, principale source d'information nutritionnelle **que pour 20 % des patients** (mais cela augmente fortement en cas de maladie). Sources d'information : internet (20 %) puis presse écrite et télévision. »

N°8 La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire : expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans. (79) Emilie FERRER 2016	Région de Nice Etude qualitative (entretiens individuels semi-dirigés) 21 patients majeurs âgés de moins de 40 ans (patients d'un cabinet de médecine générale, contacts via des réseaux sociaux, contact par l'intermédiaire de boîtes aux lettres, contact avec des gens dans la rue) 48 % de femmes Age moyen : 29,6 ans IMC moyen : 21,6 (16,2 à 26,8)	Décrire l'expérience et les attentes des patients concernant la place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire.	« - Parmi les 90 % des participants qui ont un médecin généraliste, 42 % ont abordé le sujet de la nutrition avec leur médecin et 58 % souhaitent que leur médecin généraliste leur en parle. Devant la multitude des sources d'information, ils considèrent leur médecin généraliste comme une référence pour diffuser des conseils nutritionnels (confiance). - <u>Ce que les patients attendent</u> : le médecin doit accorder un temps de sa consultation pour la nutrition. Il doit connaître les habitudes alimentaires de ses patients, leur délivrer des conseils personnalisés pour améliorer progressivement leur façon de s'alimenter et éviter certaines maladies. Il doit connaître les attentes de ses patients afin d'y répondre de manière adaptée ou les orienter vers des spécialistes de la nutrition si besoins spécifiques. Conseils nutritionnels à tous les stades de la vie (dès l'enfance, éduquer les parents, à l'adolescence, adultes et personnes âgées), à chaque consultation (importance de la répétition et évolution des habitudes alimentaires au fil du temps) ou lors d'un certificat de sport. Via des conseils oraux (questions simples, rappel de quelques bases), des guides papier ou des affiches en salle d'attente. Suivi organisé à l'aide d'applications internet, lors d'une consultation à prévoir ou à partir d'une surveillance de poids. - <u>Limites rapportées par les patients</u> : manque de temps des médecins et de connaissances sur le thème de la nutrition. Mise à jour des connaissances des médecins et des recommandations officielles sur la nutrition en prévention primaire serait un point de départ à une meilleure éducation nutritionnelle. - <u>Suggestions des patients</u> : rôle de l'Etat (taxes produits sucrés, salés), de l'éducation (école, travail, culture) et des moyens de diffusion (médias, internet, sport). »
---	---	---	--

N°9 Connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins généralistes à Paris, une étude observationnelle. (74) Paloma ARBERTURAS 2017	Paris Etude qualitative (observationnelle, entretiens individuels semi-dirigés avec questionnaire) 50 médecins généralistes libéraux exerçant à Paris (randomisation) 44 % de femmes Age moyen : 57,2 ans	Evaluer les connaissances en nutrition des médecins généralistes parisiens et décrire leurs pratiques lors de la délivrance du conseil nutritionnel.	« - <u>Place de la nutrition dans les consultations de médecine générale</u> : intérêt de la nutrition reconnu mais diététique abordée que dans une consultation sur cinq. En termes de fréquence des sujets abordés sur l'hygiène de vie, la nutrition se situe en troisième position, derrière le tabac et l'activité physique (devant l'alcool). - <u>Déroulé des entretiens sur le thème de la nutrition dans la pratique</u> : abord de la diététique principalement avec les patients diabétiques ou atteints de pathologies cardio-vasculaires ou digestives. 62 % des médecins se déclarent être à l'initiative de la discussion dans trois consultations sur quatre et sujet non difficile à aborder pour 82 % des praticiens. Utilisation d'une combinaison de stratégies de communication pour modifier le comportement de leurs patients : styles informatif (88 %), holistique (86 %) et motivationnel (77 %). 18 % se basent sur une stratégie de crainte ou de peur. Déclencher un conseil nutritionnel lors d'une consultation est gratifiant mais est évalué comme facteur d'allongement de la durée de consultation (prolongation estimée à parts égales à < 5 min, 5 à 10 min, > 10 min). - <u>Facteurs limitant le conseil nutritionnel en médecine générale</u> : le manque de temps est un des principaux facteurs limitants signalés par les médecins. Autres facteurs limitants à une prise en charge nutritionnelle optimale d'après les médecins : nombre de motifs de consultation, motivation du patient et thèmes abordés en consultation. Pour contourner ces obstacles, 1/3 des médecins réalise des consultations exclusivement dédiées à ce sujet. - <u>Connaissances et formation en nutrition</u> : formation initiale jugée insuffisante par 70 % des médecins mais 78 % ont un niveau de connaissances correct. Principalement formés en dehors du cadre universitaire : revues médicales, internet ou stages de formation continue. Difficultés à accéder à l'information pour la moitié d'entre eux. - <u>Place des diététiciens dans le référentiel du médecin généraliste</u> : moins d'1/3 des médecins généralistes cite les diététiciens comme source d'information et seuls 27 % adressent fréquemment leurs patients vers un diététicien. - <u>Supports à l'éducation nutritionnelle</u> : ressources officielles peu utilisées. 51 % des médecins ont reçu les documents édités par le PNNS et l'Inpes et 2/3 d'entre eux savent se les procurer. Pourtant, la grande majorité des médecins remettent un document écrit dans moins d'1/3 des consultations (souvent un document réalisé par le médecin). Certains médecins déclarent recevoir très peu d'exemplaires à chaque commande (et se lassent de les commander). 90 % des médecins se rendent rarement ou jamais sur la page pro du site www.mangerbouger.fr et seuls 6 % orientent leurs patients vers ce site. La documentation mise à disposition en salle d'attente a tendance à susciter des questions de la part des patients. »
---	---	---	---

N°10 Comment améliorer la prévention primaire en nutrition et activité physique chez les patients adultes jeunes en médecine générale ? (89) Charlotte PREVOST 2018	Alpes Maritimes Etude qualitative (entretiens individuels semi-dirigés) 17 médecins généralistes des Alpes Maritimes 47 % de femmes Age moyen : 50,5 ans	Faire émerger des perspectives d'amélioration de la prévention primaire en nutrition et activité physique chez les patients adultes jeunes (moins de 40 ans) au travers des difficultés et des expériences des médecins.	« - <u>Pratiques des médecins pour aborder la nutrition et l'activité physique</u> : ➔ Variées (systématiquement, lors du premier entretien ou en cas de demande, de point d'appel) ➔ Mesures (le poids, une mesure systématique au moins une fois par an avec calcul IMC, le tour de taille est mesuré seulement si point d'appel) ➔ Obstacles (le manque de temps est un obstacle majeur, manque d'adhésion des patients, déjà plusieurs thèmes de consultations par consultation, manque de connaissance des médecins, manque d'outils, impression de surcharger le patient d'informations, contexte financier des patients, la société et manque de temps pour manger notamment sur les lieux de travail) - <u>La nutrition</u> : ➔ L'intérêt des patients jeunes (des médecins sont d'accord, d'autres pensent que ça dépend des patients et certains sont plutôt surpris) ➔ Le médecin généraliste comme référent (il est souvent le seul médecin des patients jeunes ce qui peut effectivement lui donner une place de référent, le remboursement améliore l'accessibilité en comparaison aux diététiciens, ceci peut être une difficulté pour le médecin qui peut manquer de temps ou de connaissances, certains médecins ne sont pas d'accord car la référence serait la télévision) ➔ Les perturbateurs endocriniens (beaucoup de médecins ne maîtrisent pas ce sujet, sujet pas encore d'actualité dans les cabinets de médecine générale, certains médecins abordent le sujet en donnant des conseils simples de prévention, certains se posent la question de la fiabilité de l'information, problème soulevé de l'accessibilité financière aux produits issus de l'agriculture biologique) - <u>La documentation</u> : ➔ En salle d'attente (démarche assez rare car manque de place et surtout car c'est une démarche à faire) ➔ En consultation (plutôt des documents ciblés) ➔ PNNS (documents peu utilisés par les médecins généralistes car manque d'information sur la disponibilité de ces documents, complexité de certains documents et les jeunes médecins montrent plus d'intérêt pour le site internet) - <u>Perspectives d'amélioration</u> : ➔ Améliorer la formation, proposer une formation médicale continue ➔ Trouver du temps, 53 % des médecins citent comme obstacle le manque de temps (retrouver du temps pour faire de la prévention et prévoir des consultations dédiées)
---	--	---	---

			➔ Une consultation dédiée (une solution pour une majorité des médecins, nécessité d'une cotation particulière pour certains, lien éventuel avec le paramédical comme les infirmières d'éducation thérapeutique ou le remboursement des diététiciens, question soulevée sur le suivi nécessaire à cette prise en charge de prévention, sous la forme de consultation de groupe ou de conférence, doutes sur l'intérêt des patients pour certains médecins, initiative de la sécurité sociale pour promouvoir et organiser cette consultation dédiée avec questionnaire proposé) ➔ Améliorer les outils de communication et leur diffusion (site internet dédié, courtes vidéos à disposition sur internet, améliorer la diffusion des outils de communication auprès des médecins généralistes) ➔ Une éducation à faire, les médecins généralistes en soutien (rôle de la télévision et des médias, des pouvoirs publics et dans les écoles) - <u>Vers une évolution des comportements</u> : les jeunes adultes (entre 30 et 40 ans) et les jeunes médecins semblent plus concernés. - <u>Des médecins généralistes désabusés</u> : sentiment d'énervement sur les multiples missions qui leur sont demandées. »
--	--	--	---

