

2022

Université Toulouse III- Paul Sabatier

2022 TOU3 1144

2022 TOU3 1145

Faculté de médecine de Toulouse

Année 2022

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN

MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Mélanie KHLAT - Florence LEITNER

Le 28 novembre 2022

**Conseil nutritionnel par le médecin généraliste : Attentes des
patients de plus de 70 ans**

Directeur de thèse : Dr Bruno CHICOULAA

Composition du jury :

Pr Marie-Eve ROUGE-BUGAT - Présidente du jury

Dr Bruno CHICOULAA – Directeur de thèse

Pr André STILLMUNKES – Assesseur

Dr Anne GHISOLFI – Assesseur

Dr Philippe PAULY – Assesseur





FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Doyen Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | M. GHISCI FI Jacques |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEL Bernard | Professeur Honoraire | M. GLOCK Yves |
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHES Yves | Professeur Honoraire | M. GOUZI Jean-Louis |
| Doyen Honoraire | M. PUEL Pierre | Professeur Honoraire | M. GRAND Alain |
| Doyen Honoraire | M. ROUGE Daniel | Professeur Honoraire | M. GUIRAUD CHAUMEL Bernard |
| Doyen Honoraire | M. VINEL Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. HOFF Jean |
| Professeur Honoraire | M. ABBAL Michel | Professeur Honoraire | M. JOFFRE Francis |
| Professeur Honoraire | M. ADER Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ADQUE Danie | Professeur Honoraire | M. LANG Thierry |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS Louis | Professeur Honoraire | Mme LARENG Marie-Blanche |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Philippe | Professeur Honoraire | M. LAURENT Guy |
| Professeur Honoraire | M. ARLET-SUAU Elisabeth | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Franck |
| Professeur Honoraire | M. ARNE Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Yves |
| Professeur Honoraire | M. BARRET Anicrs | Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE Paul |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE Philippe | Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD Francis | Professeur Honoraire | M. MALECAZE François |
| Professeur Honoraire | M. BLANCHER Antoine | Professeur Honoraire | M. MANELLE Claude |
| Professeur Honoraire | M. BOCCAI ON Henri | Professeur Honoraire | M. MANSAT Michel |
| Professeur Honoraire | M. BONAFE Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. MARCHOU Bruno |
| Professeur Honoraire | M. BONEU Bernard | Professeur Honoraire | M. VASSIP Patrice |
| Professeur Honoraire | M. BONNEVILLE Paul | Professeur Honoraire | Mme MARTY Nicole |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURC Jean-Paul | Professeur Honoraire | M. MAZIERES Bernard |
| Professeur Honoraire | M. BOUTAULT Franck | Professeur Honoraire | M. MONROZES Xavier |
| Professeur Honoraire Associé | M. BROS Bernard | Professeur Honoraire | M. MOSCOVICI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. BUGAL Roland | Professeur Honoraire | M. MURAI |
| Professeur Honoraire | M. CAHILLAC Jean-Philippe | Professeur Honoraire associé | M. NICODIME Robert |
| Professeur Honoraire | M. CARATERO Claude | Professeur Honoraire | M. OLIVES Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CARLES Pierre | Professeur Honoraire | M. PARINAUD Jean |
| Professeur Honoraire | M. CARON Philippe | Professeur Honoraire | M. PASCAL Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CARRIERE Jean-Paul | Professeur Honoraire | M. PERRET Bertrand |
| Professeur Honoraire | M. CARTON Michel | Professeur Honoraire | M. PESSEY Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CATHALA Bernard | Professeur Honoraire | M. PLANTE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CHABANON Gerard | Professeur Honoraire | M. PONTONNER Georges |
| Professeur Honoraire | M. CHAMONTIN Bernard | Professeur Honoraire | M. POURRAT Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | M. PRADERE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. CHAVON Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. PRIS Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CLANET Michel | Professeur Honoraire | Mme PUEL Jacqueline |
| Professeur Honoraire | M. CONTÉ Jean | Professeur Honoraire | M. PULI Pierre |
| Professeur Honoraire | M. COSTAGIOLA Michel | Professeur Honoraire | M. PUJOL Michel |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT Jean | Professeur Honoraire | M. QUERLEU Denis |
| Professeur Honoraire | M. DABERNAT Henri | Professeur Honoraire | M. RAILHAC Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. DAHAN Marcel | Professeur Honoraire | M. REGIS Henri |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS Antoine | Professeur Honoraire | M. REGNIER Claude |
| Professeur Honoraire | M. DALY-SCHWEITZER Nicolas | Professeur Honoraire | M. REME Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. DAVID Jean-Frédéric | Professeur Honoraire | M. RISCHMANN Pascal |
| Professeur Honoraire | M. DELSOL Georges | Professeur Honoraire | M. RIVIERE Daniel |
| Professeur Honoraire | Mme DELISLE Marie-Bernadette | Professeur Honoraire | M. ROCHE Henri |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER Jacqueline | Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI Pierre |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS Jean | Professeur Honoraire | M. ROLLAND Michel |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT Michel | Professeur Honoraire | M. ROQUES-LAILLE Christian |
| Professeur Honoraire | M. DUJPRE M | Professeur Honoraire | M. RUMFAU Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. DURAND Dominique | Professeur Honoraire | M. SALVADOR Michs |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU Guy | Professeur Honoraire | M. SALVAYRE Robert |
| Professeur Honoraire | M. ESCHAPASSE Henri | Professeur Honoraire | M. SARRAMON Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. ESCOURROU Jean | Professeur Honoraire | M. SCRRÉ Guy |
| Professeur Honoraire | M. ESQUERRE J.P. | Professeur Honoraire | M. SIMON Jacques |
| Professeur Honoraire | M. FABRE Michel | Professeur Honoraire | M. SUC Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. FABRE Jean | Professeur Honoraire | M. THOUVENOT Jean-Paul |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIAL Gérard | Professeur Honoraire | M. TREMOULET Michel |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIE Bernard | Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. FOURTANIER Gilles | Professeur Honoraire | M. VAYSSÉ Philippe |
| Professeur Honoraire | M. GRAYSSÉ Bernard | Professeur Honoraire | M. VINEL Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. FREXINOS Jacques | Professeur Honoraire | M. VIRENQUE Christian |
| Professeur Honoraire | Mme GENESTAL Michèle | Professeur Honoraire | M. VOIGT Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. GERAUD Gilles | | |

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---|
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie | Mme LAMANT Laurence (C.E) | Anatomie Pathologique |
| M. ACCADRI FD Franck (C.F) | Chirurgie Infantile | M. LANGIN Dominique (C.F) | Nutrition |
| M. ALRIC Laurent (C.E) | Médecine Interne | Mme LAPRIE Anne | Radiothérapie |
| M. AMAR Jacques | Thérapeutique | M. LARRUE Vincent | Neurologie |
| Mme ANDREU Sandrine | Epidémiologie, Santé publique | M. LAUQUE Dominique (C.E) | Médecine d'Urgence |
| M. ARBUS Christophe | Psychiatrie | M. LAUWERS Frédéric | Chirurgie maxillo-faciale |
| M. ARNAL Jean-François (C.E) | Physiologie | M. LEDBON Bertrand | Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire |
| M. ATTAL Michel (C.C) | Hématologie | M. LEVADÉ Thierry (C.C) | Biochimie |
| M. AVET-LOISEAU Hervé | Hématologie, transfusion | M. LIBLAU Roland (C.E) | Immunologie |
| M. BERRY Antoine | Parasitologie | M. MALAVAUD Bernard | Urologie |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique | M. MANSAT Pierre | Chirurgie Orthopédique |
| M. BRIMES Philippe | Psychiatrie | M. MARQUE Philippe (C.E) | Médecine Physique et Réadaptation |
| M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie | M. MAS Emmanuel | Pédiatrie |
| M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) | Chirurgie Vasculaire | M. MAURY Jean-Philippe (C.E) | Cardiologie |
| M. BRASSAT David | Neurologie | Mme MAZEREUW Juliette | Dermatologie |
| M. BROUCHET Laurent | Chirurgie thoracique et cardio-vascul | M. MAZIERES Julien (C.E) | Pneumologie |
| M. BROUSSET Pierre (C.E) | Anatomie pathologique | M. MINVILLE Vincent | Anesthésiologie Réanimation |
| M. RIJIAN Louis (C.F) | Urologie-Andrologie | M. MOINIER Laurent (C.F) | Epidémiologie, Santé Publique |
| Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E) | Médecine Vasculaire | M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) | Pharmacologie |
| M. BUREAU Christophe | Hépatogastro-entérologie | Mme MOYAL Elisabeth (C.E) | Cancérologie |
| M. BUSCAIL Louis (C.E) | Hépatogastro-entérologie | M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive |
| M. CALVAS Patrick (C.E) | Généraliste | Mme NOURHACHEMI Fatemeh (C.E) | Gériatrie |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie | M. OLIVOT Jean-Marc | Neurologie |
| M. CARRERE Nicolas | Chirurgie Générale | M. OSWALD Eric (C.C) | Bactériologie-Virologie |
| M. CARRIE Didier (C.E) | Cardiologie | M. PARENTE Jérémie | Neurologie |
| M. CHAIX Yves | Pédiatrie | M. PAUL Carle (C.E) | Dermatologie |
| Mme CHARPENTIER Sandrine | Médecine d'urgence | M. PAYOLX Pierre (C.F) | Riophysique |
| M. CHAUFCEUR Xavier | Chirurgie Vasculaire | M. FAYRASTRE Bernard (C.E) | Hématologie |
| M. CHAUVEAU Dominique | Néphrologie | M. PERON Jean-Marie (C.E) | Hépatogastro-entérologie |
| M. CHAYNES Patrick | Anatomie | M. FASCOL OMIET (C.E) | Pharmacologie |
| M. CHIRON Philippe (C.E) | Chir. Orthopédique et Traumatologie | Mme RAUZY Odile | Médecine Interne |
| M. CHOLLET François (C.E) | Neurologie | M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) | Psychiatrie Infantile |
| M. CONSTANTIN Arraud | Rhumatologie | M. RECHER Christian (C.E) | Hématologie |
| M. COIRRON Frédéric | Biophysique | M. RITZ Patrick (C.F) | Nutrition |
| Mme COURTADE SADI Monique (C.E) | Histologie Embryologie | M. ROLLAND Yves (C.E) | Gériatrie |
| M. DAMBRIN Camille | Chir. Thoracique et Cardiovasculaire | M. RONCALLI Jérôme | Cardiologie |
| M. DE BOISSEZON Xavier | Médecine Physique et Réadaptation | M. RUCGE Daniel (C.E) | Médecine Légale |
| M. DEGUINE Olivier (C.E) | Oto-rhino-laryngologie | M. ROUSSEAU Hervé (C.E) | Radiologie |
| M. DELABESSE Eric | Hématologie | M. ROUX Franck-Emmanuel | Neurochirurgie |
| M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses | M. SALLER Laurent (C.E) | Médecine Interne |
| M. DELORD Jean-Pierre (C.E) | Cancérologie | M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E) | Chirurgie Infantile |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie | M. SALLES Jean-Pierre (C.E) | Pédiatrie |
| M. DUCOMMUN Bernard | Cancérologie | M. SANS Nicolas | Radiologie |
| Mme DULY-BOUHANCK Beatrice (C.E) | Thérapeutique | M. SCHMITT Laurent (C.E) | Psychiatrie |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie | Mme SELVES Janick (C.E) | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. FERRIERES Jean (C.E) | Epidémiologie, Santé Publique | M. SENARD Jean-Michel (C.E) | Pharmacologie |
| M. FOURCADE Olivier | Anesthésiologie | M. SERRANO Eric (C.E) | Oto-rhino-laryngologie |
| M. FOURNIÉ Pierre | Ophthalmologie | M. SIZUN Jacques (C.E) | Pédiatrie |
| M. GALINIER Michel (C.E) | Cardiologie | M. SOL Jean-Christophe | Neurochirurgie |
| M. GAME Xavier | Urologie | Mme SOTO-MARTIN Mara-Eugénia | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| Mme GARDETTE Virginie | Epidémiologie, Santé publique | M. SOULAT Jean-Marc | Médecine du Travail |
| M. GEERAERTS Thomas | Anesthésiologie et réanimation | M. SOULIE Michel (C.E) | Urologie |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel | Anatomie Pathologique | M. SUC Bertrand | Chirurgie Digestive |
| M. GOURDY Pierre (C.E) | Endocrinologie | Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) | Pédiatrie |
| M. GROLLEAU RAOLX Jean-Louis (C.E) | Chirurgie plastique | M. TELMON Norbert (C.E) | Médecine Légale |
| Mme GUIMBAUD Rosine | Cancérologie | Mme TREMOLLIÈRES Florence | Biologie du développement |
| Mme HANAIRE Hélène (C.E) | Endocrinologie | Mme URD-COSTE Emmanuelle (C.E) | Anatomie Pathologique |
| M. HUYGHE Eric | Urologie | M. VAYSSIERE Christophe (C.E) | Gynécologie Obstétrique |
| M. IZOPET Jacques (C.E) | Bactériologie-Virologie | M. VELLAS Bruno (C.E) | Gériatrie |
| M. KAMAR Nassim (C.E) | Néphrologie | M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTÉ DE SANTÉ
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

| P.U. - P.H. 2ème classe | | Professeurs Associés |
|------------------------------------|--|---|
| M. ABBO Olivier | Chirurgie infantile | Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André |
| M. AUSSEIL Jérôme | Biochimie et biologie moléculaire | |
| Mme BONGARD Vanina | Epidémiologie, Santé publique | |
| M. BONNEVILLE Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique | |
| M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence | |
| Mme BOURNET Barbara | Gastro-entérologie | |
| Mme CASPER Charlotte | Pédiatrie | |
| M. CAVAIGNAC Etienne | Chirurgie orthopédique et traumatologie | |
| M. CHAPUT Benoit | Chirurgie plastique | |
| M. COGNARD Christophe | Radiologie | |
| Mme CORRE Jill | Hématologie | Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUDAUD Sandra |
| Mme DALENC Florence | Cancérologie | |
| M. DE BONNECAZE Guillaume | Anatomie | |
| M. DECRAMER Stéphane | Pédiatrie | |
| M. EDOUARD Thomas | Pédiatrie | |
| M. FAGUER Stanislas | Néphrologie | |
| Mme FARUCHI BILGELD Marie | Radiologie et imagerie médicale | |
| M. FRANCHI ITO Nicolas | Addictologie | |
| M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique | |
| M. GUIBERT Nicolas | Pneumologie | |
| M. GUILLEMINAULT Laurent | Pneumologie | |
| M. HERIN Fabrice | Médecine et santé au travail | |
| M. LAIREZ Olivier | Biophysique et médecine nucléaire | |
| M. LAROCHE Michel | Rhumatologie | |
| Mme LAURENT Camille | Anatomie Pathologique | |
| M. LE CAIGNEC Cédric | Génétique | |
| M. LEANDRI Roger | Biologie du dével. et de la reproduction | |
| M. LOPEZ Raphael | Anatomie | |
| M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | |
| M. MARTIN-BLONDEL Guillaume | Maladies infectieuses, maladies tropicales | |
| Mme MARTINEZ Alejandra | Gynécologie | |
| M. MARX Mathieu | Oto-rhino-laryngologie | |
| M. MEYER Nicolas | Dermatologie | |
| M. PAGES Jean-Christophe | Biologie cellulaire | |
| Mme PASQUET Marlène | Pédiatrie | |
| M. PORTIER Guillaume | Chirurgie Digestive | |
| M. PUGNET Grégory | Médecine interne | |
| M. REINA Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique | |
| M. RENAUDINEAU Yves | Immunologie | |
| Mme RUYSEN-WITRAND Adeline | Rhumatologie | |
| Mme SAVAGNER Frédérique | Biochimie et biologie moléculaire | |
| M. SAVALL Frédéric | Médecine légale | |
| M. SILVA SIFONTES Stein | Réanimation | |
| M. SOLER Vincent | Ophthalmologie | |
| Mme SOMMET Agnès | Pharmacologie | |
| M. TACK Ivan | Physiologie | |
| Mme VAYSSF Charlotte | Cancérologie | |
| Mme VEZZOSI Delphine | Endocrinologie | |
| M. YRONDI Antoine | Psychiatrie | |
| M. YSEBAERT Loïc | Hématologie | |
| P.U. Médecine générale | | |
| M. MESTHÉ Pierre | | |
| Mme ROUGE-BUGA Marie-Eve | | |

