Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012 N°

Thèse
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Par

LE GOFF Delphine
Née le 16 juillet 1981 à Saint-Brieuc (22)

Présentée et soutenue publiquement le 15 février 2012

CONCEPTION ET REALISATION PAR UNE INTERNE D'UNE FORMATION DE DIETETIQUE A DESTINATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE

Président de Jury : Monsieur le Professeur François MAILLOT
Membres du Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Docteur Jean ROBERT
Monsieur le Docteur Eric DRAHI

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

12 Septembre 2011

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN
Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

10 Bvd Tonnellé-B.P.3223-37032-TOURS CEDEX 1-Tél.02-47-36-60-04-FAX.02-47-36-60-99/1

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire

Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier

10 Bvd Tonnellé-B.P.3223-37032-TOURS CEDEX 1-Tél.02-47-36-60-04-FAX.02-47-36-60-99/4

A Guillaume,
Homme de ma vie, JTA.

A Lucas et N°2,
Vous qui embellissez mes journées et éclairez mes nuits !

A mon grand-père et à son diabète,
Il a compté comme un membre de la famille pendant de nombreuses années.

A mes parents, frère et sœur, beaux-parents,
Je vous aime.

A Eric Drahi,
Maître Jedi, que la force soit avec toi !

A Monsieur le Professeur Maillot,
Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

A Madame le Professeur Lehr-Drylewicz,
Merci d'avoir souligné les difficultés de ce travail et d'y avoir cru.

A Monsieur le Professeur Emmanuel Rusch,
A Monsieur le Docteur Jean Robert,
Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

A tous les internes et à tous les professionnels de santé qui m'ont offert leur temps et leur expérience,
Vous avez rendu ce travail riche et palpitant.

SOMMAIRE

SOMMAIRE 7
1. INTRODUCTION 12
1.1. Une problématique personnelle 13
1.2. L'enseignement en premier et en deuxième cycle en nutrition 13
1.3. Des pathologies liées à l'alimentation prévalentes en France 13
1.4. Quatre pathologies liées à l'alimentation prévalentes en médecine générale 14
1.5. Les données de morbi-mortalité liée à ces pathologies 14
1.6. Une efficacité démontrée des mesures hygiéno-diététiques 15
1.7. L'émergence de stratégies centrées sur le patient 16
1.7.1 L'éducation thérapeutique 17
1.7.2 L'entretien motivationnel 18
1.7.3 L'enseignement en ETP et EM en formation initiale médicale 18
1.8. Les pratiques de médecins généralistes en diététique et en éducation thérapeutique 19
1.8.1 La pratique en diététique 19
1.8.2 La pratique en éducation thérapeutique 20
1.9. Synthèse, hypothèse et question de recherche 20
2. MATERIEL ET METHODE 21
2.1. Contenu scientifique du séminaire 22
2.1.1 Objectifs et attribution des méthodes 22
2.1.2 Description des méthodes 24
2.1.3 Focus-group 31
2.1.4 Questionnaire auprès des structures syndicales et associatives de médecine générale 32
2.2. Pédagogie 36
2.2.1 Analyse de la littérature 37
2.2.2 Construction du programme 39
3. RESULTATS 45
3.1. Les principes théoriques concernant l'hypertension, les dyslipidémies, le diabète de type 2, l'obésité et l'éducation thérapeutique 46
3.1.1 Les recommandations des autorités publiques sanitaires françaises : ANAES, HAS, AFSAPPS 46
3.1.2 L'apport des revues de la littérature de la Cochrane 54
3.1.3 L'apport de la recherche documentaire sur Pubmed 56
3.1.4 Les recommandations étrangères, des arguments de mise en œuvre 58
3.2. Les outils utilisables en consultation de médecine générale 64
3.2.1 "Consultation diététique réalisée par un diététicien": 64
3.2.2 Les outils de l'ANAES 65
3.2.3 Les recommandations au grand public 65
3.3. La pratique des médecins généralistes 68
3.3.1 La pratique de la diététique et ses freins en médecine générale 68

3.3.2 La pratique de l'éducation thérapeutique et de l'entretien motivationnel en médecine générale 70
3.4. La formation initiale 71
3.4.1 La formation initiale des internes en ETP/EM 71
3.4.2 La formation initiale en diététique et nutrition 73
3.5. Les données des sciences sociales 76
3.5.1 L'alimentation des français 76
3.5.2 Comment apprend-on à manger ? 78
3.5.3 Les représentations 78
3.5.4 La restriction cognitive 79
3.6. Analyse des Focus-groups 80
3.6.1 Caractéristiques des interviewés 80
3.6.2 La formation initiale en premier et deuxième cycle : une absence d'apprentissage par programme structuré 81
3.6.3 La diététique, une pratique des étudiants 85
3.6.4 Le recours aux autres professionnels de santé : A qui les étudiants adressent-ils leurs patients ? 92
3.6.5 Population-cible : Quels sont les patients à qui les internes proposent une prise en charge diététique ? 99
3.6.6 Organisation temporelle : La place de la diététique dans le planning de consultations 104
3.6.7 Freins exprimés à la pratique de la diététique 106
3.6.8 Les outils utilisés en consultation de diététique par les internes 117
3.6.9 Les attitudes de Porter : attitudes de communication retrouvées en consultation de diététique chez les internes 120
3.6.10 L'efficacité perçue des internes dans la prise en charge diététique 123
3.6.11 Quelle serait la formation à la faculté idéale ? 126
3.6.12 Synthèse des résultats et pistes de recherche 127
3.7. Questionnaire auprès des structures syndicales et associatives de médecine générale 128
3.7.1 En 2010, quelle formation en diététique ou en nutrition en premier et deuxième cycle ? 129
3.7.2 En 2010, quelle formation en ETP en premier et en deuxième cycle ? 129
3.8. Entretiens semi-dirigés auprès de professionnels de santé en activité 129
3.8.1 La formation en diététique et en nutrition des différents professionnels 130
3.8.2 Typologie des patients reçus par les professionnels interrogés 132
3.8.3 Les patients qu'un médecin généraliste devrait adresser à des professionnels spécialisés en diététique et nutrition 133
3.8.4 Durée, coût et remboursement des consultations 134
3.8.5 Le déroulement d'une première consultation et des consultations ultérieures ... 135
3.8.6 L'utilisation d'outils diététiques en consultation par les professionnels de santé rencontrés 142

3.8.7 Les pratiques des professionnels transposables à l'exercice en médecine générale 146
3.8.8 Le réseau des professionnels de santé spécialisés en diététique et nutrition..... 148
3.8.9 La définition du "régime" et les représentations qui y sont liées..... 149
3.8.10 La communication des professionnels à destination du médecin généraliste 150
3.8.11 L'analyse du semainier..... 151
3.8.12 Les principales erreurs des patients en diététique 152
3.8.13 Les principales erreurs des médecins généralistes 153
3.8.14 Les spécificités de chaque intervenant 154
3.8.15 Réponses à des questions de détail issues des focus-groups 155
3.8.16 Les notions mises en relief par les intervenants en dehors de la trame d'entretien 156
3.9. Pédagogie 157
3.9.1 Analyse de la littérature..... 157
3.9.2 Construction du programme..... 157
3.10. Evaluation du séminaire 167
3.10.1 Evaluation immédiate séminaire « Diététique » du 12 avril 2011 167
3.10.2 Evaluation à 6 mois par questionnaire Google document..... 171
4. DISCUSSION 177
4.1. Forces et limites méthodologiques..... 178
4.1.1 Les étapes préalables à la création du séminaire..... 178
4.1.2 Une autre thèse d'exercice aboutissant à la création d'une formation en troisième cycle 190
4.1.3 La subjectivité du contenu et le problème de la reproductibilité 191
4.1.4 Faire le lien avec les autres enseignements..... 194
4.1.5 La juste place du médecin généraliste dans la prise en charge diététique..... 194
4.1.6 Les notions d'expertise et d'animation en formation..... 197
4.1.7 La création d'une formation à destination des internes, une action de DPC ?... 198
4.1.8 Une nouvelle réalisation avec des améliorations du programme :..... 198
5. CONCLUSION..... 200
5.1. Une formation jugée utile par les internes 201
5.2. La possibilité pour une interne de créer et réaliser un séminaire de diététique à l'attention de ses condisciples 201
6. BIBLIOGRAPHIE..... 203
7. ANNEXES 211
ANNEXE 1 : Tableaux des résultats de l'enquête par questionnaire auprès des structures syndicales et associatives de médecine générale 212
ANNEXE 2 : Niveaux de preuve scientifique des recommandations françaises et britanniques: 214
ANNEXE 3 : Outils issus de la recommandation ADLF-HAS « Consultation de diététique réalisée par un diététicien », annexes 1 à 3 de la recommandation. 215

ANNEXE 4 : Outils issus de la recommandation 2000 de l'ANAES : « Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications » 221
ANNEXE 5 : Outils du séminaire : Scénario 225
ANNEXE 6 : Recueil alimentaire de Mme B. 244
ANNEXE 7 : Les présentations projetées lors du séminaire : 247
ANNEXE 8 : Bibliographie fournie aux internes lors du séminaire : 266
ANNEXE 9 : Tableaux automatiques de l'évaluation à distance 267
ANNEXE 10 : Verbatim Evaluation immédiate 269
ANNEXE 11 : Verbatim Focus-groups 271
ANNEXE 12 : entretiens avec les professionnels de santé 299
8. ABREVIATIONS 336

1. INTRODUCTION

1.1. Une problématique personnelle

J'ai pu réaliser deux stages ambulatoires en médecine générale du mois de novembre 2008 au mois de décembre 2009. Lors des consultations que j'ai effectuées en autonomie, je me suis retrouvée en difficulté lorsque j'identifiais la nécessité d'une prise en charge diététique. J'avais du mal à aborder le sujet avec le patient. Lorsque j'avais réussi à l'initier, ma pratique me semblait incertaine et inconfortable. J'ai été amenée à lister ce qui me posait problème :

- Mon patient va-t-il le faire ?
- Comment dois-je aborder cette question avec le patient ?
- Mes conseils sont-ils valides sur le plan scientifique ?
- Mes conseils sont-ils pertinents par rapport aux besoins du patient ? Vont-ils avoir un impact positif sur sa santé ?
- Mes conseils ont-ils été perçus positivement par le patient, ont-ils été jugés intrusifs ?
- Mes conseils sont-ils réalisables ?
- Mon patient va-t-il le faire ?

Suite à ces interrogations, alors que ma formation initiale était sur le point de s'achever et que je ne me sentais pas compétente, notamment sur ce sujet, je me suis demandé d'où venait ce besoin ressenti et comment je pouvais le combler.

1.2. L'enseignement en premier et en deuxième cycle en nutrition

Le programme de la formation en premier et en deuxième cycle de médecine fait l'objet d'une publication au Journal Officiel (1). Il recense la totalité des savoirs et compétences qui doivent être acquis par les étudiants en médecine au jour du passage de l'examen national classant (ENC). En 2006, il liste 23 items relevant de la diététique et de la nutrition, abordant des situations physiologiques (grossesse, alimentation du sujet normal…) et des situations pathologiques (maladies cardiovasculaires, carences…). Le volume horaire accordé à chacun des items de l'ENC est laissé au libre choix des facultés. Il existe également un référentiel national publié par le collège des enseignants en nutrition qui fait l'état de l'enseignement sur ces questions (2). Certains de ces items sont aussi abordés de façon transversale par d'autres spécialités (comme la prise en charge diététique en cardiologie). Les internes débutent donc leur troisième cycle avec des connaissances théoriques concernant la prise en charge diététique de leurs patients.

1.3. Des pathologies liées à l'alimentation prévalentes en France

De nombreuses pathologies, prévalentes dans la population française, ont un lien avec l'alimentation :

- Obésité et surpoids : en 2006, près de 14 millions de Français sont en surpoids (IMC entre 25 et 30) et 5,9 millions sont obèses (IMC supérieur à 30), soit 13,1% d'obèses chez les adultes de plus de 18 ans (3).
- Diabète : en 2007, le nombre de patients diabétiques traités est de 2,5 millions de personnes, soit 3,95% de la population française (4).
- Dyslipidémie : en 2000, on estime à partir des différentes études réalisées en France, que 2 millions de personnes ont une cholestérolémie supérieure à 3 g/L et 10 millions une cholestérolémie comprise entre 2,5g /Let 3g/L (5).
- Hypertension artérielle : en 1997, 8 millions de personnes dans la tranche d'âge des 35-64 ans, soit 40% des individus de cette tranche d'âge sont atteints d'hypertension artérielle, par extrapolation des études disponibles (6).
- Insuffisance cardiaque : en 2005, la prévalence de l'insuffisance cardiaque est estimée à 2,19% de la population générale française (7), ou 500 000 patients en 1998 selon une autre étude (8).
- Dénutrition de la personne âgée : en 2009, elle concerne 400 000 personnes de plus de 65 ans vivant à leur domicile et 20 à 30% des personnes de plus de 65 ans dépendantes (population totale des sujets âgés dépendants non chiffrée) (9).

