



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Réduction de la consommation de viande chez les patients à risque
cardiovasculaire : pratiques et représentations des médecins
généralistes des Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 21 Juin 2023 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Sarah KHALIL**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Baptiste MOTTE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marion LEVECQ FARSY

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

- **HTA** : Hypertension artérielle
- **PNNS** : Programme National Nutrition Santé
- **MSP** : Maison de santé pluriprofessionnelle
- **COREQ** : Consolidated criteria for reporting qualitative research
- **RHD** : Règles hygiéno-diététiques
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- **IMC** : Indice de masse corporelle
- **TMAO** : Triméthylamine N-oxide
- **CMG** : Collège de la médecine générale
- **WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
METHODES	4
RESULTATS :.....	7
Population étudiée :.....	7
Présentation des résultats :.....	8
1. Le médecin généraliste face au risque cardiovasculaire	8
2. Les règles hygiéno-diététiques : une approche complexe	9
2.1. Les médecins généralistes en difficulté face aux conseils diététiques	9
2.2. Une approche globale de la prise en charge diététique	12
2.3. Une prise en charge multidisciplinaire	13
3. La réduction de la consommation de viande en arrière-plan	16
3.1. Un sujet anecdotique	16
3.2. Des connaissances approximatives	22
3.3. Une attente des professionnels.....	30
3.4. De multiples façons de s'approprier le sujet	36
4. La consommation de viande au cœur de multiples représentations	45
4.1. L'influence de son propre rapport à la viande.....	45
4.2. Impact culturel et sociétal	51
4.3. Un parallèle avec des pratiques plus extrêmes	53
4.4. Les patients à risque cardiovasculaire : une population à part	55
5. Un impact environnemental difficile à intégrer à la pratique	57
5.1. Des faits connus de tous.....	57
5.2. Une légitimité à en parler questionnée.....	60

5.3. Des patients inégalement sensibilisés.....	63
5.4. Une nécessité d’agir en tant que citoyen.....	65
DISCUSSION	70
Forces de l’étude.....	70
Limites de l’étude.....	71
Analyse des résultats.....	73
La viande en arrière-plan des mesures diététiques.....	73
Des représentations diverses influençant la pratique médicale.....	85
Intégrer la problématique environnementale au soin.....	95
CONCLUSION	100
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	102
ANNEXES	110
Annexe 1 : Notice informative aux participants	110
Annexe 2 : Guide d’entretien.....	112
Annexe 3 : Schéma explicatif du recours à la diminution de la consommation de viande en médecine générale.....	113
Annexe 4 : Facteurs personnels influençant les consommations de viande.....	114
Annexe 5 : Intégration de la viande en consultation de médecine générale et leviers d’action envisagés	115
Annexe 6 : Grille COREQ.....	116
Annexe 7 : Proposition d’un guide de bonne pratique à l’intention des médecins généralistes	118

INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires représentent la 2^{ème} cause de mortalité en France avec environ 150 000 décès annuels (1), et 17,9 millions de décès dans le monde en 2017 (2). Les facteurs de risque cardiovasculaire sont clairement établis et sont représentés par l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'obésité abdominale, le tabagisme et les facteurs psycho-sociaux, ainsi que par l'âge, le sexe et l'hérédité qui sont des facteurs non modifiables. L'activité physique et l'apport de fruits et légumes sont au contraire des facteurs protecteurs (3,4). La prise en charge de ces pathologies représente un travail quotidien pour le médecin généraliste, avec 10,2 millions de personnes traitées pour hypertension artérielle en France, 3,5 millions pour diabète en 2019, et une prévalence de 17% de l'obésité chez l'adulte en 2015 (1). En première ligne de la prise en charge proposée à ces patients se trouvent les modifications de l'hygiène de vie et les conseils diététiques (5).

Parmi les nombreux conseils à proposer au patient dans le cadre de l'amélioration de son mode de vie, la promotion du régime méditerranéen est mis en avant par les recommandations françaises et européennes (6,7). Celui-ci repose sur une consommation élevée de produits végétaux (fruits, légumes, légumineuses), de céréales complètes, et une réduction des produits carnés et de la viande rouge (8). L'OMS définit comme viande rouge toute viande hors volaille, incluant ainsi le bœuf, le mouton, le cheval, mais également les abats, le porc et le veau. La viande transformée fait référence à toute viande ayant subi une modification à type de salaison, fumaison, maturation ou fermentation (9). Afin de faciliter la lecture du travail de recherche, lorsque le terme « viande » sera employé dans le manuscrit, il s'agira de viande rouge, à l'exception des verbatims.

La société européenne de cardiologie préconise depuis 2021 une consommation de viande rouge limitée à 350 à 500g par semaine (5). Ces recommandations vont dans le sens de celles formulées en 2019 concernant la prise en charge de la dyslipidémie, affirmant que la faible consommation de viande rouge et transformée, associée à une consommation élevée de produits végétaux étaient associés à une réduction de l'incidence des événements cardiovasculaires (7). En France, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a été créé en 2001 afin de promouvoir une nutrition équilibrée auprès des populations. Son actualisation en 2019 recommande une consommation de viande inférieure à 500g par semaine, soit l'équivalent de 3 steaks. La charcuterie, incluant jambon, bacon, lardon, saucisson et viande en conserve, devrait être limitée à 150g par semaine, soit l'équivalent de 3 tranches de jambon (10).

Ces recommandations françaises et internationales font suite à la réalisation de plusieurs études et méta-analyses ayant montré l'impact de l'excès de viande rouge sur le risque cardiovasculaire : majoration du déséquilibre tensionnel, du LDL-cholestérol et de l'IMC, incidence plus élevée du diabète de type 2 et augmentation de l'hémoglobine glyquée des patients diabétiques (11–14). Ces constatations s'expliquent par une augmentation du stress oxydatif et l'accumulation de cellules spumeuses au sein de l'intima des vaisseaux à l'origine de l'athérosclérose. L'excès de viande rouge diminuerait également l'insulino-sensibilité des tissus (13,15). Au contraire, le régime méditerranéen riche en protéines végétales aurait un effet antioxydant cardioprotecteur (16).

Au-delà des effets bénéfiques sur la santé des populations, la réduction de la consommation de viande tend à devenir un enjeu crucial en termes de santé planétaire et d'environnement. La santé planétaire consiste à développer une médecine durable et à prendre en charge la santé de l'individu à long terme en agissant sur la préservation de son milieu (17). En avril 2021, le collège de médecine générale a alerté les professionnels sur cette problématique, en les incitant à l'intégrer à leurs pratiques, notamment au sein des conseils diététiques remis aux patients. Végétaliser l'alimentation représente un moyen accessible de réduire son empreinte environnementale et d'agir sur la santé planétaire (18). La consommation de viande mondiale a doublé en 50 ans et augmenterait de 70% d'ici 2050 en cas de maintien des habitudes alimentaires actuelles. Elle est pourtant à l'origine de 14,5% des productions de gaz à effet de serre à l'échelle mondiale (19). La consommation excessive de viande est également un facteur participant à l'insécurité alimentaire, sa production étant coûteuse en eau et en céréales : ce secteur mobilise à lui seul près d'un tiers de la surface mondiale libre de glace (20), 40% de la récolte céréalière (21) et participe aux phénomènes de déforestation, de pollution des eaux et d'antibiorésistance (22,23).

L'objectif principal est d'étudier le recours à la recommandation de la réduction de la consommation de viande par les médecins généralistes des Hauts-de-France chez les patients à risque cardiovasculaire.

Les objectifs secondaires de cette étude sont de comprendre les facteurs freinant ou incitant ces médecins à aborder ce sujet en consultation, et d'étudier leur positionnement face à la problématique environnementale au sein de leur pratique.

METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative interprétative inspirée de l'approche par théorisation ancrée. Cette méthode permet d'étudier des phénomènes sociaux afin de construire un modèle explicatif. L'analyse était itérative et concomitante au recueil de données pour élaborer progressivement une hypothèse.

2. Population

Le choix des participants a été réalisé de manière inductive selon un échantillonnage raisonné théorique, auprès de médecins généralistes libéraux installés. Les médecins remplaçants étaient exclus de l'étude afin d'interroger des professionnels intervenant dans le suivi au long cours des pathologies chroniques. La sélection était orientée selon la théorie émergente après analyse des entretiens précédents. Les médecins généralistes étaient sélectionnés afin de représenter des profils socio-démographiques et des modes d'exercice variés. Il a été décidé suite aux premiers entretiens d'élargir la population d'étude en incluant une diététicienne et une infirmière azalée en raison de leur participation conjointe à la prise en charge diététique évoquée par les médecins. Un entretien auprès d'une cardiologue a été réalisé en tant que médecin spécialiste dans la prise en charge du risque cardiovasculaire.

L'inclusion s'est poursuivie jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle donnée ne soit mise en évidence lors des entretiens.

Les participants étaient contactés par courriel ou téléphone, sans précision sur le sujet exact étudié. Le sujet présenté se limitait à la prise en charge des patients à risque cardiovasculaire afin de ne pas influencer le recueil de données. Les professionnels étaient inclus sur la base du volontariat, après signature d'une notice d'information.

3. Recueil de données

Des entretiens semi-dirigés étaient conduits individuellement, en présentiel. Ces entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un téléphone Iphone 6S® et d'un ordinateur MacBook®. Un guide d'entretien modifié et adapté à l'issue de chaque entretien était utilisé. Il se composait de 5 thèmes à aborder sous forme de questions ouvertes. Les entretiens étaient débutés par une brève présentation du participant et de son milieu d'exercice.

4. Méthode d'analyse

Le premier entretien a été réalisé auprès d'un médecin généraliste en cabinet de groupe. Il a été retranscrit et analysé à visée exploratoire mais n'a pas été inclus dans l'étude.

Les verbatims étaient retranscrits manuellement à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Les entretiens étaient pseudonymisés. L'analyse des données était ensuite réalisée séparément sur le logiciel NVivo 12®.

Les entretiens étaient analysés afin de révéler les phénomènes sociaux et les représentations en lien avec le sujet étudié. L'analyse s'est donc portée sur la méthode de théorisation ancrée.

L'analyse était itérative et concomitante au recueil de données, par comparaison constante aux entretiens précédents. Elle portait sur 3 niveaux d'analyse. L'analyse ouverte réalisée à l'issue de l'entretien permettait la création de catégories. Ces catégories permettaient de sélectionner les caractéristiques intéressantes pour les participants suivants dans le cadre d'une démarche inductive. L'analyse axiale réalisée

à l'issu de plusieurs entretiens permettait une articulation entre ces différentes catégories. L'analyse sélective en dernier lieu faisait apparaitre un modèle explicatif. Une triangulation des données avec l'aide de Mme Deren, interne en médecine générale, a été réalisée sur l'analyse ouverte permettant ainsi une confrontation des résultats de deux chercheurs.

5. Aspects éthiques

La réalisation de l'étude était soumise à l'approbation d'un comité éthique. Le recueil de données a débuté après validation de la fiche de thèse et du dossier CRDMM, conformément à la méthodologie de référence MR004. L'étude a été enregistrée au registre des traitements RGPD.

La pseudonymisation des entretiens était assurée par la suppression de tout nom propre, de toute localisation géographique ou de toute donnée pouvant participer à l'identification du sujet. Une numérotation était réalisée selon l'ordre de réalisation des entretiens. Ce numéro était précédé de l'initiale de la profession du sujet interrogé.

Un tableau de concordance permettant l'identification des participants était détenu uniquement par l'investigateur de l'étude.

Les participants étaient tenus d'exprimer leur consentement libre et éclairé à l'enregistrement de l'entretien. Il leur était demandé de signer une notice explicative les informant de leur droit de rétractation, des modalités de l'étude et leur attestant la confidentialité.

RESULTATS :

Population étudiée :

Les entretiens ont été menés sur une durée de 7 mois, de Juin 2022 à Janvier 2023 et duraient de 19 à 60 mn.

	M/F	Âge	Lieu d'exercice	Activité professionnelle
M0	M	48 ans	Cabinet médical de groupe urbain	Médecine générale Maître de stage universitaire
M1	M	54 ans	Cabinet médical urbain	Médecine générale, médecine du sport, mésothérapie Activité de régulation Maître de stage universitaire
M2	F	30 ans	Cabinet de groupe pluridisciplinaire semi-rural	Médecine générale Activité partagée de consultations et visites à domicile
M3	F	37 ans	Cabinet de groupe pluridisciplinaire semi-rural	Médecine générale Activité partagée de consultations et visites à domicile
M4	M	53 ans	MSP urbaine	Médecine générale Travail de régulation Hypnose, pathologies du sommeil Maitre de stage universitaire
M5	F	35 ans	Cabinet pluridisciplinaire urbain	Médecine générale Pédiatrie
M6	M	55 ans	MSP rurale	Médecine générale Éducation thérapeutique Maitre de stage universitaire
I1	F	46 ans	MSP rurale	Travail infirmier en réseau Azalée Éducation thérapeutique
M7	M	35 ans	MSP semi rurale	Médecine Générale Maitre de stage universitaire
M8	F	33 ans	Cabinet de groupe urbain	Médecine générale
M9	F	30 ans	Travail hospitalier en service d'hôpital de jour	Médecin généraliste en hôpital de jour diabétologie et suivi bariatrique Encadrement d'étudiants en médecine
M10	F	29 ans	Remplacement fixe Cabinet libéral urbain	Médecine générale Association de santé planétaire
D1	F	48 ans	Cabinet libéral urbain	Diététicienne Spécialisée en pathologies digestives
C1	F	32 ans	Poste hospitalier milieu semi-rural	Cardiologue, consultations et service hospitalier. Diplôme universitaire d'hypertension artérielle

Présentation des résultats :

1. Le médecin généraliste face au risque cardiovasculaire

La prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires est omniprésente en consultation de médecine générale.

M5 : « je dois bien en avoir un parce que finalement c'est quand même des consultations qui reviennent souvent »

Celle-ci repose sur socle commun, basé sur l'évaluation du risque cardiovasculaire.

M6 : « la prise en charge est globale. Moi j'aime bien dire à mes patients, par exemple, qu'ils ne sont pas diabétiques : qu'ils ont un risque cardiovasculaire augmenté parce qu'ils sont diabétiques, hypertendus »

Le patient semble peu en demande concernant la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires, qu'il place souvent au second plan de la consultation : cela complexifierait la prise en charge.

M7 : « il se plaignait au niveau de l'ambiance au travail plus que de sa pathologie cardiovasculaire. »

La prise en charge médicamenteuse est souvent mise au premier plan notamment via la révision de l'ordonnance.

M1 : « il y a d'abord le renouvellement d'un traitement soit à titre préventif, soit antiagrégant plaquettaire, soit hypocholestérolémiant »

M3 : « je regarde si le traitement correspond, si la statine correspond au LDL, si on n'a pas oublié le Kardégic en cours de route »

Le patient se reposerait également sur l'aspect médicamenteux plutôt que sur l'amélioration du mode de vie.

M8 : « C'est pas leur but premier quand ils viennent en consultation et que la facilité du traitement elle est là aussi »

Agir sur l'alimentation apparaît pourtant comme une pierre angulaire de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire.

D1 : « il y a des maladies étroitement liées avec l'alimentation comme le diabète »

M1 : « les médicaments, et surtout attention à l'alimentation »

La modification du mode de vie traduit l'investissement du patient dans sa prise en charge.

M5 : « remettre les patients au sport, ça les remet dans une dynamique et dans une volonté de prendre soin de soi »

2. Les règles hygiéno-diététiques : une approche complexe

2.1. Les médecins généralistes en difficulté face aux conseils diététiques

Lorsque l'aspect diététique est évoqué, les conseils sont souvent synthétiques.

Entrer dans le détail semble complexe pour les médecins interrogés.

C1 : « éviter tous les excès (...) Enfin boire de l'eau et pas boire des sodas, manger des fruits plutôt que boire des jus de fruits, éviter les sucreries »

Les conseils seraient parfois standardisés et peu adaptés au patient.

D1 : « Au téléphone devant moi, il dit : mais vous savez, vous sortez le fromage et la charcuterie et ça ira mieux, il avait tout de suite donné le conseil au téléphone et pour lui c'était réglé »

Les médecins s'appuient sur divers supports informatifs pour orienter le patient sur les changements alimentaires à initier. Ils délivrent notamment un document provenant de sites internet spécialisés.

M8 : « Alors souvent je m'aide d'une fiche sur le kit médical, il y a un onglet nutrition, il y a une super fiche qui est faite sur l'hypercholestérolémie, et donc ils résument un petit peu ce qui est à éviter et ce qui est à privilégier.

Conseiller un mode de vie plus sain fait appel à des connaissances vaguement évoquées lors des études médicales.

M3 : « je vais aborder ce qu'on appelle les « RHD » à l'internat, les fameuses, où on ne sait pas ce qu'il y a dedans puisqu'on n'a pas eu de cours dessus »

Les médecins s'estiment peu formés à l'accompagnement motivationnel du patient dans son changement de mode de vie.

M10 : « c'est assez peu parlé dans nos études, avec juste une phrase : « parlez des règles hygiéno diététiques », ouais super merci c'est quoi ? comment on fait ? Comment on en parle ? Comment on a un discours engageant ? comment on les motive ? »

Les connaissances en nutrition sont peu actualisées au cours de la formation médicale continue.

M2 : « je vous parle de tous ces conseils que j'ai appris pendant l'internat mais j'ai pas eu de nouvelle formation récemment »

D1 et M10 sont les seules interrogées à évoquer le PNNS comme source de recommandation.

D1 : « Le PNNS, ça c'est notre guide de nutritionniste »

M10 : « Alors de mémoire sur le dernier plan, le PNNS 4 je crois, euh ils diminuaient quand même la viande à deux ou trois fois par semaine il me semble »

On semble constater une meilleure sensibilité des étudiants en médecine. Cela pourrait être le signe d'une évolution de la formation universitaire.

M3 : « je reçois des externes actuellement, ils sont quand même beaucoup mieux formés à la diététique que moi clairement. »

Par ailleurs, les consultations de patients à risque cardiovasculaire sont riches et complexes : les médecins sont contraints de prioriser certains aspects de la prise en charge.

M9 : « Je pense que déjà quand on a fait ça dans le temps imparti c'est pas mal (rires). »

Seule M10 propose une consultation dédiée à la prise en charge diététique.

M10 : « j'ai même développé des consultations où je les prends plus longtemps et on fait que parler d'alimentation. »

2.2. Une approche globale de la prise en charge diététique

Une prise en charge diététique durable nécessite d'attendre le moment où le patient est prêt à initier le changement.

I1 : « si le patient n'est pas prêt de toute façon, on aura beau dire ce qu'on veut, il n'est pas prêt. Il faut attendre le moment où il puisse entendre et passer à l'action. »

L'éducation thérapeutique permet de rendre le patient actif et responsable de sa santé, et ce dès l'entrée dans la pathologie.

M6 : « les gens viennent nous voir en disant bah voilà ma glyquée... mais c'est normal parce que dans mon alimentation, j'ai modifié ça, j'ai fait ceci, j'ai fait cela. (...) c'est vraiment le démarrage qui vraiment marche le mieux tout compte fait, beaucoup plus que quelqu'un qui est pris en charge depuis très longtemps »

M10 évoque l'importance de se baser sur l'alimentation réelle du patient. Elle s'aide de photographies des repas pour baser ses conseils diététiques.

M10 : « alors je leur demande 4 à 5 jours avant la consultation de prendre en photo tout ce qu'ils mangent, comme ça j'ai une idée un peu plus précise de leurs apports, comme ça je me base là-dessus »

Certains médecins abordent le ressenti lié à l'alimentation sans imposer une conduite alimentaire.

M4 : « je travaille beaucoup sur la satiété, de manière à ce que les gens mangent en pleine conscience (...) mais je ne vais pas donner des aliments à manger »

2.3. Une prise en charge multidisciplinaire

Les médecins interrogés sont soutenus par un réseau multidisciplinaire les accompagnant dans la prise en charge diététique des patients, en séance d'ETP notamment.

M4 : « des séances d'atelier qu'on produit avec nos patients, il y a 2 thérapeutes donc on est plus médecin ou infirmier, on est thérapeutes. »

Cet accompagnement pluri-professionnel apporte un soutien au patient dans ses changements d'hygiène de vie.

M6 : « ce discours commun, c'est absolument, c'est un truc qui fonctionne super bien auprès des patients. »

La collaboration d'un psychologue permet de prendre en compte l'aspect psycho-comportemental de l'alimentation.

M6 : « ça nous apporte énormément d'avoir des clés de lecture pour comprendre des fois le comportement des gens ou des prises en charge. »

- Diététiciens

L'avis d'un diététicien représente le premier maillon de ce réseau. Il est sollicité en cas de situation complexe ou d'échec des conseils prodigués par le médecin.