N°11 Influence des habitudes alimentaires du médecin généraliste sur les conseils alimentaires qu'il donne à ses patients. (88) Estelle CHAMBON 2018	Rhône-Alpes Etude qualitative (entretiens semi-dirigés) 10 médecins généralistes exerçant en région Rhône-Alpes 50 % de femmes Age moyen : 41,7 ans IMC moyen : 25,12 (18, 1-35, 57)	Explorer de manière spécifique ce sujet, avec pour hypothèse que les conseils alimentaires donnés par le médecin généraliste sont influencés par ses connaissances, croyances et habitudes nutritionnelles acquises dans son passé et qu'il applique au présent.	« - <u>Habitudes alimentaires du médecin</u> influencées principalement par : éducation reçue dans l'enfance, personnalité et rapport à la nourriture. - Il existe un lien entre son mode de vie alimentaire et les conseils qu'il donne. Les médecins avec une alimentation équilibrée depuis l'enfance (surtout les femmes) ont plus tendance à associer alimentation et bonne santé et donner plus fréquemment des conseils généraux. - Face aux difficultés des patients, les médecins se sentent démunis pour transmettre et faire appliquer leurs connaissances théoriques. - Les médecins en surpoids interviennent si le patient est déjà bien motivé (pour eux, perte de temps d'apporter des informations aux patients non demandeurs). Ils ont une approche motivationnelle (qui part principalement du quotidien des patients et selon eux les conseils généraux servent peu pour faire adhérer le patient). -Tous sont à l'aise avec les conseils concernant les maladies chroniques fréquentes comme ils voient le patient régulièrement (diabète). - <u>Les aides utilisées par les médecins sont :</u> ➔ Fiches récapitulatives des conseils du PNNS (aide-mémoire et explications claires à portée de main des patients) ➔ Collaboration avec une infirmière ASALEE complète la prise en charge du patient (éducation thérapeutique) ➔ Aides professionnelles extérieures (médecins nutritionnistes) sollicitées si patients demandent des conseils précis face à des médecins mal à l'aise d'entrer dans les détails, par manque de compétence ou manque de temps. - Prévention primaire, outil quasi-systématiquement utilisé : la pesée et le calcul de l'IMC. Si absence de surpoids, de pathologie ou de demande du patient, ils n'ont pas le temps de donner des conseils alimentaires. - Médecins pensent que leur physique a une influence : s'il est trop mince et qu'il donne des conseils alimentaires, commentaires dubitatifs venant des patients. A contrario, les médecins en surpoids ou non satisfaits par leur physique se sentent moins légitimes à donner des conseils. »
--	---	---	--

N°12 Élaboration d'un outil connecté de suivi de la diététique destiné aux médecins généralistes. (93) Amélie HERVAULT 2018	Paris Etude qualitative (enquête envoyée par e-mail) 300 médecins généralistes répondants	Elaborer un outil d'aide au suivi diététique par le médecin généraliste.	« - <u>Barrières aux conseils nutritionnels pour les professionnels de santé</u> : manque de temps, de formation et d'outils. Face à ce constat, élaboration un outil d'aide au suivi diététique par le généraliste. - Enquête sur pratique et attentes en diététique des médecins généralistes. - <u>Attentes principales</u> : identification rapide des erreurs diététiques (81 %) et proposition de solutions pratiques (85 %). - Le projet a abouti à Dietconnect (https://www.dietconnect.net/) : outil informatique construit selon les attentes des confrères et pour être utilisé quotidiennement par leurs patients. - La balance énergétique est la différence des apports et dépenses. L'activité physique est ajoutée par synchronisation de GOOGLEFIT ou choisie parmi une liste exhaustive. Les apports énergétiques sont choisis dans une base de 551 432 aliments, le détail de leurs teneurs en macronutriments (glucides, lipides, protides) est comparé aux recommandations pour cibler les erreurs diététiques du patient. - Cet outil sera évalué dans une enquête ultérieure. »
---	---	---	--

N°13 Nutrition et activité physique : comment les médecins généralistes influencent le comportement de leurs patients ? (91) Solène DUCHAC 2018	Normandie Etude qualitative (entretiens semi-dirigés) 8 médecins généralistes Haut-Normands	Déterminer comment les médecins généralistes influencent le comportement de leurs patients dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique.	« - Les médecins : pas de stratégie préétablie (agissent à l'instinct). Initiation fréquente de la discussion par la diététique. - Changement de comportement considéré difficile pour le patient et pour le médecin et est source de frustration. Ils déplorent un manque de temps. - Utilisation de techniques pour aborder le sujet, motiver, aider le patient à changer, et organiser un suivi régulier : adoption d'une posture tantôt d'expert tantôt plus collaborative, se servent de plusieurs outils et professionnels ressources (bien que manque de ressources ressenti). Dans l'analyse des verbatims : éléments des modèles sociocognitifs du changement, du modèle transthéorique, de l'entretien motivationnel et des interventions brèves. - Un des objectifs de la formation médicale serait d'aider les médecins à s'approprier ces outils portant sur les théories de changement de comportement. Les difficultés dans l'accompagnement sont souvent induites par l'utilisation d'outils ne correspondant pas au stade de changement dans lequel se trouve le patient. »
---	---	--	---

N°14 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. (75) Nathalie SCHMITZ 2019	Rhône Eude quantitative (étude épidémiologique, prospective, descriptive des pratiques de médecine générale, observation des consultations par 10 internes en stage) 10 médecins généralistes maîtres de stage universitaires, exerçant dans le département du Rhône. 30 % de femmes Age moyen : 54,5 ans 242 consultations exploitées Patients adultes, d'âge moyen : 53 ans 63 % de femmes IMC moyen : 26	Déterminer la fréquence des conseils alimentaires, par les médecins généralistes à leurs patients, au cours des consultations. Cela, quel que soit le profil du patient (âge, sexe, IMC, antécédents), le motif de la consultation et le diagnostic établi au cours la consultation.	« - La prise des mensurations, outil de prévention primaire principal selon les médecins généralistes, pas systématique au cours des consultations (54,5 % des patients pesés, 6,3 % mesurés, possibilité de calculer l'IMC pour 54,9 % des patients). - Environ 20 % des consultations observées donnent lieu à des conseils alimentaires (19,4 %, IC 95 % [14,6 %, 25 %]). Résultat significatif et comparable aux données présentes dans la littérature internationale. - Patients recevant le plus fréquemment des conseils alimentaires : âgés (âge moyen de 61 ans), de sexe masculin, avec un profil IMC estimé en surpoids ou obèses. - Les patients reçoivent le plus souvent des conseils alimentaires en prévention secondaire et lors de consultations de suivi. Idem, la fréquence des conseils alimentaires semble varier selon le diagnostic établi lors de la consultation (conseils alimentaires principalement en cas de pathologies en rapport avec le système circulatoire et le système endocrinien, métabolique ou nutritionnel). ¼ des patients interrogés sur leur adhésion aux conseils alimentaires prodigués lors de précédentes consultations a reçu de nouveau des conseils alimentaires lors de la consultation observée. D'où potentiel important du suivi, en matière d'éducation nutritionnelle. Les renouvellements d'ordonnance ou rencontres de suivi donnaient lieu à des conseils alimentaires que dans 20 % des cas. Prodiguer un conseil minimal nutritionnel lors renouvellements d'ordonnance, une piste d'amélioration de l'éducation nutritionnelle en médecine générale. - Dans plus de 3/4 des cas (78,7 %), conseils alimentaires à l'initiative du médecin, de manière personnalisée, avec interrogatoire préalable des patients sur leurs habitudes alimentaires (68 % des cas). Les médecins utilisent le plus souvent les repères du PNNS uniquement (60 % des cas) ou associés à des conseils brefs, plutôt restrictifs (limitation du sucre, du sel et du gras), sauf l'eau à volonté, toujours en accord avec les recommandations du PNNS et de l'INCa. Seulement dans ¼ des cas, consommation de fruits et légumes recommandée. Durée des conseils alimentaires : pour la majorité moins de 3 minutes (78,7 % des cas). Très peu de patients ont été orientés (6 % des cas) vers un spécialiste de la nutrition. »
--	---	---	--

N°15 Perception de l'équilibre alimentaire des patients en médecine générale. (77) Nicolas TRAP 2019	Ville du Havre Etude quantitative (observationnelle monocentrique, questionnaire rempli à la fois par le médecin investigateur et par le patient et calendrier alimentaire sur 3 jours) 68 patients inclus, adultes de 18 à 75 ans, consultant dans le cabinet de médecine générale où le médecin investigateur est remplaçant adjoint. Proposition d'inclusion aux patients lorsque l'alimentation est abordée, quel que soit le motif de consultation initiale. 62 % de femmes Age moyen : 50 ans	Comparer, chez les patients consultant en médecine générale, la perception de leur équilibre alimentaire, à la réalité de leurs habitudes alimentaires.	« - Auto-évaluation par les patients de leur équilibre alimentaire à l'aide de la question « Comment percevez-vous votre équilibre alimentaire ? ». Réponse possible parmi ces propositions : « Très mauvais », « Mauvais », « Passable », « Bien », « Très bien » et « Excellent ». - Equilibre alimentaire perçu par les patients non associés au « score de recommandations alimentaires » (allant de 0 à 12, basé sur 12 critères de jugement issus des recommandations nutritionnelles) selon l'analyse quantitative des aliments effectuée ($p = 0,119$). Données obtenues à partir des calendriers alimentaires remplis sur 3 jours par les patients. - Recommandations sur les acides gras saturés mieux respectées chez les hommes (61,5 %) que chez les femmes (35,7 %) ($p = 0,034$). - Patients tachyphages ont un score significativement plus bas (3,67 points avec $p = 0,043$) que ceux mangeant moins vite (respectivement 5,07 pour une durée de repas de 10 à 20 min et 5,13 pour une durée de repas supérieure à 20 min). - Les plus diplômés ($p = 0,012$) et les patients avec un périmètre abdominal normal ($p = 0,045$) perçoivent leur alimentation comme plus équilibrée. - La proportion de patients consommant plus d'un verre de boisson sucrée par jour, significativement plus importante ($p = 0,033$) chez les patients ayant une mauvaise perception de leur alimentation. - Les patients avec antécédents de pathologies cardio-vasculaires pas plus assidus aux règles hygiéno-diététiques que le reste de la population de l'étude. - Aspect quantitatif des aliments pas encore compris par la majorité des patients en prévention primaire comme secondaire. Le médecin généraliste, premier acteur de cette éducation, dispose d'outils simples : le calendrier alimentaire, l'assiette santé et un suivi dans le temps pour prévenir les maladies chroniques liées à une alimentation non adaptée. - Le site internet « la fabrique à menus » permet d'obtenir des menus équilibrés selon les repères nutritionnels du PNNS. »
--	--	--	--

