



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

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

**INFLUENCE DU VÉCU DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE CONCERNANT
L'ALIMENTATION SUR SA PRATIQUE**

**Une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes des
Hauts de France**

Présentée et soutenue publiquement le 24 mai 2024 à 18h
au Pôle Formation
par **Louise MARTINS**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseurs :

Madame le Docteur Aurélie DANEL

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

TABLE DES MATIÈRES

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT	1
DE DOCTEUR EN MÉDECINE	1
TABLE DES MATIÈRES	4
INTRODUCTION	6
MATERIEL ET METHODE	8
I. TYPE D'ÉTUDE	8
II. POPULATION	8
III. GUIDE D'ENTRETIEN	8
IV. REALISATION DES ENTRETIENS	9
V. ANALYSE DES DONNEES	9
VI. CADRE LEGAL ET ETHIQUE	9
RÉSULTATS	10
I. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	10
II. ANALYSE	11
1) <i>ÊTRE PERSONNELLEMENT CONCERNE</i>	11
2) <i>SAVOIR/ÊTRE EXPERT/LEGITIMITE/CREDIBILITE</i>	12
3) <i>ÊTRE INFLUENCE</i>	13
4) <i>ÊTRE EXEMPLAIRE</i>	14
5) <i>ÊTRE SOUMIS AUX MEMES FACTEURS EXTERIEURS MAIS GARDER UN REGARD CRITIQUE SUR EUX</i>	15
6) <i>PRISE EN SOINS GLOBALE ET PERSONNALISEE</i>	17
7) <i>ÊTRE PROFESSIONNEL</i>	23
MODELE EXPLICATIF	26
DISCUSSION	26
I. RESULTATS PRINCIPAUX	26
II. LIMITES DE L'ÉTUDE	27
1) <i>Durée des entretiens</i>	27
2) <i>Représentativité de l'échantillon</i>	27
III. FORCE DE L'ÉTUDE	27
1) <i>Originalité de l'étude</i>	27
2) <i>Recueil des données et triangulation</i>	28
3) <i>Intégration des résultats dans un modèle explicatif unique</i>	28
4) <i>Grille SRQR</i>	28
IV. DES RESULTATS EN ACCORD AVEC LA LITTERATURE	28
V. PERSPECTIVES	29
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXES	36
<i>Annexe n°1 : Lettre d'information supplémentaire</i>	36
<i>Annexe n°2 : Guide d'entretien initial</i>	36
<i>Annexe n°3 : Guide d'entretien adapté</i>	38
<i>Annexe n°4 : Journal de bord</i>	39
<i>Annexe n°5 : Traduction française originale des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives réalisées</i>	43
<i>Annexe n°6 : Récépissé DPO</i>	45
<i>Annexe n°7 : Réflexion sur les propriétés et catégories conceptuelles par entretiens</i>	46
<i>Annexe n°8 : Réflexion sur le modèle explicatif</i>	51

INTRODUCTION

L'alimentation occupe une place centrale dans la vie de chaque individu. Elle répond à un besoin vital tout en étant influencée par une multitude de facteurs sociaux (1), économiques (2) et culturels. Dans notre société occidentale, l'abondance alimentaire et l'exposition constante à diverses informations, compliquent souvent notre rapport aux aliments. Cette complexité est d'autant plus notable chez les médecins généralistes dont les habitudes alimentaires pourraient influencer leur pratique professionnelle.

Les habitudes alimentaires varient selon les catégories socio-professionnelles, devenant un marqueur social (3),(4). Les faibles revenus consomment plus d'aliments transformés et sucrés, tandis que les personnes aux revenus plus élevés ont tendance à consommer davantage de fruits et légumes, ayant un effet bénéfique sur la santé (5). Le médecin généraliste doit être conscient de ces disparités socio-économiques et les prendre en compte pour délivrer ses conseils.

Alors que les problèmes de santé peuvent influencer voire contraindre les habitudes alimentaires, l'alimentation peut être à l'origine de problèmes de santé (6),(7). Il est essentiel de comprendre les origines des habitudes alimentaires des patients pour mieux les accompagner.

Notre rapport à l'alimentation se construit et évolue dès l'enfance, sous l'influence de l'environnement familial et des expositions extérieures (8) telles que la publicité et les réseaux sociaux (9). Malgré la pression croissante pour lutter contre l'obésité (10), celle-ci continue sa progression (11),(12) et les comportements alimentaires se dégradent, avec une augmentation des grignotages et de la consommation d'alcool (13).

Face à l'inefficacité des régimes amaigrissants traditionnels (14), souvent trop restrictifs voire dangereux (15) et suivis sans avis médical, s'interroger sur l'alimentation des patients n'est pas suffisant. Il convient aussi de s'interroger sur leur histoire de vie, leur histoire pondérale, leurs comportements alimentaires présents et

passés, leurs représentations de la nourriture, leur rapport au corps et leur état psycho-émotionnel.

Le végétarisme et le véganisme se développent avec la prise de conscience du bien-être animal et de l'empreinte écologique. Mal conduits, ils peuvent aboutir à des carences (16),(17). Il faut encourager la consultation médicale préalable à tout changement alimentaire significatif (18).

Le médecin généraliste est en première ligne pour détecter les conduites alimentaires "à risques" et intervenir auprès du patient pour le sensibiliser sur les conséquences possibles sur sa santé (19),(20).

Cette intervention est importante car l'auto-évaluation subjective par le patient de son comportement sous-estime ces conduites alimentaires "à risques" (21), (22).

Une anamnèse, des entretiens motivationnels répétés et le conseil minimal représentent des outils efficaces pour impacter le patient (23),(24).

Dans ce contexte, le rôle du médecin généraliste dans la promotion d'une alimentation équilibrée (25) et la prise en soins des conduites alimentaires à risque revêt une importance capitale.

Bien que le médecin généraliste soit fréquemment confronté à la question de l'alimentation, il ne se sent pas toujours à l'aise dans la prise en soins (26), (27),(28).

Interroger les médecins sur leur propre vécu alimentaire et son influence sur leur pratique clinique peut constituer une piste intéressante pour améliorer la qualité des prises en soins nutritionnelles dispensées en médecine générale.

Bien que des études aient été menées sur les habitudes alimentaires et l'activité physique des médecins (29), on retrouve peu de données concernant leur impact sur la pratique clinique. Or, des études portant sur la fin de vie (30) et le sommeil (31) ont montré que le vécu du médecin généraliste influence ses prises en charge au quotidien.

On peut ainsi soulever la question sur la manière dont le vécu alimentaire des médecins généralistes peut les influencer.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée de données issues d'entretiens individuels semi-directifs.

II. Population

La population étudiée était les médecins généralistes exerçant une activité libérale dans les Hauts-de-France. La population a été recrutée par échantillonnage raisonné théorique entre mars 2023 et janvier 2024, l'analyse de chaque entretien permettant d'orienter le recrutement du participant suivant. Le premier contact était établi par mail pour présenter l'étude. Une lettre d'information complémentaire était lue au début de l'entretien (Annexe n°1) ou envoyée par mail. Les participants connaissaient l'intitulé de l'étude. Le chercheur n'avait pas de relation particulière avec les participants.

III. Guide d'entretien

Le premier guide d'entretien a été réalisé selon la bibliographie préalable avec une division en quatre thèmes principaux à aborder. Il était évolutif au cours et au fur et à mesure des entretiens. Quatre versions ont vu le jour avec notamment le changement de la question brise-glace (Annexe n°2).

La question de recherche initiale a évolué vers une question plus large incluant les représentations des déterminants de l'alimentation par le médecin généraliste et leurs impacts sur ses prises en soins.

Un journal de bord a été tenu en parallèle (Annexe n°4) comme outil de réflexivité.

IV. Réalisation des entretiens

Les entretiens étaient semi-dirigés de type compréhensifs. Ils ont été réalisés en présentiel pour huit d'entre eux dans un lieu choisi par le participant, et via la plateforme en ligne Zoom® pour deux d'entre eux pour des raisons pratiques. Ils ont été enregistrés à l'aide de l'outil « enregistreur vocal » d'un smartphone de marque Samsung® et d'un dictaphone de la marque OLYMPUS®. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation théorique des données. Elle était atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles propriétés permettant de compléter une catégorie conceptuelle existante ou n'en suggéraient une nouvelle. Le modèle explicatif rendait alors compte de tous les aspects du phénomène étudié.

V. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement à l'aide d'un ordinateur portable de type MacBook Air de marque Apple® et logiciel de traitement de texte Microsoft Word® afin de constituer le verbatim. Les verbatims ont été analysés à l'aide du logiciel tableur Microsoft Excel® selon le principe de la théorisation ancrée. Les données ont été triangulées indépendamment avec une autre interne en médecine générale (PK).

L'analyse a été réalisée selon les principes de C. Lejeune (32). Le codage ouvert avec étiquettes expérientielles et propriétés a permis l'émergence de catégories conceptuelles amenant à la réalisation d'un modèle intégratif.

Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille Standards for reporting on quality research (SRQR) (Annexe n°5) : 18 critères ont été validés (33).

VI. Cadre légal et éthique

Chaque participant était informé de l'enregistrement audio des entretiens, de leur retranscription et de leur anonymisation. Leur consentement oral était recueilli préalablement à l'entretien ainsi que la possibilité de mettre fin à l'entretien à tout

instant et de se rétracter quant à l'utilisation de celui-ci. Les données ont été anonymisées. Les enregistrements audios ont été détruits à l'issue de la recherche. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-045 au registre des traitements de l'Université de Lille (Annexe n°6). L'étude était hors du champ de la loi Jardé et, ne traitant pas de données « sensibles », elle n'a pas nécessité la consultation d'un Comité de Protection des Personnes. Utilisant une méthodologie de référence MR-004, elle n'a pas nécessité de déclaration de conformité auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL),

RÉSULTATS

I. Description de l'échantillon

Au total, huit médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France ont participé à l'étude (Tableau 1).

La moyenne d'âge était de 41,6 ans et 60% des médecins interrogées étaient des femmes. Deux médecins étaient installés dans une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). La durée moyenne des entretiens était d'environ quarante-sept minutes.

Tableau 1 : caractéristiques de la population

	Genre	Age	Lieu et type d'exercice	Habitudes alimentaires	Durée d'entretien
M1	Femme	27 ans	Remplaçant en ville	Contrainte par la maladie cœliaque	45min
M2	Homme	43 ans	Installé en libéral, milieu rural	Flexitarien pour des raisons de santé et environnementales, sportif/orthorexie suite à une perte de poids	39min
M3	Femme	35 ans	Installée en libéral et activité en PMI	Allergie aux protéines de lait de vache et hypercalorique pendant l'allaitement de ses enfants, végan quelques mois	40min
M4	Homme	50 ans	Installé en milieu rural	Alimentation équilibrée avec restriction cognitive dans un objectif santé/contrôle de poids pour le sport	57min

M5	Femme	36 ans	Installée dans une MSP en milieu rural	Antécédent d'anorexie et pression familiale sur le poids	40min
M6	Femme	60 ans	Installée en milieu rural	Alimentation selon recommandations officielles	33min
M7	Homme	34 ans	Installé dans une MSP en milieu rural	Comfort Food, pression familiale sur le poids, en essai médical pour Wegovy	53min
M8	Femme	55 ans	Installée en ville	Alimentation équilibrée et locale, fils atteint d'un diabète de type 1 et conjoint végétarien	1h09min
M9	Femme	31ans	Installée en ville	Alimentation spécifique du sportif, ancienne végan	41min
M10	Homme	45ans	Installé dans un cabinet de groupe en ville	Alimentation intuitive, s'adapte au quotidien	57min

II. Analyse

L'analyse a mis en lumière certains aspects de la relation médecin-malade ainsi que l'approche nutritionnelle en médecine générale.

1) ÊTRE PERSONNELLEMENT CONCERNE

Les médecins étaient concernés par des habitudes alimentaires différentes, par choix ou par contraintes médicales.

M1 « Moi, je suis intolérante au gluten, j'ai une maladie cœliaque »
M3 « J'ai eu une période de test de véganisme »
M5 « ma famille ils sont globalement tous en situation d'obésité du côté paternel »
« j'ai eu des TCA comme je pense beaucoup finalement »
M8 « mon fils aîné est diabétique insulino-dépendant depuis l'âge de 7ans et mon conjoint est végétarien »

Les médecins personnellement impliqués ou sensibilisés à des habitudes alimentaires différentes sont plus enclins à aborder la question de l'alimentation avec leurs patients.

M4 « je pense être à l'aise »

M5 « je suis très à l'aise j'adore quand on me parle de ça (...) c'est vraiment mon dada

M7 « Je n'ai aucun souci pour discuter diététique puisqu'après tout ce sont des connaissances qu'un médecin se doit d'avoir et euh d'apporter à ses patients »

Cet investissement personnel se traduit par un intérêt supplémentaire pour discuter de la nutrition en consultation. Ils se décrivaient comme investis et épanouis au travail.