M7 : « Quand les gens ne comprennent vraiment pas ce qui ne va pas dans ce qu'ils font (...) ou qu'ils ont l'impression de tout faire correctement »

L'absence de remboursement par la CPAM de ces consultations freinerait les plus modestes à y avoir recours et créerait une inégalité d'accès aux soins.

M5 : « Il y a une inégalité par compte de prise en charge puisque c'est payant évidemment et que ça a un certain coût, donc tout le monde ne peut pas y avoir accès évidemment. »

Les patients semblent trouver des bénéfices et des résultats à l'intervention des diététiciens.

M2 : « Ils étaient très contents, parfois ils disaient qu'ils avaient appris des choses qu'ils ne pensaient pas, des idées reçues ou des habitudes qu'ils avaient depuis longtemps et finalement étaient pas si mal que ça »

Les médecins généralistes expriment leur confiance envers les diététiciens pour aborder les sujets nécessaires, sans chercher à connaître le contenu de ces consultations.

M4 : « je prends pas le feedback, je prends pas le retour en fait, je m'en occupe plus en fait (...) les diététiciens ils sont affutés là-dessus, j'espère »

La communication entre médecin généraliste et diététicien semble minime.

D1 : « Tout le travail que je fais j'ai l'impression que c'est en souterrain, comme un truc invisible. Et ça me désole. »

- Services hospitaliers et parcours de chirurgie bariatrique

Les services hospitaliers de nutrition permettent un suivi diététique pris en charge par la sécurité sociale dans les cas complexes.

C1 : « je les oriente vers le service de diététique de l'hôpital, enfin il y a une filière qui aboutit très souvent vers des chirurgies de l'obésité chez des patients vraiment obèses, mais après il y a toute une prise en charge diététique »

- Système Azalée

La collaboration avec une infirmière azalée permet de libérer du temps médical et s'intègre pleinement dans le suivi des patients à risque cardiovasculaire.

M6 : « décharger le temps qui est nécessaire dans les maladies chroniques, notamment à travers la prise en charge des règles hygiéno-diététiques qui est forcément très chronophage »

I1 : « accompagnement des personnes atteintes de diabète de type 2 (...) dans le cadre des maladies cardio-vasculaires donc maladies cardio-vasculaires, hypertension, dyslipidémie »

Elle semble plus au fait des quantités recommandées, les repères semblent plus évidents, plus spontanés à évoquer.

I1 : « la viande pas tous les jours, une fois par jour, on peut très bien réduire les proportions de viande, et puis euh, s'orienter vers du quinoa, des lentilles, des lentilles corail »

3. La réduction de la consommation de viande en arrière-plan

3.1. Un sujet anecdotique

- Un sujet inégalement traité

Aborder la viande dans les conseils délivrés n'est pas un aspect spontanément décrit par tous les médecins.

C1 : « Quand j'ai le temps de parler un peu diététique avec le patient c'est pas du tout le premier sujet qui me vient à l'esprit. »

Le sujet est peu abordé par manque de repères nutritionnels, ou par manque d'intérêt.

M4 : « Par certainement défaut d'intérêt, défaut d'attention... »

Lorsque la consommation de viande est abordée, le sujet est effleuré mais peu approfondi.

M7 : « c'est un peu à titre systématique et j'insiste pas forcément plus qu'autre chose là-dessus en tout cas. »

Au contraire, certains médecins intègrent pleinement la réduction de la consommation de viande au sein des conseils diététiques.

M6 : « Je dis : pas tous les jours, trois fois par semaine par exemple. Et puis inciter effectivement à prendre des protéines d'origine végétale. »

Le sujet est aussi traité de manière inégale selon le patient : certains ciblent la population avec laquelle aborder la consommation de viande.

M5 : « le patient avec clairement un syndrome métabolique, une hyperuricémie (...) c'est vrai que je vais peut-être un peu plus insister sur le fait de limiter un peu la consommation de viande, de charcuterie »

- La viande placée au second plan

Le médecin a de nombreux conseils à délivrer concernant la prise en charge diététique. Il lui semble complexe d'initier autant de changements chez le patient et la viande ne semble pas prioritaire.

M8 : « Les patients qui ne sont pas forcément réceptifs non plus, déjà quand on leur dit « attention à l'alcool, attention au sel, et pas trop de graisse d'origine animale » ils ont l'impression de plus pouvoir manger, donc rajouter en plus la limitation des protéines animales... »

Pour certains professionnels, les dysfonctionnements de l'hygiène de vie des patients sont tels que réduire la viande n'est pas une problématique au premier plan.

I1 : « C'est vrai qu'ils ont vraiment des comportements qui sont ancrés. Et parfois c'est difficile. Euh ça dépend. C'est vraiment ... moi j'ai des patients qui ne mangent que des conserves (...) ou des montagnes de pâtes, ou des montagnes de pizza... »

Les médecins se sentent en difficulté pour aborder le sujet dans le temps imparti d'une consultation, notamment dans le cadre des pathologies cardiovasculaires.

M8 : « Toujours le même point noir, 15 minutes ça reste court pour annoncer un diabète, et une dyslipidémie, et mettre en place un traitement, et aborder les règles d'hygiène. »

Ils préfèrent donc se limiter aux problématiques qu'ils jugent principales pour pouvoir être efficaces sur celles-ci.

M8 : « Déjà s'ils évitent le grignotage, les biscuits apéritifs etc, on a déjà je trouve pas mal aidé le patient, après pour aller plus loin ils font pas forcément. »

Parmi les nombreux sujets à aborder, les problématiques des glucides et des lipides sont privilégiées. A contrario, les protéines semblent un sujet plus accessoire et donc moins fréquemment abordé.

M9 : « Peut-être plus les lipides, les sucres chez un patient à risque, les protéines je pense c'est la chose qu'on verra quand même en dernier. »

M7 : « - SK : Protéines c'est quoi pour vous? - M7 : Bah pour moi c'est pas forcément ce qui importe le plus »

Lorsque les apports protidiques sont abordés, c'est plutôt le risque de dénutrition qui est évalué.

M9 : « à part cet état de dénutrition là, quand j'ai l'impression qu'il y a une perte de poids, que j'explique pas, est-ce-qu'il n'y a pas une perte de masse musculaire, un patient qui décrit qu'il est de plus en plus fatigué, pourquoi pas. »

- Une consommation ne semblant pas problématique

Pour la plupart des professionnels interrogés, la consommation de viande des patients ne semble pas excessive et ne nécessite donc pas d'être abordée en premier lieu.

D1 : « je pense que les protéines ne sont pas une problématique dans notre société d'aujourd'hui »

Au contraire, la société semble réduire sa consommation de produits animaux.

M5 : « Sur la viande, je pense du coup que, oui les gens réduisent, beaucoup de gens ont réduits quand même cette consommation de viande. »

Les patients se limiteraient à une portion par repas, sans développer l'envie de la majorer : cela limiterait les excès d'après M9.

M9 : « Mais je pense pas qu'on se mange 5 escalopes et qu'on soit bien, donc en général il y a moins d'appétence pour les protéines que pour le sucre...»

Le prix élevé de la viande serait un frein à une consommation excessive de viande.

M9 : « au contraire c'est plutôt les gens qui ont tendance à diminuer les apports en viande je trouve, par souci économique »

Les conditions d'élevage actuelles limiteraient également la consommation de viande des patients, qui seraient sensibles au bien-être animal.

M9 : « c'est plutôt les gens qui ont tendance à diminuer les apports en viande je trouve (...) par soucis de c'est pas bon pour les animaux. »

- Une méfiance sur le sujet

Certains médecins ne considèrent pas la viande comme un aliment à limiter, et questionnent la pertinence de l'aborder en consultation.

M2 : « C'est vrai que pour moi ça ne fait pas partie forcément des choses qui peuvent être consommées en excès »

Ces médecins mettent en avant la nécessité d'en manger pour la santé, notamment pour limiter le risque de dénutrition.

M9 : « ah bah je suis pour la viande ! (rires) parce que les apports protidiques sont importants, il n'y a pas de mauvaise ou de bonne viande. (...) il faut garder des apports en protéines, d'autant plus chez la personne âgée, faire gaffe au risque de dénutrition »

Le risque de carence martiale et d'anémie en cas de diminution de la viande est mis en avant, avec un risque de retentissement clinique pour le patient.

C1 : « ça apporte du fer donc il faut quand même en manger un petit peu sinon on est carencés et il y a un risque d'anémie et il faut pas être anémié sinon ça peut entraîner de l'essoufflement, de l'angor etc. »

Le risque de carence en vitamine B12 est évoqué en cas de réduction trop importante de la viande.

D1 : « J'ai des gens qui ont arrêté d'un seul coup et on a le problème de santé, donc ils sont venus parce que la vitamine B12 est dans les chaussettes. »

Pour certains, la balance bénéfico-risque n'est pas en faveur de la diminution de la viande en raison de ces risques sur la santé.

M9 : « Je vois moins d'aspects négatifs à manger trop de viande qu'à pas en manger assez. Je pense que c'est ça. »

Ces médecins l'abordent plutôt comme un aliment à majorer. M9 insiste sur l'augmentation des protéines animales chez la personne âgée dénutrie.

M9 : « la personne âgée qui vit seule à la maison, qui risque de chuter de se casser le col du fémur ou de se faire des escarres je vais pousser un peu en proposant d'enrichir mais là c'est à ce moment-là que j'aborde les protéines. »

La viande aurait une image négative dans la société actuelle. Les personnes en consommant seraient mal perçues.

M5 : « je dis juste quand même qu'il faut faire attention à pas trop, trop diaboliser à mon sens quand même la viande et les gens qui mangent de la viande. »

Réduire la consommation de viande s'intégrerait dans une tendance de société basée sur des convictions de groupe. M9 rapproche cela des régimes végétariens, qui reposent sur un effet de mode plutôt que sur une rationalité scientifique.

M9 : « Bon il y a les croyances, les végétariens, les vegan etc je pense que c'est plus par des représentations aujourd'hui, par effet de mode peut-être, après voilà impact sur le climat, sur la vie animale etc »

3.2. Des connaissances approximatives

- Des recommandations peu connues

Les médecins interrogés admettent être peu informés de l'existence de recommandations concernant la viande.

M1 : « ce n'est pas un sujet sur lequel il y a beaucoup de recommandations à mon sens. »

La viande ne leur semble pas être mise au premier plan lors des formations.

C1 : « mes sources plus récentes c'était le DU d'hypertension, et je pourrai regarder tout à l'heure mais je pense que la question de la viande c'était peut-être une ligne... »

Le régime méditerranéen est peu évoqué par les médecins et la place que tient la viande dans ce régime est mal connue.

C1 : « Cuisiner avec de l'huile d'olive plutôt qu'avec d'autres matières grasses, manger des légumes et des fruits... Voilà. »

Les quantités évoquées au patient semblent plus souvent une approximation personnelle qu'une recommandation connue.

M3 : « S'il me posait la question ? ... Je lui dirais c'est entre 75 et 100g par jour ... au pif ! »

Les médecins évoquent plusieurs unités de mesure lorsque l'on interroge sur la quantité de viande recommandée : certains visualisent la proportion dans l'assiette, d'autres évaluent en pesée.

M9 : « voilà on a tendance à dire qu'il faut que ce soit un quart de l'assiette »

M1 : « Pour moi c'est à peu près 1g/kg donc c'est autour de 75g par jour ».

Le rythme auquel la viande devrait être consommée est parfois utilisé.

M7 : « Quand je leur parle de viande, je leur dis viande rouge limitée à deux fois par semaine et pas plus qu'une fois par jour »

M9 quantifie la viande en portions vendues en magasin.

M9 : « La viande, bah je sais pas, la portion classique on va dire qui va être vendu chez le boucher ou au supermarché. »

Les quantités recommandées par les médecins interrogés sont variées et non consensuelles : Il s'agit de « 75g par jour » pour M1, « 100g » pour M8, « au moins une portion par jour » pour M9, « 1g par kilo » pour M4.

Ne pas consommer de la viande à chaque repas semble être consensuel parmi les médecins interrogés, qui portent une attention particulière à la limitation de la viande rouge.

M3 : « je pense que je dirais quand même viande pas à tous les repas »

M5 : « La viande rouge souvent je dis une à deux fois par semaine. »

- Des conséquences partiellement connues

Les médecins interrogés évoquent plusieurs effets néfastes associés à la consommation excessive de viande.

- *Matières grasses et surcharge pondérale*

L'excès de graisses, souvent sous-estimé par le patient, est mis au premier plan avec le risque de perturbation du bilan lipidique.

M3 : « Tout ce qui est cholestérol et triglycérides déjà, ça c'est certain »

M6 : « ça peut être délétère à travers les excès de graisse par exemple, qui ne sont jamais soupçonnés par les patients. »

Le lien entre excès de viande et surpoids est évoqué.

M1 : « si on mange trop de viande on peut peut-être pour certains prendre du poids »

- *Apports sodés*

L'excès de sel semble plutôt concerner la charcuterie, sans être mis en lien avec le risque d'hypertension artérielle.

M5 : « Bon tout ce qui est charcuterie, bon, le sel, le gras, ça paraît assez évident. »

- *Fonction rénale*

Le risque d'altération de la fonction rénale en cas d'excès de protéines est mis en avant.

C1 : « il ne faut pas non plus trop de protéines, enfin si on en mange trop ça peut aussi altérer la fonction rénale ... »

Sur cette problématique, les médecins ne semblent pas différencier l'impact des protéines animales ou végétales.

M8 : « Après je pense pas qu'à ce niveau-là trop de protéines sur les reins aussi on sait que ça n'a pas un bon impact, mais que ce soit végétal ou animal je sais pas si ça joue... »

- *Cancer colorectal*

Certains médecins évoquent le lien entre consommation excessive de viande rouge et surrisque de cancer colorectal.

M3 : « après il y a le cancer du colon donc c'est pas super non plus mais bon »

Ce lien semble plus incertain, M5 émet des réserves sur cette association.

M5 : « Alors le fameux risque cancérigène ? (hausse les épaules) dont on entend parler... Dans quelle mesure il est vraiment avéré ? Je ne sais pas justement »

- *Hyperuricémie*

Le lien entre consommation excessive de viande et hyperuricémie avec majoration du risque de goutte a été évoqué.

D1 : « si vous avez l'excès de viande vous êtes dans l'acide urique qui peut monter »

M7 : « En cas de crise de goutte entre autres, j'ai pas pensé à en parler mais ça joue beaucoup »

- *Perturbations hormonales, pesticides*

I1 évoque le risque d'exposition aux hormones selon la qualité de la viande consommée.

I1 : « peut-être l'apport d'hormones. J'ai un patient qui est très sensible à ça, ce qui est élevage de volaille de mauvaise qualité. »

M1 critique l'exposition potentielle aux pesticides selon le type de produits consommés.

M1 : « je serais peut-être tenté de dire que ça me paraît plus naturel de manger de la viande sans pesticide, sans hormones »

- *Influence du type de viande et du mode de cuisson*

Une nuance est apportée selon le type de viande : toutes n'auraient pas le même impact sur la santé, notamment en raison de la teneur en graisse

M1 : « je sais que la viande de mouton par exemple c'est beaucoup plus gras que la viande de bœuf, qui elle-même est un petit peu plus grasse que la viande de cheval »

Les viandes blanches semblent moins néfastes et sont privilégiées par les médecins interrogés.

M3 : « j'insisterais sur les règles de base que moi je connais, ce serait favoriser les viandes blanches, donc les viandes pas grasses »

Au-delà de la viande en elle-même, M8 note l'importance du mode de cuisson sur l'impact sur la santé.

M8 : « Je pense ça dépend de la façon dont elle est cuisinée cette viande, c'est pas pareil une viande qui est bouillie, cuite à la graisse animale, en sauce ou au barbecue. »

- *Des propos nuancés*

Les effets cités par les médecins apparaissent souvent comme des suppositions plutôt que des certitudes.

M4 : « Au niveau digestif j'ai pas trop de notion là-dessus mais je pense pas que ce soit très bon »

C1 estime que la consommation de viande en excès est plus problématique d'un point de vue environnemental que médical.

C1 : « pour moi la consommation de viande c'est clairement plus pour le problème environnemental que pour ma santé. Mais du coup les deux se rejoignent, mais en premier c'est le problème environnemental, que les méfaits pour la santé de la viande. »

M9 n'applique pas les effets négatifs au sujet jeune et sain, qui ne souffrirait pas d'une consommation excessive de viande.

M9 : « Bon il est jeune et en bonne santé donc je pense pas que ça lui fasse du mal, enfin je pense pas »

- Des protéines végétales peu répandues
 - *Des sources mal connues des médecins*

Les médecins interrogés semblent en difficulté pour conseiller sur des alternatives végétales à la viande.

M2 : « j'en dis pas plus parce que je m'y connais pas trop en tout ça, soja etc.. les protéines végétales je connais pas trop »

Ils insistent néanmoins sur l'importance de varier les différentes sources de protéines, principalement animales.

M3 : « de toute façon je pense que ce qui fait une bonne diététique c'est de varier : des œufs, de la viande blanche, du poisson, des protéines qu'on pourrait trouver dans du fromage. »

Les connaissances des professionnels concernant les protéines végétales se limitent à celles du grand public, sans que le statut médical n'en apporte davantage.

M5 : « Honnêtement franchement, à part les lentilles que tout le monde met en avant, moi-même, je sais qu'il y en a dans d'autres trucs, mais je ne sais pas ce qui en contient plus. Les pois chiches, les machins trucs, je ne sais pas. »

En pratique, les médecins connaissent peu les équivalences protidiques végétales et se sentent en difficulté pour maintenir une alimentation normo protidique.

M3 : « Alors après sur les équivalences j'ai aucune idée, tout ce que je sais c'est qu'on peut compenser. »

Au contraire, certains tels que M8 et I1 semblent plus informés et à l'aise avec les alternatives végétales et expriment leurs connaissances avec plus d'assurance.

I1 : « On peut très bien réduire les proportions de viande, et puis euh, s'orienter vers du quinoa, des lentilles, des lentilles corail, après c'est en fonction de la demande des patients. »

M8 : « il y a d'autres sources de protéines végétales, dans les légumineuses, les légumineuses sèches notamment, lentilles pois chiches, les pois »

- *Des alternatives à la mauvaise réputation*

Les protéines végétales seraient moins efficaces nutritionnellement : à quantité équivalente, les apports en protéines seraient moindres, et moins bien absorbés par l'organisme.

D1 : « Et puis tous les équivalents en végétal qui sont beaucoup plus grands, les gens sont très étonnés de la quantité de lentilles qu'il faut manger si on ne mange pas la viande. »

M1 : « c'est plus compliqué je pense à absorber par l'organisme »

Les apports en fer des alternatives végétales semblent également moins intéressants car moins bien assimilés.

M5 : « SK : Quelles sources de fer connaissez-vous justement au niveau végétal ? –

M5 : Bah les légumineuses, dans les légumes verts mais en fait les quantités ne sont pas les mêmes, c'est pas assimilé de la même façon. »

3.3. Une attente des professionnels

- Une information à diffuser aux professionnels

Les médecins estiment peu aborder la consommation de viande auprès des patients à risque cardiovasculaires en raison d'une absence d'information au sein des recommandations et formations médicales.

M5 : « ce qui m'incitera plus à l'aborder, c'est plus de connaissances : je ne vais pas aborder un sujet que je ne connais pas bien, je ne vais pas donner de mauvaises informations, voilà. »

Ils basent leurs conseils sur une validité scientifique, dont ils ne semblent pas disposer concernant le sujet de la viande.

M1 : « je suis obligé d'avoir un argument scientifique derrière. »

L'apport des connaissances aux médecins leur permettrait d'aborder plus spontanément le sujet en consultation et faciliterait l'échange avec le patient.

M4 : « Avec du meilleur savoir, la connaissance à apporter elle est moins lourde en fait, c'est plus fluide, ça passe plus facilement dans le dialogue, mais au début pour moi c'est certainement un manque de savoir. »

M3 envisage de modifier sa pratique si les conséquences sur la santé d'un excès de viande lui sont expliquées.

M3 : « Ce qui me ferait aborder le sujet plus c'est peut-être si j'étais plus formée sur les effets délétères pourquoi pas. »

- Une attente des autorités et des sociétés savantes

Les médecins expriment de l'intérêt et de la curiosité sur le sujet et souhaitent avoir accès à des informations claires pour leur pratique.

M4 : « moi je ne demande qu'à comprendre, je ne demande qu'à savoir, donc si jamais il y a une formation qui aboutit dans le domaine moi ça m'intéresse ! »

Ils souhaiteraient que la réduction de la viande soit abordée plus en détail dans leurs différentes formations, en ligne ou en congrès par exemple.

M2 : « parfois la sécurité sociale elle fait des petits... là je me suis inscrite à un truc sur les arrêts de travail et des fois par ce biais-là, en ligne. (...) Je fais des congrès qui abordent plusieurs sujets et ça pourrait être intéressant que ça en fasse partie. »

M3 souhaite retrouver l'information dans les revues médicales qui lui permettent de se questionner et de faire évoluer sa pratique.