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--|
| Mme ABRAVANEL Florence | Bactériologie Virologie Hygiène | Mme GENNERO Isabelle | Biochimie |
| M. APOIL Pat André | Immunologie | Mme GENDOUX Annelise | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie | Mme GRARE Marion | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie | Biochimie | M. GUERBY Paul | Gynécologie-Obstétrique |
| Mme BASSET Cécile | Cytologie et histologie | Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline | Anatomie Pathologique |
| Mme BELLIERES-FABRE Julie | Néphrologie | Mme GUYONNET Sophie | Nutrition |
| Mme BERTOLI Sarah | Hématologie, transfusion | M. HAMDJ Safouane | Biochimie |
| M. BIETH Eric | Génétique | Mme HITZEL Anne | Biophysique |
| Mme BREHIN Camille | Pneumologie | Mme INGLENEAU Cécile | Biochimie |
| M. BUSCAIL Etienne | Chirurgie viscérale et digestive | M. IRIART Xavier | Parasitologie et mycologie |
| Mme CAMARE Caroline | Biochimie et biologie moléculaire | Mme JONCA Nathalie | Biologie cellulaire |
| M. CAMBUS Jean-Pierre | Hématologie | M. KRZYN Sylvain | Chirurgie générale |
| Mme CANTERO Anne-Vaérie | Biochimie | Mme LAPCYRE-MESTRE Marlyse | Pharmacologie |
| Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie | M. LCPAGE Benoit | Biostatistiques et Informatique médicale |
| Mme CASPAR DAUGUIL Sylvie | Nutrition | M. LHERMUSIER Thibaut | Cardiologie |
| Mme CASSAGNE Myriam | Ophthalmologie | M. LHOMME Sébastien | Bactériologie-virologie |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie | Mme MASSIP Clémence | Bactériologie-virologie |
| Mme CASSOL Emmanuel | Biophysique | Mme MAUPAS SCHWALM Françoise | Biochimie |
| Mme CHANTALAT Eloïc | Anatomie | Mme MONTASTER Emilie | Nutrition |
| M. CHASSAING Nicolas | Génétique | M. MONTASTRUC François | Pharmacologie |
| M. CLAVEL Cyri | Biologie Cellulaire | Mme MOREAU Jessica | Biologie du dév. Et de la reproduction |
| Mme COLOMBAT Magali | Anatomie et cytologie pathologiques | Mme MOREAU Marion | Physiologie |
| M. CONGY Nicolas | Immunologie | M. MOULIS Guillaume | Médecine interne |
| Mme COURBON Christine | Pharmacologie | Mme NASR Nathalie | Neurologie |
| M. CUROT Jonathan | Neurologie | Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| Mme DAMASE Christine | Pharmacologie | Mme PERROT Aurore | Hématologie |
| Mme DE GLISEZENSKY Isabella | Physiologie | M. PILLARD Fabien | Physiologie |
| M. DEGUILLI Fabrice | Médecine Légale | Mme PLAISANCIE Julia | Génétique |
| M. DEGBOE Yannick | Rhumatologie | Mme PUISSANT Bénédicte | Immunologie |
| M. DELMAS Clément | Cardiologie | Mme QUELVEN Isabelle | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. DIFIPIA Pierre-André | Médecine légale | Mme RAYMOND Stéphanie | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. DESPAS Fabien | Pharmacologie | M. REVFT Alexis | Pédopsychiatrie |
| M. DURCIS Damien | Bactériologie Virologie Hygiène | M. RIMAILHO Jacques | Anatomie et Chirurgie Générale |
| Mme ESQUIROI Yolande | Médecine du travail | Mme SAROJRDY Frédérique | Biochimie |
| Mme FVRARD Solène | Histologie, embryologie et cytologie | Mme SAUNF Karine | Bactériologie Virologie |
| Mme FILLALX Judith | Parasitologie | Mme SIEGFRIED Aurore | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme FLOCH Pauline | Bactériologie-Virologie | M. TAFANI Jean-André | Biophysique |
| Mme GALINIER Anne | Nutrition | M. TREINER Emmanuel | Immunologie |
| Mme GALLINI Adaline | Epidémiologie | Mme VALLET Marion | Physiologie |
| M. GANTET Pierre | Biophysique | M. VERGEZ François | Hématologie |
| M. GASQ David | Physiologie | Mme VIJA Lavinia | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. GATIMEL Nicolas | Médecine de la reproduction | | |

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emie

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Océle
Mme BOUSSIÈRE Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements de la part de Mélanie et Florence

Aux membres du jury

Au Professeur Marie ROUGÉ-BUGAT : Merci de nous faire l'honneur de présider notre thèse. Merci pour votre engagement sans faille au sein du département de médecine générale et auprès des internes. Merci de votre réactivité et de votre bienveillance à notre égard.

Au Professeur André STILLMUNKES : Merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Merci pour votre implication au sein du département de médecine générale, en particulier dans la recherche sur le vieillissement et la pédagogie auprès des internes.

Au Docteur Anne GHISOLFI : Merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Nous savons votre implication en nutrition et gériatrie au sein du CHU de Toulouse, votre participation à ce jury est par conséquent un honneur pour nous.

Au Docteur Philippe PAULY : Merci Philippe d'avoir accepté de participer à notre jury. Ta présence est symbolique pour de nombreuses raisons. Ta vision de la gériatrie transposée à la médecine générale est inspirante. Tu es un maître de stage à l'écoute et bienveillant mais surtout un médecin exceptionnel. Au plaisir de continuer à travailler à tes côtés.

A notre directeur de thèse

Au Docteur Bruno CHICOULAA : Merci pour votre soutien tout au long de ces mois de travail. Nous savons votre implication auprès des internes et votre engagement pour promouvoir une vision moderne de la gériatrie dans nos formations. Vous avez été disponible pour nous accompagner à chaque étape de notre travail et nous n'en serions pas là sans vous.

Mais également

Madame Gaëlle SORIANO : Merci de nous avoir apporté votre aide et expertise en diététique appliquée en gériatrie au début de notre travail de recherche.

Remerciements de Mélanie

A ma grand-mère Simone. Merci d'avoir fait basculer mon destin à tout jamais puisque mon parcours, c'est à toi que je le dois. Tu es cette lueur qui me guide tout au long de ma vie et je ne te remercierais jamais assez pour tout cela. J'espère avoir pu te rendre fière. Tu es à jamais dans mon cœur, je t'aime mamie.

A ma mère. Tu es une amie, une confidente, un modèle, je ne te remercierais jamais assez pour ton soutien infaillible dans toutes les épreuves. Merci d'être toujours là pour moi. Merci pour ton amour inconditionnel, je t'aime maman.

A mon père. Tu n'as jamais cessé de me soutenir, dans les bons comme les mauvais moments. Je t'ai toujours admiré et j'espère te rendre fière aujourd'hui. Merci papa, je t'aime fort.

A ma petite sœur. Mon rayon de soleil, mon petit chat, mon inspiration. Je suis consciente de la chance de t'avoir comme sœur. Je ne serais pas celle que je suis sans toi. Tu m'as accompagné, vu évoluer et grandir mieux que quiconque. Merci Lu, je t'aime tellement.

A Paul. Merci pour ton amour et ton soutien sans faille. Je me réveille chaque jour à tes côtés, consciente du bonheur que je vis grâce à toi. Tu rends le présent savoureux et j'ose rêver que le futur n'en sera que plus radieux. Je t'aime de tout mon cœur.

A Marion. Qui aurait cru qu'un morceau de foie gras nous mènerait à une si belle amitié ? Un grand merci à toi mon aventurière, ma partenaire de vie mais aussi celle qui a su me tendre son oreille et son épaule quand j'en avais le plus besoin. Tu es une âme remarquable, je suis tellement chanceuse de te connaître ma louloute.

A Cassandra. Tu es ma plus belle rencontre de cette fin d'internat dans le Lauragais. Tu as su m'accueillir avec bienveillance et générosité dans ta vie, je t'en suis sincèrement reconnaissante.

A Claudine, Carlos, Sandra et Nico. Merci à vous pour votre soutien et tous ces moments partagés ensemble. Vous gardez toujours une place dans mon cœur.

A Mathilde. Tu t'es révélé être une féroce partenaire de kung-fu, une cavalière hors pair mais aussi une véritable amie comme il est rare d'en trouver. Notre rencontre m'a fait grandir plus que je ne l'aurais espéré et je t'en remercie. Hâte de continuer ma route à tes côtés.

A Florence. Durant toutes ces années, durant tous ces moments qu'on a eu à traverser, tu es restée une amie formidable en qui on peut avoir confiance et avancer le cœur léger. Je suis fière de ce travail que nous avons accompli ensemble. Un grand merci à toi pour ton implication sans faille. Je te souhaite le meilleur dans ta vie personnelle et ta carrière.

A Laurène et Clément. Mes loulous, merci pour tous ces bons souvenirs partagés ensemble. J'ai déjà hâte d'en partager de nouveaux à vos côtés (et ce n'est pas 1h de route qui retiendra). Je vous embrasse fort.

A la coloc St Gau Resto. Marie, Romane et Lisa, je vous remercie pour tous ces délicieux moments passés en votre compagnie. Et longue vie au chou !!! (De préférence dans nos assiettes bien entendu).

A la team Carca. Miora, Karim, Alex et j'en passe, merci pour tous les bons moments passés en votre précieuse et salvatrice compagnie (Eh oui crise covid oblige ce n'était pas tous les

jours facile). Ces bonnes soirées et ces bons délires...que des souvenirs mémorables avec vous les gars.

A la team Henri Matisse. Alexandra, Daphné, Caroline, mes chères Falconiennes, mes guerrières préférées, je voulais remercier pour tous nos délires partagés ensemble et vous dire que j'étais très heureuse de vous avoir à mes côtés.

A Mathieu. Je suis heureuse que nos chemins se soient croisés sur ces bancs du RU de Paul Sab. Tu es une belle personne avec un grand cœur et je te souhaite le meilleur. Merci pour tout Matt.

A Maud. Merci Maud pour avoir été un maître de stage dynamique, pétillante et bienveillante. Tu es inspirante et un véritable modèle à mes yeux. J'ai beaucoup appris à tes côtés et j'ai hâte de la suite qui nous attend ensemble.

A Michel D. Merci pour toutes ces longues réflexions et ton expérience inégalée qui m'ont énormément enrichie. Au-delà du compagnonnage, tu m'as aidé à croire en moi et à comprendre ce que je désirais vraiment dans ma vie et ma carrière et je t'en remercie.

Un immense merci à tous les amis que je n'aurais pas cités. Merci pour votre soutien pendant ces longues années et pour tous ces bons moments partagés.

Remerciements de Florence

A **ma mère**, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour ton investissement et ton soutien infaillible durant ces longues années.

A **mon père et mes grands-parents**, malgré la distance je n'ai jamais eu à douter de votre soutien et de votre fierté. Danke !

A **Claire**, la meilleure des sœurs, mon modèle de toujours.

A **Tam**, pour ta présence à mes côtés et ton soutien si précieux. A tous ces beaux sommets que nous avons gravi ensemble, et surtout tous ceux qu'il nous reste à conquérir.

A **Miora**, la force calme. Merci d'avoir su être cette oreille attentive dans les moments difficiles.

A **Julie et Maeva**, pour notre coloc tumultueuse qui, je l'avoue, me manque un peu. J'espère être conviée à la crémaillère 3.0 !

A **Laure**, sans qui les galères de périph n'auraient pas été les mêmes !

A **Rafa et Amélie**, il nous reste des milliers de villages à visiter, et de librairies à dévaliser.

A **Matthieu**, en souvenir de nos petits déjeuners en compagnie de Léa et Nicolas.

A **Lucile**, même si tu te la coule douce à Tahiti !

A **Samantha et Guillaume**, car tous les moments passés avec vous sont synonyme de joie et de bonne humeur.

A **Clem et Marine**, toujours dispo pour un verre ou un resto avec vous !

A **Sabine**, car je compte bien venir te voir dans ton chalet en suisse !

A **Justine**, pour nos magnifiques journées de BU, mais surtout tout le reste.

A **Camille, Margaux, Mathilde et Salomé**, la dream team des débuts. A nos magnifiques années pictaviennes qui ne nous ont pas si mal réussi !

A **Béné, Charly, Eloïse, Fabien, Juliette, Kenny et Margaux**. Les bancs du lycée sont loin, mais vous vous êtes toujours là. Merci !

A **Mélanie**, pour ton implication et ton enthousiasme au fil de ces long mois de travail. Ce fut un plaisir de faire ce chemin avec toi.

A **Christian**, merci pour ta bienveillance et ton expertise dans le domaine de la nutrition.

Et à tous les autres que je n'ai pas cité, merci !