M1 « moi j'aime bien parler de ce genre de chose »

M5 « je suis hyper épanouie »

M9 « ça m'intéressait beaucoup comme consultation et j'étais vraiment contente de pouvoir l'accompagner là-dessus

En résulte une meilleure communication avec le patient.

M2 « les patients savent aussi que c'est un sujet que j'aime bien donc ça arrive parfois ,et même assez souvent je dirai , que c'est eux qui abordent le sujet »

M4 « j'ai une patiente qui est végétalienne mais pour moi ce n'est pas problématique euh au sens euh parce que régulièrement (...) ya une espèce de culture est ce que vous acceptez ? »

M5 « Ils viennent me consulter pour ça »

2) SAVOIR/ÊTRE EXPERT/LEGITIMITE/CREDIBILITE

De plus, ces médecins se sentent plus compétents pour aider leurs patients grâce à leur propre expérience.

M1 « Si c'est des patients qui ont le même régime que moi je leur donnerai plein de conseils parce que du coup je m'y connais. Je sais ce qu'il faut faire »

M3 « le fait d'avoir connu des périodes d'un peu autre chose bah ça me détend (...) ça aide de voir qu'il y a autre chose dans la vie que le régime qu'on connaît occidental classique, carné et voilà »

Ils cherchent à approfondir leurs connaissances dans le domaine à travers des recherches personnelles ou des formations supplémentaires. L'intérêt pour une discipline augmente les connaissances et les compétences du médecin.

M2 « ayant fait la formation dénutrition »

M3 « de la documentation personnelle sur la nutrition des enfants »

M5 « je fais un DU en nutrition »

M6 « j'ai une formation en nutrition dans le cadre de l'obésité de l'enfant »

3) ÊTRE INFLUENCE

Les médecins reconnaissent l'influence potentielle de leur vécu sur leur pratique. Cette influence est souvent perçue comme positive.

M2 « rassurer (...) quand par exemple une maman vient avec son garçon végétarien »

M5 « mon vécu par rapport à ça et probablement mon empathie vis-à-vis des jeunes filles qui ont une anorexie mentale »

M7 « l'avantage entre guillemets d'être en surpoids également c'est de dire *bin ouais je comprends que c'est dur* ».

« j'espère avoir plus de tolérance (...) sur ces problèmes parce que je les ai vécus également (...) je ne minimise jamais euh une demande de perte de poids ou une demande de prise de poids »

M8 « quand les parents me demandent, je vois bien que (...) c'est ce que j'ai mis en pratique et comment je me suis débrouillée pour trouver des infos qui fait que je peux aider »

Cependant, certains remarquent un impact négatif sur le contact avec le patient.

M1 « je pense que je pense plus facilement à la maladie cœliaque que d'autres euh ... peut être à tort ou à raison »

M5 « du coup je m'investis (...) j'ai du mal à garder la limite peut-être sur ces consultations »

M7 « je pense que ça peut être délétère dans le sens où « bah je suis allé voir le médecin pour maigrir mais il est gros alors du coup comment il va m'aider »

M9 « quand je suis concernée (...) j'ai l'impression que j'ose moins l'aborder en fait »

D'autres médecins soulignent également l'importance de prendre du recul et d'éviter de projeter leurs propres convictions sur leurs patients.

M5 « j'ai un biais cognitif (...) je ne voulais pas faire de mon expérience personnelle une analogie parce que c'est le grand écueil »

Les médecins connaissent la nécessité de maintenir une approche objective et personnalisée centrée sur le patient.

4) ÊTRE EXEMPLAIRE

Ils doivent être exemplaires car les patients ont un regard critique sur eux. Être exemplaire permet de gagner en crédibilité et en légitimité auprès des patients.

M2 « un de mes patients m'a dit parce qu'on parlait d'activité physique (...) « ah docteur vous savez faut le mettre à votre agenda »

M8 « j'habite proche de mon cabinet, quand je rencontre des gens (...) ils sont mal à l'aise ou alors de l'autre côté « ah bah tiens elle aussi elle le fait »

« je dis toujours qu'on est un exemple, c'est pareil avec le tabac, si je dis ne fumez pas puis quand j'ouvre mon tiroir ça sent le mégot (...) c'est plus crédible »

Cela peut parfois porter préjudice à l'accompagnement des patients qui se sentent inférieurs/ressentent trop de pression.

M2 « j'ai tendance à penser maintenant que ça peut être contre-productif (...), je cours beaucoup (...) quelquefois j'ai l'impression qu'ils ont tendance à se dire « bah non c'est pas pour moi » »

A l'inverse, un patient qui peut s'identifier se sentira moins jugé, ce qui favorise l'échange avec le médecin.

M7 « la tension chez le patient de se dire à bah mince je suis en surpoids, je vais être jugé etc (...), moi aussi je suis en surpoids quoi, ya des choses à faire et puis on discute ».

« c'est un avis personnel (...) mais je pense que quand on va euh voir quelqu'un qui n'a pas notre souci (...) même si c'est un soignant et qui a normalement de l'empathie (...) on va se dire qu'est-ce qu'il peut comprendre à mon problème puisqu'il ne le vit pas »

5) ÊTRE SOUMIS AUX MEMES FACTEURS EXTERIEURS MAIS GARDER UN REGARD CRITIQUE SUR EUX

Les médecins sont soumis aux mêmes déterminants de l'alimentation.

Ils ont parlé des difficultés organisationnelles et financières.

M6 « ça permet d'avoir accès à des légumes pas cher (...) après ce qui est complexe c'est quand les gens sont « difficiles » au niveau des goûts alimentaires »

M10 « je prépare à l'avance les jours où je travaille pour que ça soit plus pratique »

Ils ont évoqué les causes environnementales et animales.

M2 « On a beaucoup végétalisé aussi notre alimentation (...) autant pour la santé que pour l'impact environnemental »

M3 « une petite prise de conscience et quand même j'essaie de faire plus de repas dans lesquels la viande n'est pas présente »

M9 « je suis devenue végétarienne pour des raisons plutôt écologique et éthique aussi euh antispéciste »

Ils ont parlé de l'influence négative des médias, de la publicité et des réseaux sociaux.

M3 « les pubs, c'est hyper tentant (...) le matraquage publicitaire ça doit porter ses fruits »

« le caprisun (...) c'est de l'eau, des vitamines et rien d'autre, je dis vous savez que ça équivaut à 2 poignées de sucre, en fait ils savent pas du tout »

M4 « dans certaines émissions de grand public euh sur une diminution (...) du cancer (...) je reste toujours très vigilant par rapport au risque de dérive »

« effectivement l'épidémie d'obésité elle est énorme, les pouvoirs publics derrière font des trucs du style bah on va taxer les produits sucrés, on va rien faire sur le plan

dans les supermarchés (...) et puis derrière les gens on leur dira que c'est de leur faute ... c'est très hypocrite »

M8 « ya quand même une injonction à grignoter quoi c'est là-dessus que ça pose problème mais bon l'impact que nous on peut avoir là-dessus ? »

Ils ont une position de sachant, d'expert. Leur esprit critique et leur formation médicale leur permettent de faire le tri dans le flot d'informations contradictoires. Ils recherchent la fiabilité des sources d'informations et leur utilité en pratique.

M2 « dans la presse médicale on a souvent des petits communiqués qui viennent de l'industrie (...) faut faire très attention à ce qu'on peut dire (...) nous aussi on est sous influence »

M5 « les études ont prouvé (...) »

« je suis hyper attentive à qui intervient dans leur suivi parce que ya tout un paquet de chamanes qui interviennent »

« l'IMC c'est qu'un chiffre (...), je prends souvent l'exemple des rugbymans, je crois que les rugbymans sont tous obèses »

Ainsi ils transmettent leurs connaissances et une information vérifiée au patient.

M2 « le problème c'est l'information aussi, ça c'est nous aussi qui devons la faire, parce que par rapport à tout ce qu'ils peuvent voir »

M3 « est-ce qu'ils ont eu les informations qu'ils veulent ? est-ce qu'ils en veulent d'autres ? (...) on a beaucoup de dogmes qui ne sont pas justifiés dans l'alimentation des enfants et donc l'idée c'est aussi de les chasser »

M5 « des mecs diabétiques qui avaient été emmenés dans des cures ayurvédiques où ils devaient faire des jeûnes (...) ça va pas bien se passer donc en fait voilà j'essaie de dépister les dérives »

M7 « j'ai fait des recherches plusieurs fois pour mes patients (...) sur des bases de données médicales mais aussi ce qu'est ce qui qu'est-ce que les gens peuvent trouver sur fémina.com et tous ces trucs là parce que les gens ont une foi incroyable dans les magazines, donc euh savoir aussi quelles conneries sont écrites et qu'est-ce qui est basé sur la science et euh du coup hum moi je leur donne des informations claires, que j'essaie de réduire à une page »

Ils luttent contre les régimes à la mode, dangereux, et leurs dérives.

M1 « il ne faut pas non plus se priver... faire un régime ça servirait à rien »

M2 « j'ai perdu beaucoup de poids, j'avais utilisé la technique de beaucoup de gens (...), je sais maintenant que c'est une connerie »

« vous voulez perdre du poids, il faut vous faire accompagner »

M5 « je fais hyper attention à ce que les gens ne me parlent pas de régime parce que le régime c'est quelque chose qui est trop régi pour être finalement euh tenu longtemps »

« régime dukan ou WW, ça ah quand j'entends ça je grince des dents »

« dans le discours médical et dans le discours médiatique effectivement sociétal, le régime amène une solution, la conséquence au long terme on ne l'envisage absolument pas »

M7 « faut que je fasse un régime, faut que je perde du poids etc, les contraintes sont trop complexes pour que je tienne »

6) PRISE EN SOINS GLOBALE ET PERSONNALISEE

Les médecins ont mis en avant leur rôle dans la prévention primaire. Les patients n'abordent pas souvent d'eux-mêmes le sujet.

M1 « de toute façon les patients ne viennent pas pour ça »

M2 « oui non les TCA en général oui fin on va dire que de base ils ont tendance à les cacher »

M4 « ils savent qu'ils font pas bien (...) « ah vous allez pas être content docteur »

« certains, une fois qu'ils ont pris conscience de l'importance de cette chose-là, ils sont beaucoup plus honnêtes (...) ya un peu tout type de patients. La plupart vont être dans la culpabilité parce qu'ils savent que ce qu'ils font , c'est pas ce qu'aimerait le médecin »

« c'est quand même plutôt dans la prévention»

M5 « c'est plutôt dépister dépister »

Ils rappellent aux patients l'importance d'une alimentation équilibrée et l'intègre dans la prise en soins globale.

La plupart des médecins ont fortement associé la question de l'alimentation avec le poids et le rapport au corps.

M4 « je ne suis pas attaché spécialement à l'image physique »

M5 « dès qu'on aborde le poids bah c'est comme l'estime corporelle c'est je pense »

M7 « dictat de l'apparence, de l'apparence de la personne qui réussit, de la personne qui est heureuse »

M8 « pour la silhouette euh je préfère mettre un 38 qu'un 42 »

Plusieurs médecins ont évoqué le sujet de la grossophobie et de la grossophobie médicale.

M4 « essayer de récupérer un poids acceptable »

M5 « mon père avait vachement placé la réussite sur un plan professionnel et sur un plan physique, y avait une espèce d'IMC à avoir »

« dans la vision de mon père les pauvres sont gros et les riches sont pas gros »

« un collègue un peu grossophobe sur les bords m'envoie une patiente (...) faut qu'elle perde du poids »

M7 « il y a quand même des réflexions dans le corps médical et ailleurs, et qui ont encore moins leur place dans le corps médical de euh bah ya qu'à faire du sport, ya qu'à maigrir »

M10 « une patiente m'a dit « de toute façon la gastro m'a jugée dès que j'ai passé la porte, elle m'a dit que tout était à cause de mon poids »

Ils ont aussi associé nutrition et activité physique.

M2 « on parle d'activité physique »

M4 « je n'ai jamais eu de problème de surpoids parce que j'ai toujours eu une activité physique »

M7 « il faut aussi faire du sport, ça aussi j'arrive pas à en faire tous les jours »

Certains médecins soulignent les défis rencontrés pour aborder efficacement la question en consultation.