M3 : « pourquoi pas le publier dans nos revues (...) je suis abonnée aussi, donc pourquoi publier aussi ce genre d'études pour qu'on puisse en discuter »

Ils insistent sur l'importance de condenser l'information en points clés, concis et adaptés à la pratique auprès du patient.

M5 : « j'aime bien lire donc un petit fascicule avec les principaux points, les principaux conseils à donner aux patients, ça, ça peut être très utile par exemple. »

D'autres se basent sur les supports écrits remis aux patients : y intégrer la réduction de la consommation de viande permettrait d'en discuter en consultation.

M8 : « J'ai pas pris le temps d'aller creuser plus que ce que je trouvais déjà à distribuer au patient. »

Ils aimeraient que ce conseil soit mieux intégré aux messages de prévention diffusés au public, par un slogan par exemple.

M8 : « Manger équilibré, manger 5 fruits et légumes par jour, produits laitiers 3 par jour, mais qu'en est-il de la viande ? moi j'en vois pas passer ! (...) pourquoi pas faire aussi une petite phrase sur les protéines ça pourrait être sympa. »

Le grand public devrait également être informé sur les différentes sources de protéines afin de varier l'alimentation.

M8 : « Je vois pas passer non plus de petit slogan publicitaire sur les sortes différentes de protéines, pour le commun des gens une protéine c'est un animal »

La diffusion de ce message par les médias permettrait de modifier les comportements de la population au quotidien.

M8 : « Par exemple sur les publicités, sur les petits spots à la télé ou alors il y a peut-être des petits spots sur la radio (...) ça pourrait être intéressant de rappeler un petit peu et que ça devienne une habitude pour les gens. »

Ce message au grand public pourrait être intégré sur un visuel diffusé en salle d'attente.

M8 : « ça pourrait être une affiche, je vois dans la salle d'attente une affiche sur le mal de dos qui dit qu'il faut bouger (...) ça permet d'en reparler. »

Les médecins expriment leur confiance envers les autorités sanitaires. Ils attendent d'elles une transparence en cas d'impact délétère sur la santé.

M1 : « intérieurement je fais confiance quand même aux autorités sanitaires pour que ce genre de chose ne soit pas nocive pour la santé. (...) si c'est prouvé par contre les pouvoirs publics doivent intervenir. »

- Une remise en question à initier

Certains médecins admettent que nos consommations de viande actuelles sont excessives, notamment chez les patients à risque cardiovasculaire.

M8 : « tous ceux qui ont des dyslipidémies et des syndromes métaboliques c'est des sur-consommateurs hein, soyons clairs »

Les quantités de viandes consommées seraient sous estimées par les patients et ne leur sembleraient donc pas excessives.

M4 : « Souvent ils n'ont pas conscience du volume qu'ils mangent en fait... ils mangent trop de viande en général c'est évident »

M8 : « Et puis ils ne voient pas forcément le mal, dans leur conscience ils ne voient pas forcément le mal à prendre des protéines

Néanmoins ils ne sembleraient pas fermés à tenter de diminuer leurs consommations.

M8 : « Ils ne vont pas forcément dire : ah non moi inenvisageable de pas manger de viande dans un repas. Je n'ai pas eu ce genre de commentaires là par exemple. Ils disent juste OK je vais faire efforts »

La consommation de viande actuelle serait une construction sociale induite par l'industrialisation du XXème siècle.

M6 : « c'est la période d'après-guerre qui a fait exploser la consommation de viande. Avec l'industrialisation de la production de viande, c'est tout. Avant-guerre, les gens ne mangeaient pas autant de viande. »

M6 exprime de l'agacement et prend de la distance vis-à-vis de l'importance de la viande dans les habitudes alimentaires occidentales.

M6 : « C'est-à-dire si l'on prend conscience que la viande, l'augmentation a été vraiment voulue quelque part sur le plan économique en France, déjà ça, ça me gave. »

Pour certains médecins, une prise de conscience est nécessaire concernant la réalité climatique et les effets délétères sur la santé de l'excès de viande.

M4 : « certainement cette prise de conscience devrait pouvoir améliorer notre environnement et notre état de santé en général. »

Il semble nécessaire d'amorcer une remise en question de notre mode de consommation en tirant des conclusions des erreurs du passé et en se questionnant sur les quantités de viande dont notre organisme a réellement besoin.

M6 : « On sait qu'on s'est en partie trompé sur tout ça, c'est tout il faut revoir la copie. C'est un problème on apprend aussi en avançant mais il faut changer ça, c'est sûr. (...) pas besoin d'en manger autant, donc c'est totalement artificiel le fait qu'on mange beaucoup de viande en France. »

Cette prise de conscience devrait être partagée par chacun et doit être globale.

M6 : « « On devrait tous un peu bouger quand même, parce qu'on en a bouffé trop. »

Elle semble avoir débuté selon certains médecins : la place centrale de la viande dans l'alimentation se nuancerait dans la société actuelle.

M5 : « il y a cinquante ans c'était le bon plat, à chaque repas, avec le gros morceau de viande, ce qu'on a moins aujourd'hui parce qu'il y a plus de sensibilisation par rapport à beaucoup de choses »

La formation médicale devrait également évoluer et s'adapter aux problématiques sanitaires et environnementales actuelles.

C1 : « c'est quelque chose qui devrait relever d'une formation continue parce que je pense que les idées sur le sujet, enfin je sais pas s'il y a 10 ans t'aurais fait ta thèse là-dessus »

3.4. De multiples façons de s'approprier le sujet

- Des conseils variés à proposer
 - *Cuisson et type de viande*

Certains médecins abordent plutôt le sujet de la cuisson que la viande en tant que telle, en évitant l'ajout de matières grasses.

M5 : « On n'est pas purement sur le morceau de viande, on est plus sur la façon de cuisiner, ça j'en parle par contre peut-être un petit peu plus. »

Certains adaptent les conseils aux types de viande en privilégiant les viandes blanches.

M4 : « je vais orienter plutôt sur des viandes, plutôt les volailles, le poisson... je vais moins parler du porc, je vais moins parler du bœuf, et je vais aussi parler des protéines végétales. »

Ils insistent sur la nécessité d'une alimentation variée, sans interdit, y compris dans les viandes consommées.

M9 : « je ne pense pas qu'il y ait de viande interdite. Après plus on varie plus on est large dans la gamme, plus on permet au patient d'avoir un apport correct normalement. »

- *Temporalité*

Certains professionnels s'intéressent aux moments de la journée où la viande est consommée, en la privilégiant le midi.

D1 : « Donc voilà déjà le travail de déplacer ces protéines animales plus le midi (...) on sait que ça joue sur le ressenti de rassasiement. »

Diminuer la viande semble plus propice en été, où l'alimentation végétale est privilégiée.

D1 : « l'été, bah on a peut-être moins besoin, on peut organiser la semaine des fois pour que les plats soient plus végétaux. »

- *Aborder la notion de protéines*

Certains médecins abordent plutôt le sujet des protéines en incitant à varier les sources.

M8 : « je le dis quand même assez facilement là et je leur dis on n'est pas obligés de manger des protéines à chaque repas »

Cela nécessite d'initier un changement de vocabulaire : la viande n'est plus centrale mais devient une source parmi d'autres de protéines.

M9 : « alors déjà nous on a changé on dit protéine, donc viande, poisson, œufs... »

Cette distinction n'est pas nécessairement comprise par les patients pour qui la notion de protéines peut être floue, sans que le médecin ne cherche à clarifier ce terme.

M8 : « pour le commun des gens une protéine c'est un animal, il y en a même le poisson, je ne suis pas sûre que tous captent que le poisson c'est une protéine. »

M7 : « après je fais pas forcément attention à ce que le patient entend quand je dis ça, je ne creuse pas plus que ça. »

- Prendre en compte la sensibilité du patient

Il semble important au médecin de prendre en compte le rapport du patient à la viande : il tente de percevoir l'intérêt que le patient porte au sujet de la viande et adapte son discours.

M8 : « Après le profil de patient, il y en a chez qui on voit tout de suite à la tête que ce qu'on raconte ils s'en fichent, souvent j'insiste pas trop et je repose la question à la consultation suivante, je vois si ça percute plus. »

Certains tentent de comprendre les difficultés que rencontrent les patients à la réduction de la viande : patient et médecin réfléchissent ensemble à des réponses concrètes adaptées au quotidien du patient.

M8 : « je suis assez ouverte, s'ils me disent : c'est hyper compliqué pour moi, j'essaie de trouver avec eux une solution pour freiner. »

Cette démarche semble nécessaire pour induire un changement de comportement.

D1 : « Mais si dans leur tête ça roule comme ça, il faut bien s'y intéresser, parce que si les raisons, les croyances sont travaillées, on peut bouger l'acte. »

Le rythme professionnel semble être une difficulté aux changements de comportement alimentaire.

M5 : « C'est pas toujours facile de se prendre en charge quand on a une activité professionnelle à côté. Et ça, ça peut être un frein d'ailleurs à beaucoup de choses »

La profession du patient en elle-même peut influencer le rapport à la viande.

M8 : « il est boucher de profession, lui c'est au petit déjeuner, il prend 4 saucisses, 2 steaks le midi et c'est énorme, je lui ai déjà dit de faire gaffe mais clairement il l'entend pas du tout. »

Pour certains, consommer de la viande apparaît comme un marqueur social, signe d'un accomplissement personnel.

D1 : « Peut-être la viande pour eux c'est quelque chose de très prestigieux, quelque chose qui signale un statut social ».

L'origine familiale du patient influencerait également sa consommation personnelle.

M10 : « Les gens qui ont des grands parents agriculteurs, éleveurs, forcément ils ont un rapport à la viande, et c'est normal, qui est différent »

- *D'autres bénéfices à mettre en avant*

Les médecins évoquent des co-bénéfices à la diminution de la viande qu'ils envisagent de mettre en avant : d'après eux, le bénéfice apporté sur la santé ne serait pas suffisant pour inciter le patient à changer son mode de vie.

M9 : « la santé c'est pas toujours le principal moteur des patients. »

M6 : « ils n'en ont rien à « b... » de leur santé, ils n'en ont strictement rien à « f... ». »

○ *Impact économique*

La viande est présentée comme un aliment onéreux, ce qui limiterait la consommation des patients.

I1 : « la viande devient de plus en plus cher, économiquement, on se rend compte aussi que les gens mangent de moins en moins de viande »

Pour certains, la question financière est un moteur au changement qu'ils constatent concrètement sur le mode de vie des patients.

M9 : « Après il y a l'économie, ça ça marche bien l'économie, quand on a fait augmenter le prix du gaz les français ont tous baissé leur chauffage »

Le prix élevé de la viande est donc un argument parfois avancé par le médecin pour végétaliser l'alimentation.

M10 : « Après je parle pas mal de l'aspect financier, du coût des produits et donc j'essaie de leur faire introduire au moins un ou deux repas végétariens par semaine »

Pour d'autres, le frein économique n'est pas suffisant au changement. Les patients privilégieraient le plaisir qu'ils tirent de la consommation.

M8 : « quand je vois un profil syndrome métabolique un profil particulier il va consommer aussi du vin de l'alcool qui sont des produits onéreux, je pense que ça va rester leur plaisir finalement »

M8 estime que le changement est plus difficile à initier si le patient ne trouve pas d'autres sources de plaisir et de contentement.

M8 : « ils n'ont pas beaucoup d'activités en dehors de la nourriture, il y en a quelques-uns qui me disent que ça devient cher c'est vrai mais c'est pas un frein à leur consommation, je pense pas. »

- *Impact environnemental*

Les conséquences écologiques d'une consommation excessive de viande peuvent être un moteur pour aider au rééquilibrage alimentaire.

M6 : « ils voient les dégâts qu'on a aujourd'hui au niveau environnemental, et ça, ça peut aussi appuyer des changements de comportement, c'est certain. »

Le patient serait plus sensible à l'argument environnemental qu'à l'effet sur sa propre santé.

M5 : « Quand même globalement les gens aujourd'hui font attention. Mais je dirais que c'est plus pour l'aspect écologique et bien-être animal que pour la santé. »

Au contraire M10 estime que le patient n'attend de son médecin que des arguments purement médicaux.

M10 : « Je parle pas du tout de l'impact environnemental si c'est ça la question (...) parce qu'ils sont là pour leur santé, bon même si l'impact environnemental rejoint drastiquement leur santé, mais c'est dans une vision beaucoup plus globale »

Selon M6, agir sur l'environnement dans lequel évolue l'individu contribue à améliorer directement sa santé.

M6 : « Voilà la santé des gens elle passe aussi par le climat, l'environnement on est d'accord. Je pense que si on améliorerait un peu tout ça, les gens seraient peut-être moins malades aussi. »

Cette approche s'intègre dans une vision plus globale de la pratique médicale, en envisageant la santé des populations à long terme dans leur milieu.

M10 : « ça relève d'un mode de vie plus pérenne et plus sain, parce que mon objectif pour moi c'est quand même la santé, avec ce qu'on appelle les cobénéfices qui sont bien pour les patients et qui sont bien pour notre environnement »

- Induire une réflexion sur l'alimentation
 - *Donner une place différente à la viande*

La viande est encore perçue comme une part indispensable d'une assiette équilibrée par de nombreux patients. La réduire nécessite de modifier cette vision centrale dans l'assiette : cela passe par une phase d'apprentissage.

M8 : « pour eux un repas complet c'est un repas avec viande, féculent et légumes »

M6 : Et voilà au fil du temps on leur apprend que forcément la viande c'est pas le produit phare d'une alimentation. »

Le médecin et les pouvoirs publics peuvent aider le patient à prendre conscience qu'un repas équilibré ne nécessite pas systématiquement de la viande.

M9 : « ça pourrait être effectivement intéressant, de montrer au patient d'autres sources, en disant : vous voyez aujourd'hui un repas équilibré, bah vous avez pas mangé de viande ! c'était bon quand même ! »

Le patient est amené à se questionner sur ses achats alimentaires et à passer la viande au second plan.

D1 : Déjà dans le caddie, ça veut dire je vais d'abord voir ce que j'achète, ce que je mets dans le caddie comme légume et qu'est ce qui ira bien avec mes légumes ? C'est à ce moment-là que la viande vient. »

M9 propose l'instauration de repas végétariens en hospitalier, pour mettre en pratique ce conseil auprès du patient.

M9 : « Après on pourrait aussi sur les plateaux repas, on a des plateaux repas, on varie, des fois il y a de la viande, il y a pas de la viande à chaque repas, ça pourrait faire une part d'éducation pour le patient »

- *Garder du plaisir à l'alimentation*

Certains professionnels insistent sur l'importance de garder du plaisir à l'alimentation, qui doit rester source de contentement pour que le changement soit durable.

M6 : « Si on part sur un côté négatif, l'alimentation est un problème, ça ne marche pas. Et puis c'est pas possible, l'alimentation, c'est d'abord un moment de plaisir. »

Le patient est invité à se questionner sur le plaisir procuré par sa consommation de viande afin de lui donner du sens et de la limiter.

D1 : « souvent ils disent : c'est vrai que là, ma sixième merguez n'avait pas vraiment un bon goût. Parce que je dis : est-ce que la première elle était bonne ? Oui. Est ce que la 6ème était si bonne comme la première ? Non. Est ce qu'elle avait encore du sens ? Et après il va dire : bah oui c'est vrai, j'ai pu arrêter »

Cette réflexion permet d'envisager une consommation de viande plus occasionnelle, procurant davantage de plaisir.

M6 : « Par contre, se taper une entrecôte deux fois par an, il n'y a pas de drame, il ne va rien se passer. Au contraire, il faut garder au centre de l'alimentation la question du plaisir. »

La nécessité de rééquilibrer l'alimentation est présentée comme une opportunité de découvrir de nouvelles saveurs.

M6 : « si les gens aiment manger, c'est une super occasion qui se présente à eux parce que justement, on va pouvoir se reposer des questions sympas sur les recettes, la façon de cuisiner, donc on apprend des choses »

- *Questionner la qualité*

Le patient est invité à se questionner sur la qualité des produits qu'il consomme et à ce qu'il souhaite pour son corps et sa santé.

D1 : « De temps en temps, soyez gourmets, ça veut dire que le meilleur qui rentre dans votre bouche »

Les professionnels insistent sur la qualité de la viande consommée en limitant la viande transformée.

M9 : « je pense que c'est mieux de prendre une viande de qualité plutôt que les produits transformés, les cordons bleus, les nuggets »

- *Équilibrer sans interdire*

Les professionnels ne souhaitent pas imposer un comportement alimentaire : comme pour tout aliment, l'objectif est de rééquilibrer et non d'interdire.

M9 : « j'ai jamais été « attention on interdit tel aliment, on bloque celui-là, vous avez plus le droit de manger ça », je pense que c'est pas tenable sur le long terme. »

Ils insistent sur l'importance de varier l'alimentation, y compris les sources de protéines.

M3 : « de toute façon je pense que ce qui fait une bonne diététique c'est de varier : des œufs, de la viande blanche, du poisson, des protéines qu'on pourrait trouver dans du fromage »

4. La consommation de viande au cœur de multiples représentations

4.1. L'influence de son propre rapport à la viande

Le rapport personnel du médecin à la viande et sa propre consommation semblent influencer les conseils qu'il délivre au patient.

M8 : « Je suis pas forcément d'un point de vue personnel très viande donc ça me dérange pas de leur dire de limiter »

La définition de la viande semble différer selon les médecins interrogés : certains ne considèrent par ce terme que la viande rouge, avec l'image du steak comme symbole.

D1 : « manger un steak, le mot qui amène tout de suite la représentation de viande rouge »

Certains produits, notamment le porc ou la volaille, ne sont pas considérés comme de la viande à part entière par les médecins.

M3 : « Si je fais des lentilles aux lardons c'est pratique, bon il y a des petits lardons mais c'est tout. »

La plupart des médecins tentent de limiter leurs consommations de viande, qui ne semble pas quotidienne.

M1 : « plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours »

C1 : « je sais que j'en mange, mais je sais que j'en mange quand même moins. »

Les protéines végétales telles que les légumineuses sont parfois évoquées.

M9 : « après les protéines végétales, les steaks végétaux j'en mange aussi, des pois chiches ou des choses comme ça, j'en mange quand même souvent »

Néanmoins certains médecins semblent peu les intégrer spontanément à leur alimentation.

C1 : « J'en mange de moins en moins mais je mange rarement une assiette de légumes seuls sans prendre une viande ou un poisson à côté ... »

L'origine des produits et les conditions de production semblent importantes pour les participants.

M2 : « quand j'achète ma viande je l'achète chez le boucher, j'essaie de faire attention à l'origine »

Certains privilégient une consommation locale afin d'en connaître l'origine.

M7 : « on a la chance d'avoir un petit producteur à côté de la maison donc on en prend une fois par semaine grosso modo, la viande rouge on en prend une ou deux fois par semaine au paysan du coin »

- Origines familiales

L'éducation reçue dans l'enfance et le rapport des parents à la viande semblent influencer la consommation à l'âge adulte des médecins interrogés.

M3 : « mon père il mangeait de la viande au moins 3 fois par jour (rires) c'était un vrai viandard et là c'était vraiment beefsteak tous les jours quoi, donc moi je suis issue d'une famille de carnivores quoi. »

La consommation de viande s'inscrit dans une habitude de vie acquise depuis l'enfance, nécessitant parfois un apprentissage pour l'intégrer à l'alimentation.

C1 : « c'est quelque chose que je n'aimais pas trop avant, que j'ai appris à aimer quand c'est de la bonne viande... »

Consommer de la viande ramène parfois à une origine ou un souvenir d'enfance.

D1 : « moi-même je suis née au bord de la mer donc si c'est mon anniversaire c'est pas le steak, c'est le poisson que je vais demander. »

La consommation des médecins semble également influencée par le rapport qu'a le conjoint à la viande.

M9 : « Moi j'ai un mari c'est compliqué de pas lui faire manger de viande. »

- Voyages

La consommation de viande serait influencée par les voyages : la découverte d'autres cultures amène de nouvelles cuisines, moins centrées sur la viande.

M4 : « c'est les enfants, le voyage (...) je mange beaucoup plus oriental, exotique... ça aussi ça a baissé ma quantité de viande en fait. »

- Profession médicale

Les médecins semblent influencés par leur profession et par leurs connaissances des effets délétères de la viande en excès sur leur santé.

M4 : « A mon âge aussi je sais très bien qu'un écart de régime alimentaire, enfin de précaution alimentaire que je me donne ça se voit rapidement donc ça m'embête... »

Ils tentent de mettre en pratique dans leur vie personnelle les conseils qu'ils délivrent à leurs patients.

M2 : « Je suis un peu les conseils que je donne à mes patients »

- Rôle parental

Devenir parents semble également avoir modifié le rapport des médecins à la consommation de produits animaux.