N°16 Quelle place pour la nutrition en médecine générale ? (80) Elodie CHANUT 2019	Auvergne-Rhône-Alpes Etude qualitative (3 séances de focus group dans le cadre de séances de groupe d'échanges de pratiques de médecins généralistes et un entretien individuel semi-dirigé) 22 médecins généralistes exerçant dans la région Auvergne-Rhône-Alpes Présentation par les médecins de la dernière situation clinique rencontrée en consultation, abordant la nutrition avec le patient. 36 % de femmes Age moyen : 50 ans	Explorer quelle place occupe la nutrition en consultation pour les médecins généralistes interrogés.	« - Médecins considèrent avoir un rôle à jouer dans l'éducation nutritionnelle des patients. En fonction des générations, abord de la nutrition différent : ➔ Les plus jeunes médecins diagnostiquent la malnutrition et réalisent des interventions brèves (pour ensuite passer la main à une équipe pluri disciplinaire). ➔ Les plus âgés investissent l'éducation nutritionnelle dans sa globalité (corriger les erreurs alimentaires et accompagner le patient dans ce cheminement). - La nutrition, souvent évoquée parmi d'autres motifs de consultation, s'aborde facilement grâce à la balance, au suivi du poids, par le retour de résultats biologiques perturbés et de l'hérédité familiale connue du praticien. - Nutrition non évoquée avec tous les patients car manque de temps ou de qualification mais aussi car les médecins perçoivent l'alimentation comme faisant partie de l'intime (peur de devenir intrusifs ou de juger). - Conseils délivrés plutôt qualitatifs, de bons sens et rapides : de l'interventionnel bref (par manque de formation et de temps cités par tous les médecins). - Abord de la nutrition en médecine générale impactée par les représentations du médecin sur l'idée de norme sociétale et sur l'obésité. Les médecins plus âgés sont plus sensibilisés à l'obésité contrairement aux plus jeunes qui souhaitent la respecter comme une variante sociétale. »
--	--	---	---

N°17 Abord de la question nutritionnelle par les médecins généralistes auprès de leurs patients lors de la consultation en cabinet de médecine ambulatoire. Étude qualitative dans la zone sud des Alpes de Haute-Provence. (81) Rémy SCHWARTZLER 2019	Alpes-de-Haute-Provence Etude qualitative (descriptive, entretiens individuels semi-structurés) 18 médecins généralistes traitants, en exercice dans la zone sud des Alpes-de-Haute-Provence. 44 % de femmes Age : de 35 à 63 ans	Analyser, à travers leur propre point de vue, comment les médecins généralistes abordent et explorent la question de la nutrition tant en prévention primaire qu'en situation pathologique.	« - Médecins perçoivent plus largement l'importance de la nutrition pour la santé humaine. - Mais son intégration dans le cadre de leur exercice est moins évidente. Grande variabilité inter-individuelle dans les pratiques : ➔ Motif clinique ou biologique souvent nécessaire pour aborder la nutrition (stade de prévention secondaire ou tertiaire). Pathologies principales : diabète, écarts pondéraux, dyslipidémie, hypertension artérielle, goutte. ➔ La prévention primaire non réalisée par tous. Elle se rattache à des situations : enfance, grossesse, grand âge, sportifs, patients végétariens. Sauf abord systématique du sujet par le seul médecin présentant le plus d'intérêt pour la nutrition et ayant un diplôme universitaire de nutrition. - Grande variabilité, avec des explorations, conseils et suivis plus ou moins approfondis selon les médecins (place « annexe » ou à l'inverse « primordiale » donnée par les médecins). Nutrition traitée principalement oralement. Journal alimentaire, outil plus difficile à mettre en place donc peu utilisé par les médecins. Les conseils alimentaires associent souvent la situation rencontrée à un nutriment. Les conseils reposent sur un ensemble de principes qui rejoignent souvent ceux du PNNS 4 : importance de la diversité alimentaire, du plaisir de manger, des justes rythmes et quantités alimentaires, de l'équilibre entre les apports et les dépenses (notamment via l'activité physique). Relais d'information par fiche papier ou via outils numériques fréquent. - Cadre de la médecine générale influe beaucoup. Consultation nutritionnelle qualifiée de « chronophage » : frein pour certains qui l'abordent donc superficiellement, la confient à un autre professionnel ou à une fiche informative. Solution suggérée ou appliquée : dédier des consultations à ce sujet si besoin mis en évidence. Mais, difficulté d'accorder ce temps supplémentaire avec raréfaction de l'offre médicale. Médecins traitant le plus de nutrition sont ceux dont la motivation a poussé à trouver les ressources de connaissances et les moyens matériels pour dépasser ces difficultés. L'intégration de la nutrition en médecine générale n'est pas encore une évidence aujourd'hui. - Question de la rémunération de consultations dédiées à la nutrition (comme la cotation « Consultation Spécifique de l'Obésité chez enfant ») divise les praticiens. Dans le contexte actuel de rémunération du médecin et au vu des blocages structurels rencontrés pour parler nutrition, il semble adapté d'étendre ce système de cotation à l'adulte et à la prévention primaire.
--	---	--	--

			- La médecine générale, niveau de soin idéal pour le développement de la prise en charge des problèmes nutritionnels : proximité avec le patient, relation de confiance établie avec lui, connaissance de son environnement social et de son lieu de vie, suivi régulier au cours des années. Médecin généraliste : un des soignants les plus à même de parler de nutrition. Rythme de la médecine générale répond au besoin de temps nécessaire pour avoir des changements de mode de vie dans le domaine de la santé. - Prise en main de l'alimentation dépend des intérêts personnels, des expériences de vie, de la conception qu'ils ont du soin et de leur rôle comme médecin traitant. Ces variabilités inter-individuelles font supposer qu'il est nécessaire de donner plus de valeur à l'enseignement de la nutrition dans le cadre des études de médecine (premier, deuxième cycle et lors de la spécialisation). Afin d'améliorer la relation médecin-patient et impulser des changements comportementaux, nécessité d'intégrer dans l'enseignement l'apprentissage de l'éducation thérapeutique et des techniques d'approche motivationnelle. - Obstacle principal à l'abord de la nutrition : le temps. Autres difficultés mises en avant : réseau de soins et moyens insuffisants, sujet nutritionnel délicat, intime, donc difficile à aborder, désintérêt, absence de prise de conscience, déni et réticences du patient, difficulté à changer les habitudes de vie, suivie d'une sensation d'impuissance par le médecin dans le domaine nutritionnel, influence des conditions socioéconomiques et culture alimentaire du patient, environnement proche du patient (famille, habitat, possibilité ou non de cuisiner, offre alimentaire, marchabilité et cyclabilité du lieu de vie), manque de culture et de connaissances sur l'alimentation et la cuisine, environnement global non facilitant (habitudes de société, publicité, politique de santé, réglementation). »
--	--	--	--

N°18 Attente des patients sur le conseil nutritionnel par le médecin généraliste : enquête qualitative. (82) Marion SPRIET 2020	Gironde Etude qualitative (entretiens individuels semi-dirigés) 14 patients vivant en Gironde 57 % de femmes Age : de 18 à 65 ans	Déterminer les attentes des patients sur le conseil nutritionnel par le médecin généraliste.	« - Le médecin généraliste doit aborder le thème de l'alimentation au cours de ses consultations, même sans demande du patient, pour être perçu comme un référent sur ce sujet (il doit faire le premier pas). Avec une attitude bienveillante et sans jugement, car ce sujet peut se révéler intime. - Le conseil : le plus personnalisé possible et tenir compte du patient en tant qu'individu dans sa globalité. Le conseil oral est la forme privilégiée par les patients. En termes de contenu, les patients souhaitent que le médecin rappelle les repères, aide à faire le tri dans l'information (faire le point sur le vrai et le faux sur les nombreuses sources d'information existantes) et se place comme un élément de soutien et de motivation : rôle de conseiller adaptant les recommandations aux singularités des patients. Les techniques de l'entretien motivationnel semblent adaptées au conseil nutritionnel souhaité. Les patients souhaitent un conseil, régulier, répété, simple mentionnant les notions de base. Ils ne sont pas opposés à un rappel écrit mais ces supports papier peuvent être perdus ou non lus car jugés trop longs et trop contraignants. Certains patients souhaitent une application sur smartphone permettant un rappel des conseils alimentaires en complément au conseil oral (en étant sûrs d'avoir une information validée médicalement). Proposition d'une consultation de synthèse ou un point sur l'état de santé global (abord de l'alimentation, état psychique, sommeil...) est parfois souhaitée. Certains souhaitent également qu'il soit un élément moteur et un soutien en instaurant des consultations de suivi et des objectifs. - La relation entre un médecin généraliste et son patient, vécue par les patients comme une relation de confiance et de proximité, permettant d'aborder tous les sujets, même les plus intimes. Mais, le rôle de conseiller en matière de nutrition et le rôle de prévention du médecin généraliste sont souvent mal connus, le médecin généraliste est souvent réduit à son rôle de prescripteur. L'intérêt et la prise de conscience de l'alimentation des patients semblent être le miroir de celui du médecin. Des patients doutent des connaissances et aptitudes des médecins dans ce domaine avec une variabilité selon les praticiens, d'autant plus si ceux-ci paraissent en surpoids. - Une alimentation équilibrée selon les patients : idéal difficile à atteindre car contraintes sociales, de temps, d'argent ou un manque de plaisir. Perception influencée aussi par l'histoire individuelle (culture, habitudes familiales) et les connaissances acquises au cours de la vie. Intérêt pour ce sujet souvent lié à des événements de vie tels que la maladie, l'âge. - L'impact sur la santé, bien que connu, est flou et tardif d'où l'aspect santé qui reste un déterminant secondaire dans le rôle de l'alimentation selon les patients. »
---	---	---	--