1.4. Quatre pathologies liées à l'alimentation prévalentes en médecine générale

En 1993, la Société Française de Médecine Générale (SFMG) crée un réseau de médecins utilisant un dossier médical informatisé structuré. De ce réseau, naît l'observatoire de médecine générale. Celui-ci recueille en temps réel les résultats de consultation de 125 médecins généralistes informatisés qui codent leurs données à partir d'un thésaurus de diagnostics standardisés. L'observatoire met à disposition sur son site internet plusieurs synthèses des éléments recueillis par les médecins investigateurs. On retrouve les 50 diagnostics les plus fréquents par actes pour l'année 2009 (10). Dans ces 50 diagnostics, on retrouve quatre pathologies liées à l'alimentation :

- Hypertension artérielle : elle occupe la 1è position, soient 27 846 actes ou 14,08% du nombre total d'actes réalisés par an.
- Hyperlipidémie : en 3è position avec 15 725 actes, soit 7,95%.
- Diabète de type 2 : en 9è position avec 8 360 actes, soit 4,22%.
- Obésité : en 43è position avec 2 651 actes, soit 1,33%.

Dans un objectif de faisabilité, je limiterai mes recherches concernant la prise en charge diététique en médecine générale à ces quatre pathologies chez l'adulte : hypertension artérielle essentielle, hyperlipidémie, diabète de type 2 et obésité.

1.5. Les données de morbi-mortalité liée à ces pathologies

Hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète de type 2 et obésité sont notamment des facteurs de risque cardiovasculaire. Les données de la base nationale des causes médicales de

décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CépiDc) permettent une estimation de la mortalité cardiovasculaire en France. En 2008, on a compté en France 543.139 décès dont 27,5% dues à des maladies de l'appareil circulatoire, soit environ 150.000 décès.

Les recommandations des différentes autorités publiques françaises (HAS, ANAES, AFSSAPS…) (11), (12), (13), (14), apportent des arguments épidémiologiques de morbidité motivant une prise en charge de ces différentes pathologies :

- Hypertension artérielle : la cohorte Framingham (15) a permis de mettre en évidence dans la population américaine une augmentation du risque cardiovasculaire, d'une pression artérielle « optimale » (inférieure à 120/80 mmHg, risque relatif à 1) aux pressions supérieures. Pour les patients ayant une pression artérielle normale haute (130-139/85-89 mmHg), le risque relatif est de 2.5 chez les femmes (95 % IC : 1,6 à 4,1) et 1,6 (95 % IC : 1,1 à 2,2) chez les hommes.

- Dyslipidémie : citant les études de Framingham (population américaine) (15), PROCAM (population allemande) (16), l'étude Prospective parisienne (groupe professionnel français) (17) et l'étude américaine MRFIT (18), l'AFSSAPS décrit une augmentation proportionnelle du risque cardiovasculaire à l'hypercholestérolémie (non chiffrée).

- Diabète de type 2 : le risque de complications cardiovasculaires pour un patient diabétique est multiplié par un facteur 2 à 3, plus encore pour la femme diabétique. Le diabète de type 2 est la première cause de mise en dialyse en France. Le risque d'amputation de membre inférieur est multiplié par 10 par rapport aux non-diabétiques. Les complications oculaires liées au diabète sont une des premières causes de cécité en France.

- Obésité : elle est un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 mais aussi pour certains cancers (notamment pancréas, côlon, rectum, cancer du sein en post-ménopause, endomètre, rein). Elle augmente le risque de développer de l'arthrose, des lithiases vésiculaires, un reflux gastro-œsophagien, une hépatopathie non alcoolique. Elle augmente le risque d'asthme et de troubles respiratoires du sommeil et encore de dépression, maladie rénale, incontinence urinaire, troubles de la reproduction. Il existe un lien particulier entre mortalité toutes causes et corpulence, qui peut s'exprimer sous forme d'une courbe en forme de J : la mortalité est augmentée pour un IMC < 18,5 mais surtout ≥ 30.

1.6. Une efficacité démontrée des mesures hygiéno-diététiques

Des données de niveau de preuve scientifique élevé existent quant à l'efficacité des mesures hygiéno-diététiques :

- Hypertension artérielle : un régime pauvre en sel, associé à un régime de type DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ou à un régime méditerranéen diminue les chiffres tensionnels (19).

- Dyslipidémie : un régime limitant l'apport en graisses saturées et riche en graisses insaturées permet d'améliorer le profil lipidique (19).

- Diabète de type 2 : une perte de poids peut prévenir l'apparition d'un diabète de type 2. La consommation d'aliments à faible indice glycémique améliore les taux d'hémoglobine glyquée. L'activité physique régulière et modérée permet de diminuer les taux d'hémoglobine glyquée (19)(20).

- Obésité : La perte de poids chez les patients en surpoids ou obèses diabétiques améliore le contrôle de leurs glycémies et réduit leur risque cardiovasculaire (19). L'activité physique des patients obèses, même sans perte de poids, est bénéfique en termes de risque cardiovasculaire (21).

1.7. L'émergence de stratégies centrées sur le patient

Jusqu'à la première moitié du XXe siècle, la pratique médicale a été centrée autour de la résolution des pathologies aigues. Les progrès scientifiques (asepsie et chirurgie, découverte des antibiotiques…) ont permis la guérison d'un nombre croissant de patients. Ceci a profondément modelé l'exercice médical, centré autour de la performance du médecin dans la gestion de crise. La deuxième moitié du XXe siècle a vu l'émergence puis l'explosion des maladies chroniques. Au modèle « classique » et court d'une succession diagnostic/prescription/guérison, est venu s'opposer un nouveau modèle associant diagnostic/prescription à vie/pas de guérison. Cette chronicité a fait émerger de nouvelles problématiques (observance, compliance…) dans la relation de soins, face auxquelles le modèle biomédical se trouve en échec.

Parallèlement à ce changement de paradigme dans le monde médical, de nombreuses recherches en psychologie, pédagogie, anthropologie, apportent un éclairage sur les difficultés rencontrées par les soignants. Les recherches en anthropologie mettent en évidence l'importance des représentations de l'individu dans sa construction personnelle, son fonctionnement et sa relation aux autres. Carl Rogers étudie la qualité de la relation aidant-aidé et définit une attitude du soignant basée sur l'empathie, l'authenticité et le non-jugement. Elias Porter étudie les attitudes de communication : il met en évidence 6 attitudes principales spontanées en communication, qui peuvent être aidantes ou contre-productives dans la relation. Rollnick et Miller mettent en avant la motivation du patient comme moteur du changement (22).

L'apport des sciences humaines ouvre le cadre de la relation de soins. Le patient est plus que la somme de ses organes, il est aussi le siège d'émotions, constructions, comportements et interactions avec son environnement qui sont autant de façons de l'aborder. De même, la relation médecin-patient est la mise en communication de deux individus porteurs d'une subjectivité.

Ces théories permettent le développement de nouvelles stratégies dans la prise en charge des maladies chroniques. En 1972, Leona Miller démontre pour la première fois l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique auprès de patients défavorisés diabétiques sous

insuline. Rollnick et Miller créent l'entretien motivationnel qui trouve initialement des applications dans le champ des addictions.

Selon les pays et leurs différences culturelles, différentes options se mettent en place. Le Disease-Management (DM) aux Etats-Unis utilise des techniques de coaching visant à renforcer les changements de comportement (une application française de DM est la plate-forme téléphonique Sophia pour les diabétiques de type 2). L'entretien motivationnel est évalué dans la prise en charge des maladies chroniques. Dans les pays européens francophones se développe l'éducation thérapeutique dont les buts sont de promouvoir l'autonomie et les compétences du patient face à sa maladie.

1.7.1 L'éducation thérapeutique

L'OMS Europe a émis en 1996 des recommandations pour l'élaboration de programmes d'éducation dans le cadre des maladies chroniques : elles concernent plus de quarante pathologies, dont l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'obésité (23).

Elle donne à cette occasion une définition de l'éducation thérapeutique (ETP) traduite en 1998 : « L'éducation thérapeutique a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. »

Les programmes d'éducation thérapeutique ont été, jusque dans les années 2000, le fruit d'initiatives locales non coordonnées au niveau national, de financements divers et réalisés par les réseaux, les hôpitaux, ou les soignants de premier recours. En 2007, paraît une publication de la HAS sur l'évaluation médico-économique de l'éducation thérapeutique dans le champ de maladies chroniques en France (asthme, diabète, maladies cardiovasculaires) (24). La même année, elle publie en collaboration avec l'INPES un guide méthodologique concernant la conception, la réalisation et l'évaluation de programmes d'ETP (25). En 2008, paraît un rapport présenté par Mr Saout visant à définir les conditions de la généralisation de l'ETP en France (26). Il présente 24 propositions qui traitent de l'organisation, des financements, de la formation initiale. En 2009, le rapport du Haut Conseil de la santé publique rappelle le rôle nécessaire du médecin traitant dans la mise en place de l'ETP et prône une organisation centrée sur les soins de premier recours (27). En 2010, le rapport de Mr Jacquat (28) fait suite à la promulgation de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) et rappelle la place du médecin traitant dans la mise en place et la réalisation de l'éducation thérapeutique.

A l'issue de la lecture de ces guides et rapports, il apparaît que l'ETP est pour les autorités publiques une pratique efficace, principalement hospitalière, peu mise en œuvre par les médecins mais plus par les personnels paramédicaux. Son existence en soins primaires et en médecine générale est peu décrite et mal identifiée par certaines instances. Pourtant, les

médecins généralistes se déclarent prêts à la réaliser. De plus, les médecins sont les soignants de premier recours dans le système de santé français. Ils sont donc en position idéale pour proposer ou initier une prise en charge éducative auprès de leurs patients (29).

1.7.2 L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) a été développé dans les années 1990 par deux psychologues, William R. Miller et Stephen Rollnick. C'est une méthode de communication centrée sur le client, initialement développée dans le champ des addictions, qui a pour but d'aider le client à modifier un comportement qui lui pose problème. Elle est basée sur trois principes : la collaboration (communication sur mode de partenariat), l'évocation (trouver la motivation intrinsèque au changement), l'autonomie (responsabilité du changement laissée à la personne). Elle part d'un préalable qui est que la personne a déjà en elle les ressources, connaissances et compétences pour changer. L'intervenant a pour rôle de mettre en lumière le raisonnement du patient pour l'aider à changer.

Il trouve des applications auprès des travailleurs sociaux mais aussi du personnel médical et paramédical. Il a bénéficié de publications démontrant son efficacité dans le champ des maladies chroniques, maladies cardiovasculaires(30), mais aussi dans la perte de poids des patients obèses (31).
L'entretien motivationnel est une méthode qui présente des points conceptuels communs avec l'éducation thérapeutique : il respecte l'autonomie de la personne tout en l'aidant à travailler sur sa motivation et son ambivalence. A la différence de l'éducation thérapeutique, il ne comprend pas de temps pédagogique permettant l'apport de nouvelles connaissances et compétences. C'est donc une méthode qui peut s'intégrer à l'ETP.

La littérature anglo-saxonne décrit principalement des expériences autour de l'entretien motivationnel ou des expériences de disease-management, au détriment de l'éducation thérapeutique. Peut-être faut-il y voir des différences culturelles entre pays, les conceptions autour des comportements étant sensiblement différentes entre pays anglo-saxons et latins : les uns privilégiant une conception behavioriste (l'individu est une somme de comportements déterminés par l'association de stimuli extérieurs et intérieurs), les autres étant influencés par les théories constructivistes (l'individu agit d'après sa propre construction du monde : il agit en fonction de ses expériences passées, de ce qu'il en a retenu et de la situation à laquelle il fait face).