M1 « il y a déjà tellement de choses à faire que l'alimentation ça ne vient pas en premier »

M3 « Avec les enfants c'est systématique, euh ya des âges où on interroge plus souvent (...) avec les adultes beaucoup moins, j'ai pas envie d'embêter les personnes en obésité »

M4 « c'est rarement un sujet hyper urgent, ça fait partie de la prise en charge chronique (...) c'est un travail de fond, j'essaie d'utiliser des interventions brèves »

M5 « je les confronte assez rarement ou de façon brutale »

M6 « c'est pas toujours le bon moment (...) ça peut stigmatiser et ça peut être pire donc des fois il vaut mieux les laisser venir eux même à cet élément-là donc pas forcément l'aborder »

M7 « je ne vais pas poser de questions dessus sauf si les patients ont une demande qui peut être en rapport avec l'alimentation »

Pour d'autres, elle fait partie des priorités en santé, à intégrer dans la prise en soins globale du patient.

M1 « je pense qu'on doit chercher l'information, ... végétan je pense qu'avec les carences qu'on connaît il faudrait qu'ils le disent »

M2 « j'en parle assez facilement, pas forcément quand il y a un problème de poids »

M5 « je pose toujours la question »

M7 « je ne le traite jamais seul, je le traite dans la globalité du patient (...) c'est quelque chose qu'on va gérer en même temps que tout le reste »

M9 « c'est intéressant de l'aborder (...) dans le cadre des maladies métaboliques, de l'ostéoporose, des blessures du sportif (...) chez les enfants ... »

Certains se sont questionnés quant à l'efficacité de leurs interventions.

M2 « j'abandonne parce qu'en plus elle est pas prête à écouter ni à entendre »

M3 « ils ont tendance à être assez hermétiques à tout ce qu'on va pouvoir dire (...) c'est qu'on n'a pas encore trouvé le bon angle d'attaque mais du coup c'est un peu plus dur »

M4 « c'est pas simple de trouver le bon moyen d'agir »

M8 « des fois euh on prêche dans le vide »

M9 « j'ai pas eu de retour »

En particulier dans l'accompagnement de l'obésité.

M4 « après une enquête alimentaire (...) j'ai très très peu de retour (...) c'est difficile de faire un vrai travail personnalisé »

« faire de l'entretien motivationnel, de l'éducation thérapeutique du patient donc tous ces outils là pour euh, pour les aider dans la prise en charge du poids qui est une vraie problématique ici dans la région »

Plusieurs médecins ont exprimé des difficultés à ne pas se résigner et poursuivre le conseil minimal régulièrement.

M8 « parfois on baisse les bras et que c'est pas notre responsabilité, la difficulté elle est là aussi, de se dire je donne mes outils et après les gens (...) vous vous dites bah ya pas d'observance. »

Ils ont souligné que c'était là l'intérêt de pratiquer de la médecine générale.

M3 « peut-être je me dis on plante une graine et puis ça peut germer 15 ans plus tard, c'est le but aussi d'être généraliste »

M4 « c'est des choses sur lesquelles je travaille un peu sur le long terme »

Il faut laisser au patient une place active, s'adapter à ses besoins et ses attentes.

M2 « je pense beaucoup aussi que les gens devraient se prendre en charge (...), les premiers qui doivent soigner les gens c'est eux-mêmes »

M4 « ça serait un patient expert idéal quoi fin pour communiquer aux autres sa réussite (...), il n'a fait qu'appliquer ce qu'il faudrait vraiment appliquer pour que ça marche (...), c'est lui qui a choisi sa vitesse c'est pas moi qui ai imposé rien du tout »

« J'essaie de respecter dans la mesure du possible et quand il n'y a pas d'urgence médicale l'étape de pré-contemplation »

M5 « ils choisissent s'ils se pèsent à l'endroit ou à l'envers, tout dépend du relationnel qu'ils ont avec leur poids et après je leur dis 'qu'est-ce que vous en pensez ? »

M6 « Faut aller voir quels sont leurs besoins (...) j'adapte en fonction de qui doit être dans leur demande »

M7 « elle m'a dit bah oui mais moi les médicaments je suis pas pour, je lui dis bah moi non plus dans un premier temps »

Les médecins ont conscience des contraintes qui peuvent compliquer l'équilibre alimentaire. Les médecins ont conscience qu'il faut intégrer la vie sociale et la satisfaction du patient.

M1 « je leur demande si ça leur va »

M4 « j'essaie de faire attention à l'apport alimentaire, c'est pas toujours simple parce que j'ai pas mal de réunions (...) »

« c'est le message que j'essaie de faire passer essentiellement à mes patients, c'est de demander un équilibre. Là aussi notre mode de vie actuel fait que cet équilibre on ne l'a plus »

M5 « je respecte les convictions religieuses parce que ça fait partie de la culture, ça fait partie de la croyance et de prendre le patient dans sa globalité un peu comme l'entretien motivationnel c'est indispensable pour que ça marche je trouve »

« il faut que vous puissiez aller au restaurant avec vos amis, que vous arriviez à joindre votre vie sociale et le plaisir de manger et la maladie »

M6 « quand je suis en déplacement c'est pas possible, je peux pas préparer »

M7 « c'est un repas qu'on a fait extrêmement convivial avec d'autres gens de l'équipe »

Les médecins ont souligné l'importance de tenir compte de l'entourage.

M7 « c'est souvent l'entourage du patient qui va le mettre en exergue »

M9 « la famille qui s'inquiète (...) »

En effet, l'éducation et l'exemple parental jouent un rôle important dans le développement des habitudes alimentaires.

M2 « ils (les enfants) voient qu'on est content quand on va faire un petit trail (...) ils s'y mettent donc c'est bien »

« de toute façon c'est l'apprentissage il vient des parents et puis après des expériences qu'on va faire »

M3 « fallait continuer ce régime là puisqu'elle avait été habituée dans la famille »

« ya aussi le manque de bon sens (...) des gens qui n'ont jamais connu ce que c'est qu'une alimentation variée euh, voilà, ils ont pas les repères »

« au niveau éducatif, ça va vraiment ensemble en fait, la perception du refus parental par l'enfant (...) les parents sont hyper démunis »

M4 « j'aborde le problème du poids avec des enfants en surpoids et donc qui ont des comportements à risque alimentaire euh qui sont négligés ou minimisés par les parents »

Le médecin a parfois du mal à trouver sa place vis-à-vis du schéma familial.

M8 « c'est pas la critique de l'autorité mais c'est dit à l'enfant (...) qu'est-ce que je peux dire »

Les médecins ayant une expérience personnelle avec des problèmes de poids ou des contraintes alimentaires liées à une pathologie sont plus sensibles à ces questions. Ils utilisent leur vécu et leurs connaissances supplémentaires pour adapter leur approche en conséquence.

M1 « je me sens à l'aise avec ça, ça me ferait même plaisir d'expliquer à des gens pour les aider parce que je sais que moi au tout départ j'étais paumée »

« j'ai l'impression que j'ai le pouvoir de les aider parce que moi j'ai ça depuis longtemps »

« dans le quotidien je sais que c'est chiant, je dois faire attention tout le temps »,

« des pâtes sans gluten j'en ai vu très très peu »

M3 « ce qui m'a fait arrêter c'est les raisons pratiques parce que c'était quand même compliqué en société »

M5 « la tristesse va générer encore plus d'alimentation émotionnelle et ils ne seront pas pire mais ils feront des crises alimentaires pour lesquelles ils culpabiliseront et en fait ça sera le cercle de la restriction cognitive qui se mettra en place »

M7 « je peux jouer de mon physique en disant bah si regardez-moi, je suis au courant s'il y avait des médicaments pour maigrir je les aurais »

Ils sont plus empathiques envers les patients, ils comprennent les difficultés qu'ils traversent. Les médecins ont l'impression que les patients s'ouvrent plus facilement à eux. Ils utilisent leur expérience personnelle comme un outil pour créer un lien avec le patient.

M4 « c'est là où je me dis que ça doit pas être simple pour les patients qui ont de vrais problèmes de poids »

M5 « je suis empathique mais peut-être que je m'investis trop »

« je suis assez sensibilisée à la problématique puisque j'ai fait des bénévolats avec la croix rouge (...) j'ai vu énormément de souffrance »

« peut-être mon empathie fait que je comprends que la prise de poids ait un impact sur eux »

M7 « j'ai souvent essayé de changer mon régime alimentaire mais les contraintes sont trop complexes pour que je tienne »

« Le patient peut se dire bah mince je suis en surpoids, je vais être jugé, etc ... alors je leur dis bah ouais moi aussi je suis en surpoids, ya des choses à faire et puis on discute »

« je pense que quand on va voir quelqu'un qui n'a pas notre souci (...) on va se dire qu'est-ce qu'il peut comprendre à mon problème puisqu'il ne le vit pas ».

« l'avantage entre guillemets d'être en surpoids également c'est de dire bah ouais je comprends que c'est dur ».

« parce qu'il est comme moi donc ya une vraie différence qui permet de se créer un lien de confiance »

Certains ont reconnu un aspect militantiste, à la fois par l'aspect écologique et féministe.

M2 « Bah ya un peu de militantisme aussi quelquefois c'est de leur dire (...) la viande tous les jours c'est peut-être pas la peine »

« faut soutenir ce type d'agriculture là donc bon et puis circuit court en privilégiant avec ce qui a le moins de traitement possible local »

M5 « j'ai envie d'investir pas mal de combat sur le sexisme ordinaire, en tout cas dans la prise en charge des symptômes féminins »

7) ÊTRE PROFESSIONNEL

Les médecins s'interrogent sur les déterminants du poids, cherchent les causes.

M2 « pourquoi tel magasin ? pourquoi tel rayon ? »

« J'essaie déjà de voir ce qui se passe parce que ça peut être pour une autre raison »

M3 « dès la diversification, dès 6mois, on voit la courbe qui monte (...), les écrans, ils sont tous hyper exposés hyper jeunes »

M5 « qu'est-ce qui vous fait manger ? »

« la tristesse va générer encore plus d'alimentation émotionnelle et ils seront pas pire mais ils feront des crises alimentaires pour lesquelles ils culpabiliseront et en fait ça sera le cercle de la restriction cognitive qui se mettra en place »

Plusieurs médecins ont évoqué l'association entre les violences, les traumatismes et l'alimentation, plus particulièrement l'hyperphagie et l'obésité. Ils expriment être en difficulté pour gérer cet aspect de la prise en soins.

M3 « abord l'estime de soi et ensuite (...) la question des violences »

M4 « j'avoue que les troubles compulsifs (...) il y a souvent une histoire psychologique particulière »

M5 « quand on creuse un peu, cette dame s'est fait violer sur le parcours migratoire (...) sa façon d'obtenir à manger c'était de se prostituer (...) elle a un rapport à l'alimentation complexe »

« c'est des viols conjugaux, maltraitance, ya tellement euh ya tellement de raisons pour lesquelles les gens mangent on peut pas juste leur dire en fait faut arrêter de manger quoi ! »

« ya toujours un évènement traumatisant »

Les médecins évoluent avec leur pratique, leur expérience et les retours des patients.

M2 « quelquefois on peut réviser ses jugements »

M3 « clairement j'avais le cliché avant de me dire, quand même c'est un peu extrême tout ça c'est un peu ridicule, vraiment c'était un peu condescendant j'avoue, le fait d'avoir entendu cette fille m'expliquer les raisons pour lesquelles elle était végan, m'expliquer comment elle se supplémentait en B12 (...) c'est bien mieux qu'un régime nuggets frites quoi, qu'on voit beaucoup plus souvent »

« je donne les conseils aux parents quand ils le souhaitent (...), mais je vais pas au-devant de leur demande parce que vraiment l'expérience que j'en ai c'est que ça sert à rien si c'est pas sollicité »

M4 « je suis quand même très très méfiant et très frileux sur l'indication opératoire »

M5 « j'ai l'impression qu'il y a des jeunes femmes anciennement anorexiques qui ont réussi à passer outre leur anorexie en remangeant sous la forme d'un régime végétarien »

« ça arrive que j'ai des patients diabétiques qui fassent le ramadan bien que normalement dans le Coran ça soit pas ça puisque si ya des maladies ils sont pas censés le faire »

« mon expérience et du coup c'est purement mon expérience c'est que la chirurgie bariatrique ne solutionne absolument rien »

Les médecins se remettent en question, ils ont conscience de leurs limites.

M5 « sur les troubles des conduites alimentaires types d'anorexie mentale, je ne suis pas toujours très à l'aise »

« Les viols c'est toujours assez complexe, (...) j'ai pas la compétence d'approche psychologique »

Pour optimiser la prise en soins, ils n'hésitent pas à collaborer avec d'autres professionnels de santé.