N°19 Attentes partagées concernant le développement d'un outil numérique d'accompagnement nutritionnel en soins primaires : une recherche de consensus par méthode Delphi-Abaque. (94) Anaïs CALLOUD et Sophie JACQUEMET 2021	France Etude qualitative (recherche de consensus par méthode Delphi couplée à l'Abaque de Régnier, les experts ont répondu anonymement à 3 questionnaires itératifs, via la plateforme en ligne ColorInsight®, consensus défini par un taux d'accord supérieur à 80 %) 26 experts (patients, professionnels de santé en soins primaires, spécialisés en nutrition ou e-santé) interrogés 65 % de femmes Age moyen : 45 ans	Evaluer les attentes partagées entre patients et professionnels de santé concernant le développement d'un outil numérique d'aide à la prise en charge nutritionnelle individualisée en soins primaires.	« Principaux éléments consensuels : - Site internet couplé à application mobile, avec deux interfaces différenciées selon statut patient ou professionnel de santé, mis à jour régulièrement. - Utilisation conjointe par patient et professionnels de santé choisis. - Possibilité de réalisation d'enquêtes alimentaires variées, prenant en compte qualité, quantité des apports alimentaires, habitudes de cuisine et rythme alimentaire. - Définition d'objectifs de modification de comportements alimentaires personnalisés selon enquête alimentaire et dialogue entre patient et professionnel de santé. - Mise à disposition de documents de formation sur la nutrition, adaptés au statut patient ou professionnel de santé (ressources documentaires). Par exemple, mise à disposition du patient des recommandations nutritionnelles du PNNS sur sa page d'accueil. - Nécessité ergonomie adaptée et interopérabilité avec logiciel métier du professionnel de santé ou le Dossier Médical Partagé. - Intégration de patients experts et de professionnels de santé spécialisés auprès desquels le professionnel de premier recours peut se référer (ressources humaines). - Utilisation régulière pour permettre suivi de la prise en charge et aide au changement des habitudes de vie. Outil pouvant s'intégrer au sein d'un fonctionnement plus large avec prise en compte relation et échanges entre patients et professionnels de santé, patient partenaire et acteur de sa prise en charge, accès à des supports d'information adaptés. Sciences (humaines et sociales) en faveur de l'efficacité d'une telle approche. Intérêt de poursuivre ce travail par collaboration entre professionnels de santé, instances gouvernementales et acteurs de la santé numérique pour développer, diffuser et évaluer l'efficacité d'un tel outil numérique centré sur le patient et à utiliser tant en prévention primaire qu'au stade de la pathologie. »
---	--	--	--

N°20 Exercice de la nutrition en médecine générale : ressenti des médecins, difficultés rencontrées, stratégies de prise en charge et attentes de formation. Etude qualitative réalisée auprès de 13 médecins généralistes exerçant dans le Bas-Rhin. (90) Lisa FRANCESCHINI 2021	Bas-Rhin Etude qualitative (entretiens individuels semi-dirigés) 13 médecins généralistes exerçant dans le Bas-Rhin (internes remplaçants et médecins installés) 62 % de femmes Age : de 27 à 57 ans	Rechercher et analyser les difficultés des médecins généralistes concernant leur exercice de la nutrition.	« - Médecins ont conscience de leur rôle primordial dans la prévention mais ils sont mal à l'aise pour aborder les consultations de nutrition chez adultes (appréhension et manque de temps). Prise en charge de situations relevant du mode de vie leur pose problème. Médecins découragés face à ces consultations. Faible sentiment d'efficacité personnelle, qu'ils mettent en lien avec manque de compétences, de formation, de connaissances. - <u>Thématiques abordées lors de la consultation de nutrition :</u> ➔ Poids (au centre de la consultation) ➔ Pathologies cardiovasculaires ➔ Pathologies rhumatologiques ➔ Nutrition physiologique ou en lien avec régimes alimentaires particuliers ➔ Certaines étapes de la vie : nourrisson, grossesse, personne âgée ➔ Quotidien : sommeil, sport, santé globale - <u>Outils utilisés par les médecins pour aborder la nutrition :</u> ➔ Poids, IMC ou carnet de santé ➔ Bilan biologique ➔ Consultation de prévention ➔ Pathologie en lien avec la nutrition ➔ Renouvellement d'ordonnance - <u>Mise en place plusieurs stratégies pour orienter et accompagner leur patient (partir des souhaits du patient, les respecter et les conseiller) :</u> orienter vers d'autres professionnels, proposer des consultations dédiées, s'aider de techniques d'entretien motivationnel. - Formation initiale jugée trop théorique (mal adaptée à la pratique) et insuffisante. Formation en nutrition primordiale. Ils sont enthousiastes. Ils souhaitent une formation plus pratique (pédagogique) avec : rappels sur l'alimentation normale et pathologique, sources officielles, entretien motivationnel et accompagnement du patient, réseaux de soins. Nécessité d'améliorer la communication et la diffusion des outils disponibles pour renforcer l'implication des médecins. »
--	---	---	---

N°21 Evaluation des attentes des patients de 25 à 35 ans, en bonne santé théorique, d'une consultation de prévention incluant les problématiques liées à la nutrition chez le médecin généraliste. (84) Sabrina DJELLALI 2021	Ile-de-France Etude qualitative (entretiens semi-dirigés) 8 jeunes adultes âgés de 25 à 35 ans en bonne santé, vivant en Ile-de-France	Evaluer les attentes des patients de 25 à 35 ans, en bonne santé théorique, d'une consultation de prévention incluant les problématiques liées à la nutrition chez le médecin généraliste.	« - <u>Offre de prévention inadaptée (constat clair dans tous les entretiens réalisés)</u> : prévention est inadaptée voire perçue comme inexistante et surtout tardive. ➔ En faveur d'une prévention précoce : école, entrée dans la vie professionnelle, prévention choc par témoignages. ➔ En faveur d'une prévention autonome : sites internet, supports papier. ➔ En faveur d'une prévention individualisée et ciblée : messages des campagnes publicitaires souvent assimilés mais inadaptés à leurs problématiques générationnelles et individuelles. Thématiques à aborder souhaitées par les jeunes : psychique, nutrition et problématiques écologiques intriquées (« genre juste avoir les légumes de saison, des trucs vraiment bêtes mais je trouve ça super utile », « Sur une semaine, décrivez-moi tous vos repas par exemple »), addictions, Infections Sexuellement Transmissibles. - <u>Mal-être psychique des jeunes adultes au premier plan (3/4 des entretiens)</u> : futur considéré incertain, climat sociétal avec souvent pour conséquence, des conduites à risque. - <u>La nutrition</u> : messages des campagnes de prévention nutritionnelle de grande échelle sont assimilés par notre échantillon. Mais, ils souhaitent : ➔ Aller au-delà des messages « standards » : prise en charge individualisée (questionnement sur les proportions d'aliments adaptées à chacun en fonction du mode de vie et des objectifs personnels). ➔ Les implications écologiques et éthiques (perturbateurs endocriniens, origine des produits) : dans la consommation quotidienne, « manger local », « manger moins de viande ». ➔ La transmission de repères nutritionnels à leurs enfants (« Adulte sain donne un enfant sain, ou du moins essayer de lui inculquer », « quand ils seront grands, ça sera eux qui se géreront mais si on a pu leur apporter le maximum de bases, il y a plus de chance qu'ils se gèrent correctement »). - <u>Perte de confiance dans les institutions</u> : ➔ Exemple récurrent de la vente d'alcool et de tabac, légales en France alors que nocivité plus à prouver. ➔ Perte de confiance en l'Etat, mais aussi les diverses institutions, y compris pharmacologiques (complot envers l'industrie pharmaceutique). ➔ Majorité des répondants en faveur des médecines dites alternatives (contexte de rejet du médicament).
---	--	---	---