Serment d'Hippocrate

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et
devant l'effigie d'Hippocrate :*

*Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la
probité dans l'exercice de la médecine.*

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

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

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs
enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y
manque.*

« Il ne s'agit pas d'ajouter des années à la vie mais de la vie aux années. »

Alexis Carrel

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| ABREVIATIONS | 5 |
| INTRODUCTION | 6 |
| I. Le vieillissement de la population et ses complications, une réalité à venir | 6 |
| II. La nutrition en gériatrie, indispensable dans la prévention de la dépendance | 6 |
| III. Les enjeux de la prévention de la dénutrition | 7 |
| IV. Le rôle du médecin généraliste dans la prévention de la dénutrition..... | 7 |
| V. Objectif de notre étude | 8 |
| MÉTHODOLOGIE | 10 |
| I. Choix de la méthode | 10 |
| A. Enquête qualitative | 10 |
| B. Par entretiens semi-dirigés..... | 10 |
| II. La sélection..... | 10 |
| A. Caractérisation de l'échantillon | 10 |
| B. Recrutement | 11 |
| C. Échantillonnage raisonné | 11 |
| III. L'entretien..... | 11 |
| A. Guide d'entretien | 11 |
| 1. Elaboration | 11 |
| 2. Validation..... | 12 |
| B. Organisation des entretiens | 12 |
| C. Autorisations..... | 13 |
| D. Analyse | 13 |
| RÉSULTATS | 14 |
| I. Description de la population étudiée | 14 |
| A. Etat civil..... | 14 |
| 1. Sexe | 14 |
| 2. Âge | 14 |
| 3. Professions | 14 |
| 4. Statut marital et familial..... | 14 |
| B. Biométrie | 15 |
| 1. L'IMC..... | 15 |
| C. Mode de vie | 15 |

| | |
|--|-----------|
| 1. Courses | 15 |
| 2. Repas | 15 |
| 3. Activité physique..... | 15 |
| D. Médecin généraliste | 15 |
| E. Consultation avec les autres spécialistes | 16 |
| II. Les attentes des patients | 16 |
| A. Les modalités du conseil nutritionnel | 16 |
| 1. Nutrition et prévention | 16 |
| 2. Format de la prise en charge | 16 |
| 3. Contenu souhaité..... | 17 |
| B. La place des professionnels de santé dans le conseil nutritionnel | 18 |
| 1. Le médecin généraliste, professionnel de confiance | 18 |
| 2. Les spécialistes en nutrition | 18 |
| 3. Les autres médecins spécialistes | 19 |
| C. Les freins au conseil nutritionnel..... | 19 |
| 1. De manière générale..... | 19 |
| 2. En lien avec le médecin..... | 20 |
| III. Vécu du patient | 21 |
| A. Conseils reçus | 21 |
| 1. Conseils à l’initiative du médecin généraliste..... | 21 |
| 2. Conseils à l’initiative de médecins d’autres spécialités | 22 |
| 3. Conseils par une diététicienne hospitalière | 22 |
| 4. Conseils par une diététicienne libérale..... | 22 |
| B. Sources d’information..... | 23 |
| C. Ressenti des participants sur leur expérience | 23 |
| 1. Sur les conseils donnés par le médecin généraliste..... | 23 |
| 2. Sur les conseils donnés par la diététicienne | 24 |
| D. Facteurs motivationnels exprimés par les participants | 25 |
| DISCUSSION..... | 26 |
| I. Les résultats majeurs de l’étude..... | 26 |
| II. Forces et faiblesses de l’étude | 26 |
| A. Forces de l’étude | 26 |
| B. Faiblesses de l’étude | 27 |
| 1. Population..... | 27 |

| | | |
|------|--|-----------|
| 2. | Biais de recrutement..... | 27 |
| 3. | Biais d'investigation..... | 27 |
| III. | Confrontation avec la bibliographie..... | 28 |
| A. | Représentations sur l'alimentation..... | 28 |
| 1. | Aspects sociologiques | 28 |
| a. | Image corporelle et peur de la prise de poids | 28 |
| b. | L'alimentation, du plaisir et du goût avant tout..... | 28 |
| c. | La médicalisation de l'alimentation | 29 |
| d. | Equilibre alimentaire et santé | 30 |
| 2. | Sources d'informations | 30 |
| 3. | Le conseil alimentaire : une affaire de pathologie | 31 |
| a. | Le bilan biologique, levier de discussion | 31 |
| b. | Pas malade donc pas concerné..... | 32 |
| c. | Côté médecin | 32 |
| B. | Les attentes des patients sur le conseil nutritionnel | 32 |
| 1. | Le conseil nutritionnel : quand et pourquoi ?..... | 32 |
| 2. | Le médecin généraliste, l'interlocuteur de choix | 33 |
| 3. | La diététicienne : des perceptions mitigées..... | 33 |
| 4. | Format de la prise en charge nutritionnelle..... | 34 |
| a. | Prise en charge..... | 34 |
| b. | Contenu des conseils | 34 |
| C. | Freins des patients..... | 35 |
| 1. | Indisponibilité du médecin | 35 |
| 2. | Le conseil nutritionnel vécu comme une contrainte..... | 35 |
| 3. | Intrusion dans l'intimité et peur du jugement | 35 |
| IV. | Perspectives d'amélioration..... | 36 |
| A. | Promouvoir le vieillissement réussi | 36 |
| B. | Un temps de prévention dédié et valorisé | 37 |
| V. | Essai de théorisation | 37 |
| | CONCLUSION | 40 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 41 |
| | ANNEXE 1a - Guide d'entretien (première version) | 44 |
| | ANNEXE 1b - Guide d'entretien (version finalisée) | 45 |
| | ANNEXE 2 - Consentement écrit | 46 |

| | |
|--|-----------|
| ANNEXE 3 - Talon sociologique..... | 47 |
| ANNEXE 4 - Tableau de codage (extrait)..... | 48 |
| RÉSUMÉ | 49 |

ABRÉVIATIONS

INSEE : Institut National de la Statistique et Des Etudes Economiques

HAS : Haute Autorité de Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

ICOPE: Integrated Care for Older PEople

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

IMC : Indice de Masse Corporelle

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ESP : Equipe de Soins Primaires

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

ASALEE : Actions de SANTé Libérale En Equipe

INTRODUCTION

I. Le vieillissement de la population et ses complications, une réalité à venir

En France la part des personnes de plus de 65 ans a très fortement augmenté ces dernières années comme le montrent les analyses de l'INSEE, une tendance qui devrait se poursuivre ces prochaines années (1). Ainsi au 1^{er} janvier 2020 les plus de 65 ans représentaient 20,5% de la population française. La progression est d'autant plus marquée pour les 75 ans et plus qui représentaient au 1 janvier 2020 près d'un habitant sur 10. D'ici 2070 la quasi-totalité de la hausse de population concernera les 65 ans et plus, pour atteindre 25% de la population d'ici 2040, et 28,7% d'ici 2070.

Ce vieillissement de la population a pour conséquence attendue l'augmentation des pathologies liées à l'âge. On pense alors en premier aux maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, maladies neurodégénératives et néoplasies de tous types. Or ces maladies sont très souvent la résultante de plusieurs facteurs favorisants (génétiques, environnementaux, ...) et nous savons aujourd'hui qu'un autre facteur, l'alimentation, joue un rôle particulièrement important dans la survenue de ces pathologies (2).

II. La nutrition en gériatrie, indispensable dans la prévention de la dépendance

La nutrition est de ce fait un élément majeur à prendre en compte dans les stratégies de prévention des pathologies liées au vieillissement mais aussi dans la prévention de la dépendance des personnes âgées.

L'état nutritionnel est d'ailleurs considéré comme un des critères essentiels évalué dans le programme ICOPE. Ce programme inédit de santé publique, lancé en Occitanie début 2022, permet d'expérimenter une nouvelle approche préventive des soins en ciblant les personnes de 60 ans et plus (3). Il consiste à favoriser une approche intégrée de la santé qui prend en compte les capacités de la personne, les pathologies associées, l'environnement et le mode de vie avec pour objectif de développer un plan de soins centré sur la personne, en prenant en compte ses souhaits et ses aspirations. L'accent est mis sur le fait que le patient est acteur de la prise en charge et du suivi (3).

III. Les enjeux de la prévention de la dénutrition

La dénutrition, autre complication liée au vieillissement, résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme, et entraîne des pertes tissulaires (principalement musculaires) aux lourdes conséquences. On sait aujourd'hui que la dénutrition entraîne ou aggrave les états de fragilité ou de dépendance, favorise la survenue de morbidités et aggrave le pronostic des maladies sous-jacentes (4).

En 2007 la HAS a estimé la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées vivant à domicile à 4 à 10%, chiffres pouvant atteindre 15 à 38 % en institution et 30 à 70 % chez les malades âgés hospitalisés (4) (5).

La publication des recommandations sur la prise en charge de la dénutrition par la HAS en 2007, et leur révision en 2021 ont été une première étape dans la prise en charge. Par la suite des politiques de santé publique en faveur des personnes âgées ont été mises en place, tels que le PNNS et le Plan National « Bien vieillir », dont l'objectif annoncé est de “proposer les étapes d'un chemin pour un “vieillissement réussi” tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées” (6). Depuis quelques années la dénutrition a également été prise en charge en tant que comorbidité associée dans la nouvelle tarification hospitalière-

IV. Le rôle du médecin généraliste dans la prévention de la dénutrition

Aujourd'hui en pratique on constate que la majorité des actions de prévention de la dénutrition se situe au niveau hospitalier. Tout le monde s'accorde pourtant pour dire qu'un des rôles fondamentaux du médecin généraliste est la prévention, y compris son volet nutritionnel (7),(8). Or plusieurs études nous montrent que le dépistage de la dénutrition et le conseil alimentaire de façon générale ne seraient pas assez réalisés en médecine générale (9).

Ainsi une étude réalisée sur 100 médecins généralistes à Strasbourg montre que si 100% des médecins interrogés sont convaincus de l'importance du dépistage de la dénutrition chez les sujets âgés, seuls 66 % le considèrent comme une priorité et 41% des médecins interrogés n'ont jamais pris connaissance des recommandations de la HAS

concernant le dépistage de la dénutrition des sujets âgés (7). Une autre étude réalisée auprès de 50 médecins généralistes d'Eure et Loire montre que 56% des médecins interrogés pensent que la dénutrition est peu fréquente et seuls 36% réalisent un dépistage systématique (10). Une étude réalisée auprès de 301 médecins généralistes en France métropolitaine montre que 4% des médecins généralistes ne pèsent jamais les patients et que les situations incitant à dépister la dénutrition sont souvent en lien avec un problème de santé (perte de poids (93% des cas), l'existence d'escarres (87%), un cancer (81%), des signes physiques (79%), une démence (65%)) (11).

Les raisons invoquées pour justifier ce sous-diagnostic de dénutrition sont principalement le manque de formation (surtout chez les médecins généralistes de moins de 50 ans) et le manque de temps. On retrouve également régulièrement l'absence de motivation de la part des patients, des recommandations non adaptées à la pratique de la médecine générale ainsi que le manque de rémunération (8),(11).

Sur une autre étude portant sur la prévention en médecine générale, plus de 98% des médecins interrogés estiment jouer un rôle prépondérant dans le domaine de la prévention individuelle en générale, mais la prévention de la dénutrition est le domaine pour lequel ils montrent le moins d'intérêt et auquel ils consacrent le moins de temps (8).

V. Objectif de notre étude

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de constater que de nombreuses études ont été réalisées auprès des médecins généralistes pour étudier leurs pratiques mais que très peu d'études sont répertoriées au sujet des attentes des patients concernant le conseil nutritionnel. Or une des rares études réalisées auprès de patients montre que 90% des patients pensent que le médecin généraliste devrait prodiguer des conseils alimentaires à la fois pour les adultes et pour les enfants, et la part de patients demandeurs de conseils est significativement plus élevée chez les plus de 45 ans (8).

Etant donné que les patients, à fortiori âgés, semblent être demandeurs d'une prise en charge nutritionnelle de la part de leur médecin généraliste, il nous a paru pertinent de leur faire préciser leurs attentes. Le patient étant plus que jamais acteur de sa santé, mieux le comprendre pourrait permettre une meilleure adaptation des prises en charge de

prévention en nutrition et une meilleure adhésion de sa part, le tout en prenant en considération la réalité du terrain pour les médecins généralistes.

Notre objectif principal était donc d'évaluer les attentes de patients âgés concernant la délivrance de conseils nutritionnels de la part de leur médecin généraliste. Notre objectif secondaire était d'explorer le vécu et le ressenti des patients au sujet de la nutrition.

MÉTHODOLOGIE

I. Choix de la méthode

A. Enquête qualitative

La recherche qualitative est particulièrement adaptée pour l'étude des domaines peu connus. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les ressentis, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles (12). Cette méthode va permettre aux chercheurs de collecter des données auxquelles ils n'auraient pas eu accès en n'utilisant que les seules méthodes quantitatives (12). Il sert à l'étude des représentations ainsi qu'à l'étude des comportements, aussi bien des fournisseurs que des consommateurs de soins (13).

B. Par entretiens semi-dirigés

Il existe plusieurs modes de recueil des données en méthode qualitative. Nous avons opté pour un recueil par entretiens semi-dirigés car cette méthode nous semblait la plus appropriée pour étudier le ressenti et les attentes des patients.

L'entretien est structuré et utilise une grille préétablie de questions ouvertes appelée « guide d'entretien ». Le guide d'entretien sert alors de fil conducteur tout au long de l'entrevue, auquel peuvent venir s'ajouter d'autres éléments au cours de la conversation. Pour cela nous utilisons des questions ouvertes de façon à faciliter la prise de parole. Ce mode d'entretien offre la possibilité de faire émerger des problématiques parfois inattendues, auxquelles l'enquêteur n'aurait pas forcément pensé en élaborant un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative.

II. La sélection

A. Caractérisation de l'échantillon

Pour obtenir un panel de patients le plus représentatif possible de la population générale vivant à domicile, nous avons opté pour des critères d'inclusion très larges :

- Patients âgés de plus de 70 ans

- Vivant à domicile
- Dans le département de Haute-Garonne
- Ayant ou non été confrontés à une problématique nutritionnelle
- Absence de troubles cognitifs

Les critères d'exclusion sont le non-respect des critères d'inclusion.

A noter que l'échantillonnage en recherche qualitative, contrairement à la méthode quantitative, n'a pas pour but la représentativité statistique. L'échantillon, tout en étant le plus diversifié possible, n'est pas tenu d'être représentatif de la population générale (12).