1.7.3 L'enseignement en ETP et EM en formation initiale médicale

L'INPES a réalisé en 2005 une enquête afin de faire l'état des lieux de la formation initiale de 10 professions de santé en ETP(32). Sur les 41 facultés de médecine enquêtées, 19 ont répondu à l'enquête et 10 facultés avaient mis en place un enseignement en ETP. Les volumes horaires déclarés pour cet enseignement s'étalaient de 11 à 100h, pour une moyenne à 80 heures. En comparaison, la moyenne horaire pour l'enseignement des diététiciennes était de 150 heures.

Les notions d'éducation abordées étaient la relation soignant-soigné, l'adhésion thérapeutique, la psychologie du soignant. Les freins déclarés pour les facultés ne réalisant pas d'enseignement en ETP étaient l'existence d'emploi du temps surchargé, l'absence de moyens, l'absence de mention spécifique dans les programmes officiels.

En 2007, le programme des premiers et deuxième cycle des études médicales a été modifié (publication au Journal Officiel, bulletin n°23 du 07/06/2007) (33). Il comprend alors 345 items, répartis en 3 parties. La première partie comprend 11 modules transdisciplinaires. Le premier module, nommé apprentissage de l'exercice médical comprend comme premier objectif terminal :

- La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale.
    - Expliquer les bases de la communication avec le malade
    - Etablir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs
    - Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès
    - Elaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, ses croyances

Il existe peu de publications sur l'enseignement de l'EM et de l'ETP en formation initiale médicale. Pourtant, certaines études montrent que des enseignements en entretien motivationnel de quelques dizaines d'heures aux étudiants :

- Améliorent leur sentiment d'efficacité dans la prise en charge (34) (35).
- Améliorent leurs compétences en communication (34) (35).
- Sont efficaces (36).

1.8. Les pratiques de médecins généralistes en diététique et en éducation thérapeutique

1.8.1 La pratique en diététique

Selon deux enquêtes déclaratives, l'une auprès de médecins généralistes exerçant en région PACA concernant l'obésité (37), et l'autre auprès de médecins généralistes exerçant en Rhône-Alpes concernant l'éducation nutritionnelle (38), les médecins généralistes estiment que la prise en charge diététique fait partie de leur domaine de soins, en tant qu'activité de prévention.

Quand ils la réalisent, ils émettent principalement des conseils, remettent des documents écrits. Ils jugent que l'absence de motivation du patient est le principal obstacle à la prise en charge. Dans le cadre de l'obésité, ils se sentent inefficaces. Quand ils ne la réalisent pas, les patients qui n'en bénéficient pas ne sont pas pour autant orientés vers d'autres professionnels.

Les médecins sont principalement en attente d'outils, de fiches-conseils à remettre. L'INPES a créé de tels outils à l'occasion du Plan National Nutrition Santé, mais ils ne sont pas bien connus des médecins généralistes.

1.8.2 La pratique en éducation thérapeutique

Les médecins connaissent mal les concepts liés à l'ETP et les expériences individuelles en ambulatoire ne sont pas décrites. Une enquête déclarative a démontré que certains médecins pensaient faire de l'ETP en consultation alors qu'ils transmettaient de l'information à leur patients (39). Une enquête déclarative en juin 2009 auprès de 1900 médecins généralistes montre que la majorité des médecins est motivée pour réaliser de l'ETP en ambulatoire (40). Des études ont démontré que l'ETP était réalisable en médecine générale (36) (42).

1.9. Synthèse, hypothèse et question de recherche

L'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le diabète de type 2 et l'obésité sont des pathologies liées à l'alimentation. Elles sont fréquemment retrouvées en consultation de médecine générale. La prise en charge diététique pour ces pathologies a fait preuve de son efficacité. De plus, les stratégies centrés sur la personne améliorent la prise en charge de ces pathologies pour les patients, pour les soignants et sont recommandées par les autorités publiques. Les pratiques actuelles des médecins ne sont pas en adéquation avec cet état des lieux.

Ce bilan m'a permis d'élaborer une hypothèse de recherche et une question de recherche.

Hypothèse : A l'issue de leur formation initiale en deuxième cycle, les internes en médecine générale sont en échec par rapport à la prise en charge diététique de leurs patients. Il existe des méthodes et des moyens permettant de réaliser ce type de consultation d'une façon efficace.

Question de recherche : Comment une interne peut-elle concevoir et réaliser une formation de diététique en troisième cycle en médecine générale, afin que les internes, utilisant des concepts pertinents et évalués, puissent réaliser une consultation de diététique efficace et confortable pour eux et pour leurs patients dans les principales pathologies chroniques rencontrées en médecine générale nécessitant une intervention diététique ?

2. MATERIEL ET METHODE

L'objet de ce travail de thèse était la création et la réalisation du séminaire de diététique. Les méthodes et moyens employés ont été organisés autour des deux axes : le contenu scientifique du séminaire et la pédagogie. Cette élaboration a nécessité la programmation d'approches qualitatives successives produisant des résultats intermédiaires. Ces résultats ont ensuite été triangulés pour valider la pertinence des choix de formation et la cohérence de la production par rapport aux attentes et besoins des internes.

L'évaluation du travail correspond à l'évaluation du séminaire, immédiate et à distance, en utilisant comme critères de jugement la satisfaction des internes et la modification de leur pratique en diététique.

2.1. Contenu scientifique du séminaire

2.1.1 Objectifs et attribution des méthodes

Les méthodes et moyens employés avaient pour but de faire l'état des lieux des connaissances et des pratiques concernant la diététique, l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel.

La recherche a été structurée en 6 domaines :

- Formation initiale
- Alimentation normale
- Education thérapeutique, entretien motivationnel
- Pathologies considérées : obésité, dyslipidémie, hypertension artérielle, diabète de type 2
- Questionnement éthique
- Prise en charge diététique

Chacun de ces domaines a été divisé en questions jusqu'à l'obtention de questionnements élémentaires accessibles soit à une recherche documentaire soit à une approche qualitative plus adaptée.

Cette structuration de la recherche est représentée par la carte heuristique suivante (figure 1) :

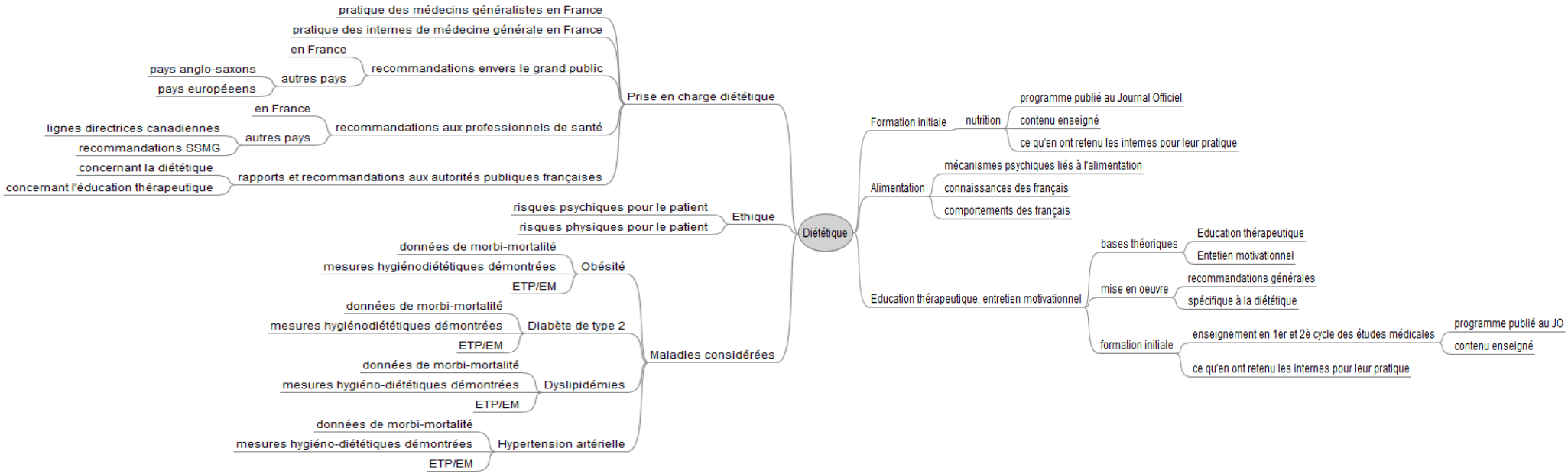


Figure 1 : Carte heuristique présentant les axes de recherche

L'analyse de la littérature a été associée à trois approches qualitatives pour répondre aux différentes questions :

- La recherche documentaire a dû répondre aux questions suivantes : que sait-on de la pratique de la diététique par les médecins généralistes en activité ? Quels sont les problèmes identifiés en diététique pour les quatre pathologies considérées et quelles sont les solutions validées pour y répondre ? Quels sont les problèmes rencontrés par les médecins généralistes en diététique et quelles sont les solutions validées pour y répondre? La formation initiale des médecins est-elle adaptée à cet état des lieux ? Quel est le programme des futurs internes en diététique et en ETP et en EM ?
- Une enquête qualitative par focus-group, auprès d'internes en médecine générale de la faculté de Tours, a eu pour but d'explorer leurs actions, ressentis et difficultés face à la prise en charge diététique à l'issue de leur sortie du second cycle.
- Une enquête quantitative par questionnaire auto-administré, auprès des internes de chaque faculté de médecine de France (échantillon systématique), a cherché à évaluer la perception des internes de leur formation initiale en premier et deuxième cycle en diététique et en éducation thérapeutique.
- Une enquête qualitative par entretien semi-dirigés, auprès de professionnels de santé experts dans la prise en charge diététique : médecins généralistes-experts, diététiciens, nutritionnistes, a exploré leurs pratiques et en quoi celles-ci sont transposables pour les internes de médecine générale.

En effet, une approche pragmatique large nécessite une étude des comportements, émotions et ressentis des internes en diététique. L'analyse des pratiques des professionnels pratiquant la diététique peut, elle, échapper à la littérature primaire. Dès lors, l'apport de méthodes qualitatives à la recherche documentaire a été essentiel. L'élargissement de mon propos à l'ensemble des internes de médecine générale a justifié, lui, d'une approche quantitative.

2.1.2 Description des méthodes

2.1.2.1 Recherche documentaire

La recherche bibliographique a été réalisée manuellement par interrogation des bases de données Medline, Cochrane. Les portails des autorités sanitaires françaises (sites de la HAS, INPES, ANSES) et étrangères (Société Scientifique de Médecine Générale belge, lignes directrices canadiennes, Société Suisse de Nutrition) ont été explorés. Les textes législatifs et réglementaires publiés au journal officiel ont été recherchés. La recherche en sciences humaines a été étudiée par l'exploration des publications de la revue Sciences humaines, les publications du Centre Edgar Morin et les contributions internet de l'association Le GROS (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et les Surpoids).

Elle a été initiée lors de la préparation du passage en commission de thèse et a été enrichie jusqu'à la phase de rédaction. Une veille documentaire a été réalisée sur la base de données Medline, mais aussi à partir des différentes interventions médiatiques lues ou entendues lors de cette période.

Les sous-chapitres suivants présentent pour chaque recherche les questions de recherche, la stratégie de recherche et les mots-clefs utilisés.

2.1.2.1.1 Medline

- Questions de recherche :

– Quelles sont les données de morbi-mortalité concernant les quatre pathologies retenues (hypertension artérielle, diabète de type 2, dyslipidémie, obésité) ?
– Quelles sont les mesures hygiéno-diététiques démontrées efficaces pour ces quatre pathologies ?
– Existe-il des études démontrant l'efficacité de l'éducation thérapeutique et de l'entretien motivationnel pour ces quatre pathologies ?
– Quelles sont les pratiques des médecins généralistes concernant la diététique ? Concernant l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique ?
– Quelles sont les pratiques des internes concernant la diététique ? Existe-il des publications concernant la pratique de l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique par les internes ?

- Stratégies de recherche :

Deux stratégies ont été retenues :

– Une stratégie rapide par association de mots-clés directement dans la boîte de recherche Pubmed, dont la pertinence a été évaluée lors des premières recherches par une recherche similaire à partir du Mesh. La concordance des résultats était satisfaisante.
– Lorsque la stratégie rapide semblait prise en défaut, la recherche a de nouveau été réalisée à partir du Mesh.