			- <u>La place du médecin généraliste</u> : le recours au médecin généraliste n'est pas une évidence. ➔ Rôle de prévention du médecin mal appréhendé par cette population. ➔ Nombreux freins identifiés à consultation de prévention : disponibilité du médecin ou ayant d'autres priorités (pathologies graves d'autres patients à gérer par exemple), organisation et temps du patient, doutes sur les compétences du médecin sur la nutrition, discours anxiogène à éviter, savoir profane source principale d'information. ➔ Consultation dédiée à la prévention, incitée : précoce, bilan général et dépistage avec objectif de correction du mode de vie (nutrition, activité physique, gestion des addictions) et d'autonomisation (« Dans la discussion j'aimerais qu'elle me fasse réfléchir sur moi-même » « dans la routine au quotidien ce qu'on va faire, tout ce qui va nous permettre de rester en bonne santé, de diminuer les risques d'être en mauvaise santé, que ça soit sur le long terme ou le court terme »), orientation vers des sources fiables, ce qui pallierait le manque de temps bilatéral (« Pour devenir autonome, parce qu'on ne va pas aller voir le médecin tous les mois pour savoir si on a une alimentation équilibrée ! Le but, c'est de rendre la personne autonome et objective », « Oui, qu'il remette un livret », « Si le médecin, y aller une fois, c'est gratuit, et après il me donne les bons sites. C'est top quoi »), réduction des inégalités sociales avec la notion d'empowerment (« C'est le seul qui est remboursé par la sécu, qui est connu de tout le monde, qui est quelqu'un auquel les gens font confiance », « Le médecin c'est un peu une sorte d'intermédiaire un peu holistique ! Au-delà, de la bonne santé de tout le monde. »). »
--	--	--	--

N°22 Nutritioclic, évaluation d'un site internet / outil web d'aide à la prise en charge et au suivi nutritionnels en médecine générale par une enquête de satisfaction auprès de médecins généralistes. (95) Laurent BELHASSEN 2021	France Etude quantitative et qualitative et analyse technique du site (un collectif d'experts en nutrition présent durant toute l'élaboration du site) Echantillon de 60 médecins généralistes pratiquant une activité en cabinet	Répondre à l'hypothèse qu'un outillage performant et adapté aidant à la prise en charge nutritionnelle pourrait se révéler efficace pour la levée de certains de ces obstacles.	« - Etudes centrées sur la satisfaction chez les médecins généralistes dans le cadre d'une prise en charge nutritionnelle en cabinet par cet outil web https://nutritioclic.com/. - Outil gratuit, anonyme, sans obligation d'inscription, indépendant, accessible aux praticiens de santé et à l'ensemble de la population générale. - Conception du site issue d'un travail de recherche du thésard en amont, les maquettes graphiques et le codage du site réalisé par des professionnels et financés par le thésard. - <u>Le site se développe en deux parties :</u> ➔ Versant médecin : contenu et information basés sur des recommandations officielles et actualisées sur la nutrition, organisé de façon intuitive en suivant un arbre décisionnel. ➔ Versant patient : production d'une diète interactive sous forme de semainier, avec système d'aide didactique et stimulant, éduquant le patient et lui donnant de l'autonomie pour produire sa diète de façon active et pédagogique. Un lien entre les deux acteurs est mis en place via l'outil afin de faciliter le suivi. - Etudes quantitatives et techniques observent une satisfaction générale parmi les médecins, en apparence nette et sans problème. - Etude qualitative : plusieurs informations sur la pratique médicale et sur l'utilisation d'informations sur internet, ainsi que des problématiques concernant la première version de l'outil, notamment une composante trop chronophage lors de son utilisation. Gain de temps est un critère prépondérant et nécessaire à respecter dans l'élaboration de l'outil. Nutritioclic essaie de répondre aux attentes des médecins généralistes : une troisième version plus ambitieuse est en cours, avec une demande de certification, de nouvelles fonctionnalités et des réponses techniques. - Nombreuses fiches à télécharger sur des conseils généraux ou en cas de pathologies ou en rapport avec des situations spécifiques (enfant, grossesse, vieillissement). Exemple de fiches utilisables en prévention primaire : - élaboration d'une diète - soins et prise en charge diététique - recommandations classiques sur la nutrition de base. »
--	---	--	--

N°23 Utilisation d'un site internet pour délivrer des conseils nutritionnels aux patients. (85) Lucie MAREAU 2022	Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne Etude qualitative (création d'un site internet, via 2 questionnaires, un avant et un après l'utilisation du site internet) Médecins généralistes maîtres de stage des universités (MSU) du Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne	Connaître les déterminants du conseil nutritionnel et les souhaits de l'outil nutritionnel puis évaluer l'outil internet.	« - <u>Premier questionnaire</u> pour connaître les déterminants du conseil et les souhaits de l'outil nutritionnel. La nutrition : sujet qui intéresse globalement peu les médecins généralistes. Conseils nutritionnels donnés majoritairement de façon ciblée. De nombreux obstacles à la délivrance du conseil retrouvés par les médecins : manque de temps, la résistance du patient au changement, le manque de connaissances et le manque d'outils. Il semblerait que les médecins fourniraient plus de conseils s'ils s'appuyaient sur un outil trié par pathologies avec des fiches imprimables sur un site internet. - Création d'un site internet fournissant des conseils nutritionnels simples à propos d'une alimentation équilibrée et de différentes pathologies (fiches imprimables) : https://nutriclic.wixsite.com/conseil. - <u>Deuxième questionnaire</u> pour évaluer l'outil internet. Outil décrit comme utile, pertinent avec un contenu et un format adapté. Les médecins pensent le réutiliser à l'avenir. »
---	--	--	--

L'essentiel des recommandations sur l'alimentation

Les recommandations sur l'alimentation pour les adultes ont été actualisées en 2019¹ afin de prendre en compte l'évolution des données scientifiques des dix dernières années.

Quelques chiffres sur l'alimentation en France

Insuffisance de fibres

89,7%
DES ADULTES

de 18 à 54 ans n'atteignent pas les recommandations fixées à 25 g de fibres par jour.

En cause, une consommation trop faible :

- de produits céréaliers notamment complets (plus de 60 % des adultes ne les incluent pas dans leur alimentation) ;
- de légumes secs (plus de 85 % des adultes ne satisfont pas la recommandation) ;
- de fruits et légumes (72 % des adultes en consomment moins de 5 par jour)^{2,3}.

Trop d'acides gras saturés, pas assez d'oméga 3

83%
DES ADULTES

dépassent le seuil recommandé des apports en acides gras saturés (< 36 % des apports en lipides totaux)².

Les apports moyens en acides gras oméga 3 (ALA, DHA, et EPA) des adultes sont environ deux fois trop faibles⁴.

Trop de charcuterie

63%
DES ADULTES

dépassent la limite des 150g de charcuterie par semaine^{2,3}.

Trop de produits sucrés

40%
DES ADULTES

ont une consommation de produits sucrés supérieure aux recommandations. 30 % des adultes dépassent un verre par jour de boissons sucrées^{2,3}.

Consommation trop importante de sel

90%
DES ADULTES

dépassent la limite recommandée par l'Organisation mondiale de la santé de 5 g de sel par jour^{2,3}.

L'alimentation est un facteur de risque et de protection de nombreuses maladies

La nutrition représente le premier facteur de risque de perte d'années de vie en bonne santé, devant le tabac (12 %) et l'alcool (7 %)⁵.



28%
DES ADULTES
français âgés
de 18 à 54 ans
sont en surpoids et
15 % sont obèses⁶.

MANGERBOUGER.FR



Quelles sont les nouvelles recommandations pour les adultes ?

La révision des recommandations alimentaires vise à couvrir les besoins nutritionnels dans leur ensemble, prévenir les maladies chroniques non transmissibles, minimiser les expositions aux contaminants de l'alimentation tout en essayant de rester relativement proche des consommations alimentaires actuelles afin de faciliter leur adoption.

Elle prend également en compte l'impact de l'alimentation sur l'environnement.

Augmenter la consommation d'aliments d'origine végétale riches en fibres : fruits et légumes, légumes secs et féculents complets

Ces aliments diminuent le risque de cancers aérodigestifs, de maladies cardiovasculaires (MCV), d'obésité et de diabète⁸.

RECOMMANDATIONS



Au moins 5 fruits et légumes par jour (par exemple 3 portions de légumes et 2 fruits) qui apportent des antioxydants, des vitamines et des minéraux.



Au moins un féculent complet par jour : pain complet, pâtes, semoule et riz complets.



Consommer de préférence des produits locaux, de saison et si possible bio.

Privilégier la consommation d'aliments riches en acide alpha-linolénique (ou oméga 3), ainsi que l'huile d'olive

Les oméga 3 participent à la bonne santé cardiovasculaire, de la rétine, du cerveau et du système nerveux. Dans le cadre d'un régime méditerranéen, l'huile d'olive est associée à une diminution du risque de MCV⁸.

RECOMMANDATIONS



Privilégier les huiles riches en oméga 3 (colza, noix) et l'huile d'olive.



Consommer du poisson 2 fois par semaine dont un poisson gras car riche en oméga 3 (sardine, maquereau, hareng, saumon, etc.).



Consommer une petite poignée de fruits à coque non salés par jour (noix, noisettes, amandes, pistaches) dont la teneur en acides gras polyinsaturés est élevée (notamment en oméga 3 dans les noix).

Réduire la consommation de viande et de charcuterie

Leur consommation augmente les risques de cancer colorectal, de MCV et de diabète de type 2⁸.

RECOMMANDATIONS



Privilégier la volaille et limiter la viande (porc, bœuf, veau, mouton, agneau et abats) à 500 g par semaine (soit environ 3 à 4 steaks).



Limiter la consommation de charcuterie à 150 g par semaine (soit environ 3 tranches de jambon blanc).

Alterner dans la semaine la viande, la volaille, le poisson, les œufs et les légumes secs.