B. Recrutement

Nous avons procédé par échantillonnage raisonné à l'aide de médecins généralistes de notre connaissance en Haute-Garonne (Toulouse, Baziège, Auterive). Les médecins concernés nous ont communiqué leurs candidats à l'aide d'une feuille de recrutement que nous leur avons fournie.

C. Échantillonnage raisonné

Le nombre de patients à inclure n'avait pas été défini au début de l'étude. Les entretiens se sont enchaînés, avec, en parallèle, une analyse progressive des données recueillies. C'est la poursuite de l'analyse, jusqu'au moment où elle n'apporte plus de nouvel élément, qui entraîne l'arrêt du recueil des données, ce que l'on appelle la saturation des données(12),(13). Celle-ci a été obtenue au douzième entretien, nous avons poursuivi avec deux autres entretiens pour confirmer cette saturation. Parmi tous les patients que nous avons contactés, seuls deux ont refusé de participer à l'étude (l'un pour raison d'hospitalisation du conjoint et l'autre était en vacances au moment de la prise de contact).

III. L'entretien

A. Guide d'entretien

1. Elaboration

Pour l'élaboration du guide d'entretien nous avons reçu de l'aide de notre directeur de thèse et s'est fait en plusieurs étapes. L'élaboration du guide d'entretien s'est faite en plusieurs étapes, avec l'aide de notre directeur de thèse.

Le guide d'entretien s'est articulé sur 6 points :

- Le mode de vie des patients
- Leurs habitudes alimentaires
- Leur parcours nutritionnel
- La place du médecin généraliste
- La place des autres professionnels de santé
- Les suggestions d'amélioration

2. Validation

Nous avons testé notre première version du guide sur une amie interne et un membre de la famille de plus de 70 ans. Le guide a encore évolué lors des quatre premiers entretiens réalisés puis est resté identique pour les dix suivants (*cf. Annexe 1a/1b*).

B. Organisation des entretiens

Le recueil de données s'est fait par entretiens individuels semi-dirigés réalisés par nous-même (seule ou en binôme), au domicile des patients entre le 18/12/2021 et le 19/08/2022. Préalablement à chaque entretien les objectifs de l'étude et le déroulement de l'entretien étaient rappelés au patient. Un consentement éclairé a été signé par chaque participant avant l'entretien. Les participants étaient au courant de notre statut d'étudiantes en médecine.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et d'un téléphone portable puis retranscrits sur le logiciel Microsoft Word par nos soins immédiatement après l'entretien. Nous réalisons une relecture bilatérale systématique de tous les entretiens.

L'anonymisation des données était effectuée au moment de la transcription écrite des audios. Elle consistait à associer une lettre aléatoirement et un numéro à chaque participant.

C. Autorisations

Notre étude relève d'une recherche hors Loi Jardé (14). Nous avons obtenu l'accord du CNIL avant le début de notre étude. Notre recherche ne nécessitait pas la participation d'un comité éthique.

D. Analyse

Pour l'analyse nous avons procédé par thématique avec un essai de théorisation ancrée. L'objectif de ce type d'analyse est de développer une théorie à propos de processus sociaux d'une population identifiée autour d'un phénomène (12).

Les données analysées comprenaient la retranscription fidèle des entretiens menés ainsi que les éléments d'observation et d'impression issus de ces entretiens. L'analyse a été menée en plusieurs étapes. Chaque entretien était d'abord retranscrit et analysé par les deux chercheuses séparément avec par la suite mise en commun des analyses.

La première étape de l'analyse était la codification manuelle des données : chaque idée exprimée était traduite sous forme d'un code ouvert. Cette étape était réalisée après chaque entretien, manuellement, sur Word©. La deuxième étape était la création de catégories conceptuelles établissant des liens entre les codes ouverts. La mise en relation des catégories conceptuelles a ensuite permis l'émergence de grands thèmes. En poursuivant l'analyse, l'émergence d'un thème principal relié aux différents thèmes a permis de parvenir à un essai de théorisation. Ce processus a été progressif tout au long de notre recherche, avec des allers-retours réguliers entre données empiriques et données théoriques. A chaque étape la triangulation des chercheuses a été effectuée. Nous avons également fait deux relectures avec notre directeur.

RÉSULTATS

I. Description de la population étudiée

A. Etat civil

1. Sexe

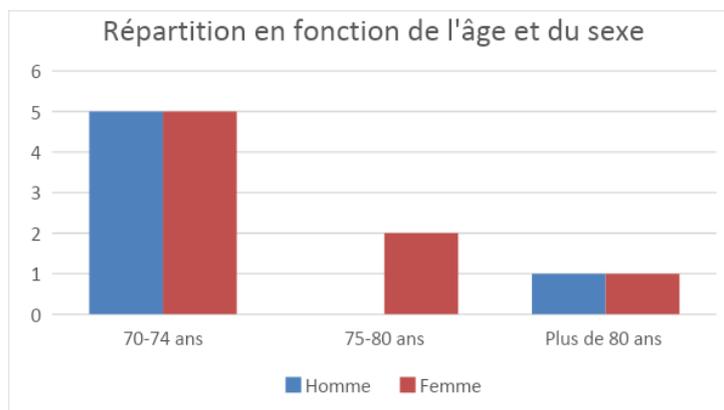
8 femmes (57%) et 6 hommes (43%) ont participé à l'étude.

2. Âge

L'âge moyen des participants est de 74,2 ans. Le plus jeune a 70 ans et le plus âgé 87 ans. Dans la tranche de 70-74 ans, nous avons 10 participants (71.6%). Dans les 75-80 ans seulement 2 participants (14.2%) tout comme dans la tranche d'âge supérieure à 80 ans, 2 participants (14.2%).

Une répartition de la population en fonction de l'âge et du sexe est proposée dans la figure suivante (*Figure A*).

Figure A : Répartition en fonction de l'âge et du sexe



3. Professions

La plupart des patients sont retraités, un seul continue son activité professionnelle (chercheur en agronomie). Parmi les métiers exercés on trouve des commerçants, ouvriers, cadres techniques d'entreprise et professionnels paramédicaux.

4. Statut marital et familial

6 personnes (35,7%) vivent seules à domicile dont 3 veufs/veuves. 7 personnes (57,1%) vivent en couple et une personne vit chez son fils.

B. Biométrie

1. L'IMC

L'IMC des participants va de 18,2 à 41,8. L'IMC moyen est de 26. Deux participants ont un IMC inférieur à 21 et trois un IMC supérieur à 30.

C. Mode de vie

1. Courses

Parmi tous les patients interrogés seuls 2 d'entre eux (14%) ne font pas leurs courses.

2. Repas

11 participants (78%) disent cuisiner régulièrement. Pour les 3 autres (22%), c'est exclusivement le compagnon ou la compagne qui cuisine.

3. Activité physique

Seuls 2 participants (14%) pratiquent une activité physique régulière (marche et vélo d'appartement).

D. Médecin généraliste

La totalité des participants ont un médecin généraliste déclaré. 7 participants (50%) ont déjà reçu des conseils nutritionnels de la part de leur médecin généraliste.

Tous les patients voient au moins 4 fois par an leur médecin traitant pour le renouvellement de leur traitement et sont suivis depuis au moins 4 ans par leur médecin.

E. Consultation avec les autres spécialistes

4 participants (28%) ont déjà rencontré une diététicienne en milieu hospitalier et 5 (35%) participants en milieu ambulatoire. Une participante a déjà reçu des conseils nutritionnels de son endocrinologue et une autre de son cardiologue.

II. Les attentes des patients

A. Les modalités du conseil nutritionnel

1. Nutrition et prévention

Dans l'ensemble les participants sont largement favorables aux conseils nutritionnels délivrés dans un contexte médical. Pour préciser leurs souhaits nous leur avons demandé de nous décrire les modalités de ce conseil nutritionnel.

❖ Les moments où ils souhaiteraient en parler

- A n'importe quel moment :

G8 : "peut-être ça peut être tout le temps"

- De façon spontanée par le médecin :

G8 : "Ah ben ça serait bien que ça vienne du médecin."

M13 : "Qu'elle [la médecin] vienne à moi, plutôt spontanée."

❖ Plutôt en prévention secondaire

- Dans le diabète :

M13 : "Quand j'aurai du diabète, eh bien j'arrêterais mes bonbons. Moi, j'en aurais profité."

- Dans les pathologies cardio-vasculaires :

M13 : "Moi, ce qui me préoccupe plus en ce moment, ce n'est pas de perdre du poids, c'est de savoir équilibrer mes repas en fonction de ma maladie cardiaque."

2. Format de la prise en charge

❖ Une consultation individuelle avec diététicienne

E12 : "Je pense de la même façon qu'on va voir le cardiologue ou le dermatologue, un nutritionniste qui fasse un peu le point. Oui, sur ce point, pas mal. Ça pourrait être pas mal."

❖ Orientation vers une diététicienne par le médecin généraliste

M7 : "ce n'est pas leur métier. Il vaut mieux qu'il envoie chez les spécialistes."

❖ Coaching nutritionnel directif

S4 : *“Il faudrait que ce soit une obligation [...] qu'on me fasse faire”.*

E12 : *“Une directive ! parce que en faisant des petits pas comme ça, peut-être qu'on peut réussir à progresser et en avoir une.”*

❖ Atelier de groupe

M13 : *“Je veux qu'on impose avec tout le groupe. Là, j'accepterai bien sûr.”*

○ Sentiment d'être moins jugé en groupe

M13 : *D'être avec un groupe. Ça, oui. Parce que je me dirais « on ne va pas me juger ».*

❖ Pas d'attentes

S6 : *“Pas vraiment, je ne me suis jamais posé la question”*

3. Contenu souhaité

❖ Véritable enquête des habitudes alimentaires

S5 : *“Il pourrait faire un petit peu une analyse de ce qu'on mange, par exemple [...] puis il nous les critique”*

❖ Apprendre à équilibrer et diversifier ses repas

G8 : *“Comment faire les repas, comment équilibrer quoi. [...] Manger quoi avec quoi. Si on mange du fromage, pas de viande. Enfin savoir comment combiner les repas quoi.”*

F11 : *“Les aliments à privilégier.”*

❖ Valider un modèle alimentaire

M13 : *“ça me ferait bien plaisir d'aller voir quelqu'un pour qu'on me conseille, voir si c'est bien ce que je fais.”*

❖ Suivre des modèles de repas

B3 : *“Je trouve que c'est pas mal d'avoir un modèle parce que ça permet d'avoir quelques références, quelques benchmarks.”*

M9 : *“qu'il me dise ce qu'il faut manger.”*

❖ Plaisir gustatif

B3 : *“Si on peut manger sainement, mais avec du goût, ça aide beaucoup à faire des efforts d'équilibre alimentaires”*

S4 : *“c'est important pour la présentation, le goût, le parfum.”*

❖ Conseils non intrusifs

B2 : *“je crois que c'est notre vie, notre “moi personnel”.”*

S5 : *“je veux bien entendre des choses, écouter des conseils, mais qu'on me laisse tranquille, ça reste de l'intime.”*

❖ Conseils progressifs

E12 : “à donner un conseil précis sur un premier effort à faire "alors maintenant, vous avez plus le droit de manger plus qu'un carré de chocolat par jour”.”

B. La place des professionnels de santé dans le conseil nutritionnel

1. Le médecin généraliste, professionnel de confiance

❖ Il connaît mieux son patient

S5 : “Pour moi, c'est à dire que le médecin, normalement, c'est la personne qui nous connaît le mieux. Voilà donc, qui peut cibler.”

❖ Partie intégrante du suivi

E12 : “C'est un interlocuteur de choix. Si on apprécie d'avoir un médecin qui nous suit régulièrement, je pense que c'est une bonne référence parce que ça fait partie de la gestion du corps.”

R14 : “c'est elle qui me suit, je pense qu'elle peut me dire ces choses-là.”

❖ Rôle en prévention

E12 : “on est très dans l'idée de prévention quand même. Donc j'aime bien ce concept.”

❖ Légitimité en nutrition

F11 : “Le conseil, je pense qu'il peut en faire.”

E12 : “je trouve ça très légitime.”

❖ Méfiance vis-à-vis des autres spécialistes

S5 : “Alors que des personnes extérieures, je ne sais pas... Moi, je ne suis pas pour les intervenants extérieurs.”

❖ L'interne en médecine générale

M13 : “j'essaye d'aller voir son interne, je discute mieux avec elle parce qu'elle ne vous connaît pas et elle prend le temps de nous écouter [...] Je me sens peut-être plus en confiance avec un interne.”

2. Les spécialistes en nutrition

❖ La diététicienne, personne la plus qualifiée en nutrition

B2 : “En discuter avec une personne qui a une spécialité mais qui n'est pas forcément un médecin.”

B3 : “Je crois qu'en effet, je rejoindrai les nutritionnistes et diététiciens. Voir une autre approche autre que l'approche purement médico médicale.”

❖ Un professionnel plus disponible qu'un médecin

S6 : “Si ça peut être quelqu'un à qui ça ne prend pas de temps sur les consultations des autres[...] il serait plus libre pour pouvoir faire ça”

❖ Le médecin nutritionniste

G8 : “un nutritionniste, s’il est médecin en même temps.”

3. Les autres médecins spécialistes

❖ Cardiologue

- Légitime sur la prévention cardio vasculaire :

M13 : “J’écouterai plus mon cardiologue que mon docteur traitant, parce que mon cardiologue connaît les choses en fonction de mon cas.”

C. Les freins au conseil nutritionnel

1. De manière générale

❖ Peur de la contrainte associée à la nutrition

- Changement d’habitude :

M9 : “[...] s’il fallait que je suive un régime strict de choses qui ne me plaisent pas et dont je n’ai pas envie. Parce que ça se résumerait à ça. Ces trucs que je n’ai pas l’habitude de manger”

M13 : “Il ne faut pas non plus changer mes habitudes.”

- Aliments peu appréciés :

M9 : “les légumes verts, les produits à l’eau, ça ne vaut rien ça !”

M13 : “qu’on me mette des trucs que je n’aime pas.”

- Trop contraignant :

F10 : “Je préfère vivre, j’allais dire pleinement, plutôt que la restriction de pas manger ci, pas manger ça.”

- Peur d’être « forcé » :

M13 : “Il ne faut pas m’imposer.”

M13 : “Mais j’ai peur qu’elle me force à faire ce que je n’ai pas envie.”

❖ Aversion au conseil

B2 : “j’ai une allergie aux conseils.”

S5 : “je ne veux pas que quelqu’un ... s’immisce”

❖ Coût financier important

G8 : “Et ce n’est pas pris en charge par la Sécu quand même.”