Les mots-clés étaient soit connus, soit traduits à partir du site de l'Inserm http://mesh.inserm.fr/mesh/search/index.jsp. Ils ont ensuite été validés lors de la recherche par consultation du Mesh et par consultation des mots-clés des articles pertinents.

Les deux tableaux ci-dessous listent les questions de recherche entrées dans les boîtes de recherche (Tableaux 1 et 2) :

Sous-thèmes / Pathologie	Morbi-mortalité	Mesures hygiéno-diététiques	Education thérapeutique/ Entretien motivationnel
Obésité	Pubmed : overweight AND mortality Pubmed : obesity AND overview	Pubmed: overweight AND diet Pubmed: obesity AND diet	Pubmed: Overweight AND patient education Obesity AND motivational interviewing Overweight AND patient education Overweight AND motivational interviewing
Diabète de type 2	Pubmed : Diabetes mellitus AND mortality +limits Mesh: Diabetes mellitus + subheadings	Pubmed: diabetes mellitus AND diet	Pubmed: Diabetes mellitus AND patient education Diabetes mellitus AND motivational interviewing Diabetes AND self management education
Dyslipidémie	Pubmed : Dyslipidemia AND mortality Mesh: Dyslipidemia+ Subheadings	Pubmed: dyslipidemia AND diet Pubmed: hypercholesterolemia AND diet Mesh: hypercholesterolemia+ subheading	Pubmed: Dyslipidemia AND patient education Dyslipidemia AND motivational interviewing
Hypertension	Pubmed : Hypertension AND mortality Mesh : Hypertension+ subheadings + do not include mesh terms found below Pubmed: Hypertension AND overview Blood pressure AND overview	Pubmed: hypertension AND diet Pubmed: blood pressure AND diet	Pubmed: Hypertension AND patient education Hypertension AND motivational interviewing Blood pressure AND patient education Blood pressure AND motivational interviewing

Tableau 1 : recherches croisées concernant les pathologies considérées

	Diététique	Entretien motivationnel/ Education thérapeutique
Médecins généralistes	Pubmed : General practitioner AND diet General practitioner AND nutrition Primary care AND diet Primary care AND nutrition	Pubmed: General practitioner AND motivational interviewing General practioner AND patient education Primary care AND motivational interviewing Primary care AND patient education
Internes	Pubmed : Medical student AND diet Medical student AND nutrition	Pubmed: Medical student AND motivational interviewing Medical student AND patient education

Tableau 2 : recherches croisées concernant les internes en médecine générale et les médecins généralistes

2.1.2.1.2 Cochrane library

- Question de recherche :

– Pour les quatre pathologies retenues, quelles sont les bénéfices établis des mesures hygiéno-diététiques ?

- Stratégie de recherche :

Couplage de mots-clefs dans la boîte de recherche :

– Diabète de type 2 :
  - diabetes diet
  - diabetes exercise
– HTA
  - hypertension diet
  - hypertension exercise
– Dyslipidémie
  - Hyperlipidaemia diet
  - Hyperlipidaemia exercise
– Obésité :
  - Obesity diet
  - Obesity exercise

2.1.2.1.3 HAS

- Questions de recherche :

– Quelles sont les recommandations destinées aux professionnels de santé en rapport avec les 4 pathologies sélectionnées (obésité, diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie), l'éducation thérapeutique et la consultation diététique ?

- Stratégie de recherche :

– Recherche à partir du portail de la HAS par compulsion des recommandations de bonne pratique professionnelles disponibles sur le site de la HAS le 18/01/2011.
– Consultation des recommandations par thème : Cardiovasculaire, Endocrino-métabolisme, Diabétologie, Médecine Générale, Nutrition- diététique, Dépistage-Prévention, Education thérapeutique.
– A chaque thème, lecture des listes de sommaires puis sélection par rapport à la question de recherche des recommandations pertinentes et de leur argumentaire.

2.1.2.1.4 Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)

La SSMG est une société savante de médecine générale belge.

- Questions de recherche :

– Quelles sont les recommandations adressées aux médecins belges concernant les quatre pathologies considérées, l'éducation thérapeutique et la prise en charge diététique ?

- Stratégie de recherche :

– Consultation du portail de la SSMG et compulsion des recommandations de bonne pratique professionnelles disponibles sur le site en février 2011.
– Sélection des recommandations en couplant leur intitulé à la question de recherche.

2.1.2.1.5 Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)

- Questions de recherche :

– Quelles sont les recommandations émises en France à destination du grand public ?
– Quelles sont les publications de l'INPES concernant la nutrition, l'alimentation, les pratiques des médecins généralistes ?

- Stratégie de recherche :

– Consultation à partir du portail de l'INPES en février 2011, consultation des espaces thématiques nutrition et éducation thérapeutique.
– Sélection des publications nutrition destinées au grand public, des publications nutrition destinées aux professionnels de santé et des publications relatives à l'éducation thérapeutique en couplant l'intitulé et le résumé de chaque publication à la question de recherche.

2.1.2.1.6 Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSES)

Cet établissement public à caractère administratif a été créé le 1er juillet 2010 par la fusion de deux agences sanitaires françaises : l'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments) et l'AFSSET (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du travail).

- Questions de recherche :

– L'INPES décline les données du Plan National Nutrition Santé (PNNS), quelles sont alors les données complémentaires que peut fournir l'ANSES concernant la nutrition ?
– Quel est le contenu du rapport évoquant les risques des régimes amaigrissants ?

- Stratégie de recherche :

– Consultation en ligne du portail de l'ANSES en novembre 2010 suite aux communiqués de presse concernant la pratique des régimes.

- Consultation de l'espace alimentation humaine puis exploration des données accessibles en ligne et des rapports publiés.

2.1.2.1.7 JO, programmes officiels

- Questions de recherche :

- Quel est le programme défini par les enseignants en nutrition et en diététique avant le passage en 3ème cycle des études médicales ?
- Quelle est la législation régissant le programme du 1er et 2ème cycle ?
- Existe-t-il des items spécifiques à la nutrition, à l'éducation thérapeutique, à l'entretien motivationnel ?

- Stratégies de recherche :

- Il existe un référentiel national des enseignants en nutrition que j'ai découvert lors de ma préparation à l'ENC. Celui-ci liste les items de nutrition de l'internat et donne les références de la publication du programme au Journal Officiel.
- La recherche a consisté en une recherche dans le moteur de recherche Google en utilisant comme mots-clefs journal officiel et la date de publication référencée dans le polycopié national de nutrition.

2.1.2.1.8 Sciences humaines et Centre Edgar Morin

- Question de recherche :

- Comment les sciences humaines expliquent-elles l'acte de se nourrir, les mécanismes psychiques liés à l'alimentation, l'apprentissage de l'alimentation ?
- Les sciences humaines peuvent-elles apporter un éclairage sur la pratique médicale de la diététique ?

- Stratégies de recherche :

- Recherche à partir du moteur de recherche Google, en utilisant les mots-clés alimentation et sciences humaines en mars 2011.
- Recherche sur le site du magazine Sciences humaines : Le magazine Sciences Humaines est un mensuel présentant des publications en sciences humaines (psychologie, sociologie, éducation, philosophie, anthropologie, histoire, géographie, politiques, économie, communication et organisation). Le numéro 135 est spécifiquement consacré à l'alimentation.
- Recherche à partir du moteur de recherche Google en utilisant comme mots-clefs les noms des auteurs ayant contribué au numéro spécial du magazine Sciences Humaines.
- Suivi de lien à partir de la page personnelle de Mr Claude Fischler vers le site du Centre Edgar Morin : Le centre Edgar-Morin est un centre de recherche en sciences humaines français affilié à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Il constitue l'un des quatre laboratoires fondateurs de l'Institut interdisciplinaire d'anthropologie du

contemporain (IIAC), UMR8177 (unité mixte de recherche du Centre national de la recherche scientifique, en cotutelle EHESS).

- Sélection d'après la question de recherche des publications disponibles sur le site du Centre Edgar Morin, selon leur titre.

2.1.2.1.9 Le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et les Surpoids (GROS)

- Question de recherche :

- Quels sont les risques psychologiques encourus par les patients qui se soumettent à un amaigrissement ?

- Stratégie de recherche :

- Analyse de la bibliographie du rapport de l'ANSES : Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires, publié en novembre 2010.
- Recherche à partir du moteur de recherche Google de la référence du GROS cité par le rapport.

2.1.2.1.10 Recommandations grand public suisses, américaines et canadiennes

- Questions de recherche :

- Qu'est-ce que le régime DASH ?
- Quelles sont les lignes directrices canadiennes ?
- Quelles sont les recommandations suisses ?

- Stratégies de recherche :

- La recherche documentaire sur Medline retrouve des articles évaluant l'efficacité du régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), développé aux Etats-Unis, sans donner une définition exhaustive de ce régime. Recherche à partir du moteur de recherche Google en utilisant comme mots-clefs : Dietary Approaches to Stop Hypertension.(43)
- Recherche sur le moteur de recherche Google en utilisant comme mots-clefs : lignes directrices alimentation Canada.
- Découverte fortuite en situation de consultation abordant la diététique du site de la Société Suisse de Nutrition. Exploration des données disponibles sur le site.

2.1.3 Focus-group

2.1.3.1 Présentation de la méthode

Le focus group est une forme de recherche qualitative développée en sciences sociales dans la deuxième partie du XXe siècle. Il consiste en l'interview d'un groupe et s'attache au discours des participants mais aussi aux signes non verbaux (comme les postures). Il donne accès aux représentations, croyances, connaissances et idéologies d'un groupe social donné. L'effet de groupe permet aux participants de confronter leurs idées, de dialoguer et de polémiquer.

Les objectifs des focus-groups étaient d'identifier les actions, ressentis, difficultés des internes face à la prise en charge diététique à l'issue de leur sortie de second cycle.

La méthodologie du focus-group correspond en l'interview d'un groupe grâce à une trame d'intervention constituée de questions ouvertes et de relances. Elle est animée par un animateur et un observateur dont la fonction est de s'attacher aux signes non verbaux. Elle est également enregistrée pour permettre la retranscription des discussions au mot-à-mot, alors couplée à l'enregistrement des signes non-verbaux. Une grille d'entretien peut être remise aux participants. L'entretien dure habituellement une heure et demie (43).

La trame d'entretien a été élaborée en juin 2009. Une présentation PowerPoint projetée lors du focus-group reprenait les questions une par une et servait de support à l'explication des attitudes de Porter (22).

Les internes de médecine générale de la faculté de Tours ont été contactés par mail, leur présentant le sujet de ma thèse et les objectifs des focus-groups, les lieux de réalisation proposés étaient Tours et Orléans. Selon les disponibilités géographiques et temporelles, une première date a été fixée le 16 décembre 2009 à Orléans. Elle a dû être annulée le jour-même. Une deuxième série de 2 focus-groups a été programmée sur Tours le 27/05/2010, et comprenait 8 internes, une animatrice et une observatrice. A l'heure des rendez-vous, 3 internes ne se sont pas présentés, il a donc été décidé de transformer l'observatrice en interviewée et de filmer les entretiens pour recueillir le non-verbal.

Les entretiens ont été retranscrits au mot près, en respectant les silences et hésitations. La retranscription a été annotée des signes non-verbaux retrouvés lors du visionnage de l'enregistrement. L'analyse des résultats a été effectuée selon la méthode de la table longue, qui consiste à identifier des catégories dans les réponses aux questions, puis des sous-catégories au sein de ces catégories. Elle s'appuie sur de nombreuses relectures et permet de dégager les grands axes, les idées fortes des réponses (43).

Lors d'une enquête qualitative, il est effectué une succession de focus-groups jusqu'à saturation des données. Lors de ce travail, l'objectif du focus-group était de produire des résultats intermédiaires afin conforter mes hypothèses et celles issues de la littérature, corrélés par les autres approches. Il a donc été décidé d'interrompre la succession à la fin du deuxième focus-group.