Réduire la consommation d'aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés

Ils sont souvent de densité énergétique élevée et de faible qualité nutritionnelle. De récentes études ont montré des associations entre la consommation d'aliments ultra-transformés et un risque accru de différentes maladies chroniques⁹.

RECOMMANDATIONS

Limiter la consommation de céréales du petit-déjeuner sucrées, les gâteaux, le chocolat, les crèmes dessert, les glaces, les biscuits apéritifs, la charcuterie et certains plats préparés du commerce.



Quand c'est possible, privilégier le fait maison en utilisant des produits frais, des aliments en conserve ou surgelés peu transformés.

LE NUTRI-SCORE

Le logo Nutri-Score est l'étiquetage nutritionnel simplifié recommandé par les pouvoirs publics en France. Il a pour objectif de faciliter la compréhension par le consommateur de la qualité nutritionnelle des aliments préemballés. Grâce à une lettre couplée à une couleur,



le Nutri-Score classe les produits sur une échelle à 5 niveaux allant de A à E. Il peut aider vos patients à manger mieux au quotidien en limitant les produits de score D et E.

Réduire la consommation de boissons sucrées et de boissons alcoolisées

On entend par boissons sucrées : les jus de fruits, les boissons aux fruits, les sirops, les eaux aromatisées, les sodas même « light » et les boissons dites « énergisantes ». Une augmentation du risque de prise de poids, de MCV et de diabète de type 2 est observée avec la consommation d'un verre de boisson sucrée par jour¹⁰. L'alcool augmente le risque de cancers aéro-digestifs, du côlon-rectum, du foie, du sein¹¹, ainsi que d'autres maladies comme l'hypertension artérielle et la fibrillation auriculaire¹².

RECOMMANDATIONS



Les boissons sucrées doivent être limitées le plus possible sans être substituées par des boissons édulcorées ; dans tous les cas, pas plus d'un verre par jour et privilégier les jus de fruits pressés.



Maximum 2 verres d'alcool par jour et pas tous les jours.

L'eau est la seule boisson recommandée, elle peut également être apportée par le thé, le café (sans excès) et des infusions non sucrées.

Limitier la consommation de sel et de produits salés

Ils entraînent des risques de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle et de cancer de l'estomac¹³.

RECOMMANDATIONS

Le sel consommé provient surtout des produits transformés : charcuterie, plats préparés du commerce, soupes déshydratées, fromage, pain, etc.



Réduire la quantité de sel en cuisinant et ne pas resaler à table.

Privilégier le sel iodé (indiqué sur l'étiquette).

Une consommation suffisante mais limitée de produits laitiers

La consommation de lait diminue le risque de cancer colorectal et la consommation globale de produits laitiers fait baisser le risque de diabète de type 2 avec un niveau de preuve probable. La consommation totale de produits laitiers est associée à une augmentation du risque de cancer de la prostate avec un niveau de preuve suggéré mais limité. Les fruits à coque, les légumes secs et les légumes peuvent également contribuer aux apports en calcium.

RECOMMANDATIONS



2 produits laitiers par jour (par exemple un yaourt nature et un morceau de fromage).

QUID DE L'ALIMENTATION DURABLE ?

Pour la première fois, les recommandations intègrent la dimension environnementale de l'alimentation en conseillant de privilégier les aliments d'origine végétale plutôt qu'animaux, les aliments des producteurs locaux, les aliments de saison, et si possible les aliments bio, qui par ailleurs pourraient avoir un impact bénéfique sur la santé¹⁴.

¹⁴ Une étude française récente met en avant une association significative entre forte consommation d'aliments issus de l'agriculture biologique et diminution du risque de cancer (sous types de cancer confondus). Cependant, les preuves ne sont pas encore suffisantes pour parler de lien de causalité.

COMMENT PARLER D'ALIMENTATION À VOS PATIENTS ?

Des conseils simples, peu nombreux et adaptés à chaque patient, sont la clé pour initier un changement d'alimentation. Pour aider vos patients à mieux appréhender les nouvelles recommandations, elles sont dorénavant classées en 3 catégories avec des messages courts, simples et accessibles, qui privilégient la progressivité :

AUGMENTER

Encourager à consommer toujours davantage de fruits et légumes et à réintroduire des aliments délaissés (fruits à coque non salés et légumes secs).

ALLER VERS

Accompagner petit à petit la substitution de certains aliments au sein d'une même catégorie : par exemple, manger du pain complet plutôt que du pain blanc ou utiliser l'huile de colza, de noix ou d'olive plutôt que d'autres huiles, consommer des poissons gras, etc.

RÉDUIRE

Inciter à diminuer la consommation des aliments et boissons qui augmentent les risques de certaines maladies (viande, charcuterie, produits ultra-transformés, sucre, sel, alcool et boissons sucrées).

LES RECOMMANDATIONS, C'EST AUSSI :

- prendre plaisir à manger, savourer ;
- privilégier la variété, le fait maison ;
- veiller aux quantités et à la taille des portions dans les assiettes.

ET AUSSI BOUGER !

- au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour ;
- ne pas rester assis trop longtemps : prendre le temps de marcher un peu toutes les 2 h.

LES RECOMMANDATIONS CHANGENT, LE SITE DÉDIÉ À VOS PATIENTS AUSSI.
RENDEZ-VOUS SUR WWW.MANGERBOUGER.FR

Références bibliographiques

- Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes. Saint-Maurice - Santé publique France, 2019. 41 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-santé/nutrition-et-activité-physique/documents/rapport-synthèse-recommandations-relatives-à-l'alimentation-à-l'activité-physique-et-à-la-sédentarité-pour-les-adultes>
- Étude de santé sur l'environnement, la biosécurité, l'activité physique et la nutrition (Esteban), Chapitre Consommations alimentaires. Saint-Maurice - Santé publique France, 2017. 172 p.
- Adéquation aux nouvelles recommandations alimentaires des adultes âgés de 18 à 54 ans vivant en France - Étude Esteban 2014-2016. Santé Nutrition - Surveillance épidémiologique.
- Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). MARSAN-ABRIOT - ANSES, 2017. 523 p.
- Graphique établi à partir de l'étude de visualisation de l'INCA. <http://www.healthdata.org/visualisation/visualisation-compagne>. Principaux déterminants comportementaux et métaboliques : tabac, alcool, avec un regroupement pour la nutrition proposé par IS. Capewell. Valeur agrégée en pourcentage des DCh10 totaux pour la France en 2017.
- Étude de santé sur l'environnement, la biosécurité, l'activité physique et la nutrition (Esteban), Chapitre Consommations alimentaires. Saint-Maurice - Santé publique France, 2017. 42 p.
- Morant-Micard C. et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Epidemiol Santé. 2018;67(1):62-68.
- Actualisation des registres du PNNS : étude des relations entre consommation de groupes d'aliments et risque de maladies chroniques non transmissibles. MARSAN-ABRIOT - ANSES, 2014. 184 p.
- Bernard Sraur et al. Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospective cohort study (NutriNet-Santé). BMJ, 2019.
- Anaïs Rico-Campà et al. Association between consumption of ultra-processed foods and all-cause mortality: SUN prospective cohort study. BMJ, 2019.
- WCRF / AICR (2018). Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer - a Global Perspective, Technical report. WCRF / AICR.
- Ruizcoba, M. et al. Sex-Specific Associations Between Alcohol Consumption and Incidence of Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. J Am Heart Assoc. 2018.



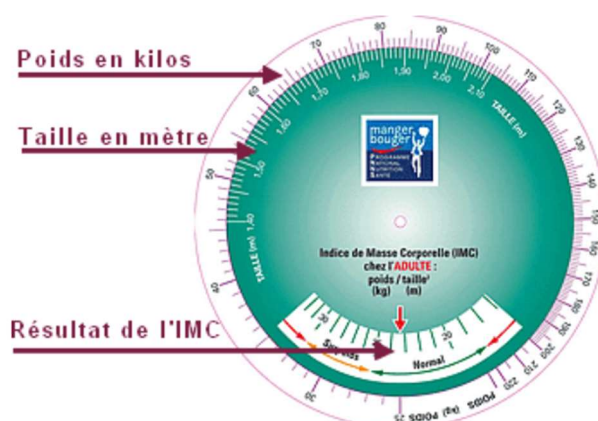
MANGERBOUGER.FR

Annexe 11 : Fiche de conseils pour l'alimentation publiée par la HAS (106)

Fiche de conseils pour l'alimentation

Conseils diététiques
Limitier la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres, et les boissons sucrées ou alcoolisées
Choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes), boire de l'eau
Contrôler la taille des portions *
Diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout (ne pas éliminer les aliments préférés mais en manger modérément)
Manger suffisamment et lentement à l'occasion des repas, ne pas manger debout, mais assis bien installé à une table, si possible dans la convivialité
Structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie du sujet (en général, 3 repas principaux et une collation éventuelle), ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages entre les repas favorisés par la faim
Rassurer le patient quant à son droit au plaisir de manger, la convivialité des repas est souhaitable
Conseils pour l'acquisition des aliments
Prévoir les menus pour le nombre de convives
Faire une liste de courses
Faire ses courses sans avoir faim
Éviter d'acheter des aliments consommables sans aucune préparation
Apprendre à lire les étiquettes d'information sur les emballages
Conseils pour la préparation des aliments
Cuisiner si possible soi-même ou indiquer clairement les consignes à la personne qui cuisine
Proposer la même alimentation pour toute la famille (seules les quantités vont varier)
Utiliser les produits de saison
Limitier l'utilisation de matière grasse pour la cuisson
Cuisiner des quantités adaptées. Limitier la taille des plats. S'il y a des restes, proposer de les accommoder pour le repas suivant
Conseils pour les repas
Se consacrer au repas, être attentif à son assiette
Prêter attention aux sensations perçues lorsqu'on mange (est-ce acide, amer, sucré, chaud ?)
Servir à l'assiette ; remplir les assiettes avant de les apporter sur la table (éviter de laisser le plat sur la table). Ne pas se resservir
Déposer les couverts entre chaque bouchée en cas de tachyphagie †
Utiliser des assiettes de diamètre standard (ou petit) pour obtenir une taille des portions adaptée
Conseils entre les repas
Proposer aux personnes qui mangent en réaction à des émotions négatives (déception, ennui, nervosité) un comportement incompatible avec le fait de manger comme téléphoner ou se doucher ou faire une promenade
Éviter d'acheter ou stocker en quantité les aliments habituellement consommés lors des prises alimentaires extra-prandiales (grignotage)
En cas de perte de contrôle, préférer les aliments à faible densité calorique. Accepter de ne pas se cacher et de prendre le temps de déguster lentement
* : il existe un document iconographique conçu pour aider à l'estimation des quantités consommées (Portions alimentaires : manuel photos pour l'estimation des quantités) ; † : comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion rapide d'aliments.