M2 « il vaut mieux renvoyer vers des professionnels de ça »

M4 « j'ai une collègue qui a une formation au niveau diététique très poussée et donc c'est quelque chose que je pourrais être amené à creuser avec elle parce que c'est quelqu'un en qui j'ai toute confiance »

« s'appuyer sur un travail d'équipe (...) des groupes de travail en entretien, en éducation thérapeutique »

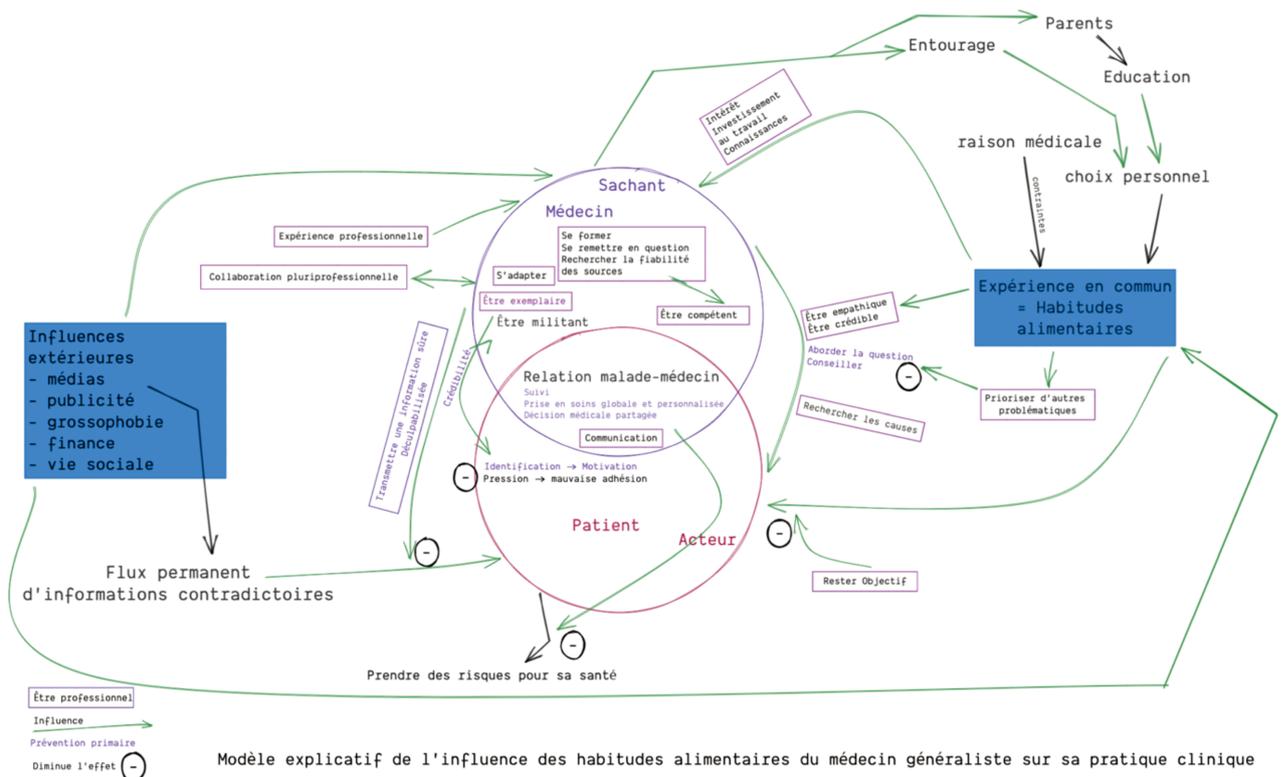
M5 « j'ai passé le relais »

« c'est de la pluridisciplinarité et c'est ce que je vais dire qui va être repris par la psychologue »

M7 « j'ai une formation en psychologie mais des fois je vais voir avec le psychologue, le psychiatre (...) dans notre maison de santé pluridisciplinaire là on a une diététicienne »

L'analyse met en évidence l'importance de l'expérience personnelle des médecins dans leur pratique quotidienne. Elle souligne les défis et les nuances associés à cette expérience dans la relation médecin-patient et dans la prise en soins.

MODELE EXPLICATIF



DISCUSSION

I. Résultats principaux

L'étude a exploré l'influence du vécu alimentaire des médecins généralistes sur leur pratique professionnelle. Les résultats obtenus mettent en évidence plusieurs aspects intéressants.

Les entretiens ont mis en évidence que les médecins ayant un mode d'alimentation remarquable présentaient plus d'intérêt pour la nutrition. Ces derniers effectuaient des recherches personnelles dans ce domaine. Ils étaient aussi plus à l'aise pour en discuter avec leurs patients.

Le vécu alimentaire du médecin et son hygiène de vie influencent la relation malade-médecin. Les médecins sont plus sensibles aux besoins et attentes des patients en matière d'alimentation. Ils adoptaient une approche plus empathique et globale, centrée sur le patient, en l'intégrant dans sa prise en soins. Ces résultats sont

cohérents avec les données de la littérature, montrant que l'expérience personnelle du médecin généraliste influence leur empathie envers les patients et leur prise de décision. Les médecins ont évoqué les mécanismes sous-jacents de cette influence et ont fait le parallèle avec les influences vécues par les patients. Ils ont insisté sur leur rôle à jouer dans l'information au patient.

II. Limites de l'étude

1) Durée des entretiens

Dans les limites de cette étude on peut noter que la durée et la réalisation des entretiens étaient contraintes par la disponibilité des médecins. Ces derniers devaient parfois être réalisés dans un temps imparti, limitant la discussion et les digressions.

2) Représentativité de l'échantillon

L'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble de la population de médecins généralistes. Les médecins interrogés exerçaient dans les Haut-de-France et la majorité en zone rurale. Ils avaient connaissance du sujet et ont été recrutés pour leur vécu alimentaire remarquable. La population étudiée était une population jeune et plutôt féminine avec une moyenne d'âge à 41,5 ans et 60% de femmes alors que l'âge moyen des généralistes des Hauts-de-France est de 50,1ans dont 49% de femmes.(34)

On peut s'interroger sur le fait que ce sujet intéresse davantage les jeunes médecins généralistes. De plus, les femmes ont peut-être accepté davantage de participer à cette étude car elles se sentent plus concernées par le sujet. (35)

III. Force de l'étude

1) Originalité de l'étude

La force principale de cette étude réside dans son originalité. Elle cherche à explorer un domaine peu étudié, l'influence du vécu alimentaire des médecins généralistes sur leur pratique clinique. Cette étude montre la manière dont l'expérience personnelle modifie la relation avec le patient. L'approche qualitative permet une exploration en

profondeur du vécu alimentaire des médecins et de leur perception en ce qui concerne son influence sur la relation avec le patient.

2) Recueil des données et triangulation

Les entretiens individuels semi-dirigés ont permis aux médecins de rapporter des expériences riches et variées. La méthode par théorisation ancrée choisie pour l'analyse a permis une exploration inductive et itérative, rendant possible l'émergence de résultats. Une triangulation des données a été réalisée pour renforcer la validité des résultats.

3) Intégration des résultats dans un modèle explicatif unique

L'élaboration du modèle explicatif met en valeur les résultats de manière simple et pratique.

4) Grille SRQR

Cette étude a retrouvé 18 critères sur 21 de la grille SRQR. (33) (Annexe n°5)

IV. Des résultats en accord avec la littérature

Les résultats obtenus sont concordants avec les données de la littérature. Des études ont montré que l'empathie des médecins améliore leur pratique (36). Il est important d'intégrer l'expérience du patient pour optimiser leur prise en soins (37). Des études ont montré que le vécu personnel du médecin a un impact sur sa pratique clinique (30),(31). Les médecins s'appuient sur les recommandations mais adaptent leur prise en soin selon leur vécu et leur relation avec le patient (38).

Plusieurs études ont été faites sur l'influence de l'activité physique du médecin montrant que les médecins pratiquant une activité physique régulière étaient plus à même de la conseiller aux patients (29). Dans cette étude on remarque la même chose avec l'alimentation. Il est important de se poser la question sur le rapport à l'alimentation puisqu'on sait aujourd'hui que les régimes amaigrissants sont inefficaces voire dangereux (39), (40). Certaines habitudes alimentaires peuvent entraîner des problèmes de santé (41),(42),(43). L'accompagnement du médecin permet de dépister, de corriger et d'encadrer les habitudes alimentaires pour réduire les risques

sur la santé (44). Les médecins doivent transmettre l'information et ceux plus à l'aise avec le sujet conseillent plus les patients (45),(46).

Pour le médecin, il peut être difficile de ne pas se résigner face à l'inaction de certains patients et de continuer à jouer le rôle dans la prévention. Il faut rester dans l'optique qu'une meilleure information et une bonne relation avec les patients permet d'avoir un impact sur leurs conduites en matière de santé (47), (48). Il faut essayer d'améliorer l'observance des patients au long court (49).

Le sujet de la grossophobie médicale a été abordé, il faut faire attention à ne pas stigmatiser les patients selon leur poids et leur apporter des réponses adaptées qui ne sont pas uniquement centrées sur le poids (50), (51).

Dans cette étude, les médecins ont souligné les défis auxquels ils sont confrontés pour aborder la question. Dans le cadre de la prise en soins globale du patient, il y a énormément de choses à aborder et le problème de démographie médicale oblige à se poser question de la priorité en médecine générale (52), (53), (54), (34).

Les médecins ont conscience des contraintes qui peuvent s'exercer sur les patients (55), (56). Ces dernières participent aux développements d'habitudes alimentaires et constituent un frein au changement, pouvant avoir des conséquences non négligeables sur la santé (57).

L'association entre les traumatismes passés et la surcharge pondérale a été abordée, on retrouve ce liens dans la littérature (58), (59). Les médecins se sont interrogés sur la manière de l'évoquer en consultation avec le sentiment de ne pas être compétents dans ce domaine (60), (61).

V. Perspectives

Les perspectives de recherche découlant de cette étude offrent des opportunités pour améliorer la qualité des soins nutritionnels en médecine générale. Une approche longitudinale ou prospective serait pertinente pour évaluer l'impact à long terme des interventions nutritionnelles personnalisées sur les patients. Il serait également intéressant d'étudier l'évolution des comportements des patients à la suite d'une information claire et répétée de la part des médecins, leur permettant de prendre du recul par rapport aux influences médiatiques et publicitaires omniprésentes.

Une étude en miroir, du point de vue des patients, pourrait fournir des indications sur l'efficacité de ces interventions en termes de perception de l'écoute et de la prise en compte de leurs besoins par les médecins. Elle évaluerait également les attentes des patients. Cela permettrait de comprendre comment amorcer un changement dans leur comportement sans paraître autoritaire. Par ailleurs, il serait pertinent d'explorer comment les patients exercent une influence sur les décisions des médecins généralistes.

Des études épidémiologiques pourraient être envisagées pour examiner la corrélation entre les antécédents de violences et les troubles alimentaires chez les patients. Utiliser les comportements alimentaires comme outil de dépistage des traumatismes et initier la prise en soins appropriée.

Enfin, il convient d'explorer de nouvelles stratégies visant à améliorer l'observance et l'engagement des patients dans leur prise en charge nutritionnelle.

CONCLUSION

En conclusion, les résultats montrent l'importance de prendre en compte le vécu alimentaire des médecins généralistes dans la compréhension de leur pratique professionnelle. Une meilleure compréhension de cette dynamique peut contribuer à améliorer la qualité des soins nutritionnels dispensés aux patients et à promouvoir des comportements alimentaires sains.