2.1.3.2 Trame d'entretien

1. Faites-vous du conseil nutritionnel ?
2. Efficacité : Vous sentez-vous efficace dans la réalisation du conseil nutritionnel ?
3. Sinon, à qui adressez-vous ? (diététiciennes, infirmières, réseaux, hôpitaux ou cliniques…)
4. Avec quel type de patient faites-vous de la diététique ? (tous les patients, les patients atteints de pathologie chronique, sur signe d'alarme à préciser comme IMC, courbe de poids…)
5. Quand ? Quelle organisation temporelle (à n'importe quelle occasion, lors de consultations de prévention, certificats de sport, en fin de consultation, utilisation de consultations dédiées) ?
6. Quels sont les freins que vous ressentez ?
    a. De la part des patients : motivation, niveau socio-économique, repas en extérieur (cantines, restaurants…)
    b. De votre part : formation initiale inadaptée, temps insuffisant, plaisir ou déplaisir à ce type de consultation
7. Organisation matérielle : utilisez-vous des supports (courbes de poids, PNNS, informatique…) et si oui comment ?
8. Menez-vous ce type de consultation différemment d'une consultation pour renouvellement d'une ordonnance d'antidiabétiques oraux ? (explorer les postures)
9. Attitudes du médecin avec le patient : attitudes de Porter (directif, facilitateur…)

2.1.4 Questionnaire auprès des structures syndicales et associatives de médecine générale

2.1.4.1 Méthode

L'analyse de la littérature donne accès au programme officiel, mais il est aussi spécifié que les facultés ne peuvent réaliser un enseignement exhaustif de ces items. Cela pose le problème de savoir ce qui a réellement été enseigné aux internes dans les différentes facultés. Les internes interviewés lors des focus-groups ne représentent pas l'ensemble des facultés françaises.

Il a été choisi une méthode quantitative afin de faire l'état des lieux de la formation initiale en nutrition et en éducation thérapeutique des internes de médecine générale.

La question de recherche était « quelle a été la formation en diététique, nutrition et éducation thérapeutique ? » et devait intéresser les responsables d'enseignement des facultés. Il est apparu lors de l'analyse de la littérature que les responsables d'enseignement seraient difficilement identifiables et contactables par une interne seule. Il a été décidé de s'adresser aux structures représentatives des internes de médecine générale françaises.

Il a été constitué un échantillon dit systématique, c'est-à-dire qu'il a été listé toutes les unités de sondage : chaque faculté accueillant des internes de médecine générale. Dans chaque unité de sondage, il a été ensuite remis un questionnaire à un individu.

L'ISNAR-IMG est l'Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Elle propose sur son site internet des contacts par messagerie électronique de chaque structure représentative des internes de médecine générale, grâce auxquels j'ai pu entreprendre mon sondage.

Le questionnaire a été réalisé sous forme d'un document Word, en ayant pour objectif de répondre à la question de recherche. Il a été envoyé à chaque structure en pièce jointe d'un message électronique en février 2011. Une relance a été effectuée en mars 2011, auprès des structures non répondantes et le questionnaire a alors été envoyé à des internes de Tours n'ayant pas effectué leur premier et deuxième cycle à Tours.

Les résultats ont été analysés question par question, par tableau croisé dynamique.

2.1.4.2 Questionnaire

Thèse de médecine générale

Renseignements formation initiale

Bonjour ! Je suis interne en médecine générale et crée un séminaire de diététique à la faculté de Tours dans le cadre de ma thèse. Mon travail comporte une phase préparatoire dans laquelle je fais notamment le bilan de la formation initiale en premier et deuxième cycle de Médecine.

Les programmes de formation variant d'une faculté à l'autre, je cherche à savoir ce que vous avez reçu comme enseignement faculté par faculté.

Si vous effectuez votre internat dans la faculté où vous avez réalisé votre PCEM et DCEM, vous m'intéressez ! Merci de prendre quelques instants pour répondre à mes (très courtes) questions !

Pour valider votre réponse, double-cliquez sur la case puis dans « valeur par défaut », cochez « case activée »

Dans quelle faculté avez-vous effectué votre premier et deuxième cycle de médecine (PCEM et DCEM) ?

En quelle année allez-vous ou avez-vous passé l'ENC ?

Avez-vous, au cours du PCEM et/ou du DCEM, reçu une formation consacrée à la diététique ou à la nutrition (alimentation du sujet normal, de l'enfant, alimentation du sujet diabétique, dyslipidémique, hypertendu, obèse…)

☐ Oui
☐ Non

Si oui, a) sous quelle forme ?

☐ Cours magistral
☐ TP
☐ ED
☐ Autre :

b) Combien d'heures durait cet enseignement ?

Aviez-vous un examen spécifique à la fin de cet enseignement ?

☐ Oui
☐ Non

Avez-vous, au cours du PCEM et/ou du DCEM, reçu une formation à la communication avec le patient (module relation médecin-patient ou autre) ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, a) sous quelle forme ?

☐ Cours magistral
☐ TP
☐ ED
☐ Autre :

b) combien d'heures durait cet enseignement ?

c) avez-vous abordé l'entretien motivationnel ou l'éducation thérapeutique ou d'autres techniques ?

☐ Oui
☐ Non
☐ Autre, précisez :

d) aviez-vous un examen spécifique à la fin de cet enseignement ?

☐ Oui
☐ Non

Merci pour toutes ces réponses qui me seront très précieuses !

Illustration 1 : Questionnaire Word envoyé aux structures et associations représentatives

2.1.4.3 Entretiens semi-dirigés auprès de professionnels de santé

2.1.4.3.1 Méthode

Les questions de recherche auxquelles devaient répondre ces entretiens étaient :

- Quelles sont les pratiques de ces différents professionnels ?
- En quoi sont-elles transposables à la médecine générale ?
- Comment travailler avec ces professionnels ?

Le problème posé pour l'identification des pratiques de diététique est qu'elles relèvent peu d'études publiées, que les différentes pratiques ne sont pas forcément identifiées au sein d'un groupe professionnel et qu'elles ne sont pas forcément homogènes. Il existe de plus différents groupes professionnels utilisant les mêmes pratiques. Une approche qualitative permettait d'explorer une partie des pratiques des professionnels réalisant de la diététique.

Il s'agissait de sélectionner des professionnels de santé ayant des pratiques possiblement extrapolables à une consultation de médecine générale, mais aussi représentatifs des recours disponibles pour les internes de médecine générale.

Il a été décidé d'interviewer :

- Des médecins généralistes-experts
- Des nutritionnistes
- Des diététiciennes : ayant une pratique hospitalière, une pratique au sein de réseaux, une pratique libérale.

Une trame de questions ouvertes a été réalisée suite aux questions issues des focus-groups et aux questions de recherche. Il a été réalisé 7 entretiens semi-dirigés à partir de cette même trame entre juin et décembre 2010 :

- le 15/06/2010, endocrinologue exerçant en ville, avec pratique de nutrition
- le 22/06/2010, diététicienne exerçant en ville
- le 30/06/2010, endocrinologue exerçant au sein d'une clinique privée, avec pratique de nutrition
- le 13/07/2010, diététiciennes de l'hôpital d'Orléans
- le 04/09/2010, médecin généraliste
- le 15/09/2010, médecin généraliste

– le 07/12/2010, diététicienne exerçant au sein du réseau diabète d'Orléans

L'analyse des résultats a été effectuée par méthode de la table longue, méthode identique à l'analyse des focus-group. Les résultats ont ensuite été organisés pour répondre aux questions issues des focus-groups et aux questions de recherche.

2.1.4.3.2 Trame d'entretien

1. Quelle est votre formation en diététique ?
2. Quels patients recevez-vous pour des problèmes diététiques ? Quel âge ont-ils ? Quelles pathologies présentent-ils ?
3. Quels sont les patients qu'un médecin généraliste devrait, selon vous, vous adresser ? Quelle différence avec ceux qu'ils vous adressent ?
4. Quelle est la durée de vos consultations ? Quel est le coût de vos consultations ? Sont-elles remboursées ?
5. Comment se déroule une première consultation ayant pour thème central la diététique ? Les consultations ultérieures ?
6. Utilisez-vous des outils en consultation de diététique recueil alimentaire, fiche information patient…) ? Préciser les modalités d'analyse du recueil alimentaire (méthodologie, sources exploitables par les médecins généralistes).
7. Qu'est-ce que vous faites qui est transposable à une consultation de médecine générale ?
8. Est-ce que vous adressez vous-même des patients ? A qui ? Qu'en attendez-vous ?
9. Est-ce que vous prescrivez des « régimes » ? Qu'est-ce qu'un « régime » pour vous ?
10. Est-ce facile de communiquer sur votre travail avec le patient au médecin généraliste ? Comment faites-vous ?

2.2. Pédagogie

La recherche concernant le contenu scientifique de la formation avait pour but d'assurer la qualité scientifique de la formation. L'objectif de ce deuxième axe de recherche axe était d'identifier les critères de qualité en pédagogique afin de les mettre en œuvre.

Les questions de recherche explorées par la recherche documentaire étaient :

– Existe-il des travaux de thèses auxquels le mien peut se comparer ?
– L'enseignement en entretien motivationnel ou en éducation thérapeutique a-t-il fait l'objet de publications ?
– Comment construit-on une formation ?
– Quelles sont les techniques développées pour la formation ?
– Comment évalue-t-on un programme de formation ?

La deuxième étape a consisté en la déclinaison des résultats de la recherche documentaire à la formation à construire en diététique.

2.2.1 Analyse de la littérature

2.2.1.1 Medline, Google Scholar

- Question de recherche :

– Existe-il des données concernant l'enseignement de l'entretien motivationnel ou de l'éducation thérapeutique ?

- Stratégie de recherche :

– Recherche sur Pubmed en associant les mots-clefs : « medical students », « patient education », « motivational interviewing »
– Recherche sur Google Scholar en associant les mots-clefs : « étudiants en médecine », « éducation thérapeutique », « entretien motivationnel »

2.2.1.2 SUDOC, BIUS

- Questions de recherche :

– Existe-t-il des thèses de médecine concernant l'éducation thérapeutique en France ?
– Existe-t-il des thèses relatant des créations de formation par des internes ?

- Stratégie de recherche : recherche en ligne sur les sites du SUDOC et de la BIUS

– Education thérapeutique et entretien motivationnel : recherche en ligne en mars 2011 en utilisant les mots-clefs :
  - BIUS : « éducation thérapeutique », « éducation du patient »
  - SUDOC : « éducation thérapeutique », « Education et patient »

– Formations par les internes :
  - BIUS : « pédagogie », « formation, médecine générale », « formation, interne »,
  - SUDOC : « pédagogie, médecine », « formation, internat », « formation, médecine générale », « pédagogie, médecine générale »

2.2.1.3 Ouvrages de pédagogie

- Question de recherche :

– Comment élabore-t-on une formation ?
– Quelles sont les différentes phases de construction d'une formation ?
– Quels sont les critères de qualité d'une formation ?
– Quelles sont les méthodes pédagogiques existantes et adaptées pour cette formation ?

2.2.1.3.1 Revue Pédagogie médicale

- Stratégie de recherche :

– Consultation en ligne du sommaire des numéros disponibles, évaluation titre par titre de la pertinence par rapport aux questions de recherche.

2.2.1.3.2 La formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Pierre Gallois

- Stratégie de recherche :

– Lecture en juin 2010 avec annotation des chapitres selon pertinence par rapport aux questions de recherche.

2.2.1.3.3 Guide pratique du formateur : concevoir, animer et évaluer une formation. Didier Noyé, Jacques Piveteau

- Stratégie de recherche :

– Lecture en juin 2010 avec annotation des chapitres selon pertinence par rapport aux questions de recherche.

2.2.1.3.4 Les objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue, suivi de l'éducateur et l'action sensée. Daniel Hameline

- Stratégie de recherche :

– Lecture en juin 2010 avec annotation des chapitres selon pertinence par rapport aux questions de recherche.

2.2.1.4 Cahier des charges FPC par l'Organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC)

L'Organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC) gère notamment la formation des médecins libéraux. Elle finance et indemnise des formations professionnelles conventionnelles, réalisées par des organismes de formation. Ces formations sont validées par un conseil scientifique selon des critères scientifiques et pédagogiques.

- Question de recherche :

– Existe-t-il un référentiel validé concernant la forme que doit avoir un dossier de formation ?

- Stratégie de recherche :

– Fourniture du cahier des charges FPC 2011 par mon directeur de thèse.

2.2.2 Construction du programme

2.2.2.1 Identification des thèmes de formation

Les thèmes de formation ont été identifiés par triangulation des résultats des recherches qualitatives (focus-groups, entretiens semi-dirigés), du questionnaire auprès des internes de médecine générale, de l'analyse de la littérature.