Annexe 12 : Disque de calcul de l'IMC pour l'adulte (120)



Annexe 13 : Affiches présentant les repères du PNNS 4 et les facteurs nutritionnels afin de prévenir les risques de cancer (121) (122)



PNNS 4 : nouvelles recommandations alimentaires pour les adultes

"Prenez plaisir à manger : privilégiez la variété, prenez le temps de manger et de déguster"

AUGMENTER

Au moins 5 fruits et légumes par jour, par exemple 3 portions de légumes et 2 fruits

Frais, surgelés ou en conserve !
Bio et de saison de préférence

1 verre de jus de fruit pressé max car trop de sucre

Au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour

dans les activités du quotidien et les loisirs et activités sportives

Naturellement riches en fibres

Au moins 2 fois par semaine des légumes secs

Ex: lentilles, haricots, pois chiches
Peut remplacer la viande mais à associer avec des céréales

Le Fait Maison

Petite poignée par jour de fruits à coque

Riches en oméga 3 : noix, noisettes, amandes et pistaches non salées, etc.

ALLER VERS

Riches en oméga 3

2 fois par semaine du poisson, dont un poisson gras

Frais, surgelés ou en conserve !
Bio et de saison de préférence
Varier les espèces : sardines, maquereau, hareng, saumon...

2 produits laitiers par jour

Pour varier les plaisirs, alternez entre yaourt, lait, fromage blanc et fromages. Variez les types de fromages. Sauf les desserts lactés, la crème fraîche et du beurre

Au moins un féculent complet par jour

Les produits complets sont + riches en fibres

Privilégiez les huiles de colza, de noix et d'olive

Les matières grasses ajoutées – huile, beurre et margarine – peuvent être consommées tous les jours en petites quantités.
Colza, noix : riches en oméga 3

RÉDUIRE

Limiter les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés

Limiter les produits NutriScore classés en D et E

Privilégier la volaille, et limiter les autres viandes (porc, boeuf, veau, mouton, agneau, abats) à 500 g par semaine

Alternar dans la semaine la viande, la volaille, le poisson, les oeufs, les légumes secs.

Alcool : maximum 2 verres par jour et pas tous les jours

Réduire sa consommation de sel
Limiter la charcuterie à 150 g par semaine

Ne restez pas assis longtemps : prenez le temps de marcher un peu toutes les 2h

Annexe 16 : Fiche de classement alimentaire (110)



Liste des aliments en fonction leur rôle principal dans notre alimentation correction:

Définitions:

- **Protéine:** Une protéine est une molécule composée d'une chaîne d'acides aminés. Ceux-ci sont apportés par l'alimentation, et peuvent être d'origine animale ou végétale.
- **Féculent:** Les féculents sont des aliments d'origine végétale, constitués dans une forte proportion d'amidon ou plus généralement de glucides complexes. Il peut s'agir de parties de plantes non transformées ou de produits dérivés de l'industrie agro-alimentaire.

Note pour aller plus loin :

L'index glycémique, c'est le pouvoir glycémiant dans le sang de chaque aliment. Plus l'index glycémique d'un aliment est important, plus le **taux de glucose** dans le sang s'élève rapidement après la digestion. Plusieurs paramètres jouent sur cet index : le **mode de cuisson** (plus un aliment est cuit, plus son index glycémique est important), le **raffinage** (les céréales complètes ont un index glycémique moins élevé), la **forme de l'aliment** (une boisson sucrée aura tendance à présenter un index glycémique plus élevé car digéré plus rapidement qu'un aliment solide), l'**association de nutriments** (les matières grasses, les protéines et les fibres contribuent à réduire l'IG car ralentissent la digestion des glucides).

La consommation d'aliments avec index glycémique élevé entraîne des pics d'insuline, qui, à répétition, ont des conséquences : faire prendre du poids, favoriser le **diabète de type 2**, et favoriser les mécanismes de l'inflammation, faisant le lit de **maladies chroniques**.

Classez ces aliments selon leur classe de type de graisse :

Les **graisses saturées** sont retrouvées dans les viandes (lard, foie gras de canard, ...) les produits laitiers (beurre, fromage à tartiner et autres fromages, crème...), les aliments préparés (gâteaux, biscuits, pizzas, quiches), certains produits végétaux (l'huile de coco).

Comment agissent les acides gras saturés ?

Un excès de graisses saturées dans le sang est un facteur de risque de maladie cardiaque coronarienne car il augmente les risques d'athéromes c'est à dire d'obstruer les artères.

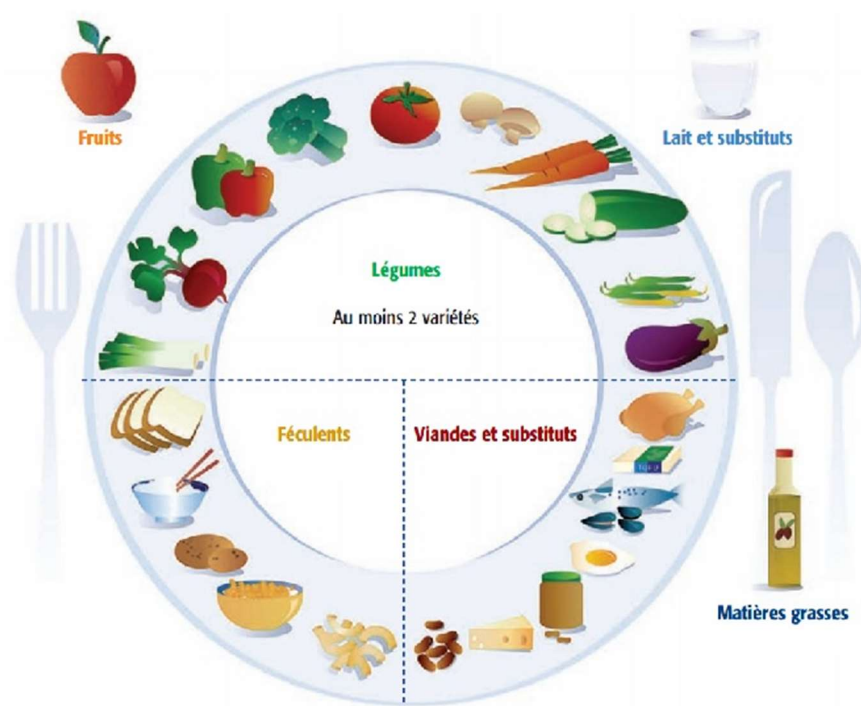
Il a été prouvé que remplacer les acides gras saturés dans l'alimentation par les acides gras insaturés pouvait aider à réduire le LDLc.

La pratique d'une activité physique régulière est importante car elle contribue à l'augmentation du HDLc et à la baisse des LDLc.

Rôle de Légumes/fruits	Rôle de Protéines	Rôle de Féculents riches en amidon
● Haricots verts ● Petits pois ● Avocats (fruit) ● Carottes ● Tomates ● Banane ● Potimarron	● Œuf ● fromage ● yaourt ● blanc de poulet ● sardine ● lait ● jambon ● steak haché ● <u>légumineuses</u> : lentilles, haricots blancs, pois chiches, fèves sèches, haricots noirs, pois cassés, graines de soja <i>(accompagnées d'une céréale elles vous apportent des protéines complètes)</i>	● Céréales : riz, blé, avoine, épeautre, orge, seigle, maïs, quinoa ● pomme de terre ● pâtes à tarte ● châtaigne ● pain ● frites (à limiter) ● chips (à limiter)

Graisses saturées	Graisses insaturées
• Huile de palme • Beurre • Viande • Charcuterie • huile de friture (mélange d'huile)	• Noix, noisettes • Fruits secs • Huile de tournesol • Huile d'olive • poissons gras, Saumon • Avocat • Maïs • Amandes • Œufs • Noix de cajou • Huile colza

Annexe 17 : L'assiette santé (ou l'assiette équilibrée) (125)



Annexe 18 : Portions alimentaires (126)



Annexe 19 : Exemple de calendrier alimentaire vierge (77)

AIDE POUR REMPLIR LE CALENDRIER ALIMENTAIRE

Pour compléter le calendrier alimentaire soyez le plus précis possible :

- La marque d'un aliment
 - Surgelé, en conserve, bio, fait maison, etc.
 - Le poids des aliments
- = si vous pouvez peser tous vos aliments ce sera plus précis !