M2 : « j'essaie de chaque jour de varier l'apport de protéines, parce que j'ai des enfants donc on a plus envie de les faire manger de façon équilibrée donc j'essaie de faire attention à tout ça. »

Ils accordent de l'importance aux valeurs transmises à leurs enfants et ressentent un devoir d'exemplarité.

M8 : « c'est délétère sur l'environnement donc c'est vrai que sur les valeurs inculquées à mes enfants c'est vrai que ça me paraît important en 2022 d'en parler »

Ils veillent donc davantage à la qualité des produits consommés par leurs enfants.

M5 : « j'ai trois enfants, donc j'avoue que ça joue en fait sur le type de viande, la qualité, la diversité. (...) je préfère que mes enfants aient de la viande de bonne qualité, voilà. »

- Praticité

La consommation de viande des médecins est influencée par les contraintes de leur vie quotidienne : certains en consomment plus régulièrement car elle leur semble plus simple à cuisiner et à intégrer dans un plat familial.

M3 : « on se fait un plat à la semaine, c'est un plat avec viande et légumes au four et puis voilà, on en mange tous les soirs quoi. (...) C'est d'un point de vue pratique parce que c'est quand même beaucoup plus simple à intégrer à quelque chose »

Pour d'autres, l'achat de la viande serait moins aisé et leur consommation en est réduite.

M1 : « je ne mange pas de la viande tous les jours (...) parce qu'il faut avoir le temps d'aller l'acheter »

En collectivité, il leur semble plus difficile de diminuer leur consommation de viande. Les repas proposés y sont généralement riches en produits animaux.

C1 : « Après dans les systèmes, la cantine, le restaurant de l'hôpital (...) il y a toujours une viande ou un poisson et donc je mange probablement plus de viande que ce que je viens de te dire car c'est le plat »

- Facteur économique

Les médecins considèrent que le prix de la viande influence la consommation des patients, mais il semble peu intervenir dans leur propre rapport à la viande.

M9 : « j'ai peut-être la chance de pas avoir de problèmes financiers je sais pas, mais c'est pas ça qui va limiter ma consommation »

- Prise de conscience écologique

Leur consommation raisonnée de viande se base sur une préoccupation environnementale et un souhait d'agir via leur mode de vie personnel.

M5 : « Je limite ma consommation de viande la semaine, une à deux fois par semaine pour moi et mes enfants pour des raisons écologiques. »

- Préoccupation du bien-être animal

Les choix alimentaires de certains sont influencés par le souci du bien-être des animaux d'élevage.

M5 : « je parlais du bien-être animal, quand même je ne peux pas acheter un steak Charal, je ne peux pas acheter ça. »

- Influence sociétale

La société et les médias culpabiliseraient la consommation de viande, ce qui inciterait à la diminuer.

M9 : « quand je vois sur les réseaux un abattoir peut-être que pendant quelques jours je ralentirai en disant « ohlala », mais c'est facteurs extérieurs, c'est jouer sur la culpabilité un petit peu »

Certains prennent en compte ces différentes considérations mais ne limitent pas leur consommation : le plaisir d'en consommer reste le facteur principal.

M9 : « J'y trouve peut-être plus d'avantages que d'inconvénients... (...) Je connais l'impact que ça a sur moi, sur mon corps, je fais un repas qui est sympa, donc voilà pour l'instant j'y trouve plus de bénéfices donc je continue. »

4.2. Impact culturel et sociétal

Dans les pays occidentaux et développés, la viande s'est installée comme un produit quotidien facilement accessible au plus grand nombre.

M8 : « On est un pays développé et je pense que c'est accessible. Enfin c'est accessible, c'est vrai que c'est cher, mais ça reste accessible »

Cette habitude de consommation semble ancrée dans l'éducation et la culture de notre société.

M9 : « j'ai en tête dans notre éducation, à la française, ça fait peut-être partie de, on a été éduqué il fallait manger un légume, une viande, un féculent, et la viande c'est encore ancré. »

En effet, la viande reste omniprésente dans les collectivités et les lieux publics.

M8 : « c'est vrai qu'il y a beaucoup de restaurants les régimes végétariens c'est pas... Enfin, les plats végétariens en tout cas dans les restaurants c'est assez récent quand même comme proposition »

La culture des Haut-de-France favoriserait également une alimentation riche en viande.

M9 : « peut-être que j'ai mes représentations aussi de la région et de l'alimentation un peu flamande, on met quand même pas mal de viande dans les plats, les plats en sauce etc ... »

La patientèle de cette région serait particulièrement consommatrice de viande d'après certains médecins.

M7 : « je leur dis viande rouge limitée à deux fois par semaine et pas plus qu'une fois par jour, ce qui pour le secteur où je vis est déjà pas mal. Parce que quand on creuse bien il y a de la viande à quasiment tous les repas. »

Promouvoir le régime méditerranéen semble donc complexe pour certains médecins car trop éloigné des habitudes des patients pour être appliqué.

M9 : « c'est un régime qui fait un peu plus grincer des dents ici, je vois bien mes patients diabétiques je les vois moins manger à la méditerranéenne »

4.3. Un parallèle avec des pratiques plus extrêmes

Lorsque l'on interroge les médecins sur la diminution de la consommation de viande, certains l'associent d'emblée au végétarisme voire au véganisme.

M5 : « Je ne sais pas si on pourrait complètement supprimer la viande de notre alimentation et si on pourrait manger que des alternatives. »

Cet amalgame s'associe parfois à une méfiance et un regard critique vis-à-vis de la réduction de la consommation de viande.

M5 : « je suis désolée, je suis pas très, très pro-végétarisme, et encore moins pro-végétalisme, je sais pas comment on dit »

Certains médecins placent les consommateurs réguliers de viande comme une population pointée du doigt et contrainte de changer son mode de vie.

M5 : « ça met un peu en colère toute cette diabolisation, les régimes végé à la cantine chez des enfants qui sont de milieux sociaux un peu défavorisés, qui n'ont pas la possibilité d'acheter de la viande. »

Conseiller de réduire sa consommation de viande reviendrait à interdire aux patients d'en consommer.

M9 : « Je n'empêche pas mes patients de manger de la viande (rire) »

Cette diminution semble par ailleurs associée à un milieu socio-économique plus aisé, et est associée à l'alimentation dite « bio ».

M5 : « là où j'exerce c'est quand même une ville on va dire assez aisée. Je pense qu'il y a plus de gens un peu végétarien et tout ça dans ces milieux-là (...) j'associe aussi beaucoup le végétarisme au bio, mais ce n'est pas tout à fait la même chose non plus, mais j'ai l'impression que souvent c'est un peu un peu lié. »

Certains perçoivent également la réduction de la consommation de viande comme un effet de mode.

M9 : « il y a les croyances, les végétariens, les vegan etc je pense que c'est plus par des représentations aujourd'hui, par effet de mode peut-être »

Celle-ci est parfois associée à certaines médecines alternatives.

M5 : « ce qui peut expliquer aussi mes représentations négatives, c'est qu'aujourd'hui on voit fleurir, c'est vrai, énormément de professions, euh je ne sais pas comment les appeler, alternatives, naturopathie et autres. »

Les protéines végétales sont également associées à l'alimentation végétarienne et semblent réservées aux personnes suivant ce régime.

M8 : « c'est vrai que dans ma patientèle je n'ai pas de patient avec un régime végétarien donc je n'ai pas été chercher les sources de protéines végétales. »

Certains médecins perçoivent les sources protidiques végétales comme des aliments peu goûteux et moins appétissants que les protéines animales. Celles-ci sont spontanément associées au tofu ou aux produits transformés tels que les « steaks végétaux », plutôt qu'aux légumineuses.

M4 : « Les protéines végétales, bah le tofu, les trucs dégueu quoi (rires) »

4.4. Les patients à risque cardiovasculaire : une population à part

Les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaires sont perçus par les médecins comme des consommateurs réguliers voire des sur-consommateurs de viande.

M5 : « Chez le patient à risque cardiovasculaire, alors souvent ces patients ne sont pas végétariens (rires) »

M8 : « C'est des sur-consommateurs pour moi, donc c'est pas du tout quelque chose qui les intéresse. »

La population à risque cardiovasculaire est perçue comme issue de milieu socio-économique plus modeste. Certains estiment qu'elle consommerait donc moins de viande en raison de son prix élevé.

M5 : « je pense qu'une grande partie des gens qui ont des facteurs de risque cardiovasculaire sont issus de milieux socio-économiques moins favorisés quand même. »

C1 : « je pense qu'ils en consomment probablement un peu moins parce que c'est cher »

Pour d'autres au contraire, la problématique économique inciterait les patients à risque cardiovasculaire à consommer de la viande de moindre qualité, transformée, en raison de son coût plus faible.

M9 : « des viandes qui vont être de moins bonne qualité, qui vont être un peu transformées, question de viande sans être de la vraie viande »

Ces patients ne leur semblent pas disposés à modifier leurs comportements alimentaires et leur consommation de viande.

M5 : « C'est des gens qui ne pourraient pas se passer de leurs steaks-frites, clairement. »

A contrario, ils sont parfois perçus comme des patients plus aisés dont les excès alimentaires sont banalisés et difficiles à modifier.

M10 : « puis il y a les « bons vivants », avec des gros guillemets, qui sont plutôt bien vus dans la société et eux c'est plutôt vin rouge et viande à tous les repas, et ça ne choque personne. »

5. Un impact environnemental difficile à intégrer à la pratique

5.1. Des faits connus de tous

La plupart des médecins ont une certaine connaissance de l'impact environnemental d'une consommation excessive de viande. Celle-ci se limite néanmoins aux informations diffusées par les médias et leur semble donc superficielle et incomplète.

M9 : « je suis comme tout le monde je regarde des infos comme ça, ce n'est pas le sujet qui me passionne le plus »

M5 : « Je sais qu'il y a un impact écologique non négligeable, dans le détail je ne pourrai pas aller beaucoup plus loin, en fait clairement. »

- Ressources naturelles

L'élevage destiné à la production de viande nécessite de vastes étendues de sol.

M6 : « ça amène à des cultures extensives qui sont aussi délétère pour l'environnement »

Alimenter les animaux d'élevage est coûteux en céréales qui pourraient être utilisées pour nourrir davantage d'êtres humains.

M6 : « la production euh de végétaux pour pouvoir nourrir les animaux qui correspond à un pourcentage énorme tout compte fait qui ne va pas dans le ventre des hommes, ce qui est quand même un paradoxe. »

La production de viande entraîne également une consommation excessive d'eau et d'énergie.

M3 : « les récoltes en elles-mêmes demandent beaucoup d'eau donc ça consomme aussi notre eau »

M5 : « toute l'énergie nécessaire à produire cette viande en grande quantité pour toute la population française et mondiale »

Les productions actuelles de viande semblent inadaptées aux ressources disponibles.

M3 : « A l'époque moderne on mange beaucoup trop de viande par rapport à ce que la planète est capable de nous fournir »

- Pollution

La production et la consommation de viande sont des sources de pollution reconnues des médecins, notamment via la libération de dioxyde de carbone.

M6 : « c'est un bilan carbone qui est catastrophique parce qu'on crame de l'essence et du gazole à fond les caisses »

Les médecins interrogés évoquent également la production de méthane par les ruminants, un gaz à effet de serre participant au réchauffement climatique.

M8 : « on sait que les bovins ils font du méthane en clair, donc pour la couche d'ozone c'est pas top »

Le rendement de céréales nécessaire à la production de viande induit l'usage d'engrais et de pesticides.

M6 : « ça amène à l'utilisation bien sûr des engrais etc, donc au final ça mène à un bilan sur le plan environnemental qui est nul »

M7 « l'utilisation de pesticides dans la bouffe qu'on va donner à manger aux animaux qui sont élevés »

La production actuelle de viande induit la diffusion d'antibiotiques chez les animaux d'élevage.

M7 : « la consommation d'antibiotiques qui n'est pas réputée très bonne chez les animaux d'élevage »

L'emballage est également source de pollution plastique.

M8 : « tout l'emballage individuel de chaque barquette de viande qu'on vend au rayon boucherie c'est assez hallucinant tout le plastique ça peut engendrer »

- *Bien-être animal*

La problématique du bien-être animal est avancée par certains médecins, notamment en cas d'élevage intensif.

M6 : « le bien-être animal qui est quand même une chose sur laquelle il faut quand même réfléchir »

M3 : « Les exploitations des animaux sont de plus en plus grandes et ça on n'est pas capables de gérer »

Les conditions actuelles de mise à mort des animaux d'élevage sont critiquées.

M5 : « je repense quand même à cette histoire d'abattoirs tout ça. En fait je crois que j'y pense plus que ce que je vous ai dit quand même ... »

5.2. Une légitimité à en parler questionnée

- De nombreux rôles à porter

Le médecin généraliste doit assumer de nombreuses fonctions. La problématique environnementale ne semble pas prioritaire parmi les nombreux sujets qu'il doit traiter.

M8 : « Je pense que clairement il y a beaucoup d'autres sujets à aborder avant l'environnement malheureusement »

Les médecins généralistes ont également peu le temps d'envisager la santé sur le versant collectif.

M7 : « On a déjà pas trop le temps d'évoquer tout ce qu'on voudrait évoquer pour la santé individuelle, alors on a encore plus de mal à évoquer la santé collective »

Aborder ce sujet en consultation devrait être peu chronophage pour être appliqué.

M9 : « J'essaie de faire un peu attention mais il faut pas que ce soit source de trop de sacrifices je pense. »

- Une problématique hors des fonctions du médecin généraliste

Certains médecins estiment que la problématique environnementale relève davantage d'une opinion, et peut être perçue comme du militantisme.

C1 : « Pour moi c'est plus du domaine de la petite conviction personnelle »

M5 : « Moi quand je suis face à un patient, je parle de sa santé et je ne suis pas là pour faire du prosélytisme pour l'écologie. »

Certains hésitent donc à partager leur engagement écologique au patient, estimant ne pas être à leur juste place en abordant ce sujet.

M10 : « Je ne sais pas à quel point les patients sont censés avoir accès à mon idéologie profonde à moi. »

M9 : « je n'ai pas l'impression d'avoir de leçon à donner ou de conseils à donner aux autres. »

Le médecin aborde plutôt les sujets lui semblant avoir un intérêt direct sur la santé individuelle du patient.

M5 : « Ce n'est pas mon rôle, je pense de parler d'écologie au cabinet. Je parle de la santé des gens. »

Certains privilégient plutôt la prise en charge à court terme du patient, ce qui ne semble pas être le cas de la problématique environnementale.

M1 : « Mon domaine se cantonne, c'est un peu ce qu'on a évoqué, se cantonne uniquement sur ce qui peut avoir une influence sur la santé immédiate. »

De plus, le patient n'attendrait de son médecin que des conseils en lien direct avec sa santé.

M1 : « Le patient ne doit pas être réceptif à mes observations puisqu'elles ne sont pas dans le champ médical »

- Un rôle devant être porté par d'autres

D'autres professionnels leur semblent plus aptes à informer les patients sur la problématique environnementale, notamment les services publics et les médias, qui ont un rôle de diffusion de l'information au grand public.

M1 : « C'est un message qui à mon avis doit être plus soit délivré par une ville, ou par les journalistes ou par la presse de la télévision. »

Cette problématique nécessite que les politiques et les industriels s'en emparent pour espérer un changement.

M6 : « C'est à un niveau politique. C'est pas au niveau de mon petit cabinet »

M5 : « les gros groupes qui produisent de grandes quantités pour la grande consommation, aujourd'hui qui se bougent un peu les fesses quand même par rapport à cette urgence climatique. »

Par ailleurs, les enseignants auraient un rôle de sensibilisation vis-à-vis des jeunes générations.

M9 : « Ah les instits, elles sont pas mal à l'école, elles font pas mal d'éducation des enfants. Ça je pense que c'est bien parce qu'il faut l'intégrer dès le plus jeune âge. »

5.3. Des patients inégalement sensibilisés

Les patients semblent sensibilisés à la nécessité de modifier leurs comportements face à l'urgence climatique.

M6 : « ils sont sensibles à ça, les gens ne sont pas idiots quand même, il y a beaucoup de gens qui entendent ces discours là et qui sont sensibles à ça »

Cette prise de conscience apparait comme un sujet d'actualité avec des changements déjà initiés.

M5 : « faire attention à la façon dont on consomme tout en fait, que ce soit la viande, l'électricité, on est en plein dedans de toute façon aujourd'hui. »

Il semble cependant plus difficile d'aborder le sujet face à des patients issus de milieux socio-économiques plus modestes.

M9 : « je ne peux pas dire à des patients qui ont du mal à finir la fin de mois et qui mangent des pâtes à partir du 15 du mois de faire attention à la planète ... ça peut toucher une certaine classe de la population plutôt que d'autres je pense. »

Certains médecins estiment au contraire que l'information devrait être plus marquée auprès de ces patients.

M5 : « insister peut-être plus dans les populations les plus défavorisées parce que ce n'est pas les mêmes informations, la même compréhension »

L'âge influencerait également la sensibilité à la problématique environnementale : les sujets plus âgés ne prendraient pas la mesure de l'urgence climatique actuelle.

C1 : « les personnes un peu plus âgées elles sont clairement un peu moins sensibles à ces questions d'environnement (...) c'est des gens qui vont dire : ils nous embêtent avec ça, il y a toujours eu des variations de température et de climat »

Les patients à risque cardiovasculaire représenteraient plutôt une population âgée, donc également moins sensibilisée à ce sujet.

C1 : « les patients en cardiologie ils sont quand même la plupart du temps âgés, enfin les patients qui sont à risque cardiovasculaire »

Ils ne s'intéresseraient pas à l'impact collectif et environnemental de leur mode de vie : intégrer la problématique environnementale aux conseils médicaux semble donc plus complexe chez ces patients.

M8 : « c'est quelque chose dont ils se foutent franchement, ils sont un peu plus individualistes. »

M5 : « Sur le patient à risque cardiovasculaire, j'ai un peu plus de mal et en tout cas je l'aborde très peu ou même pas. »

Aborder le sujet avec ces patients peut générer une crainte d'être réduit à des convictions écologiques et de fragiliser ainsi la relation médecin-patient.

M10 : « j'ai pas envie qu'ils me mettent une étiquette écolo, parce que j'ai pas envie que mes arguments ne soient pas pris en compte pour leur santé mais qu'ils pensent que je veux jouer sur autre chose qui est plutôt la société »

Le sujet semble être plus adapté à une population jeune et aisée : pour certains les efforts devraient donc se concentrer sur les plus jeunes générations.

M8 : « Il y en a après qui ont c'est vrai une vraie conviction mais je trouve que ça reste plutôt les trentenaires, les trentenaires un peu bobo »

M9 : « C'est pas à nos parents qu'on va apprendre à économiser, à faire un petit peu plus attention, je pense que ça c'est un rôle sur l'éducation des enfants »

5.4. Une nécessité d'agir en tant que citoyen

Les médecins expriment un sentiment de frustration : les efforts de chacun semblent insignifiants face à l'ampleur du défi à relever.

M9 : « Le chantier est tellement vaste qu'on se dit je fais un petit pas pour avoir un effet qui est quand même limité... »

Ils expriment néanmoins un optimisme concernant les changements déjà initiés par la société.

M5 : « je pense que ces dérèglements climatiques pourront aussi amener un retour, amener à des meilleures choses. »

La problématique environnementale doit concerner chaque citoyen.

M9 : « il faudrait qu'on s'y mette tous. Toutes et tous. »

Le médecin aurait un devoir d'exemplarité et un rôle de pédagogie au-delà du soin. Sa parole a un poids dont il doit faire usage dans l'intérêt commun.

M4 : « Nous on a une parole quand même ! on est assez écoutés, si ce que l'on dit les gens le constatent, ils font pas autrement »

M9 : « ça pourrait être des choses qu'on fait nous-mêmes, pour montrer l'exemple, je sais pas, prendre une gourde au lieu de prendre une bouteille d'eau »

- La problématique environnementale : un enjeu de santé publique

Agir sur l'environnement c'est agir sur la santé : cela pourrait donc s'intégrer dans le rôle du médecin généraliste.

M6 : « L'amélioration de l'air, l'amélioration des sols, l'amélioration de l'eau auront des impacts qui seront majeurs sur la santé des hommes. C'est ça, c'est certain. »

M8 : « ça pourrait faire partie de nos missions si ça touche la santé, si l'environnement venait à toucher la santé. »

La santé des populations passerait par nos modes de consommation.

M5 : « pour qu'ils aient une meilleure santé globale et mondiale, on en revient un peu à l'écologie et tout ça aussi, et au lien consommation-environnement »

Pour certains, il semble nécessaire de développer une médecine plus globale, basée sur la prévention.