BIBLIOGRAPHIE

1. Drewnowski A, Darmon N. Food choices and diet costs: an economic analysis. *J Nutr.* avr 2005;135(4):900-4.
2. Nestle M. *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health* [Internet]. 1^{re} éd. University of California Press; 2013 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt7zw29z>
3. Zuddas A. Regard sociologique sur l'alimentation. :44.
4. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. 2017 [cité 6 mars 2023]. INCA 3 : Evolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/inca-3-evolution-des-habitudes-et-modes-de-consommation-de-nouveaux-enjeux-en-mati%C3%A8re-de>
5. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 11 sept 2008 [cité 14 sept 2022];337:a1344. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533524/>
6. Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations. Paris: DGS; 2009.
7. Hercberg S. Thème 1. Alimentation, activité physique et santé : de la recherche aux recommandations. In: Hausswirth C, éditeur. *Nutrition et performance en sport : la science au bout de la fourchette* [Internet]. Paris: INSEP-Éditions; 2012 [cité 19 févr 2024]. p. 75-9. (Recherche). Disponible sur: <https://books.openedition.org/insep/1193>
8. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* [Internet]. 17 mars 2008 [cité 14 sept 2022];5(1):15. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-15>
9. Veerman JL, Van Beeck EF, Barendregt JJ, Mackenbach JP. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? *Eur J Public Health.* août 2009;19(4):365-9.
10. La politique de lutte contre le surpoids et l'obésité [Internet]. 2023 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/la-politique-de-lutte-contre-le-surpoids-et-l-obesite>
11. SPF. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. Numéro thématique. *Constances : une cohorte française pour la recherche et la santé publique* [Internet]. [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/prevalence-du-surpoids-de-l-obesite-et-des-facteurs-de-risque-cardio-metaboliques-dans-la-cohorte-constances.-numero-thematique.-constances-une>
12. Obésité [Internet]. [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>
13. Ipsos [Internet]. 2015 [cité 6 mars 2023]. *LES FRANÇAIS, LEUR POIDS ET LEURS EXPERIENCES DES REGIMES.* Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-leur-poids-et-leurs-experiences-des-regimes>
14. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr>

15. Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF. Binge eating disorder: a review. *Int J Obes Relat Metab Disord*. mars 2002;26(3):299-307.
16. Obersby D, Chappell DC, Dunnett A, Tsiami AA. Plasma total homocysteine status of vegetarians compared with omnivores: a systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr*. 14 mars 2013;109(5):785-94.
17. Pawlak R, Lester SE, Babatunde T. The prevalence of cobalamin deficiency among vegetarians assessed by serum vitamin B12: a review of literature. *Eur J Clin Nutr*. mai 2014;68(5):541-8.
18. Inserm [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Ecouter sa faim peut aider à être mince · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/ecouter-sa-faim-peut-aider-etre-mince/>
19. Yeo M, Hughes E. Eating disorders - early identification in general practice. *Aust Fam Physician*. mars 2011;40(3):108-11.
20. *Pediatre Online* [Internet]. 2022 [cité 19 août 2022]. Les troubles du comportement alimentaire du petit enfant: la cause aux morceaux introduits trop tardivement? Disponible sur: <https://www.pediatre-online.fr/alimentation/les-troubles-du-comportement-alimentaire-du-petit-enfant-la-cause-aux-morceaux-introduits-trop-tardivement/>
21. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/2014
22. Livingstone MBE, Black AE. Markers of the validity of reported energy intake. *J Nutr*. mars 2003;133 Suppl 3:895S-920S.
23. Rollnick S, Miller WR, Butler C. Pratique de l'entretien motivationnel - Communiquer avec le patient en consultation: Communiquer avec le patient en consultation. Malakoff: InterEditions; 2018. 256 p.
24. Vallée É, Vastel É, Piquet MA, Savey V. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. *Nutrition Clinique et Métabolisme* [Internet]. 1 sept 2017 [cité 14 sept 2022];31(3):194-206. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0985056217301711>
25. Inserm [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Nutrition et santé · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/nutrition-et-sante/>
26. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obesity Research* [Internet]. 2005 [cité 14 sept 2022];13(4):787-95. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/oby.2005.89>
27. Cadwallader JS. TCA-MG : Prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français [Internet] [phdthesis]. Université Paris Saclay (COMUE); 2018 [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01755242>
28. Fayemendy P, Avodé Z, Pivois L, De Rouvray C, Jésus P, Desport JC. Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? *Cahiers de Nutrition et de Diététique* [Internet]. 1 sept 2011 [cité 14 sept 2022];46(4):199-205. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007996011000964>
29. Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med*. févr 2009;43(2):89-92.

30. Benoist-Harang C. Représentations des médecins généralistes sur leur fin de vie et leur mort : influence sur leur vie et leur pratique professionnelle. 25 sept 2019 [cité 19 août 2022];88. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02873241>
31. Bourgeois-Jacquet M, Chambe J, Kilic-Huck U, Ruppert E, Velizarova R, Bonah C, et al. Le sommeil du médecin généraliste. Comment son propre vécu influence-t-il sa perception de l'insomnie et sa pratique ? Médecine du Sommeil [Internet]. 1 janv 2015 [cité 23 août 2022];12(1):39-40. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S176944931500059X>
32. Héas S. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures [Internet]. 10 mai 2015 [cité 31 mars 2024]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/17952>
33. Thébaud V, Dargentas M. Traduction française des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives. Kinésithérapie, la Revue [Internet]. 1 janv 2023 [cité 31 mars 2024];23(253):18-22. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012322001504>
34. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
35. Rolls BJ, Fedoroff IC, Guthrie JF. Gender differences in eating behavior and body weight regulation. Health Psychology. 1991;10(2):133-42.
36. A systematic review of research on empathy in health care - Nembhard - 2023 - Health Services Research - Wiley Online Library [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1475-6773.14016>
37. Oben P. Understanding the Patient Experience: A Conceptual Framework. J Patient Exp [Internet]. déc 2020 [cité 9 avr 2024];7(6):906-10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7786717/>
38. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 | Cairn.info [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2006-2-page-75.htm#s1n6>
39. APA PsycNET [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/record/2007-04834-008>
40. Molato O, Le Duff F, Guérin O, Zeanandin G, Hébuterne X, Schneider SM. CO.31 Les régimes restrictifs augmentent le risque de dénutrition chez la personne âgée. Gastroentérologie Clinique et Biologique [Internet]. 1 mars 2009 [cité 20 avr 2024];33(3, Supplement 1):A16. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399832009726260>
41. Micha R, Peñalvo JL, Cudhea F, Imamura F, Rehm CD, Mozaffarian D. Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States. JAMA [Internet]. 7 mars 2017 [cité 20 avr 2024];317(9):912-24. Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0947>
42. Fung T, Hu FB, Fuchs C, Giovannucci E, Hunter DJ, Stampfer MJ, et al. Major Dietary Patterns and the Risk of Colorectal Cancer in Women. Archives of Internal Medicine [Internet]. 10 févr 2003 [cité 20 avr 2024];163(3):309-14. Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/archinte.163.3.309>
43. Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review2. The American Journal of Clinical Nutrition [Internet]. 1 août 2006 [cité 20 avr 2024];84(2):274-88. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002916523290073>
44. Organization WH. Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases:

Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. World Health Organization; 2003. 160 p.

45. Ammerman AS, Devellis RF, Carey TS, Keyserling TC, Strogatz DS, Haines PS, et al. Physician-Based Diet Counseling for Cholesterol Reduction: Current Practices, Determinants, and Strategies for Improvement. *Preventive Medicine* [Internet]. 1 janv 1993 [cité 9 avr 2024];22(1):96-109. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743583710078>
46. Kushner RF. Barriers to Providing Nutrition Counseling by Physicians: A Survey of Primary Care Practitioners. *Preventive Medicine* [Internet]. 1 nov 1995 [cité 9 avr 2024];24(6):546-52. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743585710870>
47. Rasmussen SR, Thomsen JL, Kilsmark J, Hvenegaard A, Engberg M, Lauritzen T, et al. Preventive health screenings and health consultations in primary care increase life expectancy without increasing costs. *Scand J Public Health* [Internet]. 1 août 2007 [cité 20 avr 2024];35(4):365-72. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/14034940701219642>
48. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study | *The BMJ* [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/322/7284/468>
49. Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, Buffet P, Brulliard C, Hachet O, et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements* [Internet]. 1 déc 2012 [cité 20 avr 2024];4(4):291-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878648012708455>
50. Health at Every Size: a Weight-neutral Approach for Empowerment, Resilience and Peace - University of the Sunshine Coast, Queensland [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://research.usc.edu.au/esploro/outputs/journalArticle/Health-at-Every-Size-a-Weight-neutral/99447758602621>
51. Tomiyama AJ, Ahlstrom B, Mann T. Long-term Effects of Dieting: Is Weight Loss Related to Health? *Social and Personality Psychology Compass* [Internet]. 2013 [cité 20 avr 2024];7(12):861-77. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/spc3.12076>
52. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* [Internet]. 4 déc 2010 [cité 20 avr 2024];376(9756):1923-58. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/abstract)
53. Stange KC, Ferrer RL. The Paradox of Primary Care. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 1 juill 2009 [cité 20 avr 2024];7(4):293-9. Disponible sur: <https://www.annfammed.org/content/7/4/293>
54. Un accès aux soins de premier recours limité, notamment pour les médecins généralistes – Diagnostic de la Mayenne : sept enjeux majeurs pour l’avenir | *Insee* [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5235125?sommaire=5235163&q=demographie+m+edicale+ce+deficit>
55. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2003 [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/326568>
56. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social

- determinants of health - The Lancet [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61690-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61690-6/abstract)
57. Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes - ScienceDirect [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899900707001852>
58. Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Browne MA. Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 1 janv 2008 [cité 20 avr 2024];64(1):97-105. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399907003649>
59. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis | *Molecular Psychiatry* [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/mp201354>
60. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, et al. Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Archives of General Psychiatry* [Internet]. 1 juill 2006 [cité 20 avr 2024];63(7):824-30. Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.824>
61. Meta-Analysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder | *Psychiatrist.com* [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.psychiatrist.com/jcp/meta-analysis-efficacy-treatments-posttraumatic-stress/>

ANNEXES

Annexe n°1 : Lettre d'information supplémentaire

Lettre d'information :

Bonjour,

Je suis Louise Martins, interne en Médecine Générale.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur l'alimentation en médecine générale. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'influence de l'alimentation du médecin généraliste sur sa pratique. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Pour y répondre, vous devez exercer la médecine générale dans les Hauts-de-France et être disponible pour un entretien semi-dirigé en présentiel ou en visioconférence. Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°130 029 754 00012 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr .

Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse: louise.martins.etu@univ-lille.fr.

Annexe n°2 : Guide d'entretien initial

1) SITUATION ACTUELLE

- Vous ou un membre de votre entourage a-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ? (*Végan, flexi, sans gluten, orthorexie, régimes paléo/hypo/hyper/cétogène ; conviction religieuses etc...*)
- Que pouvez-vous me dire sur le rapport à l'alimentation et au poids dans votre vie personnelle et dans votre entourage ?

- Pourquoi selon vous il y a (ou pas) de problème ? Quelles sont les raisons pour lesquelles il y a (ou pas) de problème ?
- Est-ce que votre régime alimentaire a créé une modification du cercle d'ami / famille ?
- Pourriez-vous me raconter la dernière consultation durant laquelle la question de l'alimentation est intervenue ?
 - Comment vous êtes-vous senti ? comment a réagi le patient ?

2) EXERCICE MEDICAL

- Dans quelles circonstances interrogez-vous vos patients sur leur mode d'alimentation ? (+ Dans quel but ?)
- Comment abordez-vous la question des difficultés alimentaires (TCA, Obésité, Dénutrition...) en consultation ?

- Comment vous sentez-vous face à un patient qui présente des difficultés alimentaires ? Pourquoi êtes-vous à l'aise/mal à l'aise ?
- Racontez-moi comment vous aborder la question des TCA

- Vous n'êtes pas sans savoir qu'il existe des régimes particuliers (Diabète, Vege, MC, MICI, SII, cétoène...), quels conseils donnez-vous aux patients concernés ?

○ Si non mentionné : organisez-vous des consultations dédiées ? A quelle fréquence ?

○ Si non mentionné : Pratiquez-vous des entretiens motivationnels ? Dirigez-vous les patients vers d'autre praticien (diet, psy, coach, nutri ...).

Quels sont les freins que vous rencontrez pour aborder le sujet en consultation ?

- Dans quel degré vous priorisez la question de l'alimentation ? (est-ce que vous l'intégrez dans la prévention ? dans le cadre d'une consultation dédiée ?)
- « FAT » : pourquoi ce n'est pas une priorité ? pourquoi ne consacrez-vous pas de temps à ce sujet ?

- **Que pouvez-vous me dire de l'influence de votre rapport à l'alimentation sur votre pratique ?**

3) FORMATION SUR L'ALIMENTATION

- Quel est votre niveau de formation sur l'alimentation ?
- Comment vous formez-vous sur ce sujet ?

Pourquoi ce n'est pas une priorité pour vous ? Pourquoi ne vous formez vous pas ?

- Qu'est ce qui pourrait améliorer votre pratique ?

4) CONCLUSION / OUVERTURE

- Pourriez-vous vous présenter rapidement, quel est votre exercice médical actuel ?

Nous avons abordé différentes choses : ...