E12 : “C’est vrai que c’était assez cher ouais, ça fait 50 € si je me rappelle bien la consultation, et ça c’est un frein !”

❖ Suivi long chez une diététicienne

G8 : “je pense qu’il faut avoir un suivi permanent, ça peut être long.”

❖ Manque d'intérêt

- Car s'estimant à la fin de sa vie :

M9 : "j'en ai plus pour très longtemps aussi."

F10 : "honnêtement, je ne vois pas l'utilité. Parce que, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, d'abord, j'ai 74 ans."

- Ne se sent pas concerné car en bonne santé

S6 : "si j'avais un problème digestif, peut être que j'irais consulter"

M9 : "Utile ça l'est certainement, mais pas pour moi [...] Si je me sentais mal au plan digestif alors là je ferais un effort."

- Estime son alimentation satisfaisante :

S6 : « il me semble que moi je me nourris correctement et je ne trouverai peut-être pas utile d'aller voir quelqu'un. »

❖ Peur du jugement par le professionnel

M13 : "La peur d'être jugé."

❖ Manque de motivation

F10 : "je vous dis je n'ai pas la motivation."

E12 : "si pour une raison ou une autre j'ai une angoisse, je laisse tout tomber et je me laisse aller."

2. En lien avec le médecin

❖ Le médecin généraliste manque de temps

S5 : "quand on va les voir, leur temps de consultation est très limité."

E12 : "Par contrainte de temps, à quinze minutes la consultation."

❖ Le médecin a mieux à faire

S5 : "je sais que le médecin a vraiment autre chose à faire que de se pencher sur l'alimentation."

E12 : "Et puis il y a d'autres malades qui ont des maladies en cours."

❖ Contrainte pour le médecin

E12 : "J'imagine que ça doit être une contrainte quand même pour elle de passer énormément de temps à donner des conseils de nutrition aux gens."

❖ Peur de déranger, autocensure

S6 : "Mais, même au docteur je n'oserais pas trop en parler, parce que j'ai pris peut-être un peu mal que les docteurs n'ont pas le temps."

G8 : "Oui peur de déranger. Ça dure à peu près entre cinq et dix minutes pour la consultation donc on ne peut pas dire grand-chose [...] on se sent mal à l'aise"

❖ Pas de prise d'initiative du médecin

S4 : "On dirait qu'il n'y a pas d'initiative aujourd'hui."

S5 : *“Quand on va les voir, c'est pour un problème très précis, donc ils règlent ce problème et ils ne prennent pas le temps de parler de bien être.”*

❖ Pas le rôle du médecin

S4 : *“ce n'est pas trop leur métier.”*

S6 : *“Quand on va chez le médecin c'est parce qu'on est malade [...] il me semble, non ce n'est pas quelque chose dont je vais parler avec un médecin.”*

❖ Le médecin n'est pas qualifié

G8 : *“c'est-à-dire que je ne sais pas si le médecin traitant est apte à connaître. Si elle peut être nutritionniste, quoi je veux dire.”*

❖ Aspect physique du médecin

G8 : *“Après je ne sais pas si elle serait à l'aise elle aussi de poser ces questions. C'est peut-être compliqué pour elle.”*

G8 : *“je suis allé en cure pendant quelques années et le médecin curiste, c'était une dame très mince, donc son truc, c'était le poids.”*

III. Vécu du patient

A. Conseils reçus

Sur les 14 personnes interrogées, 3 n'avaient jamais reçu aucun conseil nutritionnel.

1. Conseils à l'initiative du médecin généraliste

❖ En prévention primaire

B3 : *“C'était plutôt lui qui venait à nous, [...] surtout, il donne des conseils.”*

F11 : *“mangez beaucoup de légumes, ne mangez plus de charcuterie, enfin à peine. N'en achetez pas comme ça vous ne la mangerez pas.”*

❖ Inquiétude sur l'état de santé du patient

S4 : *“il voulait à tout prix que je grossisse.”*

❖ À la suite d'un problème de santé

- Pour une alimentation enrichie

S6 : *“Alors c'est pendant ce temps-là, que le docteur m'a bien précisé que si c'est peu il faut que ce soit bien nourrissant.”*

- Prévention facteurs de risque cardiovasculaires

M9 : *“Je me rappelle, de manger moins et de ne pas manger gras. Des trucs classiques.”*

F11 : *“j'ai fait un infarctus en 2010 [...] lui m'avait conseillé d'aller voir ce centre RNPC.”*

- Problème digestif

G8 : "C'était mon docteur traitant [...] j'avais une liste et y avait pas grand-chose que je pouvais manger."

- Problème ostéo articulaire

R14 : "Pour soulager le genou, il me proposait de chercher à perdre du poids."

❖ Orientation vers une diététicienne

E12 : "elle m'avait envoyé vers une diététicienne."

F11 : "Alors ce qu'il me disait, c'est un centre pour la diététique. Bon pour bien manger, mais en accord avec le médecin, c'est médical."

2. Conseils à l'initiative de médecins d'autres spécialités

❖ À la suite d'un problème de santé

M13 : "la première année [après l'infarctus], j'ai fait attention à tout ce que le cardiologue me disait."

E1 : "Il y a la rhumatologue qui m'a conseillé, à cause de l'ostéoporose, de prendre du calcium alors voilà je prends du fromage"

3. Conseils par une diététicienne hospitalière

❖ À la suite d'un problème de santé

B3 : " [pendant l'hospitalisation] on avait rencontré une diététicienne, qui avait donné des conseils, justement, pour équilibrer."

F10 : "J'étais suivi au centre de diabétologie, j'avais une diététicienne qui m'avait donné un régime strict."

4. Conseils par une diététicienne libérale

❖ A l'initiative du patient

- Ateliers de prévention

S4 : "Des ateliers de nutrition qui sont organisés par un organisme [...] Il y avait une animatrice diététicienne qui donnait des cours"

- Consultation avec objectif de perte de poids

M7 : "j'allais voir la diététicienne, qui m'avait dit de manger ça."

F11 : "elle me dresse un menu type (...) tous les 15 jours."

❖ A l'initiative du médecin généraliste

- Objectif de perte de poids ou de prévention secondaire

M7 : “J’ai rencontré la diététicienne, c’est mon médecin qui m’a envoyé”

F11 : “j’ai du cholestérol, du diabète [...] il m’a conseillé d’aller voir ce centre”

B. Sources d’information

❖ Professionnels de santé

E1 : *Surtout mon endocrinologue [...] Je lui demande ce que je peux manger, ce que je peux prendre. [...] Et puis, le docteur X qui me dit de ne pas exagérer sur telle ou telle chose.*

B3 : *“à travers les contacts avec le docteur [...] surtout avec le médecin généraliste”*

❖ Littérature

E1 : *“parfois la pharmacienne me donne des revues”*

S5 : *“de la littérature spécialisée [...] un médecin, Docteur en médecine physique et nutritionniste. »*

❖ Médias

○ Internet

B3 : *“je m’informe aussi pas mal par ordinateur.”*

○ Télévision/ radio

B3 : *“Ça aussi à travers des émissions.”*

F11 : *“les informations que j’entendais à la télé ou que je lisais.”*

❖ Entourage

B3 : *“ce qu’on dit dans les repas, quand on est entre amis ou en famille.”*

S6 : *“oui, avec la famille surtout.”*

❖ Expériences personnelles

S5 : *“Les connaissances acquises au fur et à mesure de votre vie.”*

S6 : *“c’était surtout des conseils comme ça. Quelqu’un qui l’a déjà eu et qui savait.”*

❖ Education

B3 : *“c’est déjà des messages parentaux depuis tout petit.”*

M9 : *“c’est familial”*

❖ Les “on dit”

S4 : *“Souvent, ce sont les habitudes de la population et d’entendre parler.”*

C. Ressenti des participants sur leur expérience

1. Sur les conseils donnés par le médecin généraliste

❖ Utile à la prise de conscience du patient

M9 : *“oui, parce que je ne m'en étais pas aperçu.”*

❖ Utile car à visée thérapeutique

G8 : *“c'était par obligation, du point de vue santé quoi.”*

❖ Enquête alimentaire pertinente

F11 : *“les questions qu'il me posait, pour moi, elles sont suffisantes.”*

❖ En accord avec ses connaissances

F11 : *“parce que ça, j'ai toujours entendu dire les légumes et la viande, tout ça, pas trop, pas de gras, pas de graisse.”*

❖ Alimentation proposée rappelant la guerre

M9 : *“je suis un enfant de la guerre vous savez alors. On crevait de faim, le chou à l'eau on était habitué à ça.”*

❖ Légumes verts associés à l'absence de plaisir

M9 : *“Les légumes verts, les produits à l'eau, oh ça, ça vaut rien.”*

2. Sur les conseils donnés par la diététicienne

❖ Incompréhension

B2 : *“c'était du latin.”*

E12 : *“ça ne m'a pas inspirée.”*

❖ Pas de nouveauté

B3 : *“ ça n'a pas beaucoup apporté par rapport à ce qu'on fait.”*

❖ Support papier délaissé

S5 : *“ Le danger c'est d'en avoir plus, d'en prendre ou d'en avoir plein plein, et puis de les stocker et c'est tout”*

F10 : *“je les ai ces trucs mais je les regarde même plus.”*

❖ Suggestions inconcevables

F10 : *“Elle me remplaçait le pain par deux biscottes, non, non, c'est pas possible.”*

❖ Conseils pas adaptés au budget

M13 : *“disons qu'il fallait acheter du saumon par exemple. Je veux bien, hein. Le saumon, c'est pour Noël. Et ça coûte.”*

❖ Contraignant

F11 : *“ça a été contraignant parce que moi j'avais faim.”*

❖ Réalisation du calendrier alimentaire difficile

E12 : *“ce qu'elle souhaitait, c'est que je note pendant un certain temps tout ce que je mangeais, ça m'a cassé les pieds.”*

❖ Baisse de motivation

F11 : *“je les applique moins, parce que je suis moins motivée.”*

❖ Coaching efficace

F11 : *“j'allais voir la diététicienne tous les quinze jours au départ, donc j'étais bien tenue quand même.”*

D. Facteurs motivationnels exprimés par les participants

❖ Motivation liée aux indicateurs de santé

- Pour la santé en général

E1 : *“Pour ma santé. Et aussi pour le calcium. Je surveille.”*

S5 : *“Parce que l'alimentation, finalement, ça en dit beaucoup sur l'état général de la personne. Et puis, c'est aussi un élément de santé.”*

- Prévention du risque cardiovasculaire

S6 : *“il n'y a pas longtemps je me suis posé la question parce que j'ai eu la tension un peu élevée et je me demandais d'où ça pouvait venir.”*

M7 : *“j'ai eu des ennuis de tension [...] des ennuis cardiaques.”*

M13 : *“je suis très suivi et je fais très attention.”*

- Analyse de sang

F11 : *“pendant que je faisais ce régime, tout le cholestérol, le diabète, tout avait baissé et je sais très bien qu'avec tous ces problèmes dans le sang, on risque beaucoup de choses.”*

M9 : *“Tous les trois mois, je fais mes analyses, je vais voir si ça monte de trop. Je vais être obligé de serrer.”*

M13 : *“A chaque prise de sang, je veux y arriver.”*

❖ Motivation liée à l'entourage

E12 : *“j'ai un fils qui me ressemble étrangement d'un point de vue comportement et généralement, nous décidons de faire régime ensemble. C'est très stimulant.”*

❖ Motivation liée à l'aspect physique, perte de poids

M7 : *“oui la perte de poids.”*

E12 : *“l'esthétique [...] quand on en a marre de se trouver ciselé dans la glace, on se dit qu'on va faire un effort.”*

DISCUSSION

I. Les résultats majeurs de l'étude

Le plaisir et le goût sont indispensables aux choix alimentaires de la plupart des participants. Ces choix alimentaires sont eux même conditionnés tôt dans l'enfance notamment par les modèles familiaux et les habitudes des proches.

Les pathologies cardio-vasculaires ou métaboliques représentent une préoccupation majeure chez de nombreux participants. Les choix alimentaires peuvent donc être influencés si l'objectif est de répondre à une prévention secondaire de ces pathologies. A noter que le poids et ses variations influencent peu ou pas les habitudes alimentaires des personnes interrogées.

Beaucoup d'entre eux soulignent l'importance des surveillances biologiques dans certaines pathologies (diabète, hypercholestérolémie) pour décider de mesures nutritionnelles plus renforcées.

Ils souhaitent ainsi recevoir des conseils nutritionnels de la part de leur médecin généraliste qu'ils estiment légitime et de confiance. Le médecin est le seul professionnel connaissant bien son patient, puisqu'il le suit régulièrement. Le contenu des conseils doit être clair, progressif et adapté à leur budget. La plupart accepterait d'être orienté par leur médecin vers une diététicienne ou professionnel en nutrition si le médecin le jugeait utile.

Les participants ayant déjà rencontré une diététicienne sur orientation de leur médecin ont décrit leur expérience comme contraignante, avec des conseils peu ou pas adaptés à leur goût, voire incompréhensibles. Le coût de la consultation, non remboursé, représentait aussi un frein au suivi pour certains.

Les autres freins concernant le conseil par le médecin sont le manque de temps en consultation, l'inaccessibilité de ce dernier car déjà suffisamment occupé à d'autres tâches. Il existe aussi la crainte de contraintes trop fortes avec suppression des plaisirs du patient et une certaine peur d'être jugé.

II. Forces et faiblesses de l'étude

A. Forces de l'étude

Notre thématique n'a été que très peu étudiée, ce qui donne à notre travail de recherche encore plus de valeur ajoutée.

Sur l'aspect méthodologique nous avons confronté notre travail sur les items de la grille COREQ qui permet d'évaluer la qualité d'un travail de recherche qualitatif (15). La majorité des critères ont été respectés (score de 28/32).

B. Faiblesses de l'étude

1. Population

S'agissant d'une étude qualitative l'échantillon étudié n'a pas besoin d'être parfaitement représentatif de la population générale, néanmoins notre échantillon est composé d'une population très majoritairement féminine se situant dans une tranche d'âge relativement serrée (entre 70 et 87 ans). Cela peut avoir plusieurs explications : l'espérance de vie des femmes étant plus élevée, elles sont plus nombreuses dans ces tranches d'âge. On pourrait penser aussi que le critère d'inclusion "absence de troubles cognitifs" a pu limiter les médecins dans le choix de personnes très âgées. Enfin les femmes sont souvent plus intéressées par la nutrition, et probablement plus enclines à accepter de participer à ce genre d'études.