M6 : « il faut à un moment qu'on sorte d'une vision de la santé : un problème - une solution dans la relation singulière avec ses patients, et à regarder la santé beaucoup plus large (...) je souhaite vraiment que l'on fasse très rapidement la médecine de prévention et qui soit une médecine justement qui sera la plus efficace. »

Prendre en charge la santé du patient implique alors de s'intéresser et de prendre soin de son milieu de vie.

M6 : « La santé ne se limite pas à ce que je vis avec mon patient qui est en face de moi (...). La santé, c'est un phénomène qui intéresse l'humanité tout entière. »

M4 : « d'allier des soins à la personne et des soins au milieu, ça me convient bien »

- *De multiples façons de s'approprier la santé planétaire*

La plupart des médecins interrogés sont peu familiers avec le concept de santé planétaire. Ils évoquent néanmoins différents moyens de l'intégrer à leur pratique médicale.

M2 : « je vois pas où j'ai pu en entendre parler et en détail vraiment ce que ça signifie et ce que ça engendre, je suis pas au point là-dessus »

- *Gestion matérielle au cabinet*

La diminution des déchets et produits à usage unique apparait au premier plan, notamment via la diminution d'impression d'ordonnances.

M7 : « C'est grosso modo essayer d'utiliser du matériel réutilisable, de limiter autant que possible tout ce qui est à usage unique »

M8 : « Pourquoi ne pas réduire à je sais plus quel format mais A5 ou je ne sais plus, bref plus petit (...) après je sais que la sécurité sociale veut mettre en place des QR codes et arrêter le format papier pour les ordonnances »

Certains aimeraient être incités à développer les énergies renouvelables au cabinet.

M8 : « mettre par exemple des panneaux solaires, récupérateur d'eau ou ce genre de choses, mais pourquoi pas ouais ça pourrait être cool. »

Limiter les déplacements professionnels est envisagé.

M4 : « En termes de déplacements de visite j'ai vachement réduit »

Certains médecins communiquent sur la santé planétaire en salle d'attente.

M5 : « dans notre hall de cabinet, il y a un petit porte vélo. Et sur ce porte vélo, j'ai mis une affiche où il est marqué : Ici nous encourageons l'activité physique et l'écologie »

- *Action via la pratique médicale*

Certains médecins tentent d'effectuer des prescriptions plus raisonnées.

M4 : « dans mes prescriptions, j'espère l'être ! Je tente de mettre le moins de médicaments possible, j'essaie...»

D'autres souhaiteraient sensibiliser au gaspillage de médicaments, notamment via une dispensation unitaire.

M3 : « quand on achète une boîte au pharmacien, on a trois fois plus de cachets que nécessaire, qu'est-ce qu'on en fait des cachets après ? »

Encourager un mode de consommation plus responsable permettrait également d'agir pour la santé planétaire, en respectant la saisonnalité par exemple.

M9 : « éduquer sur l'alimentation, je pense que oui effectivement, essayer de favoriser des apports un petit peu plus raisonnés »

D1 : « Mes entretiens portent sur une chose : suivre la saison »

La santé planétaire serait plutôt abordée par une brève mention de l'impact environnemental de l'hygiène de vie.

M8 : « par exemple je dirais : manger de la viande une fois par jour c'est amplement suffisant et en plus pour la planète ce serait un petit geste de votre part en plus. »

DISCUSSION

Forces de l'étude

Méthode

L'objet de l'étude portait sur le recours à la réduction de la consommation de viande par les médecins généralistes face au patient à risque cardiovasculaire. La recherche de représentations et facteurs expliquant la place que tient cette mesure actuellement en pratique courante nous a conduit à une analyse inspirée de l'approche par théorisation ancrée.

L'étude était soumise à l'approbation d'un comité éthique après validation de la fiche de thèse et du dossier en commission CRDMM. La validité interne de l'étude s'est fondée sur le respect des critères de la grille internationale d'évaluation COREQ (24). La triangulation des données de l'ensemble des entretiens par Mme Deren, interne en médecine générale, a permis de renforcer cette validité interne. Un journal de bord, papier et informatique, a été tenu durant l'ensemble de l'étude, depuis la formulation de la question de recherche jusqu'à la fin du travail de rédaction. L'évolution du guide d'entretien, la formulation des hypothèses émergentes et les propositions d'échantillonnage y étaient notamment consignées.

Entretiens et participants

Un entretien exploratoire auprès d'un médecin généraliste, nommé M0, a été réalisé, dont les données ont été analysées mais non incluses dans l'étude, afin d'adapter le guide d'entretien initial.

L'objet de l'étude appelait à évoquer des représentations et opinions personnelles, c'est pourquoi les entretiens individuels ont été privilégiés aux focus group, afin de limiter le risque d'effet de soumission. Tous les entretiens se sont

déroulés en présentiel tel que prévu initialement, permettant un recueil plus riche et précis notamment en termes de communication non verbale. Le choix du lieu de l'entretien était laissé à l'appréciation du participant. Les entretiens se sont principalement déroulés aux cabinets des professionnels ; deux entretiens ont été réalisés aux domiciles des participants et un entretien s'est déroulé au domicile de l'investigateur, à la demande des sujets inclus. Les participants n'étaient pas informés de l'objet précis de l'étude : la viande n'était pas évoquée avant l'entretien afin de limiter la préparation des sujets inclus. Seule la participante végétarienne ayant été questionnée sur son régime alimentaire avant son inclusion en vue de l'échantillonnage a pu être orientée sur le sujet exact, sans qu'il n'ait été dévoilé avant l'entretien.

Originalité de la question de recherche

La recherche bibliographique n'a pas permis de trouver d'étude traitant de ce sujet. Ce travail représente une première approche de la place de la viande en pratique courante en médecine générale. Les études et recommandations existantes sur le sujet ainsi que l'intérêt porté au développement d'une médecine globale et préventive justifient la réalisation du travail de recherche.

Limites de l'étude

Méthode

Cette étude représente le premier travail de recherche qualitatif de l'investigateur, qui présente peu d'expérience dans l'analyse de données par théorisation ancrée. L'apprentissage de cette méthode a dû être constant afin d'assurer la validité interne de l'étude.

Le sujet étudié appelait à des représentations personnelles s'étendant au-delà du champ médical, y compris pour l'investigateur qui s'est appliqué à s'en détacher afin d'adopter une neutralité dans le recueil des données et leur analyse.

Échantillonnage

La moitié des médecins interrogés étaient maîtres de stage universitaire, accueillant internes ou étudiants en médecine. Cette caractéristique peut induire une meilleure connaissance des recommandations en vigueur. Concernant le sujet étudié, les médecins étant maître de stage ne semblaient cependant pas mieux informés que les autres professionnels.

La population initialement étudiée était les médecins généralistes installés. Les médecins remplaçants étaient exclus de l'étude : celle-ci portant sur la prise en charge de pathologies chroniques, il semblait moins approprié d'interroger des professionnels ayant une vision plus ponctuelle du suivi médical. Au cours de l'analyse, il nous est apparu nécessaire d'interroger un médecin généraliste végétarien afin d'étudier l'influence de ce régime alimentaire sur les conseils délivrés au patient. Nous n'avons pas été en mesure d'inclure un médecin généraliste végétarien et installé dans la région des Hauts-de-France. Seule une médecin généraliste remplaçante présentait cette caractéristique. L'intérêt évident d'inclure un sujet végétarien nous a donc conduit à réaliser un écart à la méthode initialement prévue. Cette professionnelle réalisait cependant des remplacements fixes pluri-hebdomadaires dans un cabinet médical depuis plusieurs mois, permettant un suivi et un accompagnement au long cours des patients dans leurs pathologies chroniques.

Analyse des résultats

La viande en arrière-plan des mesures diététiques

- Une place difficile à trouver pour la prise en charge nutritionnelle

Les médecins interrogés étaient amenés à décrire leur dernière consultation avec un patient présentant des facteurs de risque cardiovasculaires. Cette approche visait à étudier leur pratique concrète et à explorer le raisonnement et le discours tenu face à un tel patient.

Lors de la description d'une situation clinique vécue, les médecins mettaient en avant l'évaluation clinique et paraclinique, par la prise de tension artérielle et la surveillance biologique principalement. Concernant la prise en charge thérapeutique, l'aspect médicamenteux était spontanément évoqué en premier lieu : la révision de l'ordonnance et l'ajustement du traitement à l'évaluation clinique et paraclinique étaient réalisés. Peu de médecins évoquaient spontanément la discussion des règles hygiéno-diététiques.

A contrario, lorsque l'on s'éloignait d'une situation clinique concrète pour discuter de manière plus globale de la prise en charge des patients à risque cardiovasculaire, les médecins évoquaient en premier lieu les règles hygiéno-diététiques. Parmi elles, l'activité physique et le rééquilibrage alimentaire étaient au premier plan.

Cette différence dans l'abord de la prise en charge du patient à risque cardiovasculaire met en lumière un décalage entre la théorie, connue des médecins généralistes interrogés, et leur pratique au quotidien face au patient.

Les recommandations actuelles insistent sur l'importance des règles hygiéno-diététiques dès l'entrée dans la pathologie en les présentant comme la première ligne de prise en charge. Concernant l'hypertension artérielle, la HAS rappelle la nécessité de les intégrer pleinement à la prise en charge de tous les patients hypertendus (6).

La société européenne de cardiologie met au premier plan l'amélioration de l'hygiène de vie à travers les différentes recommandations de prise en charge du diabète (25), de la dyslipidémie (7) et de la prévention du risque cardiovasculaire (5).

L'aspect chronophage de la diététique est mis en avant par les médecins. Ils se déclarent en difficulté pour apporter des conseils concrets et adaptés au patient par manque d'aisance sur le sujet. Ils préfèrent déléguer cet aspect de la prise en charge à d'autres professionnels : diététiciens, services hospitaliers ou infirmiers spécialisés en éducation thérapeutique. Créer un réseau de soin autour du patient peut permettre l'élaboration d'un discours commun et d'un étayage dans la prise en charge. Cette coordination des soins est présentée comme une nécessité par la loi HPST de 2009 (26) et est indissociable de l'éducation thérapeutique du patient (27).

En pratique cette coordination semble minime : les différents professionnels décrivent une absence d'interaction. Les prises en charge de chacun s'articulent peu et les bénéfices pour le patient sont difficiles à objectiver, en raison d'un manque de communication.

Les médecins interrogés évoquent la problématique de l'absence de remboursement par la CPAM des séances auprès du diététicien. La population à risque cardiovasculaire est perçue comme plutôt modeste par les médecins. Ils s'interrogent sur les possibilités financières de recours au diététicien. En déléguant les conseils diététiques à des professionnels non remboursés, une médecine à deux vitesses peut s'installer, privant les plus modestes d'une aide au rééquilibrage alimentaire et donc à une prise en charge optimale.

- Une consommation de viande peu explorée
 - *Le régime méditerranéen peu promu*

Les médecins généralistes interrogés peinent à trouver une place à la viande au sein des conseils hygiéno-diététiques. Ils semblent en difficulté pour aider le patient dans le rééquilibrage alimentaire. Les conseils sont standardisés et souvent basés sur du bon sens, tel que diminuer les produits gras et sucrés, réduire les apports sodés, stopper les grignotages. Les médecins admettent avoir des connaissances peu précises, ce qui complexifie la discussion avec le patient. La viande est rarement évoquée spontanément dans les conseils délivrés. Certains médecins interrogés semblaient étonnés d'évoquer cette classe d'aliment lors des entretiens, et perplexes sur la nécessité d'y porter une attention particulière. Lorsque les apports carnés sont abordés, les conseils se portent sur la limitation de la charcuterie et de la viande rouge, souvent sans plus de précision.

La réduction de la consommation de viande est pourtant évoquée dans les recommandations nutritionnelles actuelles, à travers la promotion du régime méditerranéen (5) (28) (10). Aussi appelé régime crétois, ce régime est basé sur l'augmentation de produits végétaux (fruits, légumes, céréales, légumineuses, huiles végétales, oléagineux) et la réduction de la viande rouge et des produits transformés (8) (29). Il est basé sur l'organisation d'un nouvel équilibre alimentaire, en découvrant d'autres façons d'appréhender l'alimentation et en privilégiant la cuisine dite « fait-maison » (8).

- *Des quantités recommandées peu connues*

Concrètement, les quantités de viande évoquées semblent plutôt définies arbitrairement par les médecins interrogés, que basées sur les recommandations

actuelles, pourtant claires et consensuelles : elles varient donc d'un professionnel à l'autre. Cette disparité met en lumière l'absence de questionnement des médecins et le peu d'information délivrée au patient à ce sujet. Certains évoquent une quantité de viande de 75 grammes par jour, se rapprochant des 500 grammes au maximum par semaine avancés par le PNNS (10). Certains perçoivent ce repère comme la quantité recommandée de viande. L'objectif des pouvoirs publics via le PNNS est en réalité de passer sous ce seuil de 500 grammes de viande hors volaille par semaine pour l'ensemble de la population française. Cette nuance semble peu connue et source de confusion pour les médecins interrogés. La société européenne de cardiologie se montre plus restrictive en recommandant une consommation de viande rouge limitée à 350 à 500g par semaine maximum (5).

- *Une consommation réelle sous-évaluée*

Les entretiens réalisés mettent en évidence une sous-estimation de la consommation de viande des patients. Certains médecins estiment que cette consommation n'est pas problématique, jusqu'à estimer que la viande n'est pas un aliment à limiter. Bien qu'elle était en légère baisse en France depuis plusieurs années, on note une hausse de 0,7% de la consommation moyenne en France en 2021, soit 85,1 kilogrammes-équivalent carcasse (kgec) par habitant (30) : cette unité de mesure inclut les parties non consommables de l'animal dans le poids mesuré, notamment les os et le gras. On estime qu'en 2015, 40% des hommes et 25% des femmes excédaient les 500g de viande par semaine recommandés. Concernant la charcuterie, 70% des hommes et 50% des femmes dépassaient les 150g par semaine (31). Ces chiffres montrent la large population pouvant nécessiter d'être informée et conseillée sur l'importance de raisonner sa consommation de viande.

Le décalage entre la consommation réelle et estimée des médecins peut s'expliquer par la représentation de la viande dans la population générale. Les entretiens ont mis en évidence une confusion entre les notions de viande et viande rouge. Certains médecins ne considéraient comme de la viande que certains types de produits animaux, avec comme représentation principale le steak ou la pièce de viande rouge. Par exemple, on pouvait constater que les lardons ou le jambon n'étaient pas considérés comme de la viande par certains médecins. Or la viande de porc est incluse dans la limite des 500 grammes par semaine recommandés. Les lardons et le jambon sont classés dans la charcuterie, limités à 150g par semaine (32). Ce type d'amalgame pourrait expliquer la sous-estimation des médecins de leur propre consommation de viande ainsi que de celle de leurs patients.

Au-delà du nombre de prises par semaine de viande, il semble nécessaire d'évaluer la part que prend la viande dans l'assiette du patient lorsqu'il en consomme. Aborder la réduction de la consommation de viande implique de redonner aux légumes et légumineuses une part plus importante dans l'assiette et de rééquilibrer les quantités consommées. Cela s'inscrit dans un changement global de l'alimentation et permet d'en introduire une nouvelle approche (33).

- *Une distinction entre viande et protéine difficile*

Certains médecins évoquent une quantité de viande recommandée à 1g/kg, cela semble montrer l'amalgame entre viande et apports protidiques (34). Les apports protidiques quotidiens recommandés varient de 0,8 à 1,2 g/kg en fonction de l'état nutritionnel, de l'âge et des comorbidités, soit environ 15% des apports énergétiques totaux (35). Cet apport protidique recommandé inclut les protéines animales et végétales, dont la teneur, à quantité consommée équivalente, varie d'un aliment à

l'autre (36). Calculer les apports protidiques, toute source confondue, apparaît donc difficilement applicable à la pratique médicale quotidienne.

Cette confusion montre la place prépondérante que garde la viande au sein des apports protidiques dans l'esprit collectif. 60 à 70% des protéines consommées en France sont d'origine animale (37). Les protéines végétales semblent peu connues des médecins généralistes, qui peinent à leur donner une place au sein d'une alimentation équilibrée. Parmi les protéines végétales, les légumineuses tiennent une place importante : lentilles, pois chiches, pois cassés, haricots, fèves (37). Le PNNS recommande la majoration des légumineuses à au moins deux portions par semaine (10). Il est suggéré de coupler la prise d'une légumineuse à la prise d'une céréale, complète de préférence. C'est le cas de certains mélanges répandus dans les pays orientaux : haricot rouge et maïs, pois chiche et semoule, lentille et riz (38). D'autres sources de protéines végétales peuvent être proposées : oléagineux, soja, protéines de blé tel que le seitan, tubercules (37).

Introduire ces nouvelles sources de protéines pour le patient peut inciter à varier l'alimentation. Aider les médecins à apporter des conseils clairs sur le sujet s'inscrit dans une démarche de changement alimentaire et ouvre de nouvelles perspectives. Ces conseils devraient également porter sur le remplacement adéquat des protéines animales dans l'assiette, par les protéines végétales mais également par la majoration de la portion des légumes. En effet, une diminution des protéines animales remplacées par des féculents ou des aliments riches en matières grasses n'aurait que peu d'intérêt. L'objectif pourrait être secondairement d'éveiller la curiosité culinaire du patient, de lui indiquer de nouvelles façons d'appréhender la cuisine au sein d'une alimentation équilibrée.

- Des conséquences peu connues

Les entretiens réalisés ont mis en évidence une inégalité de connaissances et de sensibilisation des professionnels concernant les effets de la viande rouge en excès.

Une partie des médecins interrogés considèrent la viande comme un élément nécessaire à une alimentation équilibrée sans questionner la quantité utile à cet équilibre. Ces médecins estiment que limiter la consommation de viande repose plus sur une croyance ou une conviction personnelle que sur un substrat scientifique valide. Ils émettent une critique vis-à-vis d'une pratique qu'ils estiment peu basée sur les preuves. Cette posture semble en réalité en lien avec une méconnaissance de la littérature existante sur le sujet.

D'autres professionnels étaient plus sensibilisés aux conséquences d'un excès de viande bien que les effets concrets sur la santé des patients soient souvent difficiles à détailler. Les risques pour la santé évoqués semblaient plutôt des suggestions résultant d'une réflexion personnelle induite par l'entretien que des connaissances médicales.

Parmi les effets évoqués, les conséquences rénales d'un régime hyper protéiné étaient citées. Cette information fait référence à la recommandation de limiter les apports protidiques, végétaux ou animaux, chez les patients insuffisants rénaux (39) à visée de néphroprotection. La majoration du risque d'arthrite goutteuse était avancée à juste titre par certains médecins. On note une majoration du risque d'hyperuricémie et de maladie goutteuse en cas d'excès de protéines animales (40).

Les pathologies cardiovasculaires étaient en revanche peu évoquées spontanément par les médecins interrogés. Le lien avec les facteurs de risque cardiovasculaires

semble peu évident et ne semble pas intégré aux connaissances médicales partagées de tous les professionnels.

- *Dyslipidémie*

L'une des principales conséquences avancées était l'excès de graisses apporté par la surconsommation de viande, notamment de graisses saturées. Comme l'ont évoqué certains médecins, cet apport en acides gras saturés est variable en fonction du type de viande consommé : les recommandations actuelles incriminent en particulier la viande rouge et transformée (7,28). Parmi les viandes rouges néanmoins, certains morceaux s'avèrent être plus maigres et donc à privilégier pour diminuer l'apport en graisses : escalope de veau, steak haché à faible taux de matières grasses, bavette (33). Bien que peu évoqué par les médecins interrogés, cette teneur en graisse participe aux effets constatés de la consommation de viande sur le poids. Les études menées auprès de la population Adventiste aux États-Unis, caractérisée par une faible consommation de viande en raison de croyances religieuses, retrouvaient une augmentation de l'IMC parallèle à l'augmentation de la quantité de viande consommée. On notait des IMC plus élevés chez les sujets omnivores par rapport aux sujets végétariens, quel que soit le sexe ou la classe d'âge (12,41).

Au-delà de la teneur en acides gras, d'autres mécanismes expliquent l'impact de la viande sur le bilan lipidique. Le métabolisme du fer hémique présent dans la viande rouge induit la production de radicaux libres participant à l'oxydation des lipoprotéines et à la dysfonction endothéliale, à l'origine de l'athérogénèse (42). Le métabolisme de la carnitine, un acide aminé présent dans la viande rouge est également source d'athérogénèse : la production de triméthylamide-n-oxyde (TMAO) par l'intestin et le foie induit l'augmentation des récepteurs scavenger CD 36 et SRA à la surface des

macrophages aboutissant à l'accumulation de cholestérol intra-macrophagique. Les cellules macrophagiques deviennent des cellules spumeuses, s'accumulent dans l'intima pour former des stries lipidiques, à l'origine de l'athérome (15,43). La consommation régulière de viande rouge participerait également à l'entretien d'un microbiote intestinal propice à la transformation de la carnitine ingérée en TMAO (Figure 1) (15).