- Pensez-vous à d'autres choses que je n'aurais pas évoquées ? *Notre entretien touche à sa fin. Avez-vous quelque chose à ajouter ?*

Annexe n°3 : Guide d'entretien adapté

1) SITUATION ACTUELLE

- **Décrivez-moi votre dernier repas avant cet interview**
- **Comment qualifieriez-vous ce repas ?**
- **Pourquoi ?**
- **Vous ou un membre de votre entourage a-t-il un régime alimentaire particulier ? Lequel ?** (*Végan, flexi, sans gluten, orthorexie, régimes paléo/hypo/hyper/cétogène ; conviction religieuses etc...*)
- **Décrivez-moi la place qu'a l'alimentation dans votre vie ?**
- **Que pouvez-vous me dire sur le rapport à l'alimentation et au poids dans votre vie personnelle et dans votre entourage ?**
 - *Pourquoi selon vous il y a (ou pas) de problème ? Quelles sont les raisons pour lesquelles il y a (ou pas) de problème ?*
 - *Est-ce que votre régime alimentaire a créé une modification du cercle d'ami / famille ?*
- **Comment a évolué votre rapport à l'alimentation au cours de votre ? pourquoi ?**
- **Racontez-moi une consultation où vous avez parlé d'alimentation ?**
 - *Comment vous êtes-vous senti ? comment a réagi le patient ? quel type patient ? pourquoi ?*

2) EXERCICE MEDICAL

- Dites-moi dans quelles circonstances vous interrogez vos patients sur leur mode d'alimentation ? (*+ Dans quel but ?*)
- Comment abordez-vous la question des difficultés alimentaires (*TCA, Obésité, Dénutrition...*) en consultation ? Comment vous sentez-vous lorsque vous abordez la question ?
- Vous n'êtes pas sans savoir qu'il existe des régimes particuliers (*Diabète, Vege, MC, MICI, SII, cétogène...*), quels conseils donnez-vous aux patients concernés ?
 - *Si non mentionné : organisez-vous des consultations dédiées ? A quelle fréquence ?*
 - *Si non mentionné : Pratiquez-vous des entretiens motivationnels ? Dirigez-vous les patients vers d'autres praticiens (diet, psy, coach, nutri ...).*

- **Comment décririez-vous l'impact de votre rapport à l'alimentation sur votre pratique ?**
- ***Comment votre changement d'alimentation a-t-il impacté votre PEC des patients ?***

3) FORMATION SUR L'ALIMENTATION

- *Quelle est votre formation sur l'alimentation ?*
- *Comment vous formez-vous sur ce sujet ?*
- *Qu'est ce qui pourrait améliorer votre pratique ?*

4) CONCLUSION / OUVERTURE

- *Pourriez-vous vous présenter rapidement, quel est votre exercice médical actuel ?*

Nous avons abordé différentes choses : ...

- Pensez-vous à d'autres choses que je n'aurais pas évoquées ? Notre entretien touche à sa fin. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe n°4 : Journal de bord

Avril 2022 : Début recherche de sujet de thèse : plusieurs thèmes en tête (obésité, sport, alimentation en médecine générale, dermatologie)

Mai 2022 : Début de recherche sur les différents sujets

- Choix du thème de l'alimentation car :
 - Vécu personnel
 - Rapport des médecins vis-à-vis de ce vécu
 - Pas de prise en charge
 - Prise de conscience du regard des professionnels de santé sur l'obésité
 - Sentiment que les médecins se raccrochent au « technique », au « recommandations » nutritionnelles classiques et « à l'IMC » sans aborder le fond du problème
 - Cs avec MSU femme obèse en demande de maigrir -> redirection vers le diététicien sans aborder l'origine profonde du problème -> Gène pour aborder le sujet ? propre vécu étant un frein ? pudeur ? peur de blesser ? peur de stigmatiser ?

Septembre 2022 : 1^{er} ébauche de fiche de thèse

Octobre 2022 : Rencontre avec le directeur de thèse pour finir la fiche de thèse définitive avant soumission au DMG

20 octobre 2022 : Validation de la fiche de thèse

Élaboration du guide d'entretien

25/02 /2023 : Rencontre avec directeur de thèse pour méthodologie et validation du guide d'entretien : nous avons revu les questions une par une pour arriver au guide d'entretien utilisé pour le 1^{er} entretien

Demande DPO.

09/03/2023 : 1^{er} entretien + récépissé DPO

Du 09/3/2023 au 28/03/2023 : retranscription et analyse du premier entretien + Début de rédaction de l'introduction de la thèse + relecture/triangulation

Le 27/06/23 : retour directeur sur l'analyse du premier entretien et introduction.

- Explication et débrief de l'analyse, réflexion sur l'évolution du guide d'entretien et le prochain entretien
- Intérêt d'interroger un médecin qui a un régime particulier « choisi »

- Intro : A plus construire, appuyer l'entonnoir pour arriver à la question de recherche + le fait que le médecin est soumis aux mêmes influences et mêmes risques que la population générale. **Quelques corrections à apporter**, quelques ajouts de références, références de littérature VALIDEE. Peu de superflu.
 - Pas d'inversion : toujours sujet verbe complément
 - Si abréviation : 1^{er} fois ex : OMS (Organisation Mondiale de la santé)
 - Éviter tiret, parenthèse virgule.
 - **Phrase 10-15mots max.**
- 1) Contexte = état des lieux, débat, polémique, logique -> sujet
- 2) Présentation de l'objectif/Question de recherche
- 3) 350 mots minimum (si format IMRAD, publication)

19/06/2023 : 2e entretien

- Complicé de rebondir en visio
- Entretien très intéressant
 - o *Médecin sportif dans sa jeunesse avec alimentation sans questionnement*
 - o *Prise de poids consécutive mode de vie/travail internat : gardes stressantes, arrêt du sport*
 - o *Reprise en main avec perte de poids volontaire : critique la façon dont il s'y est pris « classique mais pas comme il faudrait »*
 - o *Poids stable*
 - o *Diminution de la viande pour des raisons de santé et impact environnemental + conscience animal et influence familiale (fille végé)*
 - o *-> Se sent en difficultés pour aborder le sujet de l'obésité et des TCA*
 - o *-> Moins de difficulté pour l'alimentation « médicale » : SII, MC, DT (réf gastro)*
 - o *Modification du mode d'alimentation -> modification de la pratique / modification du jugement + influence du changement physique sur la réception du message par les patients/ leur vécu de la prise en charge*
 - o *Formation complémentaire volontaire -> changement dans les connaissances et dans la prise en charge*

24/06/2023 : 3e entretien

- Point de vue très différent
- En direct au domicile, plus facile de rebondir, femme jeune, dynamique, assise dans son canapé avec un thé, cadre facilitant l'échange
- Régime alimentaire évolutif ! Essai véganisme, Hypercalorique pendant l'allaitement + Adapté allergie aux protéines de lait de vache (APLV)
- Double exercice libéral et PMI -> Patientèle pédiatrique plus importante, regard précis sur la question de l'obésité de l'enfant, l'importance de l'éducation et les influences extérieures

02/10/2023 : Séminaire recherche qualitative

- Discussion question brise-glace
- Intérêt de modifier le guide d'entretien pour aborder en 1^{er} leur représentation

19/10/2023 : Reprise du travail de thèse :

- Retravail de l'intro
- Retravail du guide d'entretien
- Retravailler les entretiens, leur analyse
- Poursuite lecture recherche quali et entretien semi dirigé

21/10/2023 : Rencontre avec Directeur de thèse

- Guide -> modifié comme conseillé en changeant l'ordre de la question brise-glace pour interroger en premier sur le mode d'alimentation du médecin

24/10/2023 : Mail de recrutement pour les prochains entretiens

24/10/2023 : Revoir l'analyse et commencer à ressortir des catégories conceptuelles

- Adaptation du guide d'entretien à la suite de ces entretiens car :**
 - o *Les médecins n'abordent pas facilement la question des TCA*

- *Impression personnelle que les médecins se raccrochent au « technique », au « recommandations » nutritionnelles classiques et « à l'IMC » sans aborder ou sans approfondir le problème confirmé avec 2 entretiens/3*
- *3^e entretien : médecin qui va à la source du problème alimentaire*
- Début de construction des catégories conceptuelles en relisant l'analyse débutée, création d'un document avec des « étiquettes » par entretien**
 - Se dégagent plusieurs thèmes et problématiques récurrentes -> Adaptation du guide d'entretien pour approfondir les questions

13/11/2023 et 16/11/2023 : Entretiens 4 et 5

- Réflexion sur l'adaptation du questionnaire de thèse : insister sur le régime alimentaire du médecin, les changements et les détails de l'alimentation dans le quotidien avec la gestion des régimes alimentaires en société, gestion du poids ? modification du régime ?
- Recentrer le questionnaire sur le médecin
- Réflexion sur la méthode de recrutement / entretien / analyse : théorisation ancrée ou phénoménologie ? recrutement homogène ?

Entretien 4 : débrief :

MSU 50ans, ne décrit pas spontanément de régime particulier mais décrit néanmoins un contrôle des prises alimentaires avec une surveillance volontaire des apports dans un objectif santé et de contrôle pondéral (restriction cognitive ?). ATCD de régime dans un but de perte de poids. Rigueur personnelle envers son alimentation au quotidien et adaptations pour maintenir l'équilibre global en fonction des contraintes pro et perso.

- A conscience d'être exigeant envers ses patients au sujet de l'alimentation*
- Formation supplémentaire en entretien motivationnel : encourage les patients pour la perte de poids*

Entretien 5 : débrief :

Formée en nutrition +++

ATCD de TCA abordé lors de l'entretien, ne l'aborde pas avec les patients

- A conscience du biais lié à son vécu perso et essaie de prendre du recul*
- Intéressé par le sujet, s'investit autour de la nutrition, Cs dédiées + projet/formations supplémentaires*
- N'encourage pas la perte de poids mais le maintien d'un équilibre pondéral à long terme*
- Mets en évidence la reprise pondérale associée aux « régimes »*
- Prise en compte globale du patient et de son histoire pondérale*
- Premier abord de la question de la grossophobie médicale*
- « facilité » du milieu médical à « rejeter la faute sur le poids » plutôt que de s'adapter au patient et de le prendre en charge tout en considérant son poids actuel*

Point global perso :

- *Les médecins qui s'intéressent plus facilement au sujet de l'alimentation sont des médecins qui ont une histoire « remarquable » vis-à-vis du poids ou du régime alimentaire*
- *Ils sont plus attentifs et plus à l'aise pour aborder le sujet avec les patients*
- *Ils se forment plus sur le sujet voire s'orientent vers des projets autour du sujet (collaboration pluriprofessionnelle, consultations dédiées, détournement de la médecine générale vers la nutrition ...)*
- *Les médecins sans « vécu alimentaire particulier », abordent la question de manière moins systématique, sur point d'appel, moins de prévention/dépistage, moins*

21/11/2023 : modification du guide d'entretien pour le recentrer sur le vécu alimentaire du médecin généraliste : Ajout :

- *Pouvez-vous me décrire la façon dont vous vous alimentez au quotidien ?*
- *Quelle place a l'alimentation dans votre vie ?*
- *Avez-vous déjà modifié votre régime alimentaire ? si oui pourquoi ?*
- *Si présent : Comment votre changement d'alimentation a-t-il impacté votre PEC des patients ?*

02/12/2023 :

- Poursuite des analyses
- Entretien téléphonique avec DdT : plutôt IPA

05/12/2023 :

- 6^e entretien : critiques du questionnaire à revoir
- Remise en question
- Changement du guide d'entretien -> : Moins de questions dans le guide, plus d'ouverture, plus rebondir sur les discussions provoquées

14/12/2023 :

- 7^e entretien : mieux suite aux ajustements du guide

Retranscription/Analyse des entretiens

23/12/2023 : RDV avec le directeur de thèse – annulé

30/01/2024 :

- 8e entretien en présentiel : très bon entretien, médecin intéressée

15/02/2024 : Débrief directeur de thèse, terminer l'analyse, commencer la rédaction et le recrutement du jury.

16/02/2024-30/03/2024 :

- Réalisation des premières ébauches de modèle explicatif, difficultés pratiques pour la réalisation complète sur ordinateur, utilisation du support papier pour gagner du temps et modifier plus efficacement le modèle au fur et à mesure, se replonger dans les analyses d'entretien
- Recrutement du jury
- Date de soutenance fixée le 24 mai
- Poursuite de la rédaction du manuscrit

30/03/2024 :

- Entretien en présentiel avec mon directeur de thèse : relecture et correction du début de manuscrit (intro, méthode)
- Objectifs pour le prochain entretien : refaire 2 entretiens complémentaires, terminer l'analyse, le modèle explicatif et la discussion

30/03/2024-13/03/2024 :

- Corrections apportées
- Fin de recrutement de jury
- 2 entretiens supplémentaires
- Nouvelle réflexion sur le modèle et l'analyse
- Fin de l'analyse + discussion brouillon

13/03/2024 :

- Entretien en présentiel avec CC : 1ere version du manuscrit terminé

➔ 21/04/24 : correction du manuscrit puis renvoi de la version définitive

Annexe n°5 : Traduction française originale des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives réalisées

N°	Objet	Item
Titre et résumé		
S1	Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée /grounded theory) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretien de recherche, focus group).
S2	Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée ; cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions.
Introduction		
S3	Formulation du problème	<ul style="list-style-type: none"> - Description et importance du problème /phénomène étudié. - Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. - Énonciation du problème.
S4	Objectif ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Type d'approche qualitative (ex. ethnographique, théorisation ancrée /grounded theory, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique. - Identifier le paradigme de recherche (ex. post-positiviste, constructiviste /interprétatif) est également recommandé. - Justifications^b.
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications /expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présupposés. - Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité (i.e., l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques).
S7	Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre /terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. - Justifications^b.
S8	Stratégie d'échantillonnage	<ul style="list-style-type: none"> - Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés. - Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon). - Justifications^b.
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains.	<ul style="list-style-type: none"> - Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention de consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments. - Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données.
S10	Méthodes de recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> - Types de données recueillies. - Détails des procédures de collecte de données, incluant le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif (i.e., l'adaptation des outils de recueil lors du processus de va-et-vient entre le terrain et les outils de recueil), la triangulation des sources / méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. - Justifications^b.
S11	Instruments et outils de recueil des données	<ul style="list-style-type: none"> - Description des instruments de recueil (ex. guides d'entretien, questionnaires à questions ouvertes) et des outils utilisés (ex. enregistreurs audio) pour la collecte de données. - Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.
S12	Unités d'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude. - Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats)
S13	Traitement des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités.
S14	Analyse des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités.
S15	Techniques pour améliorer la fiabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. - Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. - Justifications^b.
Résultats		
S16	Synthèse et interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes). - Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.
S17	Liens avec des données empiriques	Éléments appuyant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).