A partir de ces thèmes, en respectant le principe d'une pédagogie active, centrée sur l'apprenant, respectant les contraintes formelles des séminaires habituels du département universitaire de médecine générale, la construction de la formation s'est faite par étapes successives :

– Définition des objectifs de la formation :
  - Objectif général ou intention de la formation
  - Objectifs spécifiques
  - Objectifs pédagogiques
  - Définition des méthodes
  - Définition des moyens pédagogiques à mettre en œuvre
  - Création et planification de l'évaluation de la formation, création des indicateurs permettant de juger de la pertinence de la formation et de son efficacité.

2.2.2.2 Définition des objectifs

Il existe deux types d'objectifs : les objectifs de formation, ou objectifs terminaux, indiquent ce que l'apprenant sera capable de faire (tâches) dans son cadre de travail après avoir suivi une formation. Ils se déclinent en objectifs généraux et objectifs spécifiques.

Un objectif général est l'énoncé d'intention pédagogique décrivant en termes de capacités générales de l'apprenant l'un des résultats escomptés d'une séquence d'apprentissage (44).

Un objectif spécifique ou opérationnel est issu de la démultiplication d'un objectif général en autant d'énoncés rendus nécessaires pour que quatre exigences opérationnelles soient satisfaites (44):

– Décrire de façon univoque le contenu de l'intention pédagogique.
– Décrire les conditions dans lesquelles le comportement souhaité doit se manifester.
– Indiquer à quel niveau doit se situer l'activité terminale de l'apprenant.
– Quels critères serviront à évaluer ce résultat.

Le deuxième type d'objectif est l'objectif pédagogique. Il indique de façon détaillée ce que l'apprenant va acquérir au cours de la formation et présente ce qu'il sera capable de faire sur le lieu de formation à la fin de la formation (45).

A partir de l'hypothèse de recherche, il a été élaboré l'objectif général de la formation. Il a ensuite été subdivisé en objectifs spécifiques s'appuyant sur les thèmes de formation. Lorsque les objectifs spécifiques ont été définis, ils ont été retranscrits en objectifs pédagogiques.

2.2.2.3 Méthodes pédagogiques

Chaque méthode pédagogique a été retenue par triangulation entre les objectifs définis (spécifiques et pédagogiques), les contenus scientifiques issus de la bibliographie, les résultats des focus-groups, les entretiens avec les professionnels de santé, les expériences de formateurs ressources.

Chaque méthode a été retenue après évaluation de sa faisabilité selon les contraintes de temps, de lieu, de budget de la formation mais aussi en respectant le degré de l'expérience d'animation de l'interne.

2.2.2.4 Construction du scénario

Le scénario a été construit suivant le cahier des charges de l'OGC (46). La durée de la formation a été définie selon l'organisation habituelle des séminaires du département de médecine générale de Tours (DUMG) soit une journée.

Le nombre d'animateurs a été fixé selon les mêmes modalités, soit trois animateurs. Suite à un désistement, le scénario a été réadapté pour deux animateurs.

Les méthodes pédagogiques ont été ajustées les unes aux autres afin de créer une gradation des séquences : les compétences acquises par les internes au cours des séquences précédentes permettant la réalisation de la nouvelle séquence d'apprentissage.

2.2.2.5 Construction des outils pédagogiques et didactiques

Des formations en congrès ou en formation médicale continue (FMC) avaient permis la création et la validation d'outils pédagogiques : scénario des vignettes de l'équipe du Pr Golay, semainier issu d'une consultation de médecine générale et utilisé lors d'ateliers d'éducation thérapeutique au Congrès de la Médecine Générale France 2010. Ces outils ont été utilisés lors de la formation selon leur pertinence par rapport aux objectifs et aux méthodes retenues.

Les temps d'enseignement magistral ont donné lieu à la création de présentations PowerPoint basées sur la recherche bibliographique, la recherche qualitative et des présentations créées lors de FMC sur les mêmes notions. Ces temps d'enseignement étaient conçus de façon complémentaire par rapport aux séquences actives.

2.2.2.6 Validation du programme par le DUMG

Le programme de la formation a été validé par lecture critique au cours de deux conférences téléphoniques associant le Dr Jean Robert, responsable de l'enseignement au DUMG, le Dr Eric Drahi, directeur de thèse et moi-même.

2.2.2.7 Evaluation du programme

L'évaluation du séminaire auprès des internes a fait partie intégrante de sa conception. Elle a porté sur 3 domaines : les réactions des internes, les acquisitions des internes et l'utilisation de ces acquisitions par les internes.

L'évaluation immédiate, lors de la dernière séquence du séminaire, avait pour but d'une part d'évaluer les acquis des internes, et d'autre part de sanctionner les réactions des internes, c'est à dire leur perception de la formation ou leur niveau de satisfaction.

Elle s'est déroulée en trois temps : un temps oral, où il a été demandé à chaque interne de formuler un objectif professionnel personnel secondaire à la formation, puis un temps écrit par remplissage du questionnaire d'évaluation traditionnel des séminaires du DUMG. Enfin, les formateurs se sont rencontrés une semaine après la réalisation du séminaire pour un débriefing concernant les conditions de réalisation de la formation, leur ressenti par rapport aux difficultés liées d'une part au contenu, à l'organisation du séminaire et d'autre part au vécu des internes.

Le questionnaire a été fourni aux participants du séminaire à la fin de celui-ci et a été retourné aux formateurs immédiatement (24 inscrits et présents, 23 questionnaires retournés, 1 interne partie plus tôt).

L'analyse du questionnaire d'évaluation s'est faite selon la méthode de la table longue (méthode identique aux focus-groups et entretiens semi-dirigés).

L'évaluation à distance du séminaire avait pour but de valider l'utilisation des acquisitions des internes, elle a été réalisée à 6 mois de la réalisation du séminaire, grâce au remplissage d'un questionnaire Google document, dont le lien internet a été envoyé à chaque interne. Une relance par courriel a été effectuée un mois après l'envoi du lien. Les résultats de chaque questionnaire ont été entrés dans un tableau de façon automatique. L'analyse du questionnaire d'évaluation à distance a été réalisée question par question, à partir du formulaire automatique

généré par Google document. Les idées principales ont été identifiées et confirmées par relecture successive.

2.2.2.7.1 Trame du questionnaire de satisfaction

Evaluation à distance du séminaire diététique

Cela fait 6 mois que vous avez participé au séminaire diététique à la faculté. Le temps pour moi d'évaluer ce que ce séminaire a pu vous apporter et d'y apporter les améliorations que vous aurez suggérées. A vos claviers!

1. Avez-vous eu un temps de consultation dédié à la diététique depuis le séminaire pour au moins un patient ?

- ○ Oui
- ○ Non

2. Est-ce que vous avez utilisé au moins une fois un recueil alimentaire auprès de patients ? recueil alimentaire= calendrier alimentaire noté par le patient

- ○ Oui
- ○ Non

3. Avez-vous utilisé au moins une fois un rappel des 24 heures ? rappel des 24 heures= historique oral de l'alimentation du patient, habituellement sur les dernières 24 h

- ○ Oui
- ○ Non

4. Avez-vous utilisé d'autres techniques que les deux précédentes ? Si oui, lesquelles?

5. En quoi ces techniques ont-elles influé sur la suite de la consultation ?

6. Quel pourcentage de patients ayant un problème diététique pensez-vous avoir adressé à un nutritionniste ou à un diététicien ?

- ○ 0%
- ○ 1-25%
- ○ 25-50%
- ○ 50-75%
- ○ 75-100%

7. Comment avez-vous intégré les problèmes diététiques du patient à ses autres problèmes de santé ?

8. Qu'est-ce qui vous a paru important à l'issue de la formation ?

9. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées pour mettre en pratique une prise en charge diététique?

10. Qu'auriez-vous envie de dire au sujet de cette formation ?

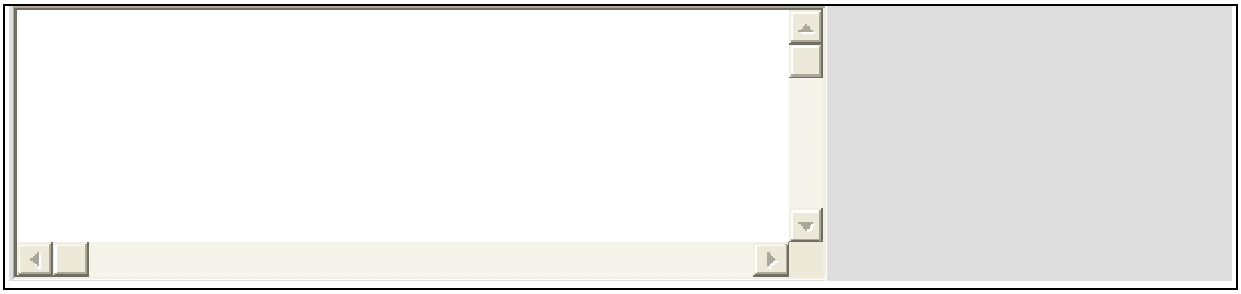


Illustration 2 : Questionnaire d'évaluation à distance envoyé aux internes

2.2.2.7.2 Evaluation à 6 mois par questionnaire Google document

L'analyse du questionnaire d'évaluation à distance a été réalisée question par question, à partir du formulaire automatique généré par Google document. Les idées principales ont été identifiées confirmées par relecture successive.

3. RESULTATS

3.1. Les principes théoriques concernant l'hypertension, les dyslipidémies, le diabète de type 2, l'obésité et l'éducation thérapeutique

L'ANAES puis la Haute Autorité de Santé et l'AFSSAPS ont émis des recommandations concernant l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète de type 2 et l'obésité de l'adulte. Elles sont gradées de A à C selon le niveau de preuve scientifique auquel elles se rattachent (annexe 2).

3.1.1 Les recommandations des autorités publiques sanitaires françaises : ANAES, HAS, AFSAPPS

3.1.1.1 L'hypertension artérielle essentielle

LA HAS a publié une recommandation en 2005 intitulée « Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle - Actualisation 2005 ». Elle recense les dernières études publiées entre la recommandation de l'ANAES en 2000 et la nouvelle recommandation et compile les données des recommandations internationales, c'est-à dire celles émises par le JNC VII (Joint National Commitee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure), l'ESH/ESC (European Society of Hypertension, European Society of Cardiology), le BHS-IV (British Hypertension Society) et les recommandations canadiennes 2004 (49).

Elle fournit un tableau de synthèse des différentes recommandations mais n'émet pas un avis propre.

Les mesures hygiéno-diététiques comprennent cinq axes d'amélioration : l'augmentation de l'activité physique, le contrôle du poids, la limitation de la consommation d'alcool, l'arrêt du tabac, la réduction des apports sodés.

L'activité physique recommandée correspond au minimum à un exercice aérobie de 30 minutes au moins 3 fois par semaine (exercice comme la « marche rythmée »). Selon les recommandations, la fréquence de cette activité peut aller jusqu'à 5 fois par semaine.

Les recommandations établissent l'objectif pondéral à un IMC entre 20 et 25 kg/m2.

La consommation d'alcool est limitée par toutes les recommandations entre, pour la limitation la plus restrictive : moins de 2 verres par jour chez l'homme, moins d'un verre par jour chez la femme ; la limitation la moins restrictive : 14 verres par semaine chez l'homme et 9 verres par jour chez la femme.

Les recommandations préconisent toutes un arrêt du tabac.

Les apports sodés sont diminués en proportion variable selon les recommandations, plusieurs proposent le seuil de 6 g d'apport sodé par jour.

Concernant la diététique, plusieurs pays recommandent le régime DASH. Il n'y a pas de définition exhaustive de ce régime dans la recommandation de la HAS.

3.1.1.2 Les dyslipidémies

L'AFSAPPS a publié une recommandation en 2005 concernant la prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique (13). Cette recommandation propose des valeurs cibles de LDL-Cholestérol devant faire l'objet d'une intervention diététique et médicamenteuse.

3.1.1.2.1 Mesures diététiques générales permettant une amélioration des paramètres lipidiques

- Mesures entraînant une baisse de la cholestérolémie

Certaines mesures ont été étudiées concernant leur efficacité dans la baisse de la cholestérolémie :

- Acides gras :

La consommation de graisses monoinsaturées et polyinsaturées (végétales, huiles et margarines préparées à partir de ces huiles), permet une baisse de la cholestérolémie.