Ces mécanismes physiopathologiques vont dans le sens des études suggérant une diminution des taux de LDL-cholestérol chez les patients adoptant un régime pauvre en viande voire végétarien (44,45). L'instauration d'une alimentation ovo-lacto-végétarienne serait ainsi associée à une diminution de 10 à 15% des taux de cholestérol total et de LDL-cholestérol (46).

- *Hypertension artérielle et pathologies ischémiques*

Interrogés sur les effets sur la santé d'une consommation excessive de viande, les médecins inclus dans l'étude ont peu évoqué les différentes pathologies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle. L'excès de sel était évoqué par un médecin, sans être mis en lien avec le risque d'hypertension artérielle. L'impact direct sur les pathologies cardiovasculaires d'un excès de viande ne semble pas évident pour les professionnels.

La revue de la littérature suggère pourtant une diminution du risque d'apparition de cardiopathie ischémique en cas de réduction de la consommation de viande rouge

(41,47–49). D'après Snowdon et Al, les hommes consommant de la viande six fois par semaine présentaient 60% de risque d'évènement cardiovasculaire supplémentaire par rapport à ceux en consommant moins d'une fois par semaine (50). D'après une étude prospective américaine publiée en 2020 dans le British Medical Journal, une portion supplémentaire de viande rouge par jour augmenterait de 12% le risque de pathologie coronarienne tandis que la consommation d'une portion de protéines végétales diminuerait ce risque de 14% (51). Une méta-analyse de 2014 s'est également intéressée au risque de décès de cause cardiovasculaire montrant un excès de risque de 16% et de 18% respectivement chez les patients consommant le plus de viande rouge et transformée (11).

Concernant l'hypertension artérielle, une étude prospective américaine suivant plus de 4300 sujets pendant 15 ans a mis en évidence une augmentation de 20 à 40% du risque d'HTA chez les sujets consommant de la viande rouge ou transformée au moins une fois par jour par rapport à ceux en consommant un jour sur deux ou moins, avec une relation dose-effet entre la quantité de viande rouge consommée et l'élévation de la tension artérielle. Au contraire, la consommation de produits végétaux était inversement proportionnel à la tension artérielle (52).

- *Diabète de type 2*

Aucun médecin interrogé n'a mis en avant le surrisque de déséquilibre glycémique en cas de consommation excessive de viande rouge. Plusieurs études ont pourtant évoqué un lien entre excès de viande et apparition de diabète de type 2 (45,53,54). Une méta-analyse a notamment mis en évidence une association significative entre consommation de viande et diabète de type 2 : une portion de 100g de viande rouge par jour augmentait de 14% le risque de diabète de type 2 tandis que

substituer cette portion par des équivalents végétaux diminuait ce risque de 16 à 35% (13). Chez les patients diabétiques, l'adoption du régime méditerranéen permettait une réduction de l'hémoglobine glyquée de 0,30% à 0,47% (14). En comparaison à certaines thérapeutiques orales antidiabétiques permettant de diminuer d'un pourcent l'hémoglobine glyquée (55), cet effet semble intéressant pour permettre l'obtention d'un équilibre glycémique en limitant l'escalade thérapeutique (56,57). La réduction de la consommation de viande apparaît comme un outil supplémentaire à l'équilibre glycémique et s'inscrit dans une démarche de rééquilibrage alimentaire et d'amélioration globale du mode de vie. Pourtant, les médecins semblent peu y avoir recours en pratique. L'absence claire de connaissance du bénéfice potentiel de la réduction de la viande sur l'équilibre glycémique participe à la difficulté des médecins à l'intégrer aux conseils diététiques.

- *Œuvrer à l'amélioration des connaissances*

De manière plus générale, cette méconnaissance des professionnels tant des conséquences cardiovasculaires que des recommandations actuelles françaises et internationales questionne.

Bien que la diminution de la viande rouge soit intégrée aux recommandations actuelles, la diffusion aux professionnels semble insuffisante. De manière globale, accompagner le patient dans l'amélioration du mode de vie semble complexe et met les professionnels en difficulté, notamment en raison d'un manque de clarté sur les conseils diététiques à proposer, y compris concernant la viande. Ils expriment pourtant à la fois une confiance mais également une attente envers les pouvoirs publics et les

instances scientifiques dans l'élaboration et la diffusion de recommandations basées sur les connaissances actuelles. Il semble nécessaire aujourd'hui de développer un accès rapide et facilité à des conseils diététiques clairs. Les sources d'information semblant difficilement accessibles aux professionnels, il pourrait être proposé de partager une recommandation de bonne pratique de conseils alimentaires simples et applicables à la pratique courante, afin de simplifier la prise en charge diététique au quotidien. L'objectif serait de reposer les bases d'une alimentation équilibrée, en termes de quantité, de qualité et d'organisation de l'alimentation. Aborder l'alimentation serait l'occasion d'introduire la notion de santé planétaire et de sensibiliser les médecins à l'impact environnemental de nos modes de consommation. A l'heure où la médecine se veut préventive, reposer les bases d'une alimentation raisonnée semble nécessaire.

La sensibilisation du grand public à la consommation excessive de viande apparaît comme un second enjeu. Tandis que la consommation de fruits et légumes, de laitages, la diminution de produits gras et sucrés sont largement communiqués au public via des messages de santé publique, la réduction de la viande semble peu diffusée (58). Raisonner sa consommation de viande est suggéré sur les pages internet dédiées, tel que le site Manger Bouger, mais le patient nécessite de faire la démarche de rechercher l'information. Une plus grande diffusion dans les médias de ce message de santé publique semble aujourd'hui nécessaire. Il serait également intéressant de questionner les connaissances réelles des patients à ce sujet : leur définition de la viande, des protéines, leurs connaissances des alternatives existantes, leur perception d'une consommation excessive et les risques encourus.

Enfin, il semble intéressant de se pencher sur les représentations en lien avec la viande que ces entretiens ont mis en lumière, pouvant expliquer les difficultés à aborder ce sujet en consultation.

Des représentations diverses influençant la pratique médicale

- *Une méfiance de l'excès, une crainte du manque*

La réduction de la consommation de viande reste associée à des pratiques plus poussées. Les médecins interrogés évoquent une crainte de basculer dans la restriction en conseillant aux patients de limiter leurs consommations de viande. Il existe un amalgame entre la réduction de la viande afin de se conformer aux recommandations en vigueur, et l'arrêt total de celle-ci. Certains médecins l'associent au végétarisme et au végétalisme, sans que ces définitions leur semblent claires. Le végétarisme désigne une alimentation excluant viande et poisson, tandis que le végétalisme exclut tout produit alimentaire d'origine animale, tel que le lait ou les œufs. Le véganisme représente davantage un mode de vie qu'un régime alimentaire, en excluant toute matière animale, dans l'habillement ou les produits d'hygiène par exemple (59). Ce type de régime alimentaire est perçu davantage comme un effet de mode voire comme du militantisme. Il est parfois source de moquerie et de stigmatisation de la part des médecins interrogés, accordant peu de crédit aux raisons motivant ce choix. Ces représentations des régimes d'exclusion participent à la présence minimale de la viande dans les conseils délivrés : certains médecins associent davantage la réduction de la viande à du prosélytisme qu'à un conseil médical fondé.

Plus récemment la notion de flexitarisme s'est développée, caractérisant un régime alimentaire réduisant la viande en maintenant une consommation occasionnelle (60). Ce terme se rapproche des recommandations en vigueur en

plaçant la viande comme un aliment à limiter et non à interdire, en raisonnant nos consommations. Limiter les quantités de viande fait partie des repères quantitatifs aidant au rééquilibrage alimentaire, au même titre que les produits transformés ou produits sucrés (61). Pourtant cette intervention est perçue par certains médecins comme une restriction, relevant même parfois de l'interdit. La viande tient une place à part dans l'alimentation, et reste perçue comme un aliment nécessaire. Les médecins expriment une crainte d'induire des carences en cas de diminution. Le risque de dénutrition est avancé par les médecins en cas de végétalisation de l'alimentation. La diminution de la consommation de viande doit s'accompagner d'une diversification des sources de protéines, avec un apport de 50% de protéines d'origine végétale (62). Les légumineuses permettent l'apport de cystéine et de méthionine, tandis que les céréales permettent l'apport de lysine. Bien que la teneur protidique des végétaux soit moindre, l'alternance des sources de protéines, animales et végétales, assure un apport en acides aminés essentiels suffisant (63). Ces explications nécessitent d'être communiquées et connues des médecins généralistes afin d'assurer au patient un équilibre alimentaire correct.

Le risque de carence en vitamine B12 avancé par certains médecins semble minime en cas de réduction de la consommation de viande. La vitamine B12 se trouvant dans la viande, mais également les produits laitiers (64), le maintien d'une consommation occasionnelle de viande associée à l'apport de produits laitiers permet un apport suffisant en vitamine B12. Le risque de carence est prédominant en cas de régime végétalien excluant tout produit d'origine animale (65).

Concernant le risque de carence martiale, la crainte des médecins est en lien avec la moindre absorption du fer non héminique d'origine végétale, par rapport au fer

hémérique contenu dans la viande (64). Contrairement au fer hémérique dont l'absorption est fixe, l'absorption du fer non hémérique est variable et augmente en cas de diminution des réserves en fer de l'organisme (66). Les patients végétariens présentent des réserves ferriques moindres sans augmentation prouvée du risque de carence martiale (67). Le fer hémérique favorise par ailleurs le stress oxydatif, limiter sa consommation présente donc des bénéfices en participant à la prévention du syndrome métabolique (43). Conseiller au patient de diminuer sa consommation de viande sans aller jusqu'à un régime d'exclusion semble donc présenter peu de risque en termes de carences tout en réduisant le risque d'apparition de pathologies cardiovasculaires.

- *Influence de son propre rapport à la viande*

Les entretiens réalisés ont mis en évidence une absence d'uniformité des pratiques médicales concernant la consommation de viande. La perception de la viande était propre à chaque professionnel. Certains l'envisageaient comme une construction sociétale, d'autre comme un fondement d'une alimentation équilibrée. Interroger les médecins sur leurs propres consommations de viande a mis en évidence de multiples influences, individuelles et sociétales.

D'une part, l'histoire personnelle des professionnels en lien avec leur consommation de viande semble impacter directement les conseils prodigués aux patients.

D'autre part, on note que les médecins interrogés projettent différentes représentations sur la consommation de viande du patient : celles-ci jouent également un rôle dans la promotion de sa réduction.

- *Famille*

La plupart des médecins interrogés mettaient en avant l'importance de leur propre cercle familial dans la consommation de viande. Les origines géographiques étaient évoquées : les racines ethniques et culturelles de l'individu influencent son rapport au monde et à l'alimentation. Avoir grandi en bord de mer, en milieu rural ou urbain ancre des habitudes de vie différentes. L'alimentation, et notamment la consommation de viande, peut s'intégrer dans un souvenir, une façon de consommer apprise dès l'enfance.

Cela se rapproche de la notion d'éducation avancée par certains médecins : nos consommations sont en lien avec les habitudes de vie inculquées dès l'enfance. Cela peut introduire la viande comme un composant phare de l'assiette, en ancrant une approche de l'alimentation centrée sur les protéines animales : dès lors, déconstruire ce modèle appris dès le plus jeune âge semble plus complexe. Il a été évoqué l'approche de la viande comme une nécessité, un apprentissage : l'appréciation de la viande s'apprend avec le temps, mais n'apparaît initialement pas comme un plaisir. Il s'agit alors plutôt d'une obligation dans l'assiette imposée par l'autorité parentale et familiale. Chacun présente son propre souvenir et son propre ressenti, en lien avec son histoire personnelle passée.

Devenir parent modifie également les comportements : la nécessité d'exemplarité, la volonté de transmission de valeurs justes et durables incitent au changement de comportement alimentaire : plusieurs médecins évoquent une diminution de leur consommation de viande en raison de leur rôle parental. L'importance d'apporter une alimentation équilibrée aux enfants semble y participer également.

Concernant le patient, rechercher et prendre en compte cette éventuelle représentation familiale propre à chacun peut permettre de comprendre les freins ou difficultés qu'a le patient à modifier le mode de vie et ainsi faciliter le changement.

- *Quotidien*

Les entretiens réalisés mettent en avant l'importance des contraintes du quotidien dans la consommation de viande des médecins généralistes. La praticité dans l'organisation des repas et de la cuisine semble primordiale. Certains perçoivent la viande comme un aliment plus simple à préparer, pouvant s'intégrer facilement dans l'assiette. Réaliser la démarche de chercher de nouvelles recettes et de nouveaux aliments permet certes l'éveil culinaire, mais demande du temps et de l'investissement que les médecins ont peu à leur disposition.

Concernant le patient à risque cardiovasculaire, cette contrainte est à prendre en compte dans la discussion : le poids des obligations du quotidien et les efforts nécessaires au changement demandent un certain investissement personnel. Intervenir lorsque le patient est prêt et ouvert au changement est indispensable (68).

Les médecins ont évoqué l'impact économique de la viande, sans que ce facteur semble limiter leur propre consommation. Certains estiment privilégier une viande plus qualitative et onéreuse mais consommée plus occasionnellement.

Concernant les patients, certains médecins estiment que le facteur économique les inciterait à réduire leur consommation ; d'autres évoquent plutôt une tendance à l'achat de produit de moindre qualité ou de viande transformée. Devant une augmentation de 28,3% du prix du bœuf et de 31,9% du prix du porc en un an (69,70), interroger les

patients sur l'impact réel de cette hausse sur leur consommation semblerait intéressant.

- *Émotions*

Les médecins interrogés ont partagé certaines émotions en lien avec la consommation de viande. Comme tout aliment, elle est motivée par la recherche du plaisir par hédonisme. Bien que certains perçoivent la viande comme une nécessité et une habitude, elle reste pour beaucoup source de plaisir et de contentement : les médecins évoquent l'entrecôte de bœuf comme symbole du plaisir de la viande, bien que le porc reste la viande la plus consommée en France, devant la volaille (30).

Cela peut mettre en évidence le décalage entre le plaisir procuré par la viande et la fréquence de la consommation. Ce constat offre un levier d'action supplémentaire au changement : réduire la consommation des patients devrait passer par une meilleure perception du plaisir procuré par la viande. Apprécier un morceau plus occasionnel en limitant les viandes cachées et celles consommées par habitude ou nécessité permettrait de remettre le plaisir au centre d'une alimentation plus raisonnée.

Le sentiment de culpabilité à la consommation de viande a également été évoqué. Les connaissances de plus en plus répandues des conditions d'élevage et de l'impact environnemental de la viande mènent certains médecins à ressentir une culpabilité face à sa consommation. Ce phénomène psychologique, appelé « paradoxe de la viande », est le reflet de deux désirs opposés : d'un côté, l'individu se refuse à la souffrance animale et n'encourage pas l'idée de participer à la mise à mort d'animaux ; d'un autre côté il garde un plaisir à en consommer la chair (71).

L'individu tente spontanément de limiter cette dissonance cognitive en limitant son degré d'information à ce sujet. Un autre mécanisme d'évitement de ce sentiment ambivalent est d'adopter une consommation plus responsable, en achetant des produits locaux et issus d'un élevage raisonné (72).

- *Société*

D'après certains médecins, cette culpabilisation s'inscrit dans une tendance sociétale à diaboliser la consommation de viande. A travers la diffusion de l'information par les médias, la viande est devenue l'objet d'un large débat public où chacun tente de se forger une opinion. D'une part certains avancent les conséquences animales et environnementales délétères de la consommation de viande. D'autre part les acteurs agro-alimentaires insistent sur l'importance de la filière d'élevage sur l'économie et l'emploi (73). Cet affrontement de perspective mène à un clivage au sein de la société entre ceux prônant la consommation de viande et ceux en critiquant les méfaits (74). A travers ce flot d'information et de points de vue, les médecins évoquent une difficulté à distinguer le vrai du faux et à se positionner.

La consommation de viande s'inscrit également dans des habitudes alimentaires collectives : les médecins interrogés insistent sur l'importance de la culture culinaire des Hauts-de-France, qu'ils perçoivent comme riche en produits animaux et notamment en viande. Ces traditions culinaires leur semblent ancrées dans le régime alimentaire des patients. Diminuer la consommation de viande nécessiterait de modifier en profondeur les habitudes et les mœurs en termes d'alimentation. Il semblerait intéressant de questionner les patients afin d'évaluer leurs motivations à la consommation de viande et l'impact réel de la culture sur leur alimentation.

La place omniprésente de la viande en restauration collective est également présentée comme un frein à sa diminution en société, tant pour le médecin que pour le patient. Consommer un repas équilibré sans protéine animale semble peu accessible aux médecins interrogés, que ce soit en restaurant, sur le lieu de travail ou sur les plateaux repas hospitaliers. On note pourtant une augmentation de 24% des propositions végétariennes en restauration sur les 5 dernières années, mais celles-ci sont toujours minoritaires avec des menus restant à prédominance animale (75). Plus récemment, la proposition de repas végétariens en cantine scolaire a suscité de vives réactions dans l'opinion publique, avec une crainte d'engendrer des carences protidiques chez les enfants concernés (76). Proposer des assiettes végétales en restauration collective permettrait pourtant aux professionnels et aux patients de découvrir de nouvelles inspirations culinaires alliant plaisir et équilibre alimentaire. La convention citoyenne pour le climat réalisée en 2019 proposait notamment des incitations économiques à la végétalisation des assiettes en restauration collective (77).

- *Une représentation de la population à risque cardiovasculaire*

Comme tout individu, le médecin généraliste est donc face à l'influence de son vécu personnel et de facteurs extrinsèques concrets influençant directement son mode de consommation. Tenir compte des origines, des contraintes quotidiennes et du niveau de connaissances permet d'apporter des conseils personnalisés, adaptés à la singularité du patient. Pourtant, les médecins interrogés semblaient peu à même d'approfondir ces problématiques. Concernant les patients à risque cardiovasculaire, on retrouvait même une certaine représentation de cette population, influençant

directement les conseils délivrés. Le patient à risque cardiovasculaire est perçu par les médecins interrogés comme issu d'un milieu socio-économique modeste. Cette condition sociale impliquerait des difficultés financières à assurer une alimentation équilibrée. Certains médecins évoquent une ambivalence concernant l'aspect économique de la viande : étant considérée comme un produit onéreux, le patient à risque cardiovasculaire serait limité dans sa consommation. Pourtant, cette patientèle est perçue comme une grande consommatrice de produits carnés. Cette contradiction serait expliquée par l'achat de produits ultra-transformés et de mauvaise qualité, dont le coût serait moindre.

Les études réalisées à ce sujet suggèrent un lien entre le niveau socio-économique et la présence de facteurs de risque cardiovasculaires : les patients en précarité présenteraient davantage de signes précurseurs d'infarctus myocardique et de diabète, des taux de triglycérides plus élevés et de HDL-cholestérol plus bas (78). Un faible niveau d'étude et l'absence d'emploi étaient associés à une augmentation du risque d'évènement cardiovasculaire (79,80). Le mode de vie et l'alimentation étaient les principaux facteurs explicatifs du surrisque cardiovasculaire des patients précaires, avant la sédentarité et le tabagisme. On notait notamment une consommation plus élevée de viande chez les patients issus de milieu socioéconomique modeste, et une consommation moindre de fruits et légumes (80,81). La quantité de viande consommée par les ouvriers reste par exemple supérieure à celle des cadres en France en 2018 (62). Accompagner les patients précaires vers une alimentation plus saine apparaît donc comme un levier pour lutter contre les inégalités face au risque cardiovasculaire (80). Avec un taux d'inflation de 5,2% en 2022 et une hausse du prix de l'alimentation, apprendre à mieux s'alimenter à moindre coût apparaît comme un enjeu de santé publique (79,82). Consommer des fruits et légumes de saison et

remplacer les protéines animales par des légumineuses sont des mesures simples et accessibles permettant une alimentaire saine et économique (83,84). Les intégrer aux conseils diététiques fournis par le médecin généraliste permettrait d'améliorer le mode de vie des plus précaires sur le plan financier et sanitaire.

Certains médecins perçoivent les patients à risque cardiovasculaire comme des individus peu sensibles à la problématique environnementale, notamment en raison de leur âge. La prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires augmentant avec l'âge (85), ces patients sont perçus comme appartenant à des générations peu sensibilisées à l'urgence climatique. Aborder la santé planétaire et l'impact environnemental du mode de vie face au patient à risque cardiovasculaire apparaît comme une perte de temps pour ces médecins. Pourtant, la parole médicale apporte une crédibilité différente de celle apportée par les médias ou les politiques. Le médecin généraliste instaure une relation de confiance avec le patient, notamment en cas de maladie chronique. Informer sur l'importance environnementale de changer ses comportements peut résonner différemment auprès du patient. Ce message peut permettre une prise de conscience accélérée et induire une réflexion.