Discussion

S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude	<ul style="list-style-type: none">- Bref résumé des principaux résultats- Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutiennent, élaborent ou réfutent les conclusions de travaux de recherche antérieurs.- Discussion de la portée de la recherche quant à l'application /généralisabilité des résultats.- Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine
-----	--	--

S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats
-----	---------	------------------------------------

Autres

S20	Conflits d'intérêts	<ul style="list-style-type: none">- Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions.- Comment celles-ci ont été gérées.
-----	---------------------	--

S21	Financement	<ul style="list-style-type: none">- Sources de financement et autres soutiens.- Rôle du financeur dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.
-----	-------------	---

Annexe n°6 : Récépissé DPO



RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Influence du vécu du médecin généraliste concernant l'alimentation sur sa pratique
Référence Registre DPO : 2023-045
Responsable scientifique : M. Charles CAUET Interlocuteur (s) : Mme Louise MARTINS

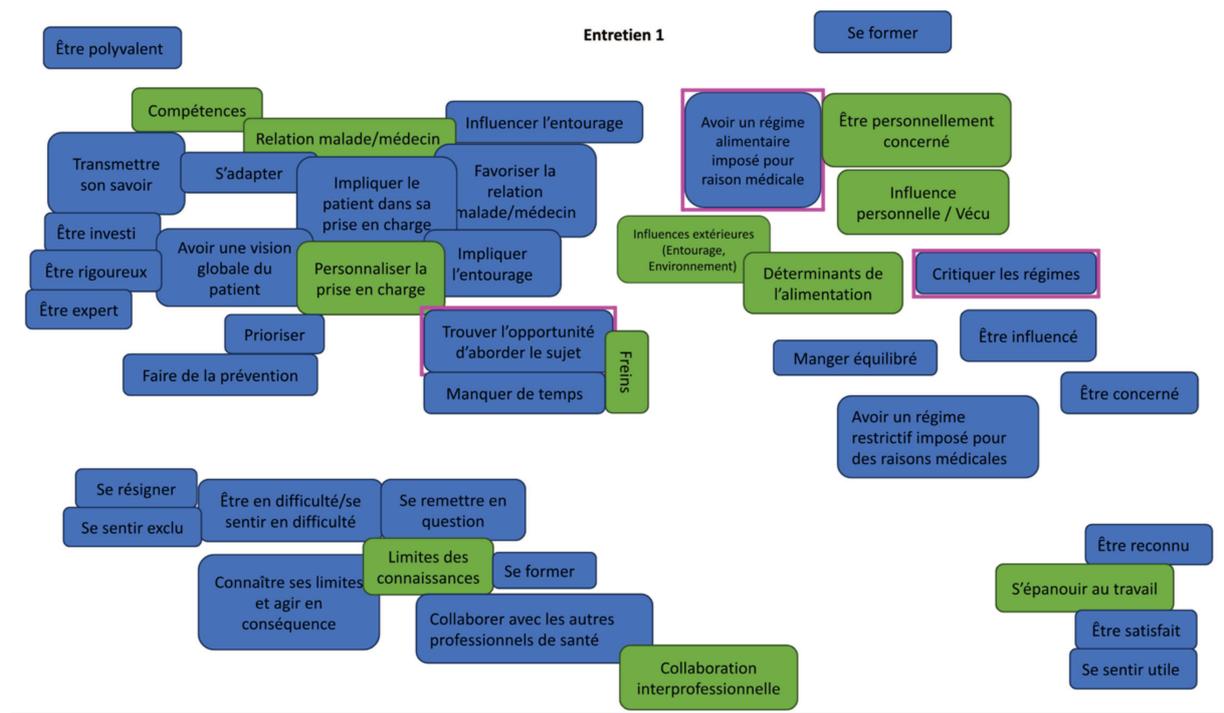
Fait à Lille,

Le 2 mars 2023

Jean-Luc TESSIER

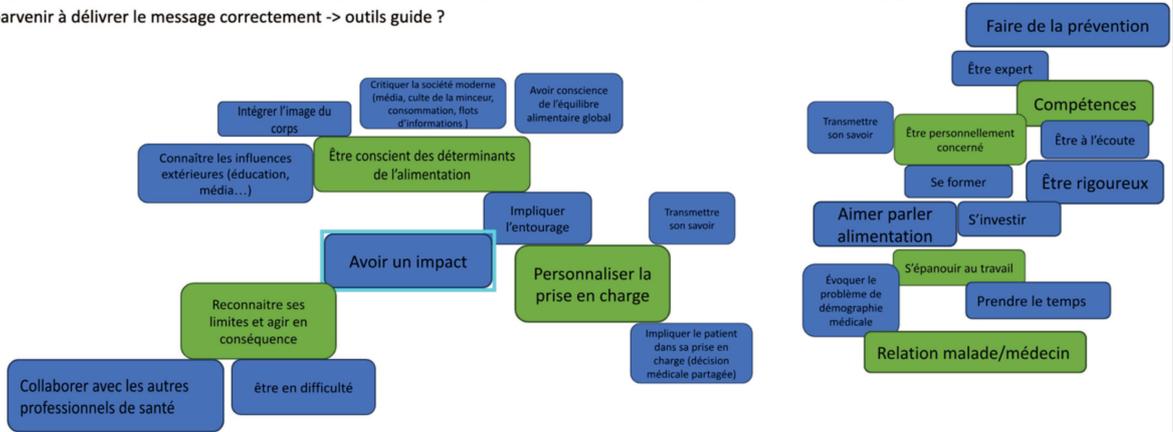
Délégué à la Protection des Données

Annexe n°7 : Réflexion sur les propriétés et catégories conceptuelles par entretiens



Entretien 8

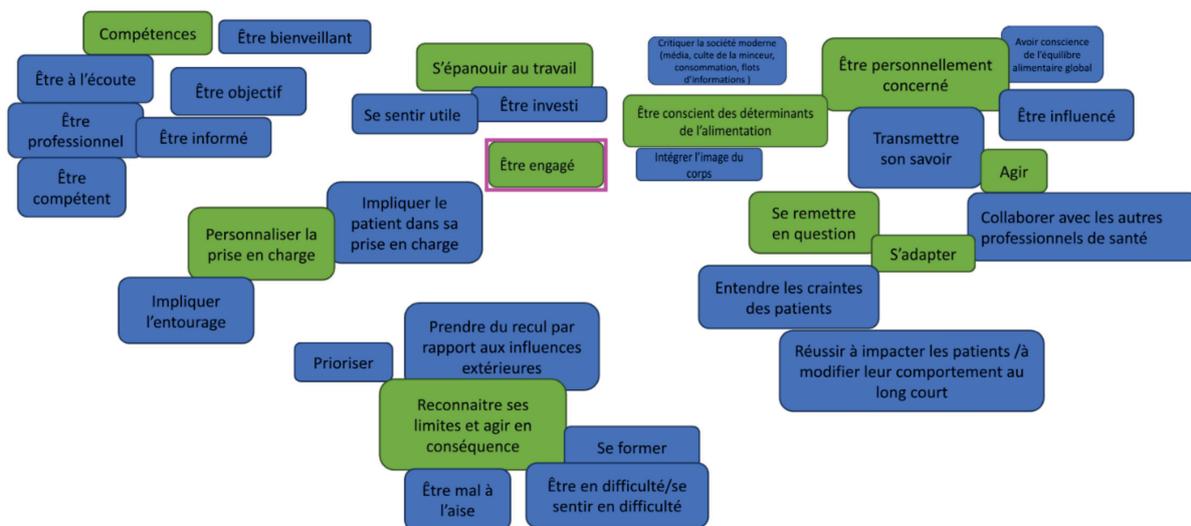
- Femme > 50ans, sportive, importance au quotidien d'une alimentation "équilibrée" et bonne hygiène de vie pour le poids et la santé, image du corps importante mais pas au 1er plan
- Impact réel de notre intervention ? Difficultés pour ne pas se résigner face à certains patients, peur d'avoir l'air dans le jugement ou de ne pas parvenir à délivrer le message correctement -> outils guide ?