- Cholestérol alimentaire :

Il est recommandé de diminuer la consommation de cholestérol à 300 mg/jour (présence dans le jaune d'œuf, le beurre, les abats, puis en moindre mesure dans les viandes, la charcuterie, les laitages non écrémés). Cependant, il est aussi précisé que cette réduction peut être sans effet sur le cholestérol sérique pour de nombreux patients.

- Vitamines et suppléments vitaminiques :

La consommation de suppléments vitaminiques n'apporte pas d'avantages pour le contrôle des niveaux des lipoprotéines et la protection cardiovasculaire.

3.1.1.2.2 Mesures diététiques générales entraînant une baisse de la triglycéridémie

- Les huiles de poisson :

Les huiles de poisson provenant des mers froides (riches en acides gras DHA et EPA) diminuent les triglycérides plasmatiques et, à un moindre degré, le HDL-cholestérol. Ils diminuent également la pression artérielle et la survenue d'arythmies et améliorent l'hémostase.

- Alcool :

L'apport d'alcool peut entraîner des hypertriglycéridémies.

- Contrôle du poids :

La diminution du poids s'accompagne généralement d'une diminution modérée de la cholestérolémie et d'une diminution plus franche de la triglycéridémie. Chez le patient obèse, l'amaigrissement s'accompagne d'une augmentation de la concentration de HDL cholestérol circulant.

3.1.1.2.3 Mesures hygiéno-diététiques à conseiller aux patients :

- Principes généraux :

Concernant l'alimentation, la recommandation propose 4 catégories de mesures alimentaires :

- La limitation de l'apport en acides gras saturés (graisses d'origine animale), au profit des acides gras mono ou polyinsaturés.
- L'augmentation de la consommation en acides gras polyinsaturés oméga 3 (poissons).
- L'augmentation de la consommation de fibres et de micronutriments naturels (fruits, légumes et produits céréaliers).
- La limitation du cholestérol alimentaire, voire l'utilisation d'aliments enrichis en stérols végétaux.

A ces règles alimentaires, elle ajoute le contrôle du poids, la limitation de la consommation d'alcool, l'activité physique.

- Conseils spécifiques aux patients présentant une hypercholestérolémie :

L'hypercholestérolémie justifie, dans un premier temps, une intervention diététique. Cette intervention diététique s'applique également aux sujets âgés, en prenant certaines précautions liées au statut nutritionnel à cet âge.

Il est conseillé aux patients hypercholestérolémiques :

- de remplacer le beurre par des huiles végétales (mono et polyinsaturées essentielles), par des margarines "molles" qui ne sont pas en emballage papier (car saturées) ou par des produits enrichis en stérols végétaux,
- d'éviter la charcuterie, à l'exception du jambon maigre,
- de privilégier le poisson aux dépens de la viande,
- de limiter la consommation des produits laitiers les plus riches en graisses,
- de ne pas consommer plus de deux œufs par semaine,
- d'assurer un apport suffisant en fibres, en privilégiant la consommation de fruits, de légumes, de pain, céréales et de féculents
- la consommation d'alcool est acceptable (< 30 g/j). Toutefois l'apport d'alcool doit être contrôlé dans les hypertriglycéridémies (et le surpoids).

Il est important de ne pas créer de déséquilibre alimentaire lors de la mise en place de modifications de l'alimentation, notamment en calcium. La correction d'un surpoids doit être

envisagée dès que l'IMC est supérieur à 25. Il faut promouvoir la pratique d'une activité physique minimale régulière qui corresponde à la pratique de 30 minutes de marche par jour.

- Conseils spécifiques aux patients présentant une hypertriglycéridémie :

En France, l'hypertriglycéridémie est fréquemment associée à la consommation excessive d'alcool et à l'existence d'un syndrome plurimétabolique.

Les conseils que peuvent suivre les patients afin d'améliorer leur triglycéridémie sont :

- suppression de l'alcool et limitation des fruits (sensibilité croisée entre fructose et alcool) : la réalisation d'un test diagnostique d'abstinence de boissons alcoolisées durant 5 à 7 jours permet d'évaluer la susceptibilité de la triglycéridémie à la consommation de boissons alcoolisées
- limitation nette des sucres simples
- restriction calorique en cas d'excès pondéral

Dans les cas d'hyperlipidémies mixtes, il faut particulièrement insister sur la correction de la surcharge pondérale lorsqu'elle existe et sur la pratique régulière d'un exercice physique d'intensité modérée.

3.1.1.3 Le diabète de type 2

La recommandation intitulée « Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications », publiée en mars 2000 par l'ANAES (47), donne des lignes directrices concernant le traitement hygiéno-diététique. Les recommandations ultérieures de la HAS concernant la prise en charge du diabète de type 2 font référence aux mesures hygiéno-diététiques développées en 2000, sans les reprendre, ni les actualiser. La recommandation de l'ANAES n'est plus disponible via le portail de la HAS.

3.1.1.3.1 Recommandations alimentaires quantitatives

La recommandation propose la mise en place d'une réduction calorique chez le patient diabétique présentant un IMC supérieur à 25 kg/m2, à l'exclusion de la personne âgée, en l'absence de définition validée de l'obésité chez la personne âgée.

Cette réduction calorique doit permettre d'atteindre des objectifs pondéraux réalistes et individualisés, qui s'inscrivent dans la durée. La perte pondérale doit s'obtenir en 6 mois environ et doit être maintenue sur le long terme. Il paraît réaliste d'envisager une perte de poids de 5 à 15% par rapport au poids initial. Cette perte de poids entraîne des bénéfices pour la santé. Une perte de poids supérieure doit être envisagée avec prudence.

Dans certaines situations, un maintien du poids initial peut être le seul objectif.

Des régimes modérément restrictifs produiraient de meilleurs résultats à long terme et induiraient moins d'effets secondaires que les restrictions alimentaires sévères (grade C). En conséquence, les régimes à basses et très basses valeurs caloriques ne doivent pas faire partie des prescriptions courantes (grade C).

Les apports protéiques chez le diabétique n'ayant pas de complication rénale n'ont pas lieu d'être modifiés

Les glucides doivent représenter la moitié de la ration calorique quotidienne, soit au minimum 180g par jour (accord professionnel).

La répartition recommandée entre les apports respectifs des glucides et des lipides alimentaires doit tenir compte du profil clinique et métabolique mais aussi des habitudes alimentaires du patient. Elle doit donc être individualisée. On peut établir deux extrêmes :

- En cas d'obésité abdominale, d'hypertriglycéridémie et de HDL-cholestérol bas, on peut proposer un régime moins riche en glucides (de l'ordre de 40% des calories totales) et plus riche en lipides en privilégiant les acides gras monoinsaturés (25 % des calories totales) avec un rapport monoinsaturés / polyinsaturés / saturés égal à 2,5/1/1.
- A l'opposé, en cas de poids normal, d'obésité gynoïde et de bilan lipidique normal, le régime peut être riche en glucides (55 % des calories totales), pauvre en lipides (30 %) et non focalisé sur les graisses monoinsaturées (10 %) avec un rapport acides gras monoinsaturés / polyinsaturés / saturés égal à 1/1/1.

Il convient de privilégier les aliments dont l'index glycémique est faible (légumes secs, pâtes, riz) pour limiter l'effet hyperglycémiant d'un repas. Les aliments à index glycémique élevé (pommes de terre, pain) ne doivent pas être supprimés mais être limités et répartis (accord professionnel).

Le maintien de saccharose est autorisé dans l'alimentation du diabétique de type 2, de l'ordre de 5 à 10 % de l'apport calorique quotidien, à condition de le substituer gramme par gramme avec les autres glucides (accord professionnel).

3.1.1.3.2 Recommandations alimentaires qualitatives

La prescription diététique doit tenir compte des habitudes alimentaires individuelles.

Les régimes « modérés » permettraient également de maintenir une diversité alimentaire et de la convivialité dans les repas.

Les apports glucidiques chez le diabétique de type 2 doivent se faire essentiellement sous forme d'aliments amylacés (pain, pâtes, riz, autres féculents) et dans une moindre mesure de fruits et de lait (accord professionnel).

L'apport supplémentaire en acides gras polyinsaturés n-3 par les huiles de poisson n'a pas démontré d'intérêt (grade B).

Un ajout supplémentaire de fructose est déconseillé (accord professionnel).

3.1.1.3.3 Conseils aux patients

Au préalable, repérer des désordres du comportement alimentaire, en particulier les compulsions et les grignotages pour une prise en charge spécifique (accord professionnel).

Supprimer les erreurs qui portent généralement sur les graisses (charcuterie, fromage), les sodas sucrés et les boissons alcoolisées.

En cas de surcharge pondérale, réduire de 15 à 30% les apports par rapport à ceux évalués par l'enquête alimentaire ou conseiller des apports correspondant aux 2/3 de la dépense énergétique quotidienne (estimée d'après l'âge, le sexe, le poids et le niveau habituel d'activité physique).

Les rythmes alimentaires optimaux sont probablement variables d'un individu à l'autre et il convient de les respecter. Le fractionnement des apports glucidiques en 3 repas et/ou collations nettement individualisés est cependant recommandé. Le grignotage inter-prandial est déconseillé (accord professionnel).

La consommation de boissons alcoolisées est autorisée chez le diabétique de type 2 comme chez le non-diabétique à trois conditions : cette consommation doit être modérée (2 verres de vin par jour environ ou l'équivalent en alcool), elle doit se faire au cours d'un repas, l'apport calorique correspondant doit être pris en compte (accord professionnel).

Les fruits, en quantité modérée, font partie de l'alimentation du diabétique de type 2.

Une alimentation riche en fibres alimentaires, surtout de type soluble (pectines, guar, gomme), contenues dans les fruits, les légumes verts et les légumineuses, est souhaitable. Un ajout de fibres alimentaires sous forme de poudre, comprimés, gélules, aliments spéciaux, etc. n'est pas recommandé (accord professionnel).

Les édulcorants, de préférence acaloriques (aspartam, saccharine, acesulfame, sucralose), employés aux doses usuelles recommandées, sont autorisés chez le diabétique de type 2 (accord professionnel).

3.1.1.3.4 Autres mesures

Coupler aux conseils diététiques des conseils d'activité physique. Celle-ci contribue à améliorer la situation métabolique (insulinosensibilité, niveau glycémique, pression artérielle, profil lipidique, etc.) et pourrait être utile pour le contrôle du poids (grade C).

En raison du caractère transitoire des améliorations métaboliques, il faut que l'activité physique soit régulière. Elle doit être adaptée aux possibilités de chaque patient.

Une première recommandation, applicable à tous, est d'augmenter le niveau d'activité physique dans la vie quotidienne (marche d'un pas soutenu plutôt que déplacements en voiture, escaliers plutôt qu'ascenseurs, etc.) et au cours des loisirs (accord professionnel).

Les sports suivants sont conseillés : randonnée, jogging, cyclisme, natation, golf, ski de fond. Une durée d'exercice de 30 à 60 minutes à raison de 2 ou 3 fois par semaine est souhaitable (grade C).

Négocier le projet thérapeutique avec le patient peut améliorer l'observance du régime. Il sera formulé en termes simples et illustré d'exemples concrets.

Faire appel à un(e) diététicien(ne) ou à un nutritionniste est utile (accord professionnel).

3.1.1.4 L'obésité

Lors de la préparation du séminaire, la recommandation concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité de 2003 était suspendue et non disponible, dans l'attente de la publication de sa réactualisation. La recommandation publiée en septembre 2011 faisait exclusivement l'objet d'une note de cadrage (48).

3.1.1.5 L'éducation thérapeutique

La HAS a publié une recommandation intitulée "Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques"(49). Bien qu'elle évoque la possibilité d'une éducation thérapeutique individuelle, elle traite essentiellement de l'éducation thérapeutique de groupe.

Elle reprend la définition de l'OMS-Europe concernant l'éducation thérapeutique:

« Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur malade, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

L'éducation thérapeutique est un processus dynamique. Elle s'appuie sur le vécu et les expériences antérieures du patient en prenant en compte ses compétences d'adaptation. Ces compétences d'adaptation sont cognitives, physiques, concernent le patient et ses capacités à interagir avec son environnement pour pouvoir y vivre.

L'éducation thérapeutique est une démarche centrée sur le patient, reposant sur une approche structurée, qui s'inscrit dans la durée. Ce n'est pas une pure délivrance d'information. Des temps d'information peuvent être nécessaires mais ne résument pas l'éducation thérapeutique.