Le fait d'avoir une population plutôt "jeune" peut cependant être intéressant car les actions de prévention doivent être menées le plus tôt possible dans le vieillissement et concernent davantage cette tranche d'âge-là.

En outre nous avons un échantillon d'une taille raisonnable (14 sujets) avec des profils assez variés sur le plan sociodémographique. Il aurait néanmoins été intéressant d'avoir une part d'hommes plus élevée et une plus grande diversité d'âges.

2. Biais de recrutement

Notre étude portant sur des patients vivant à domicile, nous avons fait le choix de faire le recrutement à l'aide de médecins généralistes. Nous avons fait appel à des médecins de notre connaissance ou recommandés. La majorité d'entre eux sont maîtres de stage universitaire ce qui peut représenter un biais, leur pratique pouvant être plus axée sur la prévention que la moyenne générale des médecins.

L'intérêt porté par les médecins à la nutrition était très variable, ce qui permettait d'avoir des patients avec de potentielles prises en charge plus variées.

3. Biais d'investigation

Lors de nos entretiens, nous nous sommes présentées en tant qu'étudiantes en médecine effectuant notre travail de fin d'étude. Cela a pu influencer les réponses des participants en raison de notre appartenance au monde médical.

III. Confrontation avec la bibliographie

A. Représentations sur l'alimentation

1. Aspects sociologiques

a. Image corporelle et peur de la prise de poids

Beaucoup de participants ont déjà expérimenté un ou plusieurs régimes dans le passé avec principalement pour but une perte de poids. Ces régimes étaient majoritairement motivés par des pathologies comme une gonalgie, hépatite, hypertension, diabète ou obésité morbide. Ils étaient souvent conseillés par un ou plusieurs soignants.

Nous n'avons rencontré qu'une personne pour laquelle le médecin traitant souhaitait une prise de poids mais ce participant n'y voyait aucun intérêt puisqu'il se sentait bien avec ses quelques kilos perdus involontairement. L'aspect esthétique à titre de facteur motivationnel n'est revenu qu'une fois au cours des entretiens. Une étude similaire à la nôtre, mais sur une population bien plus jeune (18-45 ans), montrait qu'à l'inverse les plus jeunes étaient davantage soucieux de leur poids et de leur aspect esthétique (9).

Le poids ne semble donc pas être un critère si déterminant à partir d'un certain âge sur les habitudes alimentaires, sauf si le poids est identifié par le patient comme une des causes à l'origine de ou aggravant sa ou ses pathologies.

b. L'alimentation, du plaisir et du goût avant tout

Pour la majorité de la population de l'étude, manger et cuisiner représentent un plaisir à la fois gustatif et de partage, conditionnant leurs choix alimentaires. Un participant nous rapportait même avoir des difficultés à concevoir comment des aliments gustativement bons pouvaient parfois être si mauvais pour la santé. Que ce soit aller au restaurant ou manger souvent des aliments « plaisirs », « goûteux » (aliments souvent sucrés ou gras, d'après les participants), la notion de plaisir est indiscutable pour eux et tout conseil ou prise en charge nutritionnelle ne prenant pas en compte ce critère serait donc voué à l'échec.

Cet attachement au goût et au plaisir en cuisine constaté dans notre étude rejoint des données sociologiques faisant apparaître le goût comme le but principal de l'alimentation française (16). Dans la culture gastronomique française les dimensions nutritionnelles de l'alimentation sont au second plan. C'est aussi pour cette raison que le processus de médicalisation de l'alimentation s'est développé moins rapidement en France que dans les pays anglo-saxons (16).

c. La médicalisation de l'alimentation

Bon nombre de participants étaient désireux d'être conseillés sur leur habitudes alimentaires par leur médecin généraliste ou d'autres professionnels de santé diplômés en nutrition. Ces conseils étaient bienvenus surtout si cela leur permettait d'atteindre leur objectif consistant pour la majorité à limiter l'aggravation d'une ou plusieurs pathologies. Ces différents points sont détaillés un peu plus loin.

Cela étant, notre étude révèle une certaine ambivalence chez les participants. Ceux-ci souhaitent des conseils nutritionnels provenant de personnels médicaux tout en ayant la croyance qu'une alimentation saine, encouragée par les professionnels de santé, ne peut pas être source de plaisir gustatif. Ce constat nous a poussé à chercher des éléments de compréhension du côté de la sociologie de la santé et notamment sur la notion de médicalisation de l'alimentation. On peut définir la médicalisation comme une construction sociale qui confère une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées en ces termes et qu'elle est avant tout « la redéfinition d'un problème existant, dans un langage médical » (17),(18).

Comme l'explique Jean-Pierre Poulain, « la médicalisation de l'alimentation n'est en soi ni nouvelle ni problématique tant que le nutritionnel ne devient pas dominant et n'éclipse pas les autres univers alimentaires (goût, identité, et socialité) » (16). Ce dernier attribue ce développement des demandes de conseils en matière d'alimentation à un affaiblissement réel ou supposé des modèles alimentaires traditionnels et au déplacement d'un certain nombre de décisions au niveau de l'individu. Cette demande s'exprime tant dans la relation entre le médecin généraliste et son patient que dans les résultats de nombreuses enquêtes (16).

d. Equilibre alimentaire et santé

Nous avons pu remarquer que la notion d'équilibre alimentaire revenait régulièrement dans l'auto-description des habitudes alimentaires des participants. Cette notion d'équilibre, bien que rarement développée, était assimilée aux qualificatifs comme « variés », « qualité nutritionnelle » voire « réduction des quantités ».

Les participants les plus préoccupés par leur alimentation étaient aussi ceux qui craignaient surtout l'aggravation de pathologies cardio-vasculaires déjà existantes comme un infarctus du myocarde ou un diabète. Dans l'étude INPES de 2008 il a été montré un rapport avec l'alimentation qui variait avec l'âge. La relation entre alimentation et santé est davantage prépondérante à partir de 50 ans (2). Cela s'explique en partie par la prévalence des pathologies liées à la nutrition qui augmentent avec l'âge (19).

La recherche d'une alimentation « bonne pour la santé », dans le but d'éviter l'apparition de pathologies, transparaît également dans le type de conseil souhaité avec le désir d'apprendre à « équilibrer les repas », d'avoir une alimentation « saine ». Cette notion avait également été constatée dans une étude similaire réalisée sur une population plus jeune : « ils attendent que leur médecin s'informe de leurs habitudes alimentaires afin d'identifier les « fautes » sur leurs pratiques nutritionnelles, [...] les informe des risques que cela peut avoir sur leur santé en leur parlant concrètement des pathologies induites par l'alimentation, [...] leur donne des conseils pour améliorer leur alimentation » (9).

2. Sources d'informations

Les habitudes alimentaires de la plupart des participants se sont construites via plusieurs sources dont principalement l'éducation reçue pendant l'enfance (modèles familiaux) et les médias (télévision principalement). Parfois la survenue d'une pathologie ou une condition particulière de santé les a encouragés à se renseigner sur l'alimentation via de la littérature spécialisée (livres de recette, revues). L'entourage proche joue également un rôle important dans les pratiques alimentaires et notamment leur modification, par exemple si un proche a été diagnostiqué de la même pathologie qu'eux.

Quand il s'agit de faire décrire aux participants la source d'information nutritionnelle qui leur semble la plus pertinente, ils évoquent souvent leur médecin généraliste. Une

participante nous a toutefois confié préférer les conseils venant de son cardiologue car les conseils seraient plus appropriés à sa pathologie cardiaque selon elle.

Des résultats similaires avaient été constatés dans une autre étude montrant que le médecin était une source fréquemment citée, mais plus dans la population de plus de 45 ans ou ceux atteints de pathologies. Chez les plus jeunes on retrouvait plus souvent internet, les médias et l'entourage (20).

Les patients ont aussi conscience des multitudes de sources d'informations sur la nutrition qui s'offrent à eux et peuvent parfois se sentir en difficulté pour identifier ce qui serait pertinent. J-P Poulain dans son livre *Manger aujourd'hui* parle même d'une véritable « cacophonie alimentaire » alimentée par un trop-plein de discours contradictoires (16).

3. Le conseil alimentaire : une affaire de pathologie

Dans la littérature on note que l'alimentation est reconnue par la population comme un élément essentiel pour la santé pour lequel ils manifestent un intérêt croissant (2), (21). Or dans notre étude on constate une association quasi systématique du conseil nutritionnel et de la pathologie.

a. Le bilan biologique, levier de discussion

Pour la majorité des participants le conseil nutritionnel est justifié et entendu si certains paramètres biologiques comme la glycémie, l'hémoglobine glyquée ou le cholestérol sont perturbés sur leur bilan sanguin. Certains patients diabétiques attendaient même avec appréhension leur bilan trimestriel pour savoir s'ils allaient devoir envisager des mesures nutritionnelles plus intensifiées, voire "serrer" la vis.

Le bilan biologique a une importance telle qu'elle peut être perçue comme le seul facteur motivationnel pertinent, y compris chez des personnes ayant eu des événements cardiovasculaires graves (syndrome coronarien aigu).

b. Pas malade donc pas concerné

Les patients ne se sentant pas concernés ou peu motivés par les conseils nutritionnels justifient souvent cette attitude par leur “bon état de santé”, sous-entendu l’absence de pathologie. Les pathologies les plus citées comme facteurs motivants sont le diabète, les problèmes cardiovasculaires ou les problèmes digestifs.

Cette pensée se retrouve dans le modèle psychosociologique des “croyances pour la santé” décrit par Rosenstock (1996). Selon lui les modifications des comportements reposent sur deux facteurs : la perception d’une menace pour la santé et la perception ou la croyance que l’adoption d’un comportement particulier peut réduire cette menace (22).

c. Côté médecin

En reprenant le vécu des patients interrogés, on constate que la majorité des interventions sont réalisées en prévention secondaire : conseils de régime après un problème cardiovasculaire, une anomalie biologique, un surpoids, etc. Les rares interventions de prévention primaire rapportées sont également axées sur une prévention de risque cardiovasculaire ou la notion d'alimentation équilibrée”.

Il semble donc que du point de vue du professionnel de santé le conseil nutritionnel s’inscrit également dans un objectif de prévention secondaire. Cela avait également été observé dans une étude sur la prévention réalisée auprès des médecins généralistes de France métropolitaine, montrant que les motifs évoqués par les médecins généralistes pour dépister la dénutrition étaient toujours secondaires à un problème de santé (11), (23).

On peut également se demander si notre système de cotation des actes en médecine générale, avec une absence totale de prise en considération des actes de prévention primaire, a un rôle à jouer.

B. Les attentes des patients sur le conseil nutritionnel

1. Le conseil nutritionnel : quand et pourquoi ?

Dans notre étude les patients étaient majoritairement demandeurs de conseils nutritionnels, seuls 3 d'entre eux nous ont exprimés n'avoir aucune attente dans ce domaine. Pour ces personnes, parler alimentation pouvait se faire à n'importe quel moment jugé utile par le médecin, et de façon spontanée par ce dernier.

Si des conseils sont délivrés, il s'agirait donc de répondre, d'après les patients, à la problématique de la prévention secondaire dans le diabète, ou les maladies cardiovasculaires. L'obésité ou le surpoids du patient peut également selon lui justifier des conseils, a fortiori si sa condition entraîne notamment des complications directes (gonalgie citée dans notre étude).

2. Le médecin généraliste, l'interlocuteur de choix

Le médecin généraliste apparaît comme un interlocuteur de choix dans ce domaine. Il est perçu comme une personne de confiance, connaissant son patient puisqu'il réalise son suivi. Il est donc plus apte et même légitime à pouvoir conseiller ce dernier sur son alimentation. Le rôle du médecin comme acteur majeur de prévention est revenu régulièrement. Ce résultat est également retrouvé dans d'autres études où les patients interrogés plaçaient leur médecin généraliste comme la personne de confiance dans les conseils alimentaires parmi d'autres professionnels (de santé ou non) (24), (25).

Une bonne partie des participants souhaitaient que le médecin généraliste leur pose des questions au sujet de leurs habitudes alimentaires, sans gêne et de façon spontanée. Cette volonté des patients est aussi retrouvée dans d'autres études sur ce sujet (26),(27), (20).

Une minorité pensait que le médecin généraliste n'était pas apte à conseiller. Ils percevaient difficilement la plus-value du médecin dans la nutrition car soit ils s'étaient débrouillés par eux-mêmes, soit ils estimaient que ce n'était pas de son ressort.

3. La diététicienne : des perceptions mitigées

Parmi les autres professionnels évoqués les diététiciennes étaient parfois citées comme professionnels de confiance. Ces participants souhaitaient favoriser une approche autre que médicale et considéraient la diététicienne comme un professionnel ayant "plus de

temps disponible”. Mais, globalement, les diététiciennes n’étaient pas forcément bien perçues car souvent associées à un suivi contraignant, à des conseils irréalistes voire incompréhensibles.

Contrairement à ce que l’on pourrait attendre, ceux ayant déjà rencontré une diététicienne dans leur vie n’avaient pas forcément placé cette dernière en personne de référence. A l’inverse ceux ouverts à recevoir des conseils de la part de diététiciennes n’en avaient pas nécessairement déjà vu. Là encore on peut comprendre deux choses. D’une part, une certaine méconnaissance du métier de diététicienne peut être trop souvent reliée à l’image de « faiseuse de régime ». D’autre part, nous avons vu qu’une majorité de participants se préoccupent davantage de leur alimentation si un lien avec une pathologie déjà vécue est identifiée, ce qui place le médecin dans une position de légitimité plus importante que d’autres professionnels.

4. Format de la prise en charge nutritionnelle

a. Prise en charge

Il ressort de notre étude que le médecin généraliste, doit se sentir libre d’aborder le sujet de l’alimentation lorsqu’il estime le moment opportun, et suggérer des mesures nutritionnelles selon son temps disponible et ses compétences. S’il l’estime utile, il peut également adresser le patient à une diététicienne. Une bonne partie des patients sont généralement favorables à cette idée (20).

Certains patients préféraient le format de consultation individuelle, d’autres étaient intéressés par de consultations de groupe avec une diététicienne.

b. Contenu des conseils

Les participants, lorsqu’ils souhaitaient recevoir des conseils, voulaient une enquête sur leurs habitudes alimentaires et une validation ou non de leur modèle. Certains souhaitaient qu’on leur propose des menus types adaptés : à leur goût, à leur budget et au mode de courses. Les conseils devaient être progressifs et dans le respect de leur intimité alimentaire.