Intégrer la problématique environnementale au soin

- Une légitimité questionnée

La plupart des médecins interrogés expriment des réticences à intégrer la problématique environnementale à leur pratique médicale, notamment face au patient. Bien que certains envisagent de développer une pratique au cabinet plus respectueuse de l'environnement, par le tri des déchets ou l'optimisation des déplacements, intégrer l'impact écologique aux conseils délivrés au patient semble plus complexe. Les médecins interrogés se questionnent notamment sur la limite du champ de compétence en médecine générale. Certains estiment devoir s'en tenir à la santé immédiate ou directe du patient : bien qu'ils admettent l'impact potentiel d'un dérèglement climatique sur la santé des populations, il leur semble peu pertinent et trop complexe d'ajouter cette considération à la prise en charge. A une époque où le système de soin semble tendu et où la question du temps apparaît au centre des problématiques rencontrées par les médecins, s'intéresser à la santé durable et collective semble utopique pour les praticiens. Pourtant, les organisations mondiales, les sociétés savantes nationales et les associations alertent sur l'importance d'intégrer la santé planétaire au modèle médical, en particulier en médecine générale (86). Les conséquences du dérèglement climatique sur la santé sont bien établies : épidémies et zoonoses, pollution des ressources naturelles, événements climatiques extrêmes, impact psychologique (87). L'OMS estime à 2 à 4 milliards de dollars par an le coût du dérèglement climatique sur la santé des populations. Les gaz à effets de serre seraient par ailleurs impliqués dans 7 millions de décès prématurés par an au niveau mondial (88). C'est sur ce fondement scientifique alarmant que l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (WONCA) puis le Collège de Médecine Générale (CMG) ont appelé les professionnels à l'intégration de la santé planétaire à leur pratique médicale

(17,18). Informer le patient sur l'impact écologique de son mode de vie et le sensibiliser à l'urgence climatique constitue l'un des trois piliers proposés par le CMG. Concernant la viande, on estime que réduire nos consommations de 40% diminuerait de 36% les gaz à effet de serre d'origine alimentaire (22). Cette mesure présente également des bénéfices en termes de consommation d'eau et de ressources céréalières : la production d'un kilogramme de viande de bœuf requiert 7 kilogrammes de graines, et nécessite 18 fois plus de terrain et 10 fois plus d'eau que la production d'un kilogramme de protéines végétales (89,90). Promouvoir une alimentation à prédominance végétale en réduisant nos consommations de viande constitue un moyen d'agir pour la préservation de l'environnement tout en améliorant directement la santé des patients : il s'agit du concept de co-bénéfice (91). Développer ce type de conseil alliant soin de l'individu et soin de son milieu permet de maintenir le bénéfice médical au premier plan tout en développant une médecine durable et plus respectueuse de notre environnement.

Certains médecins interrogés peinent cependant à aborder la problématique environnementale en consultation par crainte de basculer dans le militantisme et d'être mal considéré par le patient. Même les médecins sensibilisés au concept de santé planétaire craignent de fragiliser la relation médecin-malade en adoptant une posture trop politisée auprès de patients peu sensibles à la problématique environnementale. Il semblerait intéressant de questionner les patients à ce sujet, afin d'étudier leur perception de la santé planétaire, leurs attentes à ce sujet. Connaître les connaissances et représentations du patient concernant la problématique environnementale en lien avec sa santé permettrait aux médecins généralistes d'aborder plus justement ce sujet en consultation. Une sensibilisation de la population

par les pouvoirs publics sur l'importance pour la santé collective de freiner le réchauffement climatique pourrait participer à légitimer ce sujet au sein des consultations médicales.

- *Deux visions de la médecine générale semblent opposées*

Les entretiens réalisés ont permis d'étudier la sensibilité des médecins généralistes face à la santé planétaire et aux changements de pratique qu'elle implique. On retrouvait une large disparité de connaissances et de réceptivité des médecins interrogés. Contrairement aux représentations que projetaient les médecins envers leurs patients, la sensibilité à la problématique environnementale ne semblait pas influencée par le profil sociodémographique. Tandis que les médecins percevaient les patients plus jeunes comme une population plus réceptive, cette présomption ne s'est pas confirmée auprès des médecins. Certains professionnels plus âgés exprimaient un intérêt marqué pour le concept de santé planétaire et s'estimaient volontaires pour adapter leurs pratiques au défi environnemental actuel. Parmi les plus jeunes médecins, on retrouvait une plus grande disparité, certains estimant notamment n'avoir ni le temps, ni la volonté de développer une pratique plus durable. Ces médecins s'estimaient à la fois peu concernés et peu légitimes face à l'urgence climatique, sans pour autant ignorer l'impact écologique de nos modes de vie actuels.

Les entretiens réalisés sembleraient mettre en évidence deux visions distinctes du soin en médecine générale, au sein desquelles la place de la viande illustrerait une dichotomie entre les pratiques.

D'une part, on peut penser que certains médecins développeraient une médecine plutôt curative, centrée sur le symptôme, proposant une solution immédiate

à une plainte du patient. Cette approche semblerait s'accompagner d'une posture plus paternaliste, imposant une conduite à tenir, plutôt centrée sur la thérapeutique, afin de remplir rapidement un objectif donné. Dans cette vision du soin, peut-être que la réduction de la consommation de viande peinerait à trouver une place, les médecins estimant cette mesure peu pertinente et efficace. De même, la santé planétaire y apparaîtrait plutôt secondaire, puisqu'elle n'impacterait pas suffisamment la santé immédiate et individuelle.

D'autre part, il semblerait que certains professionnels développent une autre approche de la médecine, plus globale. La santé y apparaît comme complexe, s'inscrivant dans une dynamique à plus long terme. Le médecin n'aurait pas pour unique rôle de prendre en charge le symptôme à un temps donné : il accompagnerait le patient dans la durée, en développant une médecine centrée sur la prévention, notamment à travers l'amélioration du mode de vie. On peut penser que cette démarche viserait à autonomiser le patient, qui deviendrait acteur et garant de sa santé. Les conseils diététiques y seraient plus personnalisés, adaptés à la singularité du patient et de son quotidien. Les médecins souhaitant développer cette vision du soin sembleraient trouver davantage de sens à la diminution des quantités de viande consommées, en promouvant un mode de vie en adéquation avec nos besoins et nos ressources. La santé planétaire apparaîtrait alors comme une nécessité et offrirait une opportunité de développer une pratique plus durable. Ces médecins porteraient vraisemblablement de l'importance à la santé collective, et souhaiteraient prendre soin du milieu afin de prendre soin de l'individu.

Ces deux visions du soin semblent opposées mais non incompatibles : toute pratique médicale au quotidien est vouée à rester en partie aigue, ponctuelle, prenant

en charge le symptôme au premier plan. Néanmoins concernant les pathologies chroniques, développer une médecine plus préventive et globale permettrait de limiter à la fois les comorbidités, et les dépenses de santé liées à la médecine curative. En effet en 2020, les maladies coronaires ont représenté à elles seules 4 341 millions d'euros de dépense (92). Promouvoir un mode de vie plus sain et durable, dans lequel la réduction de la consommation de viande peut s'intégrer, est un moyen accessible d'allier soin de l'individu et soin de son milieu, tout en préservant notre système de santé.

CONCLUSION

Le médecin généraliste reste le premier intervenant dans la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires. Pourtant au premier plan des recommandations, l'amélioration du mode de vie et de l'alimentation reste difficile à intégrer pleinement aux consultations : les repères diététiques sont limités et les adapter à la singularité du patient semble complexe. Parmi les conseils afin d'adopter une alimentation plus raisonnée, la diminution de la consommation de viande apparaît accessoire. Les médecins généralistes semblent méconnaître l'intérêt sanitaire de cette mesure et les recommandations actuelles. Une sensibilisation du corps médical via la formulation de conseils clairs semble nécessaire, comprenant des repères quantitatifs simples ainsi qu'une aide au rééquilibrage protidique via l'apport de légumineuses et de protéines végétales, toujours méconnues et peu exploitées.

La consommation de viande apparaît comme une habitude alimentaire ancrée et complexe à modifier : elle s'intègre dans un ensemble d'influences personnelles, sources d'émotions et de souvenirs, et d'influences sociétales et culturelles marquant l'appartenance à un groupe. Le médecin développe une vision de la viande qui lui est propre, influencée par son histoire personnelle, et projette ces représentations sur le patient et sa consommation, influençant directement les conseils délivrés. Mieux comprendre le rapport de chacun à la viande, médecin comme patient, semble nécessaire pour espérer une nouvelle approche collective de l'alimentation, ne plaçant plus la viande comme un aliment central dans l'assiette. Il semblerait donc utile d'interroger les patients sur les facteurs influençant réellement leurs consommations de viande afin d'en modifier les habitudes. De même, intégrer la consommation raisonnée de viande aux messages de santé publique délivrés aux populations, par le biais d'un slogan publicitaire dans les médias par exemple, participerait à la

sensibilisation des patients et faciliterait les changements de comportement alimentaire.

Modifier nos comportements et raisonner nos modes de consommation semble urgent pour lutter contre le réchauffement climatique et agir sur la santé collective des populations. Sensibiliser le grand public au concept de santé planétaire et interroger leurs attentes envers le médecin généraliste permettrait aux praticiens de l'intégrer plus aisément à leur pratique, afin d'offrir aux générations présentes et futures un environnement sain et une santé durable.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HAS. Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours. mars 2020;15.
2. Organisation mondiale de la santé. Maladies cardiovasculaires [Internet]. [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/cardiovascular-diseases>
3. Qu'appelle-t-on facteurs de risque cardiovasculaire ? [Internet]. VIDAL. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/cholesterol/facteurs-risque-cardiovasculaire.html>
4. Collège national des enseignants de cardiologie, Société française de cardiologie. Médecine cardiovasculaire. Elsevier Masson; 2019. 511 p.
5. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 7 sept 2021;42(34):3227-337.
6. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte
7. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 1 janv 2020;41(1):111-88.
8. Qu'est-ce que le régime méditerranéen ? [Internet]. Manger Bouger. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/se-faire-plaisir-en-mangeant-equilibre/s-informer-sur-les-differentes-pratiques-alimentaires/qu-est-ce-que-le-regime-mediterraneen>
9. Organisation mondiale de la santé. Cancérogénicité de la consommation de viande rouge et de viande transformée [Internet]. World Health Organization; Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/fr/>
10. Ministère de la Santé et de la Prévention. Programme national nutrition-santé 2019-2023 [Internet]. 2019 [cité 17 janv 2022] p. 94. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
11. Abete I, Romaguera D, Vieira AR, Lopez de Munain A, Norat T. Association between total, processed, red and white meat consumption and all-cause, CVD and IHD mortality: a meta-analysis of cohort studies. Br J Nutr. 14 sept 2014;112(5):762-75.
12. Appleby PN, Thorogood M, Mann JI, Key TJ. The Oxford Vegetarian Study: an overview. Am J Clin Nutr. sept 1999;70(3 Suppl):525S-531S.

13. Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Schulze MB, Manson JE, Willett WC, et al. Red meat consumption and risk of type 2 diabetes: 3 cohorts of US adults and an updated meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* oct 2011;94(4):1088-96.
14. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Panagiotakos DB, Giugliano D. Mediterranean diet for type 2 diabetes: cardiometabolic benefits. *Endocrine.* avr 2017;56(1):27-32.
15. Koeth RA, Wang Z, Levison BS, Buffa JA, Org E, Sheehy BT, et al. Intestinal microbiota metabolism of L-carnitine, a nutrient in red meat, promotes atherosclerosis. *Nat Med.* mai 2013;19(5):576-85.
16. Tuso P, Stoll SR, Li WW. A plant-based diet, atherogenesis, and coronary artery disease prevention. *Perm J.* 2015;19(1):62-7.
17. WONCA, The planetary health alliance, the Clinicians for Planetary Health Working Group. Declaration calling for family doctors of the world to act on planetary health [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.wonca.net/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Environment/2019%20Planetary%20health.pdf>
18. Collège de la médecine générale. Santé planétaire en médecine générale : le temps de l'action [Internet]. 2021 [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2021/05/Sante-plane%CC%81taire_CMG-avril2021.pdf
19. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Tackling climate change through livestock: a global assessment of emissions and mitigation opportunities. 2013.
20. Steinfeld H, Gerber P, Wassenaar T, Castel V. L'ombre portée de l'élevage : impacts environnementaux et options pour leur atténuation. FAO, éditeur. 2009.
21. Poutanen KS, Kårlund AO, Gómez-Gallego C, Johansson DP, Scheers NM, Marklinder IM, et al. Grains – a major source of sustainable protein for health. *Nutr Rev.* 1 juin 2022;80(6):1648-63.
22. Pélissier É. Végétarien, végan ou flexitarien ? Ce qui est bon pour la santé. Odile Jacob; 2019. 208 p.
23. Cully M. Public health: The politics of antibiotics. *Nature.* mai 2014;509(7498):S16-7.
24. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 1 déc 2007;19(6):349-57.
25. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J.* 7 janv 2020;41(2):255-323.

26. Ministère de la Santé et de la Prévention. Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. 2023 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
27. Haute autorité de santé. Coordination des soins [Internet]. 2019 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3029265/fr/coordination-des-soins
28. Viande : limiter sa consommation | Manger Bouger [Internet]. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/Les-recommandations/Reduire/La-viande-porc-boeuf-veau-mouton-agneau-abats>
29. Diabète de type 2 : régime méditerranéen pour retarder la prise de médicaments. Prescrire. 2015;35(376):294.
30. FranceAgriMer. La consommation de produits carnés en 2021 [Internet]. 2022 sept [cité 6 janv 2023] p. 89. Disponible sur: <https://www.franceagrimer.fr/Actualite/Filieres/Viandes-rouges/2022/PUBLICATION-La-consommation-de-produits-carnes-en-2021>
31. Nutrition et prévention des cancers [Internet]. [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Nutrition-et-prevention-des-cancers>
32. Manger Bouger. Réduire la charcuterie [Internet]. [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/reduire/reduire-la-charcuterie>
33. Manger Bouger. Réduire la viande : porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats [Internet]. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/reduire/reduire-la-viande-porc-bœuf-veau-mouton-agneau-abats>
34. VIDAL. Quels sont nos besoins en protéines ? [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/corps-aliments/protéines/besoins.html>
35. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Les protéines [Internet]. 2013 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/les-prot%C3%A9ines>
36. VIDAL. Les protéines [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/corps-aliments/protéines.html>
37. Greenpeace France. Les vertus des protéines végétales [Internet]. [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.greenpeace.fr/agir/chaque-geste-compte/alimentation/les-protéines-vegetales-et-leurs-vertus/>
38. Manger Bouger. Les alternatives à la viande existent ! [Internet]. [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/bien-manger-sans->

se-ruiner/bien-manger-en-preservant-la-planete-sans-se-ruiner-c-est-possible/les-alternatives-a-la-viande-existent

39. Haute autorité de santé. Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte [Internet]. 2004 sept [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272372/fr/moyens-therapeutiques-pour-ralentir-la-progression-de-l-insuffisance-renale-chronique-chez-l-adulte
40. COFER. Arthropathie microcristalline. In: Rhumatologie. 7ème édition. Elsevier Masson; 2020.
41. Fraser GE. Associations between diet and cancer, ischemic heart disease, and all-cause mortality in non-Hispanic white California Seventh-day Adventists. *Am J Clin Nutr.* 1 sept 1999;70(3):532s-8s.
42. Kraml P. The role of iron in the pathogenesis of atherosclerosis. *Physiol Res.* 5 avr 2017;66(Suppl 1):55-67.
43. Lecerf JM, Schlienger JL. Nutrition préventive et thérapeutique. Elsevier Masson; 2020.
44. Craig WJ, Mangels AR, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. *J Am Diet Assoc.* juill 2009;109(7):1266-82.
45. Barnard ND, Cohen J, Jenkins DJA, Turner-McGrievy G, Gloede L, Jaster B, et al. A low-fat vegan diet improves glycemic control and cardiovascular risk factors in a randomized clinical trial in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* août 2006;29(8):1777-83.
46. Ferdowsian HR, Barnard ND. Effects of plant-based diets on plasma lipids. *Am J Cardiol.* 1 oct 2009;104(7):947-56.
47. Key TJ, Appleby PN, Bradbury KE, Sweeting M, Wood A, Johansson I, et al. Consumption of Meat, Fish, Dairy Products, and Eggs and Risk of Ischemic Heart Disease. *Circulation.* 18 juin 2019;139(25):2835-45.
48. Al-Shaar L, Satija A, Wang DD, Rimm EB, Smith-Warner SA, Stampfer MJ, et al. Red meat intake and risk of coronary heart disease among US men: prospective cohort study. *BMJ.* 2 déc 2020;371:m4141.
49. Micha R, Wallace SK, Mozaffarian D. Red and processed meat consumption and risk of incident coronary heart disease, stroke, and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Circulation.* 1 juin 2010;121(21):2271-83.
50. Snowdon DA, Phillips RL, Fraser GE. Meat consumption and fatal ischemic heart disease. *Prev Med.* sept 1984;13(5):490-500.
51. Roussel HV, Cadwallader JS, Ruelle Y. Viande et coronaires. *Exercer.* 2021;169:47-8.

52. Steffen LM, Kroenke CH, Yu X, Pereira MA, Slattery ML, Van Horn L, et al. Associations of plant food, dairy product, and meat intakes with 15-y incidence of elevated blood pressure in young black and white adults: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Am J Clin Nutr.* déc 2005;82(6):1169-77.
53. Song Y, Manson JE, Buring JE, Liu S. A prospective study of red meat consumption and type 2 diabetes in middle-aged and elderly women: the women's health study. *Diabetes Care.* sept 2004;27(9):2108-15.
54. Fung TT, Schulze M, Manson JE, Willett WC, Hu FB. Dietary patterns, meat intake, and the risk of type 2 diabetes in women. *Arch Intern Med.* 8 nov 2004;164(20):2235-40.
55. Abbet N, Gastaldi G, Philippe J. Insuline et antidiabétiques oraux : comment les associer dans la pratique ambulatoire ? *Rev Med Suisse.* 2016;12:1097-100.
56. Haute Autorité de Santé. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. 2013 avr [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2
57. Darmon P, Bauduceau B, Bordier L, Detournay B, Gourdy P, Guerci B, et al. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiant dans le diabète de type 2 – 2021. *Médecine Mal Métaboliques.* déc 2021;15(8):781-801.
58. Manger Bouger. Les recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite>
59. Association végétarienne de France. Végétarisme, véganisme : les définitions [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vegetarisme.fr/comprendre/les-bases/vegetarisme-veganisme-les-definitions/>
60. Dictionnaire du français Larousse. Flexitarisme [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/flexitarisme/188354>
61. Manger Bouger. Les recommandations alimentaires pour les adultes [Internet]. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-alimentaires-pour-les-adultes>
62. INRAE. Quels sont les bénéfices et les limites d'une diminution de la consommation de viande ? [Internet]. 2019 [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inrae.fr/actualites/quels-sont-benefices-limites-dune-diminution-consommation-viande>

63. Les protéines en questions [Internet]. INRAE Institutionnel. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inrae.fr/alimentation-sante-globale/protéines-questions>
64. ANSES. Les références nutritionnelles en vitamines et minéraux [Internet]. 2021 mars [cité 16 janv 2023] p. 278. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/les-r%C3%A9f%C3%A9rences-nutritionnelles-en-vitamines-et-min%C3%A9raux>
65. Kent G, Kehoe L, Flynn A, Walton J. Plant-based diets: a review of the definitions and nutritional role in the adult diet. *Proc Nutr Soc.* mars 2022;81(1):62-74.
66. Nutriments [Internet]. Végéclic. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://vegeclic.com/professionnel-de-sante/nutriments/>
67. Craig WJ. Nutrition concerns and health effects of vegetarian diets. *Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr.* déc 2010;25(6):613-20.
68. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* sept 1992;47(9):1102-14.
69. Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire. Indices filière bovine [Internet]. 2022 [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://agriculture.gouv.fr/indices-filiere-bovine>
70. Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire. Indices filière porcine [Internet]. 2022 [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://agriculture.gouv.fr/indices-filiere-porcine>
71. Mollier P. Le paradoxe de la viande : aimer et manger les animaux [Internet]. INRAE. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inrae.fr/actualites/paradoxe-viande-aimer-manger-animaux>
72. Dowsett E, Semmler C, Bray H, Ankeny RA, Chur-Hansen A. Neutralising the meat paradox: Cognitive dissonance, gender, and eating animals. *Appetite.* 1 avr 2018;123:280-8.
73. Legendre V, Sans P, Barrey S, Boutin B. Controverses sur la consommation de viande : enseignements d'une analyse sociologique. *INRA Prod Anim.* 2018;30(5):479.
74. Paul Ariès. Lettre ouverte aux mangeurs de viande qui souhaitent le rester sans culpabiliser. Larousse; 2019. 180 p.
75. Chojnacki R. La tendance veggie ne connaît pas la crise [Internet]. The NPD Group. 2022 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.npd.com/news/press-releases/2022/la-tendance-veggie-ne-connaît-pas-la-crise/>
76. UFC-Que choisir. Menu végétarien à la cantine – Les recettes pour gérer les effets indésirables [Internet]. 2022 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-menu-vegetarien-a-la-cantine-les-recettes-pour-gerer-les-effets-indesirables-n103915/>

77. Convention Citoyenne pour le Climat. Engager la restauration collective vers des pratiques plus vertueuses [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://propositions.conventioncitoyennepourleclimat.fr/objectif/engager-la-restauration-collective-vers-des-pratiques-plus-vertueuses/>
78. Jaffiol C, Thomas F, Bean K, Jégo B, Danchin N. Impact of socioeconomic status on diabetes and cardiovascular risk factors: Results of a large French survey. *Diabetes Metab.* 1 févr 2013;39(1):56-62.
79. Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, Varghese T, Shen J, Sandesara P, et al. Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes. *Circulation.* 15 mai 2018;137(20):2166-78.
80. Méjean C, Droomers M, Van der Schouw YT, Sluijs I, Czernichow S, Grobbee DE, et al. The contribution of diet and lifestyle to socioeconomic inequalities in cardiovascular morbidity and mortality. *Int J Cardiol.* 15 oct 2013;168(6):5190-5.
81. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutr.* avr 2001;4(2b):701-9.
82. INSEE. Taux d'inflation - Données annuelles de 1991 à 2022 [Internet]. 2023 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122401>
83. Manger Bouger. Manger plus « durable », c'est forcément plus cher ? [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/bien-manger-sans-se-ruiner/bien-manger-en-preservant-la-planete-sans-se-ruiner-c-est-possible/manger-plus-durable-c-est-forcement-plus-cher>
84. VIDAL. Manger de manière variée avec peu d'argent [Internet]. 2019 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/choisir-preparer-aliments/bien-manger-petit-prix/manger-varie.html>
85. Pal R, Singh SN, Chatterjee A, Saha M. Age-related changes in cardiovascular system, autonomic functions, and levels of BDNF of healthy active males: role of yogic practice. *Age Dordr Neth.* 2014;36(4):9683.
86. Dupraz J, Burnand B. Role of Health Professionals Regarding the Impact of Climate Change on Health-An Exploratory Review. *Int J Environ Res Public Health.* 20 mars 2021;18(6):3222.
87. Alice Baras. Guide du cabinet de santé écoresponsable. Presses de l'EHESP; 2021. 341 p.
88. Agache I, Sampath V, Aguilera J, Akdis CA, Akdis M, Barry M, et al. Climate change and global health: A call to more research and more action. *Allergy.* 2022;77(5):1389-407.
89. Rosegrant MW, Leach N, Gerpacio RV. Alternative futures for world cereal and meat consumption. *Proc Nutr Soc.* mai 1999;58(2):219-34.