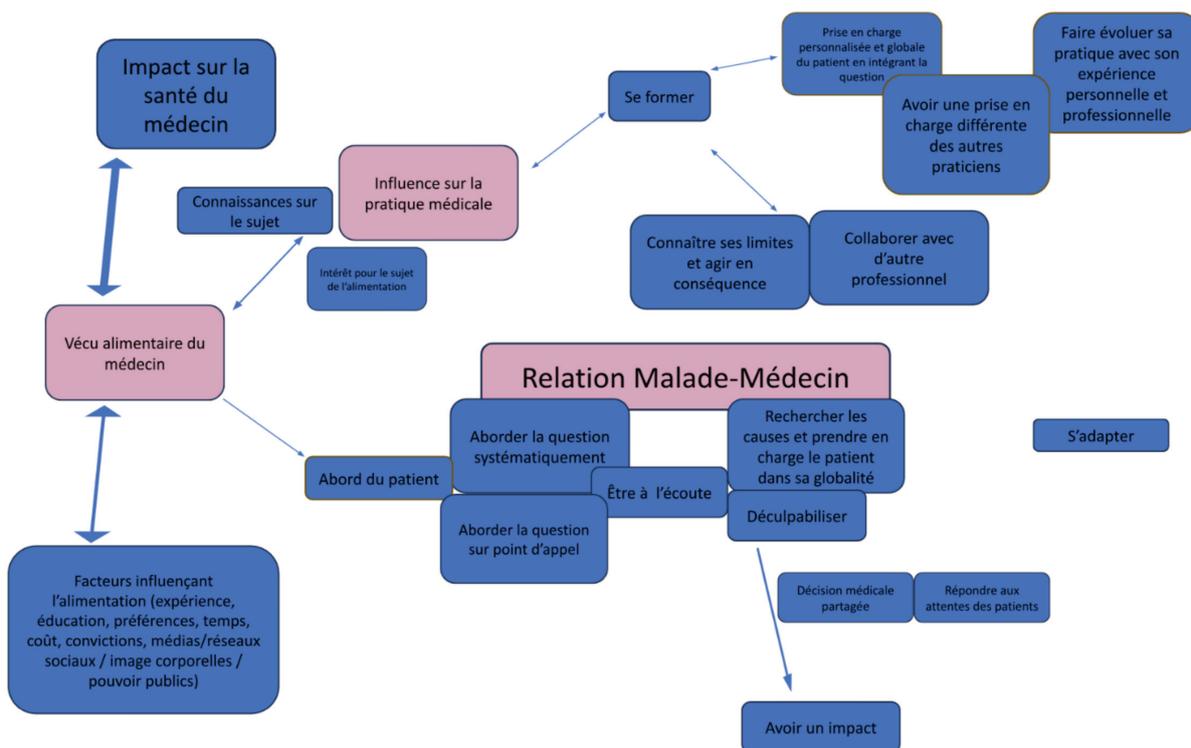
Entretien 9



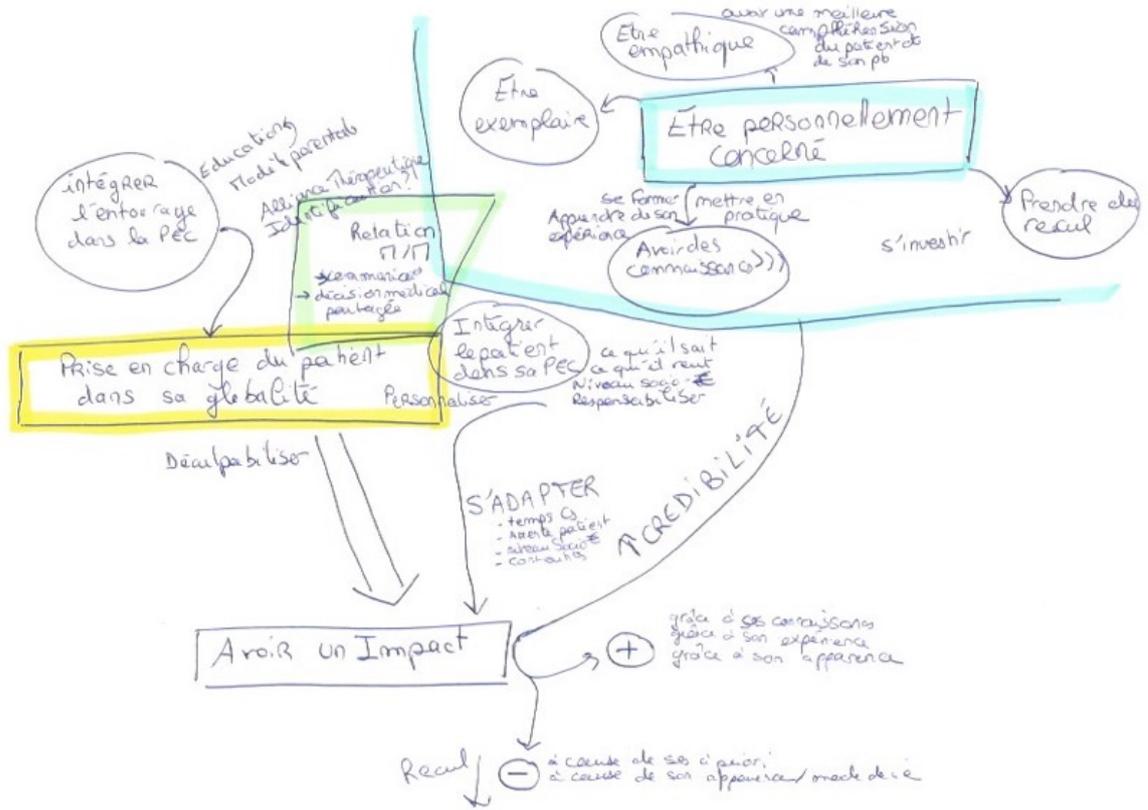
Entretien 10



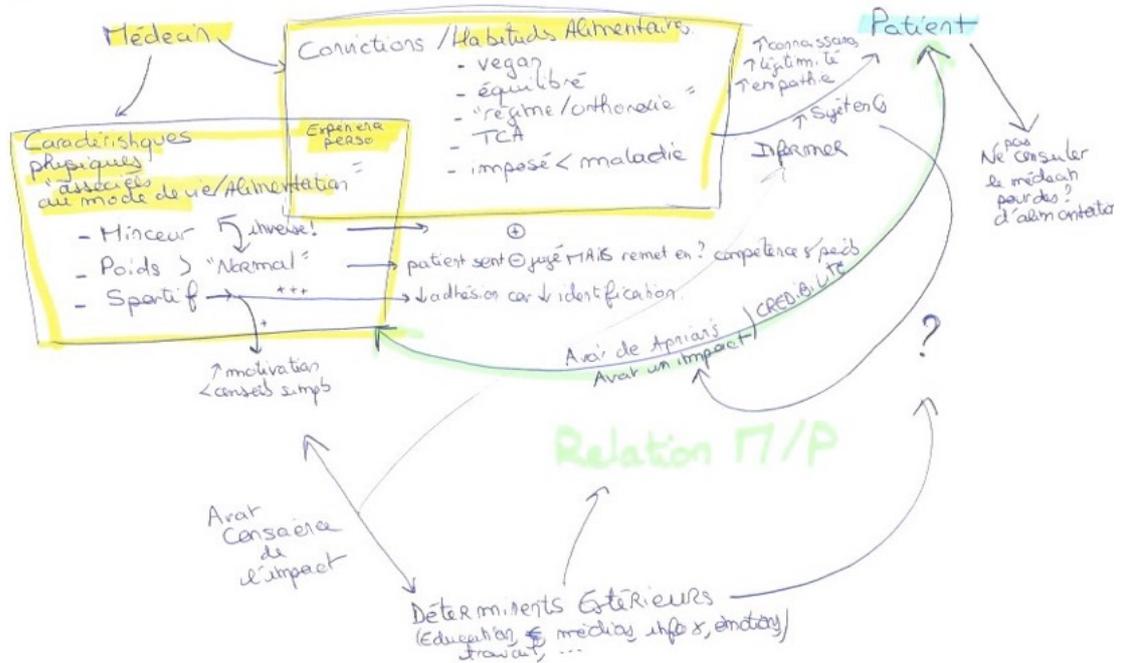
Annexe n°8 : Réflexion sur le modèle explicatif

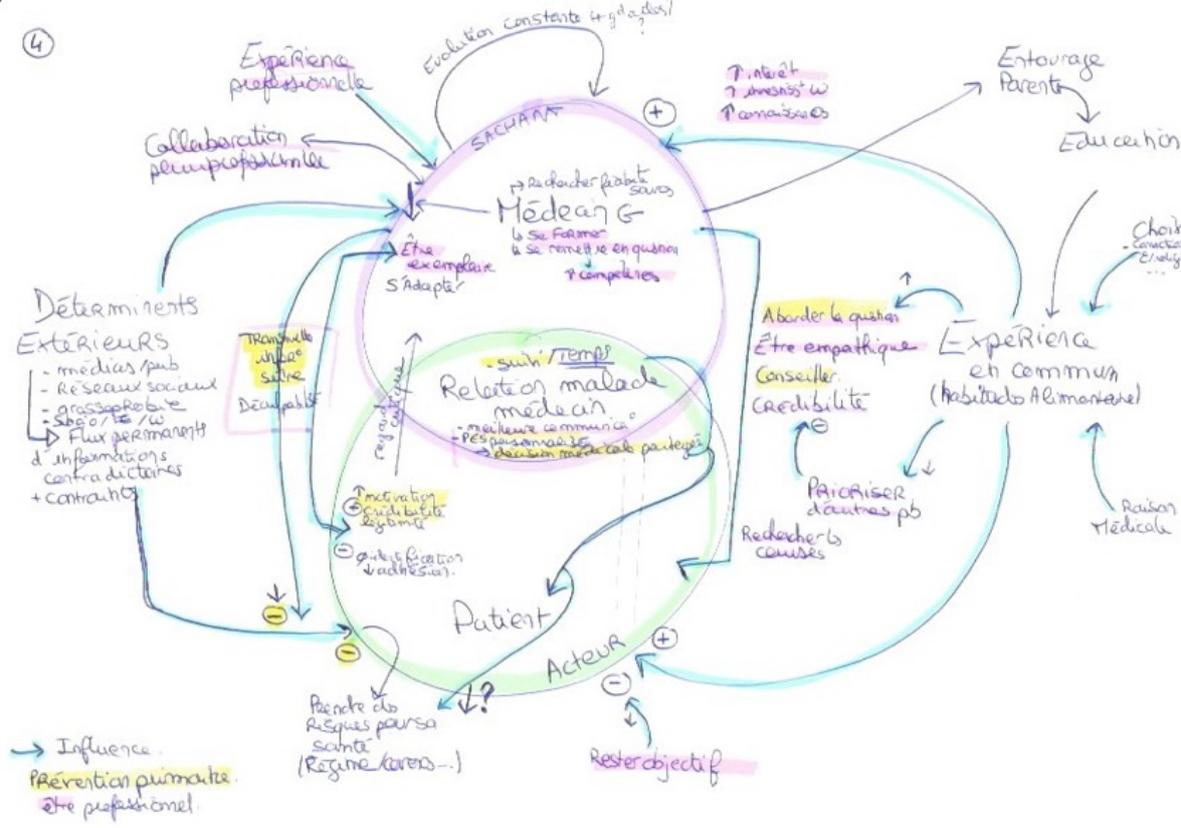
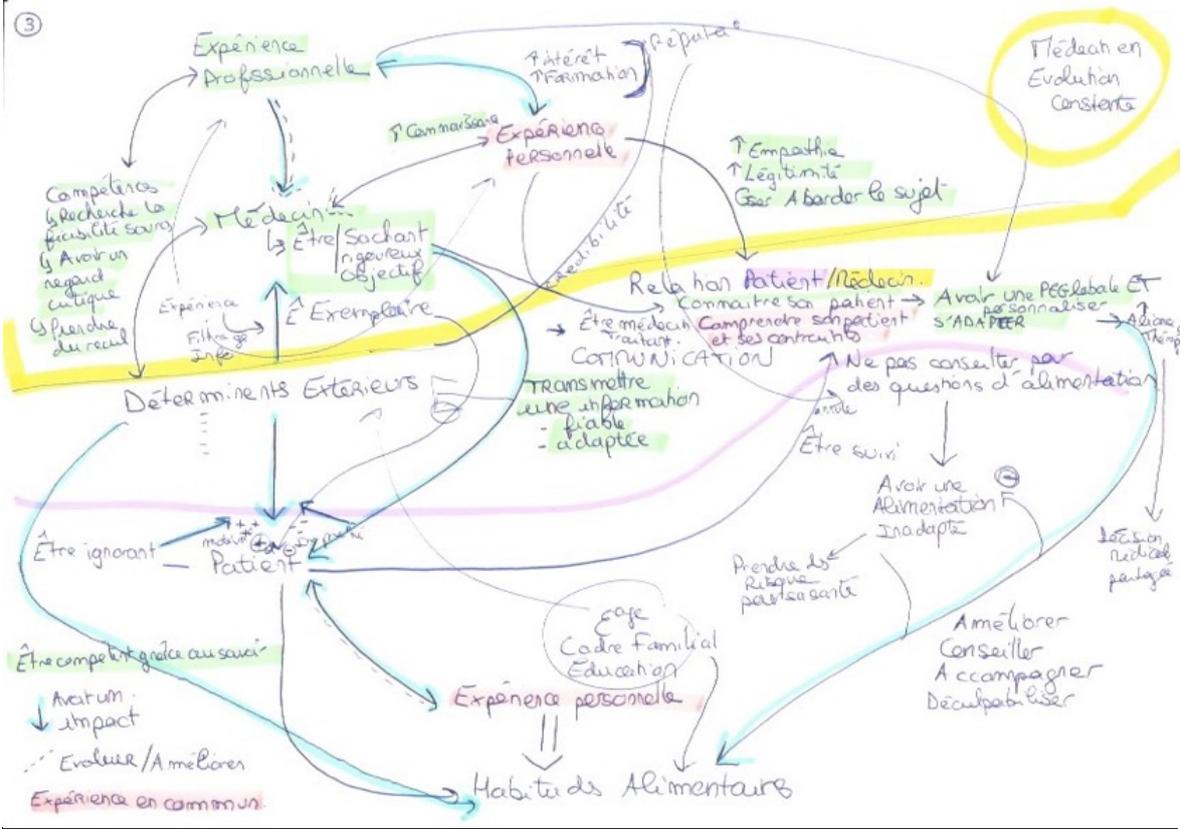


1



2





AUTEUR(E) : Nom : Martins Prénom : Louise

Date de soutenance : Vendredi 24 mai 2024

Titre de la thèse : Influence du vécu du médecin généraliste concernant l'alimentation sur sa pratique

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : alimentation, médecine générale, vécu personnel

Résumé :

Contexte : L'alimentation a des conséquences sur la santé. Elle est influencée par des facteurs sociaux, économiques et culturels qui doivent être compris et intégrés à la prise en soins du médecin. Cette étude a pour but d'évaluer l'impact du vécu alimentaire du médecin généraliste sur sa pratique clinique afin d'améliorer l'impact des interventions nutritionnelles en médecine générale.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France. Une analyse des verbatims inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée avec triangulation des données jusqu'à saturation théorique des données. L'analyse conclut avec un modèle explicatif.

Résultats : Le vécu alimentaire du médecin généraliste est source de connaissances spécifiques. Il permet au médecin d'être plus à l'aise pour aborder le sujet avec ses patients. Grâce à son intérêt pour le sujet et ses recherches personnelles, il gagne en crédibilité et en compétences.

Conclusion : Les résultats montrent l'importance de prendre en compte le vécu alimentaire des médecins généralistes dans la compréhension de leur pratique professionnelle. Une meilleure compréhension de cette dynamique peut contribuer à améliorer la qualité des soins nutritionnels dispensés aux patients et à promouvoir des comportements alimentaires sains.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseur : Madame le Docteur Aurélie DANEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles CAUET