C. Freins des patients

1. Indisponibilité du médecin

Si le médecin généraliste est souvent cité comme interlocuteur de choix par les patients, rares sont ceux qui disent aborder ce sujet avec lui. La principale raison invoquée est l'inaccessibilité du médecin généraliste sur les problématiques de prévention, principalement par manque de temps. Plusieurs patients ont ainsi évoqué la peur de déranger, de prendre trop de temps. Certains ont également exprimé le sentiment que le médecin avait "mieux à faire", sous-entendu traiter de "vraies" pathologies.

Le manque de temps est aussi un argument récurrent de la part des médecins pour justifier le peu d'actions entreprises sur le plan de la prévention nutritionnelle (8),(23),(28).

2. Le conseil nutritionnel vécu comme une contrainte

Le deuxième élément fréquemment évoqué par les patients interrogés est l'aspect contraignant du conseil alimentaire. Nombreux sont ceux qui ne souhaitaient pas de conseils de peur de devoir changer leurs habitudes alimentaires. Pour une majorité des patients les conseils alimentaires se résumaient à devoir abandonner les aliments qu'ils aimaient, qui leur procuraient du plaisir, pour les remplacer par des aliments sains et donc inévitablement fades et sans intérêt gustatif.

Cela était d'autant plus marqué chez les patients qui avaient rencontré une diététicienne de manière "obligatoire", lors d'une hospitalisation ou à la suite d'un problème de santé. Ceux qui au contraire avaient pris l'initiative de consulter semblaient trouver les conseils moins contraignants et donc étaient plus enclins à les suivre sur le long terme.

3. Intrusion dans l'intimité et peur du jugement

L'alimentation est assimilée par plusieurs patients de notre étude à un sujet très personnel voire intime. Ceux-ci étaient prêts à entendre les conseils s'ils étaient donnés de manière non contraignante. Ils devaient rester libres de choisir leur alimentation et se sentir respectés dans leurs choix.

Certains ne souhaitent pas aborder le sujet de l'alimentation avec le médecin généraliste de peur d'être jugé par celui-ci. Cette peur du jugement, d'un conseil "moralisateur", a également été retrouvée dans d'autres études où les patients demandent un conseil bienveillant, dans une attitude encourageante (29).

IV. Perspectives d'amélioration

A. Promouvoir le vieillissement réussi

Les dernières politiques de santé publique évoluent vers un modèle de plus en plus axé sur la prévention et notamment la recherche d'un vieillissement réussi (6). Il s'agit d'un concept décrit par Rowe et Kahn en 1987 comme "un vieillissement sans pathologie ni handicap, permettant un niveau élevé d'activité physique et de fonction cognitive et s'accompagnant d'un engagement, voire d'activités dans la vie sociale" (30), (31).

Plusieurs études menées en Europe et à travers le monde ont montré l'impact de facteurs nutritionnels sur le vieillissement (32), (33). La nutrition apparaît donc comme un facteur essentiel dans la quête du vieillissement réussi.

Il est donc dommage de constater que pour les patients comme pour le médecin cela semble rester une problématique de prévention secondaire, dans le seul but de prévenir une pathologie, et sans considérer la possibilité de conserver ou d'améliorer sa santé actuelle ou à venir.

Aucun patient n'a évoqué avec nous un risque de dénutrition ou la nécessité de modifier son alimentation du fait de son âge. Une seule patiente a exprimé le regret de ne pas aborder le bien-être avec son médecin généraliste.

Au début de l'étude notre questionnaire comportait une question sur la dénutrition, mais nous avons décidé de la supprimer car elle était souvent source de malaise en raison d'une méconnaissance du sujet par les participants. Nous avons également essayé d'évoquer la notion de prévention en vue d'un vieillissement réussi mais là encore cela semblait être un sujet inconnu pour eux. Le vieillissement était trop souvent associé à la pathologie cardiovasculaire qu'il fallait prévenir.

On voit donc que, malgré les programmes de santé publique mis en place, la notion du vieillissement réussi reste une notion méconnue par les patients et négligée par les médecins. Or, au vu des attentes exprimées par les participants, il semble que des messages

promouvant une alimentation moins restrictive et plus axée sur le plaisir et le bien être seraient perçus positivement par la population (29). J-P Poulain évoquait déjà cette idée en proposant de “démédicaliser les messages de prévention, c’est-à-dire de ne pas faire référence à la maladie mais plutôt au bien être” (34).

B. Un temps de prévention dédié et valorisé

Pour améliorer nos actions en vue de la valorisation du vieillissement réussi, comprenant donc les actions de prévention nutritionnelle, nous pourrions envisager de mettre en place des consultations dédiées aux différents axes de prévention. Cette idée avait été évoquée et approuvée par plusieurs participants à notre étude ainsi que dans d’autres études (9), (29).

Grâce au développement actuel de pratiques pluriprofessionnelles au sein des MSP et CPTS, ces consultations pourraient s’envisager sous des formes et avec des interlocuteurs variables et variés. On pourrait ainsi envisager une collaboration entre les médecins généralistes, les diététiciennes et les infirmières ASALEE sur ce type de projet et selon les offres disponibles sur chaque territoire.

Ce type de pratique permettrait une prise en charge globale et adaptable aux attentes et préférences des patients. Le format de la consultation dédiée pourra pallier la problématique du manque de temps en permettant de créer un espace d’échange dédié à la prévention.

Ce type de pratique pourrait aussi présenter un intérêt sur le plan financier. A la fois pour les patients, car on pourrait envisager une prise en charge au moins partielle des consultations par la sécurité sociale. Mais également pour les médecins, avec des financements alloués aux structures telles que les MSP, ESP ou CPTS pour des actions de prévention jusqu’à présent sans cotation en médecine générale (35), (36).

V. Essai de théorisation

Pour essayer de synthétiser les notions ressorties dans notre étude sur les facteurs influençant les habitudes alimentaires des patients, nous proposons ce premier modèle

(*figure 1*). Le plaisir gustatif est au cœur de cette assiette, indétrônable, influencé au premier chef par l'éducation nutritionnelle reçue et les modèles familiaux. Viennent ensuite des influences plus extérieures : médias, littérature et prévention secondaire effectuée principalement par le médecin généraliste, les autres médecins spécialistes et les diététiciennes.

Face à ce mode de fonctionnement plutôt descriptif nous proposons un autre schéma, cette fois en prenant en compte les besoins en prévention primaire dans l'optique du « Bien vieillir » ou vieillissement réussi (*figure 2*). Cette prévention primaire prendrait forme dans une prise en charge dédiée, éventuellement pluriprofessionnelle, et valorisée financièrement pour les intervenants. La prévention secondaire n'est pas oubliée puisqu'elle reste pour le patient âgé un levier important sur ses habitudes alimentaires. Elle serait plus le fait du médecin généraliste et des autres spécialistes.

Figure 1 : Facteurs d'influences sur les habitudes alimentaires

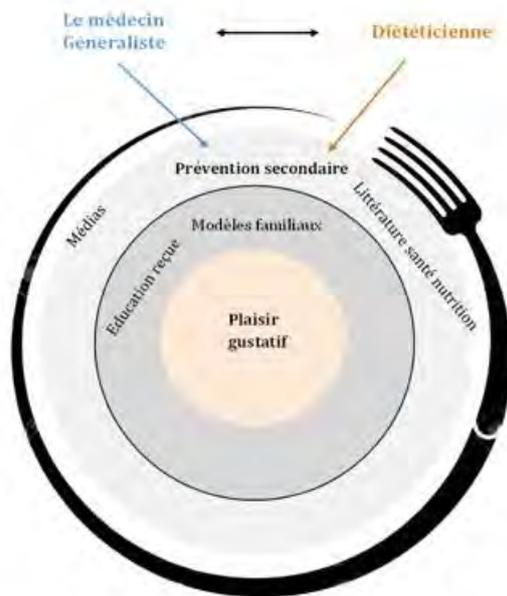
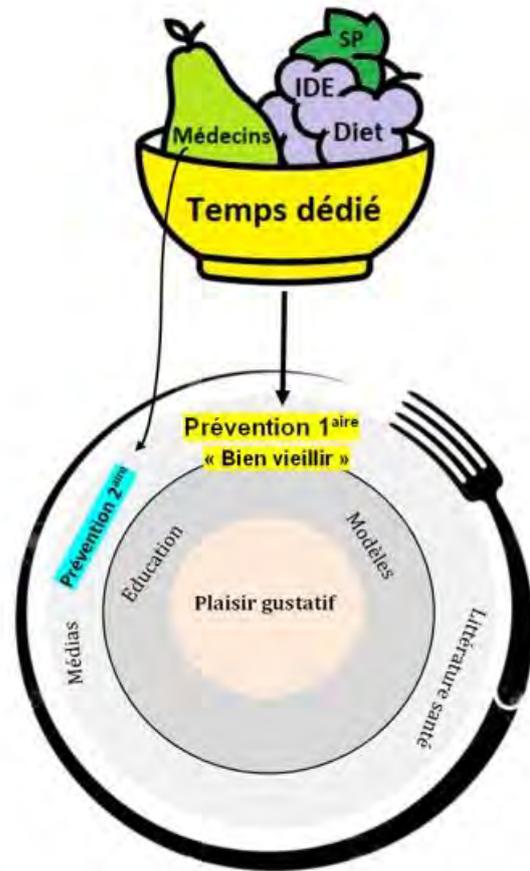


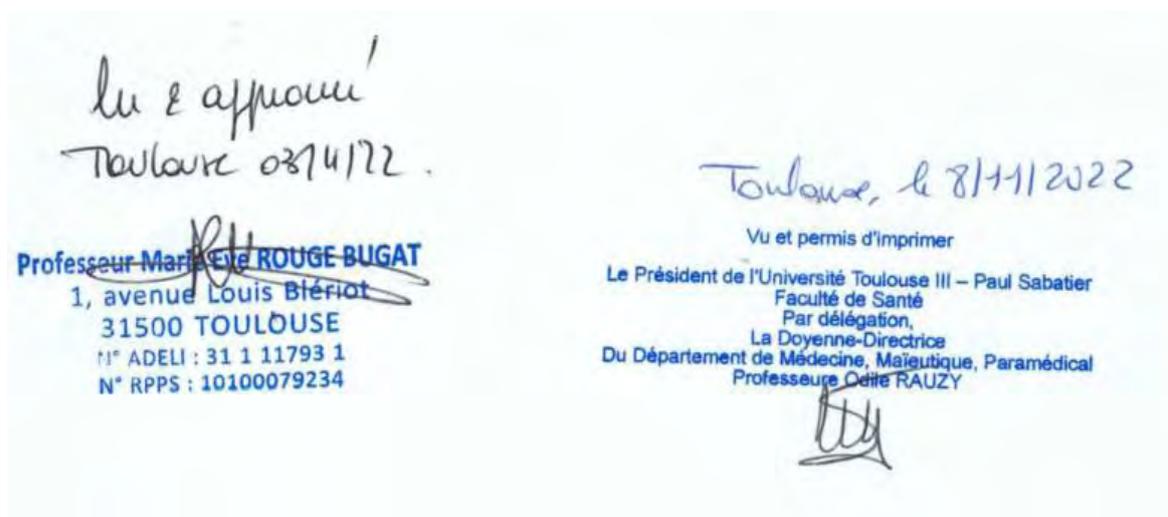
Figure 2 : Prévention primaire du "Bien vieillir" dans les habitudes alimentaires



CONCLUSION

Le conseil nutritionnel est un levier majeur de prévention à la fois primaire et secondaire. Dans le contexte actuel de vieillissement de la population, la promotion d'un vieillissement réussi semble primordiale et il est démontré que l'alimentation y joue un rôle important. Différentes études ont montré que les patients sont demandeurs de conseils nutritionnels de la part de leur médecin généraliste. Notre étude va également dans ce sens. La plupart des patients sont demandeurs de conseils nutritionnels et le médecin généraliste, du fait de son statut de personne de confiance, apparaît comme un interlocuteur de choix, suivi ensuite par les diététiciennes. Le conseil devrait émaner spontanément du médecin et prendre en compte les préférences et le plaisir gustatif du patient.

Malheureusement la prévention nutritionnelle est encore, tant par les patients que les médecins, trop souvent associée à la prévention secondaire de maladies cardiovasculaires. Du fait des nouveaux modèles d'organisation de l'activité libérale, un temps dédié à la prévention pourrait s'envisager selon des offres de soins accessibles, que ce soit à l'échelle d'un cabinet isolé ou d'une organisation pluriprofessionnelle (ESP, MSP, CPTS).



BIBLIOGRAPHIE

1. Insee. Population par âge – Tableaux de l'économie française. Collection Insee références. 2020. 266 p. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Guilbert P, Perrin-Escalon H, Lamoureux P. Baromètre santé nutrition 2002. INPES. 2004. 259 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/hauts-de-france/barometre-sante-nutrition-2002>
3. INSPIRE. Le programme ICOPE [Internet]. [cité 1 déc 2021]. Disponible sur: <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>
4. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. 2007 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
5. Brocker P. Impact médico-économique de la dénutrition chez les sujets âgés. La Revue de Gériatrie. 2008;(33):619-26.
6. Santé Publique France. Bien vieillir [Internet].2019 [cité 1 déc 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>
7. Clerc C, Suna-Enache C, Vogel T, Lang PO. Modalités de dépistage de la dénutrition chez les patients âgés : étude auprès de 100 médecins généralistes de l'Eurométropole de Strasbourg. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.2017;17(101):318-24.
8. Doerr S. La prévention chez la personne âgée en médecine générale : Enquête auprès de 77 médecins généralistes en Lorraine [Thèse de doctorat]. Nancy, France: Université Henri Poincaré ; 2009.
9. Ferrer É. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire : expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans [Thèse de doctorat]. Nice, France : Université de Nice ; 2016.
10. Kadi A. Dépistage de la dénutrition chez la personne âgée en Eure et Loir : Enquête auprès des médecins généraliste [Thèse de doctorat]. Tours, France : Université François-Rabelais ; 2013.
11. Desport J, Dorigny B, Zazzo J, Mazon V, Lesourd B, Hébuterne X. O018A Modalités d'évaluation et de prise en charge nutritionnelles des personnes âgées par les médecins généralistes en France métropolitaine. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2007;21:39-40.
12. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Cadwallier JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Media Santé et CNGE productions. 2021. GROUMF. 192 p.
13. Frappe P. Initiation à la recherche. Global media santé. 2018.CNGE. 224 p.