Sinon, quelques repères pour remplir le calendrier :

- 1 portion de beurre/margarine = 1 cuillère à café (5g)
- 1 portion d'huile/vinaigrette/ assaisonnement liquide = 1 cuillère à soupe (10g)
= verser son huile pendant 2 secondes
- Fruits
1 portion = 100 grammes = la taille de votre poing fermé = 1 orange
= 2 abricots = une poignée de petits fruits (framboises, fraises, ...)
- Légumes
1 portion = 120 grammes = le creux des deux mains remplies
- Féculents cuits (riz, pâtes, céréales)
1 portion = 100 grammes = la taille de votre poing fermé
- Protéines
1 portion de viande rouge = la surface d'une paume main = 100 grammes
1 portion de viande blanche ou poisson = la surface d'une main entière
= 100 grammes
2 œufs = 100 grammes
- Boissons
1 verre d'eau ou de jus de fruit ou de lait = 20 cl (verre à moutarde)
1 verre de vin rouge/blanc = 10 cl
- Pain
¼ de baguette = 1 pain hôtelier = 60 g
1 grande tranche de pain de campagne = 50 g
1 grande tranche de pain de mie = 40 g
Indiquez aussi le type de pain = complet/avec graines/blanc
- Fromages
1 portion = 1/8 de camembert = longueur et largeur d'un pouce

Puis un exemple de calendrier sur 3 jours :

	JOUR 1	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE (entourez le jour correspondant)	
		ALIMENTS		BOISSONS		MATIERE GRASSE / SAUCE		SEL APRES CUISSON OUI/NON	Avez-vous repris de quelque chose ?
						CUISSON	ASSAISONNEMENT		
PETIT DEJEUNER									
MATINEE (collation ou grignotage)									
DEJEUNER									
APRES MIDI (collation ou grignotage)									
DINER									
SOIREE (collation ou grignotage)									
NUIT									

Annexe 20 : L'auto-questionnaire alimentaire NAQAPNNS et exemple de compte-rendu personnalisé avec des objectifs ciblés (92)

Alimentation Alimentation Alimentation Alimentation Alimentation Alimentation Alimentation Alimentation

Nom : Prénom :

1 Monsieur 2 Madame 3 Mademoiselle

Age : ans

Poids : kg

Taille : cm

Fumez-vous ? 1 oui 2 non

si oui, nombre de cigarette(s) par jour : cigarette(s)

Êtes-vous actuellement ?

1 scolarisé(e) ou étudiant(e) 2 apprenti(e) ou en formation professionnelle 3 en activité professionnelle

4 au chômage ou en stage d'insertion 5 à la retraite 6 autre

Quelle est votre profession ?

CONSUMMATIONS QUOTIDIENNES

Répondre 0 si vous n'en mangez jamais ou pas tous les jours

- De quoi se compose votre petit déjeuner habituel ? (Répondez aux 3 questions)

1 du thé, du café, ... 2 un produit laitier 3 du pain, des céréales, ...

1 oui 2 non 3 oui 4 non 5 oui 6 non

- Combien de fois par jour - en comptant le petit déjeuner - prenez-vous une part de fromage (verre ou bol de lait, yaourt, fromage blanc...) ?

- Combien de parts de fromage mangez-vous par jour (camembert, chèvre, gruyère...) ? (un camembert = 8 parts)

- Combien de fois par jour mangez-vous du pain, des biscuits ou des céréales (corn flakes, muesli...) ?

- Combien de fois par jour mangez-vous des légumes (pommes de terre, pâtes, riz, blé, semoule, maïs, lentilles, haricots blancs/rouges, pois chiches...) ?

- Combien de fois par jour mangez-vous des légumes crus ou cuits ?

1 fois = un potage, une salade (verte, nigelle, macédoine, tomate...), des petits pois/carottes, des haricots verts, de la ratatouille...

- Combien de fois par jour mangez-vous des fruits crus ou cuits, au petit déjeuner, aux repas principaux et en dehors des repas ?

1 fois = une pomme, une grappe de raisin, un verre de jus de fruits, une compote, une salade de fruits...

- Combien de fois par jour mangez-vous de la viande, du poisson ou des œufs (volaille, viande rouge et blanche, jambon blanc, poisson, thon, sardines, maquereau, œufs en entrée ou en plat principal...) ?

- Combien de fois par jour mangez-vous du beurre ou de la crème au petit déjeuner, pour la cuisson, en accompagnement de certains aliments ou en tartine ?

- Combien de fois par jour mangez-vous de l'huile ou de la margarine en assaisonnement (vinigrette, mayonnaise, sauce hollandaise, béarnaise...), pour la cuisson ou en tartine ?

- Combien de fois par jour mangez-vous, - des produits sucrés ? 1 fois = sucre (monceau ou poudre), miel, pain + confiture, yaourt sucré, bonbon... - des produits gras et sucrés ? 1 fois = viennoiserie, pâtisserie, gâteau sec, chocolat à tartiner, barre chocolatée, carré de chocolat, crème dessert, glace...

- Combien de fois par jour grignotez-vous en dehors des repas et du goûter ? (en voiture, au travail, en rentrant du travail, à l'école, devant la télévision, l'ordinateur, la console...)

- En moyenne, que buvez-vous par jour ?

1 jamais ou occasionnellement 2 moins de 0,5 litre 3 0,5 litre à 1 litre 4 1 à 1,5 litre 5 1,5 à 2 litres 6 2 litres et plus

Répondez aux 4 questions :

1 Eau, café, thé, infusion 2 Bière ou cidre 3 Vin 4 Boissons sucrées (sodas, boissons à base de fruits, sirops...)

CONSUMMATIONS HEBDOMADAIRES

Répondre 0 si vous n'en mangez jamais ou pas toutes les semaines

- Combien de fois par semaine mangez-vous du poisson (frais, surgelé ou en conserve), des fruits de mer ?

- Combien de fois par semaine mangez-vous des légumes ? (frites, chips, beignets, nuggets, poissons et viandes panées...)

- Combien de fois par semaine mangez-vous de la charcuterie, sans oublier les sandwiches ? (saucisses, saucisson, boudin, pâté, lardons, andouillettes, jambon cru...)

- Par semaine, combien prenez-vous d'apéritifs, de digestifs ou de mélanges soda/alcool (première) ?

- Salez-vous systématiquement le contenu de votre assiette, avant de goûter ?

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Au total, vous estimez votre activité physique quotidienne équivalente à :

1 moins de 15 mn de marche rapide 2 de 15 à 29 mn de marche rapide 3 de 30 à 59 mn de marche rapide 4 plus de 60 mn de marche rapide

Avant de remettre le questionnaire, assurez-vous que vous avez répondu à toutes les questions. Merci.

Le 12 avril 2012

Vos repères de consommation correspondant aux objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS)

Mme Test Annick,

Pour votre santé, il serait bon de porter vos efforts sur les repères signalés par une flèche.



satisfaisant

à améliorer

	Repères du PNNS	VOUS
Fruits et légumes	Au moins 5 par jour	←
Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs	A chaque repas et selon l'appétit	←
Lait et produits laitiers (yaourts, fromages)	3 par jour	😊
Viande et volaille, produits de la pêche et œufs	1 à 2 fois par jour	😊
Matières grasses ajoutées	Limiter la consommation	😊
Produits sucrés	Limiter la consommation	😊
Boissons	De l'eau à volonté	😊
Sel	Limiter la consommation	😊
Activité physique	Au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide par jour	😊

Conseil poisson : au moins deux fois par semaine.

Conseil alcool : pas plus de 2 verres par jour

Annexe 21 : Evaluation pédagogique du stade de changement du patient (112)



**TITRE DE LA THESE : L'INTERVENTION DU MEDECIN GENERALISTE DANS
L'EDUCATION NUTRITIONNELLE DE SES PATIENTS ADULTES EN FRANCE :
REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE**

AUTEUR : Florence PAPONNEAU

RESUME :

Introduction : La prévalence mondiale de l'obésité a presque triplé depuis 1975 et celle des maladies autres liées à l'alimentation comme le diabète de type 2 ou certains cancers augmente. Face à cet enjeu, le gouvernement a créé le Programme national nutrition santé (PNNS). Le médecin généraliste ayant un rôle clé dans l'éducation pour la santé, l'objectif était de faire la synthèse des travaux étudiant la mission d'éducation nutritionnelle de celui-ci.

Méthodes : Revue narrative de la littérature dont la recherche a été conduite d'août à octobre 2022.

Résultats : 23 études incluses. 20 % des consultations de médecine générale donnaient lieu à des conseils alimentaires. Les médecins délivraient des messages nutritionnels brefs, surtout lors de la pesée et en prévention secondaire. Selon les médecins et les patients, la médecine générale avait une place stratégique dans l'abord de l'alimentation. Cette mission était vécue comme complexe par les médecins, essentiellement du fait de leur manque de temps et de connaissances sur le sujet. Les études soulignaient la nécessité d'une éducation nutritionnelle précoce. Pour être efficace, la nutrition devait être abordée de manière personnalisée, répétée, sur le long terme et lors de moments-clés. Les travaux suggéraient que les médecins aient plus de temps, une meilleure sensibilisation et une consultation dédiée à ce sujet.

Conclusion : Le médecin généraliste a une place essentielle dans l'éducation nutritionnelle de ses patients. Celle-ci nécessite d'être améliorée à tous les niveaux de prévention. Une plaquette informative a été réalisée à l'issue de la synthèse de la revue pour aider les médecins sur ce thème.

MOTS-CLES : EDUCATION NUTRITIONNELLE, ALIMENTATION, PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE, PREVENTION, SANTE PUBLIQUE, MEDECINE GENERALE