90. González N, Marquès M, Nadal M, Domingo JL. Meat consumption: Which are the current global risks? A review of recent (2010-2020) evidences. *Food Res Int Ott Ont.* nov 2020;137:109341.
91. Holguera JG, Senn N. Co-bénéfices santé-environnement et changement climatique : concepts et implication pour l'alimentation, la mobilité et le contact avec la nature en pratique clinique. *Presse Médicale Form.* 1 déc 2021;2(6):622-7.
92. Assurance maladie. Data pathologies - Maladie coronaire [Internet]. [cité 5 févr 2023]. Disponible sur: https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=Maladies%20cardio-neurovasculaires&refine.patho_niv2=Maladie%20coronaire

ANNEXES

Annexe 1 : Notice informative aux participants



FACULTÉ DE
**MÉDECINE
& MAÏEUTIQUE**

PRISE EN CHARGE HYGIENO-DIETETIQUE DES PATIENTS A RISQUE CARDIOVASCULAIRE NOTE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Je suis Sarah Khalil, interne en médecine générale. Dans le cadre de la fin de mes études, je réalise une thèse sur le thème de la prise en charge des patients à risque cardiovasculaire en médecine générale : je suis à la recherche de médecins généralistes qui accepteraient de participer à cette étude. Cette lettre d'information détaille ce projet de recherche et les modalités de participation : n'hésitez pas à me contacter.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

La prise en charge des patients à risque cardiovasculaire fait partie du quotidien du médecin généraliste. La prise en charge des patients hypertendus, diabétiques ou en surpoids passe notamment par la délivrance de conseils hygiéno-diététiques et de modifications du mode vie. L'objectif de cette étude est d'étudier certains conseils hygiéno-diététiques et d'explorer leur place au sein des pratiques actuelles des médecins généralistes des Hauts-de-France. Cette étude vise également à comprendre les mécanismes et les facteurs influençant le recours ou non à ces recommandations auprès des patients. Le fondement juridique de cette étude est l'exercice d'une mission d'intérêt public.

EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consiste à accepter de participer à un entretien individuel, en face à face ou par l'intermédiaire d'un logiciel de visioconférence, et d'accepter que cet entretien soit enregistré.

DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche : vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision.

- ▶ Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, veuillez ne pas tenir compte de ce courrier
- ▶ Si vous acceptez de participer à la recherche, je vous invite à me contacter pour convenir ensemble des modalités de l'entretien.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS

Recueil et utilisation des données (Données codées) : L'étude est réalisée à partir de données recueillies au cours de plusieurs entretiens individuels que je serai seule à mener. Chaque entretien est enregistré, puis retranscrit et pseudonymisé sur le logiciel WORD. L'enregistrement est supprimé dès sa retranscription. L'analyse des données se fait à partir de ce document écrit. Afin de protéger votre vie privée, cette retranscription sera pseudonymisée, c'est-à-dire identifiée par un numéro et vos initiales (sans votre nom, ni prénom). Aucune donnée permettant de vous identifier ne sera apparente sur ce document.

Les données collectées pendant l'entretien seront utilisées dans le cadre de la présente étude, et pourront également être utilisées dans des publications relatives à cette même étude. Elles resteront codées **sans que jamais** votre identité n'apparaisse dans un rapport d'étude ou une publication.

Vos droits concernant vos données : En application du Règlement General sur la Protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi n° 78- 17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et son décret d'application n°2018-687 en date du 1^{er} aout 2018, vous disposez :

- D'un droit d'accès à vos données personnelles,
- D'un droit de rectification de vos données,
- Du droit de demander la limitation du traitement dans certains cas,
- Du droit de demander l'effacement de vos données,
- D'un droit à la portabilité de vos données dans certains cas (c'est-à-dire que vous pouvez demander à récupérer vos données afin qu'elles soient transmises à un autre responsable de traitement),
- Du droit de vous opposer à tout moment au traitement de ces données.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à toute donnée de l'étude vous concernant en application des dispositions L .1111-7 du Code la Santé Publique. Cependant, certaines de ces informations pourraient n'être disponibles qu'en fin d'étude. Vos droits concernant vos données s'exercent auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'Université Catholique de Lille (coordonnées ci-dessous).

Si vous pensez que vos données personnelles sont utilisées en violation de la réglementation applicable relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le protocole de recherche est conforme à la méthodologie de référence MR 004 édictée par la CNIL concernant le traitement des données.

La durée de conservation des données : La retranscription de l'entretien et les autres données relatives à cette étude seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche puis archivées pour une période de 20 ans après la fin de la recherche conformément à la réglementation.

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une fois l'ensemble des entretiens retranscrits, ils seront analysés. La confidentialité des données sera toujours respectée.

A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé des résultats globaux de l'étude, lorsque ceux-ci seront disponibles, en me contactant par téléphone ou par mail.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Bonjour, dans le cadre de ma thèse je réalise actuellement une étude en lien avec la prise en charge des patients à risque cardiovasculaire proposée en médecine générale.

Durant l'entretien, nous allons discuter de votre pratique liée à cette problématique sous différents aspects.

- 1) Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ainsi que votre milieu d'exercice ?
- 2) Parlez-moi de votre dernière consultation avec un patient à risque cardiovasculaire ?
- 3) A propos de ces conseils, que pouvez-vous me dire concernant la consommation de viande ?
- 4) Selon vous, pourquoi réduirions-nous nos consommations de viande ?

Quels impacts peuvent avoir la consommation de viande sur la santé ?

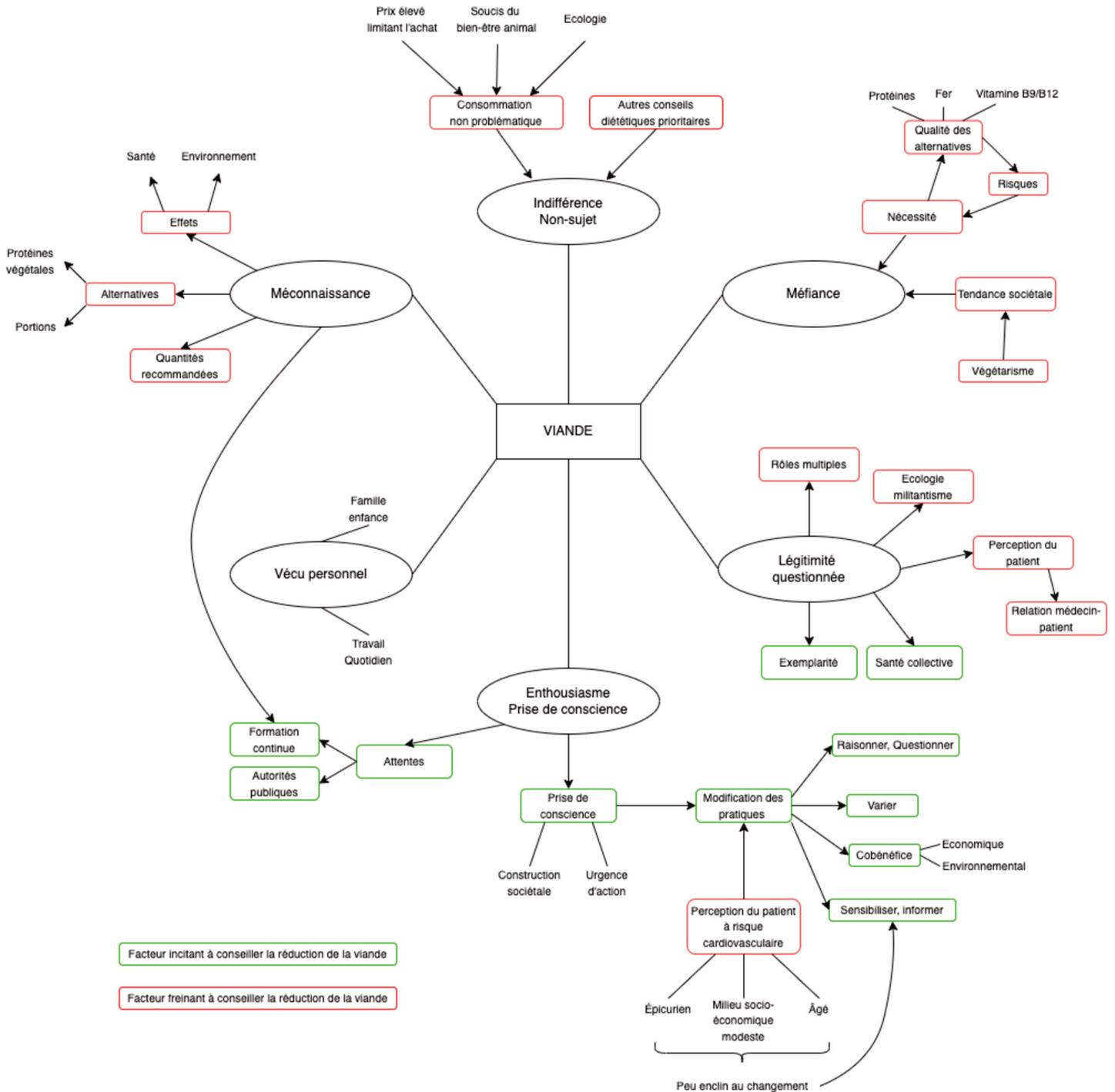
Dans quelle mesure encouragez-vous la réduction de viande ? Pourquoi ? Par quels moyens ?

Qu'est ce qui pourrait vous encourager/ aider à en parler ?

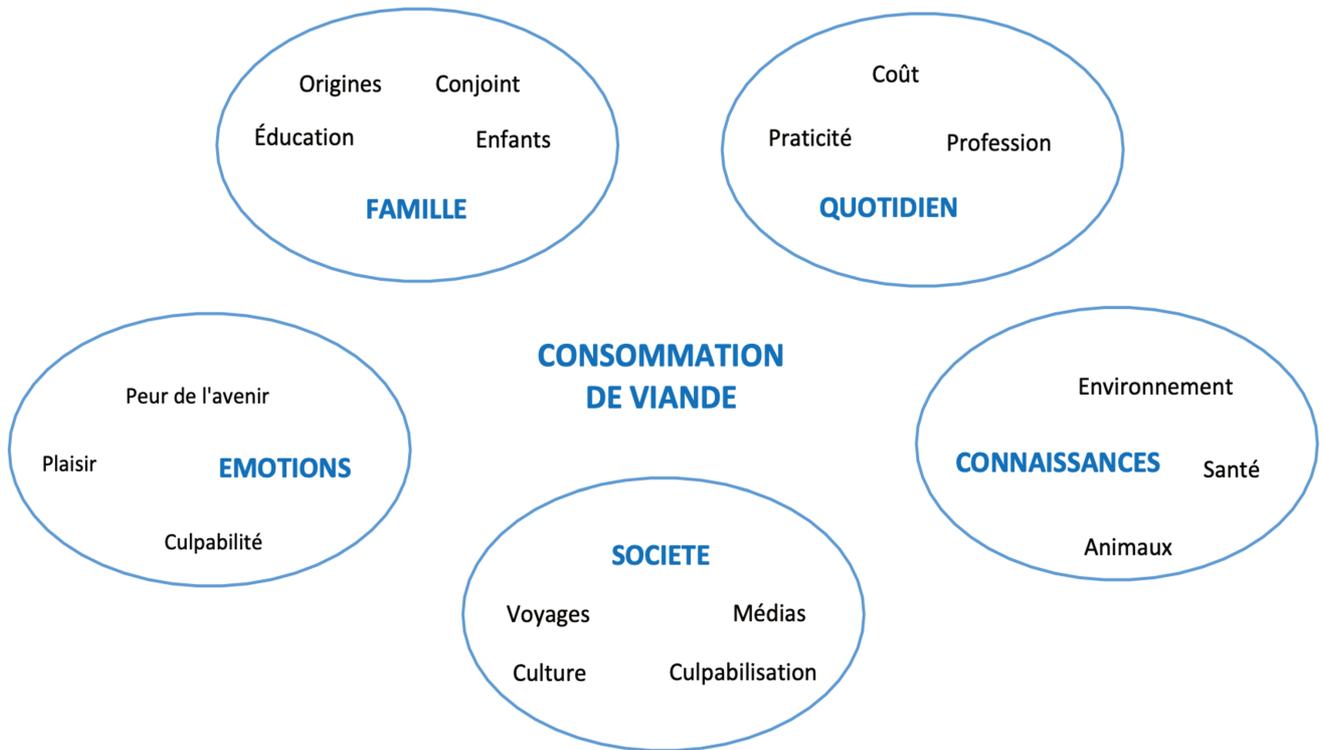
Vers qui ou quoi orienter les patients ?

- 5) Et vous, racontez-moi quel est votre rapport personnel à la viande ?
- 6) Parlons maintenant d'environnement, racontez-moi ce que cela vous inspire en tant que médecin ?

Annexe 3 : Schéma explicatif du recours à la diminution de la consommation de viande en médecine générale



Annexe 4 : Facteurs personnels influençant les consommations de viande



Annexe 5 : Intégration de la viande en consultation de médecine générale et leviers d'action envisagés



Annexe 6 : Grille COREQ

N°		Item	Guide questions/description
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1.	L'investigateur	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Aucun	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3.	Interne en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Une femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Formation théorique	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants			
6.	Oui pour 4 participants	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Une partie du thème de la thèse	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants de l'enquêteur ?
8.	Aucune	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9.	Analyse qualitative inspirée de la théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
Sélection des participants			
10.	Échantillonnage raisonné théorique	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?
11.	Courriel	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?
12.	14 participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Aucune	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?
Contexte			
14.	Cabinet médical ou domicile	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?
15.	Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Professionnels de santé des Hauts-de-France	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Recueil des données			
17.	Oui, guide d'entretien avec axes, questions et amorces, préalablement testé	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?

19.	Oui, un enregistrement audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Oui, notes écrites et à l'aide d'un journal de bord	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21.	19 à 60 minutes	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Oui, le seuil de suffisance des données a été discuté lorsque 2 entretiens n'apportaient pas de nouvelles idées	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24.	Deux personnes, l'investigateur et une interne	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	A partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel NVivo®	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction			
29.	Citations utilisées et identifiées par initiale de la profession et numérotation dans l'ordre des entretiens	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Oui par sous-parties	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 7 : Proposition d'un guide de bonne pratique à l'intention des médecins généralistes

Diminuer la consommation de viande rouge chez les patients à risque cardiovasculaire



Pourquoi ?



Impact de la viande rouge sur la santé

↑ hypertension artérielle
 ↑ dyslipidémie
 ↑ IMC
 ↑ hémoglobine glyquée
 ↑ cardiopathies ischémiques
 ↑ hyperuricémie

Impact de la viande rouge sur l'environnement

Production de gaz à effet de serre
 Consommation d'eau
 Ressources céréalières
 Déforestation
 Antibiorésistance
 Pollution des sols

Combien ?

VIANDE ROUGE

Toute viande hors volaille : boeuf, veau, porc, cheval, mouton, abats

MAXIMUM 500G PAR SEMAINE

= Environ 3 steaks

CHARCUTERIE

Jambon, bacon, lardons, saucisse, viande en conserve

MAXIMUM 150G PAR SEMAINE

= Environ 3 tranches de jambon



Consommation en excès pour
 40% des hommes
 25% des femmes



Consommation en excès pour
 70% des hommes
 50% des femmes

Comment ?



Augmenter les protéines végétales



Repenser les proportions dans l'assiette



Questionner le plaisir lié à la viande



Rassurer sur les risques encourus



- Objectif : 50% de protéines végétales
- **Promouvoir les légumineuses > 2x/semaines** (lentilles, pois chiches, pois cassés, haricots, fèves)
- **Coupler légumineuses et céréales complètes**
- **Varié les sources de protéines** (oléagineux, soja, tubercules)
- Majorer la proportion de légumes : 50% de l'assiette
- Envisager la viande comme un aliment annexe et non plus central de l'assiette
- Limiter l'ajout de matière grasse, limiter les graisses saturées
- Raisonner la consommation de viande sans l'interdire
- Repenser le plaisir lié à la viande pour la rendre plus occasionnelle
- Apports en acides aminés équilibrés si les sources protidiques sont variées
- Risque de carence en vitamine B12 négligeable
- Peu de risque de carence martiale

AUTEURE : Nom : KHALIL

Prénom : Sarah

Date de soutenance : 21 Juin 2023

Titre de la thèse : Réduction de la consommation de viande chez les patients à risque cardiovasculaire : pratiques et représentations des médecins généralistes des Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Meat product ; Diet ; Cardiovascular risk ; Plant protein

Résumé :

Contexte : La consommation excessive de viande rouge participe à la majoration du risque cardiovasculaire, les recommandations actuelles proposent sa limitation à 500g par semaine. Cette mesure s'intègre dans la promotion de la santé planétaire. L'objectif est d'étudier et de comprendre le recours à la diminution de la consommation de viande par les médecins généralistes auprès des patients à risque cardiovasculaire.

Méthode : Cette étude qualitative repose sur des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France menés entre Juin 2022 et Janvier 2023. L'analyse s'inspire de la méthode par théorisation ancrée.

Résultats : La réduction de la consommation de viande reste globalement peu exploitée par les médecins interrogés. La méconnaissance des effets néfastes de la viande en excès et la difficulté à intégrer les protéines végétales au rééquilibrage alimentaire participent à ce constat. Le rapport à la viande semble notamment influencé par l'histoire familiale, l'éducation, et le regard porté par la société, plaçant cet aliment comme un composant phare de l'assiette. L'intérêt environnemental de la diminution de la viande apparaît peu pertinent aux médecins interrogés, qui peinent à intégrer la santé planétaire à leur pratique quotidienne.

Conclusion : Une sensibilisation du grand public et des professionnels aux risques médicaux et environnementaux d'une consommation excessive de viande semble nécessaire afin de faciliter le recours à cette mesure. Développer un support apportant des conseils concrets sur la végétalisation adéquate de l'alimentation aiderait également les médecins généralistes à intégrer ces conseils à leur pratique quotidienne auprès du patient.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur : Monsieur le Docteur Baptiste MOTTE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marion LEVECQ FARSY