14. Amiel P, Dosquet C, Comité d'évaluation éthique de l'INSERM (CEEI). Guide de qualification des recherches en santé [A qualification guide for health research]. INSERM ; 2021.
15. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015 ;15(157):50-4.
16. Poulain JP. *Manger aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques*. Privat. Toulouse; 2002. p 195.
17. Poulain JP. *Manger aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques*. Privat. Toulouse; 2002. p 194.
18. Fassin D, Delanoë D, Aiach P. L'ère de la médicalisation-Les politiques de la médicalisation. *Sociologiques. Economica*. 1998. 1-13 p.
19. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *L'état de santé de la population en France en 2008*. 2008. 232 p
20. Labbe L. *Conseils nutritionnels par le médecin généraliste : attentes des patients* [Thèse de doctorat]. Angers, France: Université d'Angers; 2016.
21. Kandel O, Boisnault P. Résultats de l'enquête «Nutrition en Médecine Générale : quelles réalités?». Département Observatoire de Médecine Générale ; Société Française de Médecine Générale. 2006. 26 p.
22. Poulain JP. *Manger aujourd'hui: attitudes, normes et pratiques*. Privat. Toulouse; 2002. p196
23. Aberturas P. *Connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins généralistes à Paris, une étude observationnelle* [Thèse de doctorat]. Paris, France: Université Paris Descartes; 2017.
24. Hiddink GJ, Hautvast JG, van Woerkum CM, Fieren CJ, van 't Hof MA. Consumers' expectations about nutrition guidance: the importance of primary care physicians. *Am J Clin Nutr*.1997;65(6 Suppl):1974S-1979S.
25. Wallace PG, Haines AP. General practitioner, and health promotion: what patients think. *Br Med J (Clin Res Ed)*.1984;289(6444):534-6.
26. Wallace PG, Brennan PJ, Haines AP. Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyle? Findings of the Medical Research Council's general practice research framework study on lifestyle and health. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;294(6577):940-2.
27. Stott NC, Pill RM. « Advise yes, dictate no ». Patients' views on health promotion in the consultation. *Fam Pract*.1990;7(2):125-31.
28. Fantino B, Fantino F, Dumont C, Nitenberg C, Delolme H. Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. *Santé Publique*. 2004;16(3):551-62.
29. Spriet M. *Attentes des patients sur le conseil nutritionnel par le médecin généraliste : enquête qualitative* [Thèse de doctorat]. Bordeaux, France: Université de Bordeaux; 2020.

30. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science*.1987;237(4811):143-9.
31. Ferry M. Bases nutritionnelles pour un vieillissement réussi. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 2008;43(2):90-6.
32. de Groot LC, Hautvast JG, van Staveren WA. Nutrition and health of elderly people in Europe: the EURONUT-SENECA Study. *Nutr Rev*.1992;50(7):185-94.
33. Bogers R, Tijhuis M, Gelder B. Final report of the HALE (Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe) Project. European Union ; 2006.
34. Poulain JP. *Manger aujourd'hui: attitudes, normes et pratiques*. Privat. Toulouse; 2002. p 199
35. Agence Régionale de Santé. Financement pour le développement de la promotion de la santé/prévention au sein des équipes de soin [Internet]. apmsl. 2021 [cité 12 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.apmsl.fr/blog/financement-ars-prevention-esp/>
36. Les Libéraux de Santé. *Projet de loi relatif à la modernisation de l'accès aux soins de proximité*. 05-022.

ANNEXE 1a - Guide d'entretien (première version)

“Merci à vous de nous recevoir. Nous sommes internes en médecine générale et dans le cadre de notre thèse, nous étudions les attentes des patients dans le domaine de la prévention sur les mesures diététiques. Pour cela, nous réalisons une enquête auprès de patients âgés de 70 ans ou plus, à leur domicile pour parler nutrition mais surtout ce qu'ils attendent de leur médecin en la matière. Leurs suggestions pourront faire émerger des idées nouvelles afin d'améliorer leur prise en charge. L'entretien est enregistré mais l'enquête est anonyme et aucune personne ne sera mentionnée dans ce travail. Si certaines questions vous gênent, vous n'êtes en aucun cas obligés d'y répondre”

➤ **Parlez-nous de vous.**

Vivez-vous seul ? Avez-vous des enfants ?

Que faisiez-vous comme métier ?

➤ **Mode de vie et vécu**

Parlez-nous de vos habitudes alimentaires, de votre vécu sur le plan nutritionnel

- Comment qualifieriez-vous votre alimentation actuelle ? Régime particulier ? Au cours de votre vie, comment ont évolué vos habitudes alimentaires ?
- A quels intervenants ou ressources avez-vous eu recours dans votre vie sur le plan diététique ? (*Médecin, spécialistes, amis, internet, livres de recette*)
- Quels types d'interventions y a-t-il eu ?
 - Comment votre médecin aborde-t-il le sujet de la nutrition/du poids ?
 - Qui a abordé le sujet en premier ? Au cours de quelle type de consultation ? Quels conseils étaient donnés ? Ces conseils vous ont-ils satisfait ? Un support d'information avait-il été délivré à l'issue de cette consultation ?
 - Vous a-t-il déjà parlé de dénutrition ?
 - Si oui, comment ? Qui a abordé le sujet ? Au cours de quel type de consultation ? Quels conseils étaient donnés ? Ces conseils vous ont-ils satisfait ? Un support d'information avait-il été délivré à l'issue de cette consultation ?
 - Si non, auriez-vous souhaité qu'il aborde ce sujet avec vous et pourquoi ? Au cours de quel type de consultation ?

➤ **Les attentes**

Quelles sont vos attentes sur le plan nutritionnel de manière générale?

- Sur le plan de la santé ?
- Les attentes sur les intervenants (*médecin, infirmière, diététicienne, coach sportif*)
- Le type d'intervention
 - Conseil spontané ou à la demande
 - Sur la préparation des repas, les courses, le sport ...

➤ **Les intervenants**

Qui vous semble être l'intervenant le plus approprié pour parler du sujet de la nutrition avec vous ?

- Le médecin, infirmière, diététicienne ?
- Internet, littérature, cercle amical ou familial ?
- Avez-vous déjà entendu parler des infirmiers Asalée?
 - Si non, demander si le patient souhaite qu'on lui présente rapidement leur rôle
 - Que penserez-t-il d'un dépistage de la dénutrition à domicile par un IDE Asalée ?

➤ **Améliorations**

Quelles améliorations pourraient être mises en place selon vous ? Comment ce sujet devrait être abordé en consultation ? Que pensez-vous d'une consultation dédiée à ce sujet ?

ANNEXE 1b - Guide d'entretien (version finalisée)

“Merci à vous de nous recevoir. Nous sommes internes en médecine générale et dans le cadre de notre thèse, nous étudions les attentes des patients dans le domaine de la prévention sur les mesures diététiques. Pour cela, nous réalisons une enquête auprès de patients âgés de 70 ans ou plus, à leur domicile pour parler nutrition mais surtout ce qu'ils attendent de leur médecin en la matière. Leurs suggestions pourront faire émerger des idées nouvelles afin d'améliorer leur prise en charge. L'entretien est enregistré mais l'enquête est anonyme et aucune personne ne sera mentionnée dans ce travail. Si certaines questions vous gênent, vous n'êtes en aucun cas obligés d'y répondre”

➤ **Parlez-nous de vous.**

Vivez-vous seul ? Avez-vous des enfants ?
Que faisiez-vous comme métier ?

➤ **Mode de vie et vécu**

Parlez-nous de vos habitudes alimentaires, de votre vécu sur le plan nutritionnel

- Comment qualifieriez- vous votre alimentation actuelle ? Régime particulier ? Au cours de votre vie, comment ont évolués vos habitudes alimentaires ?
- A quels intervenants ou ressources avez-vous eu recours dans votre vie sur le plan diététique ? (*Médecin, spécialistes, amis, internet, livres de recette*)
- Quels types d'interventions y a-t-il eu ?
 - Comment votre médecin aborde-t-il le sujet de la nutrition/du poids ?
 - Qui a abordé le sujet en premier ? Au cours de quelle type de consultation ? Quels conseils étaient donnés ? Ces conseils vous ont-ils satisfait ? Un support d'information avait-il été délivré à l'issue de cette consultation ?

➤ **Les attentes**

Quelles sont vos attentes sur le plan nutritionnel de manière générale?

- Sur le plan de la santé ?
- Les attentes sur les intervenants (*médecin, infirmière, diététicienne, coach sportif*)
- Le type d'intervention
 - conseil spontané ou à la demande
 - sur la préparation des repas, les courses, le sport ...

➤ **Les intervenants**

Qui vous semble être l'intervenant le plus approprié pour parler du sujet de la nutrition avec vous ?

- Le médecin, infirmière, diététicienne ?
- Internet, littérature, cercle amical ou familial ?

➤ **Améliorations**

Quelles améliorations pourraient être mises en place selon vous ? Comment ce sujet devrait être abordé en consultation ? Que pensez-vous d'une consultation dédiée à ce sujet ?

ANNEXE 2 : Consentement écrit

CONSENTEMENT

« Je soussigné(e), certifie avoir donné mon consentement à Mélanie KHLAT et Florence LEITNER, internes en médecine générale, pour m’entretenir avec elles dans le cadre de leur thèse et autorise l’enregistrement de cet entretien et l’utilisation des données pour son étude. Il m’a été assuré que l’entretien resterait strictement anonyme. »

Fait à :

Le :

Signature :

ANNEXE 3 : Talon sociologique

| Sexe | Age | Poids (kg) | Taille (cm) | IMC | Statut marital | Inquiétude du MT sur plan nutritionnel | Lieu de vie | Organisation des courses | Organisation des repas |
|------|--------|------------|-------------|-------|----------------|--|-------------|---------------------------------|--|
| F | 74 ans | 46 | 159 | 18,2 | seule | non | Rural | Fait ses courses | Cuisine équilibrée, |
| F | 71 ans | 46 | 152 | 20,2 | en couple | non | Urbain | Fait ses courses | Cuisine équilibrée et plaisir |
| H | 72 ans | 76 | 178 | 24 | en couple | non | Urbain | Va au marché | Ne cuisine pas |
| H | 73 ans | 73,5 | 179 | 22,9 | en couple | Oui (pertes de poids) | Semi-urbain | Fait ses courses | Cuisine équilibrée et plaisir |
| F | 70 ans | 74 | 162 | 28 | en couple | non | Semi-urbain | Potager | Ne cuisine pas |
| F | 75 | 52 | 153 | 22 | veuve | Oui (veuvage récent) | Rural | Exploitation agricole + courses | Cuisine selon ses envies |
| H | 71 ans | 118 | 168 | 41,8 | seul | oui (obésité morbide) | Semi-urbain | Fait ses courses | Cuisine selon des modèles appris par diet |
| F | 74 | 63 | 151 | 27,5 | veuve | non | Semi-urbain | Fait ses courses | Cuisine équilibrée |
| | | | | | | oui (perte de poids, carence B9) | | Fait ses courses | Cuisine plaisir |
| H | 87 ans | 82 | 177 | 26,2 | en couple | | Rural | | |
| H | 73 ans | 74 | 153,5 | 31,41 | en couple | oui (coronaropathie) | Urbain | Courses faites par l'épouse | Alimentation plaisir |
| F | 76 | 70,5 | 155 | 29,34 | en couple | oui (DT2) | Urbain | Fait ses courses | Cuisine équilibrée, quelques écarts |
| H | 71 ans | 102 | 183 | 30,5 | en couple | oui (surpoids) | Semi-urbain | Fait ses courses | Alimentation trop riche |
| F | 70 | 66 | 160 | 25,7 | veuve | non | Semi-urbain | Courses faites par son fils | Cuisine équilibrée, en rapport avec son budget |
| F | 82 | 74 | 162 | 24,4 | seule | non | Rural | Fait ses cours Potager | Cuisine équilibrée et plaisir |

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le vieillissement de la population a pour conséquence l'augmentation des pathologies liées à l'âge et la dépendance. L'alimentation joue un rôle important dans ces phénomènes, notamment par la dénutrition. Un des rôles fondamentaux du médecin généraliste est la prévention, y compris sur le volet nutritionnel. Peu d'études sont répertoriées au sujet des attentes des patients. Notre objectif était d'évaluer les attentes de patients âgés concernant le conseil nutritionnel de la part de leur médecin généraliste.

MÉTHODE : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients de 70 ans ou plus selon un échantillonnage raisonné jusqu'à saturation des données.

RÉSULTATS : 14 entretiens ont été réalisés entre décembre 2021 et août 2022. Manger et cuisiner représentent un plaisir, conditionnant les choix alimentaires des participants. Ils souhaitent être conseillés sur leurs habitudes alimentaires par leur médecin généraliste. Le conseil devrait, selon eux, émaner spontanément du médecin et prendre en compte leurs préférences. Le conseil paraît justifié et sera entendu si certains paramètres biologiques sont perturbés et/ou s'il permet de limiter l'aggravation d'une ou plusieurs pathologies. Le médecin est considéré comme la personne de confiance, apte à pouvoir le mieux conseiller sur son alimentation. Les freins au conseil rapportés sont le manque de temps lors des consultations, la peur de la contrainte et le risque d'intrusion dans l'intimité alimentaire.

CONCLUSION : L'alimentation, malgré son rôle important pour un vieillissement réussi, est encore trop souvent associée à la prévention secondaire. Un temps dédié à la prévention pourrait s'envisager selon de nouvelles offres de soins.

MOTS-CLÉS : *Nutrition- Vieillesse- Médecine générale-Prévention*

ABSTRACT

Expectations on nutritional advice by general practitioners of patients over 70 years old, a qualitative survey

BACKGROUND: The aging process of the population increases the prevalence of age-related diseases and dependency. Undernutrition is highly involved in the onset of those complications. Preventive medicine, including nutrition, is one of the general practitioner's fundamental roles. A few studies have examined the expectations of the patients on nutritional advice. Our objective was to assess the expectations of elderly on nutritional advice by their general practitioner.

METHOD: Qualitative method with semi-structured individual interviews of patients over 70 years old using a purposive sample, until data saturation was reached.

RESULTS: 14 interviews have been carried out between December 2021 and August 2022. Eating and cooking represents a pleasure for the patients, which is highly important in their food choices. They want to be guided by their general practitioner on this level, with spontaneous advice from the latter that take account of their preferences. They are more incline to follow advice if it is related to a biological marker or if intends to prevent cardiovascular or metabolic diseases. The general practitioner appears as a person of trust, with a good knowledge of his patients and therefore legitimate to give advice. The shortness of medical consultations and the fear of restrained and intrusive advice were the most frequent obstacles to a questioning.

CONCLUSION: Despite its fundamental role in the process of successful aging, nutrition is still linked to secondary prevention. We could consider implementing a regular time slot dedicated to prevention.

KEY-WORDS: *Nutrition- Preventive medicine- General medicine- Aging process*