Elle peut être mise en œuvre dans tous les secteurs et tous les lieux de soins, quelque soit le mode d'exercice des professionnels. Elle doit être proposée à toute personne, enfant et ses parents, adolescent, adulte ayant une maladie chronique. Ceux-ci sont libres d'accepter ou de refuser.

Les professionnels de santé réalisant l'ETP peuvent avoir recours à différentes théories issues des sciences sociales lors de la démarche d'ETP. Des techniques comme l'entretien motivationnel sont reconnues pour favoriser la communication et la relation entre le professionnel de santé : « Elles permettent au patient d'énoncer ses choix et ses préférences, elles permettent d'initier un changement chez le patient, elles permettent de soutenir sa motivation et celle de ses proches au fil du temps. »

La recommandation propose une liste non exhaustive des compétences nécessaires au professionnel pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique :

- Des compétences pédagogiques et d'animation :
  - Choisir et utiliser de manière adéquate des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation.
  - Prendre en compte les besoins et la diversité des patients lors des séances d'ETP.
- Des compétences méthodologiques et organisationnelles :
  - Planifier les étapes de la démarche d'ETP (conception et organisation d'un programme individuel d'ETP négocié avec le patient, mise en œuvre et évaluation).
  - Recourir à des modalités de coordination des actions entre les services et les professionnels de santé, de manière continue et dans la durée.
- Des compétences biomédicales et de soins :
  - Avoir une connaissance de la maladie chronique et de la stratégie de prise en charge thérapeutique concernées par le programme d'ETP.
  - Reconnaître les troubles psychiques, les situations de vulnérabilité psychologique et sociale.

La démarche d'éducation thérapeutique relève d'une planification par étapes. Ces quatre étapes sont :

- Le diagnostic éducatif, première étape: Il a pour but d'identifier les besoins de chaque patient dont ressortiront les composantes pédagogiques, psychosociales et biomédicales.
- La deuxième étape consiste à formuler avec le patient ses objectifs (compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir au regard de son projet), négocier ces objectifs avec le patient afin de planifier un programme personnalisé d'ETP, communiquer ces objectifs au patient, aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre de l'ETP et dans le suivi du patient et enfin construire l'évaluation individuelle de l'ETP sur la base des compétences négociées avec le patient.

- La troisième étape consiste à réaliser le programme d'ETP selon un programme adapté au niveau du contenu, des méthodes et des techniques participatives d'apprentissage. Cette adaptation tient compte des compétences identifiées lors des étapes précédentes.
- L'évaluation, quatrième étape, valide l'acquisition des compétences par le patient, de son adaptation et des changements mis en œuvre dans sa vie quotidienne. Elle porte également sur le déroulement et la pertinence du programme, avec un retour auprès du patient et auprès des professionnels ayant réalisé l'ETP.

3.1.2 L'apport des revues de la littérature de la Cochrane

3.1.2.1 Low glycaemic index, or low glycaemic load, diets for diabetes mellitus

Cette revue de la littérature (20), publiée en 2009, dont le titre peut être traduit par « Régimes à faible index glycémique ou faible charge glycémique pour les diabétiques de type 2 » avait pour but d'évaluer l'intérêt des régimes basés sur la consommation d'aliments à faible index glycémique.

Les résultats montrent une baisse moyenne de l'hémoglobine glyquée de 0,5% dans le cadre de ce type de régime. Deux études rapportent également une diminution du nombre d'épisodes d'hypoglycémie chez les patients suivant ce type de régime.

Les auteurs de la revue concluent qu'un régime basé sur la consommation d'aliments à faible index glycémique améliore le contrôle des glycémies chez les diabétiques sans augmenter le risque d'hypoglycémies.

3.1.2.2 Dietary advice for the prevention of type 2 diabetes mellitus in adults

Cette revue de la littérature (50), publiée en 2008, intitulée « Conseils diététiques pour la prévention de l'apparition du diabète de type 2 chez les adultes » avait pour but d'évaluer l'efficacité des mesures alimentaires dans la prévention de l'apparition d'un diabète de type 2.

Les auteurs concluent à l'absence de données de haute preuve scientifique. Ils soulignent la nécessité d'études mieux construites, avec une évaluation sur le long terme.

3.1.2.3 Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease

Cette revue de la littérature publiée en 2011 (51) concernant l'évaluation des interventions en prévention primaire des facteurs de risques multiples de maladies cardiovasculaires avait pour but d'évaluer les interventions de conseil et les interventions éducatives ayant pour objectif un changement de comportement.

Ces interventions ne permettent pas de réduire la mortalité totale ou cardiovasculaire dans la population générale. Elles paraissent cependant efficaces dans certaines populations à risque : les patients hypertendus et diabétiques. Ces résultats posent la question de l'efficacité des campagnes générales de promotion de la santé.

3.1.2.4 Exercise for overweight or obesity

Cette revue de la littérature, publiée en 2006 (21) avait pour but d'effectuer la première analyse dans la Collaboration Cochrane de l'efficacité de l'activité physique.

Dans les études comparant activité physique seule à un groupe témoin, l'activité physique a entrainé de faibles pertes pondérales. L'activité physique combinée à la diététique a majoré l'intensité de la perte de poids comparée à la prise en charge diététique seule.

L'association diététique et activité physique a entraîné des améliorations significatives des taux de lipides sériques, de la tension artérielle, de la glycémie. L'activité physique seule a permis une baisse significative de la pression artérielle diastolique, des triglycérides et de la glycémie. Les activités de plus forte intensité ont permis une réduction plus importante des glycémies que les exercices de faible intensité.

Les résultats de cette revue sont en faveur de la promotion de l'activité physique et plus encore de l'association changements diététiques et activité physique lors d'une recherche d'amaigrissement. L'activité physique est associée à une amélioration des facteurs de risque cardiovasculaire même s'il n'y a pas de perte de poids.

3.1.2.5 Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity

Cette revue de la littérature (52) dont le titre peut être traduit par « Régimes à faible index glycémique ou à faible charge glycémique pour les patients en surpoids et obèses » avait pour but de vérifier l'efficacité des régimes à faible index glycémique, certaines données suggérant une plus grande perte de poids pour les patients suivant ce type de régime.

Les résultats sont concordants avec les données préalables à la revue de la littérature. Les patients en surpoids ou obèses suivant un régime contenant des glucides à faible index glycémique ont perdu plus de poids et ont obtenu un meilleur profil lipidique que ceux suivant d'autres types de régime.

La masse corporelle, la masse totale graisseuse, le cholestérol total et le LDL ont tous baissé de façon significative dans le groupe faible index glycémique.

Dans les études comparant des régimes à faible index glycémiques aux régimes conventionnels pauvres en graisses, les patients ont atteint des objectifs égaux ou supérieurs aux autres patients, même s'ils pouvaient manger en quantité autant qu'ils le désiraient.

Diminuer l'index glycémique des aliments paraît être une méthode efficace pour promouvoir la perte de poids et pour améliorer les paramètres lipidiques. Ceci peut facilement être inclus dans le mode de vie d'un patient. De nouvelles études avec des suivis plus prolongés devront déterminer si cet effet perdure et s'il améliore la qualité de vie des patients.

3.1.3 L'apport de la recherche documentaire sur Pubmed

3.1.3.1 L'hypertension artérielle essentielle et la diététique

Le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) a été évalué en 1997 aux Etats-Unis. Il permet une diminution des chiffres tensionnels, diminution majorée par la restriction sodée (53).

Une brochure éditée par l'U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, intitulée « Your Guide to Lowering Blood Pressure », rappelle les différents principes de ce régime : il combine activité physique, contrôle du poids, arrêt du tabac, réduction des apports en sel et recommandations diététiques.

Le régime alimentaire est présenté par type d'aliments et nombre de portions à consommer par jour, avec un exemple de chaque taille de portion.

Il recommande la consommation de :

- Céréales et produits céréaliers : 7 à 8 portions par jour
- Légumes : 4 à 5 portions par jour
- Produits laitiers peu gras ou allégés : 2 à 3 portions par jour
- Viandes maigres, volaille et poisson : 2 portions par jour ou moins
- Noix, graines et haricots secs : 4 à 5 portions par semaine
- Graisses et huiles : 2 à 3 portions par jour
- Sucreries : 5 portions par semaine

3.1.3.2 Diabète de type 2 : les niveaux de preuve scientifique des recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

L'article intitulé « Diabetes UK Position Statements and Care Recommendations, Diabetes UK evidence-based nutrition guidelines for the prevention and management of diabetes » (19) a été publié en juin 2011 (soit après la réalisation du séminaire) dans le journal « Diabetic Medecine ».

Il reprend les recommandations britanniques diététiques pour la prévention et le traitement du diabète. Cet article a pour principal intérêt le rappel du niveau de preuve scientifique de

chaque recommandation (de A à D, voir annexe 2), permettant de mettre en perspective les recommandations de l'ANAES de 2000.

3.1.3.2.1 Contrôle glycémique et diabète de type 2

Le contrôle du poids devrait être la première des stratégies pour contrôler les glycémies chez les patients de type 2 en surpoids ou obèses (A).

L'activité physique modérée régulière peut réduire l'hémoglobine glyquée de 0,45 à 0,65%, indépendamment de la perte de poids (A).

L'attention devrait porter sur l'apport énergétique total plutôt que sur la source d'énergie dans le régime (macronutriments) pour un contrôle glycémique optimal (A).

L'apport total de glucides prédit fortement la réponse glycémique et gérer l'apport glucidique total plutôt qu'utiliser des échanges, les portions ou l'estimation basées sur l'expérience reste une clef stratégique pour maintenir le contrôle glycémique (A).

Les régimes à faible index glycémique ont montré une réduction de l'HBA1C jusqu'à 0,5% (A).

3.1.3.2.2 Contrôle du poids

La réduction du poids chez les personnes en surpoids ou obèses présentant un diabète de type 2 est efficace pour améliorer le contrôle de la glycémie et les facteurs de risque cardiovasculaires (A).

Pour perdre du poids, l'apport énergétique total doit être moindre que les dépenses énergétiques (D).

La diététique, l'activité physique, les approches chirurgicales et pharmacologiques qui sont couramment recommandées aux personnes non diabétiques sont appropriées et peuvent être adoptées par les personnes diabétiques (D).

3.1.3.2.3 Maladies cardiovasculaire, lipides sériques et pression artérielle

Les graisses saturées devraient être limitées et remplacées par des graisses insaturées, principalement monoinsaturées (A).

La consommation quotidienne d'aliments enrichis en stérols végétaux ou en stanols (2 à 3 g/jour) améliore significativement le cholestérol total et le LDL chez les diabétiques, indépendamment de l'usage d'une statine (A).

Les apports sodés réduits combinés au régime DASH ou au régime méditerranéen peuvent baisser la pression artérielle (A).

Un régime de type méditerranéen abaisse la pression artérielle et améliore le HDL cholestérol et les triglycérides (B).

Chez les patients en surpoids, une faible perte de poids (4,5 kg ou plus) améliore les chiffres tensionnels (B).

Chez les patients diabétiques présentant des triglycérides élevés, supplémenter avec 3 g par jour d'acides gras n-3 contenus dans les huiles de poissons (DHA, EPA) peut améliorer la triglycéridémie sans effet adverse (B).

La consommation de poissons gras, riches en acides gras n-3 insaturés est recommandée au moins 2 fois par semaine (B).

30 à 60 minutes d'exercice aérobie, au minimum de 3 fois par semaine (minimum 150 minutes chaque semaine) et un entrainement de résistance au moins 2 fois par semaine baissent la pression artérielle (B).

Les apports d'acides gras trans devraient être limités (C).

3.1.3.3 L'obésité et la prise en charge diététique

Les études concernant les régimes amaigrissants démontrent que tous les types de régimes peuvent faire maigrir (54)(55).

Le problème n'est pas la perte de poids mais le maintien de cette perte. Les premières études évoquaient un taux d'échec à un an de l'ordre de 95%, les dernières études l'évaluent à 80% (56).

Plus la perte de poids se maintient dans le temps, plus elle a des chances de se maintenir. Le maintien de la perte de poids à 2 ans est un argument de maintien.

L'activité physique paraît être le moyen efficace de prévenir l'échec de l'amaigrissement (57)(55).

3.1.4 Les recommandations étrangères, des arguments de mise en œuvre

3.1.4.1 Les recommandations du NICE

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) édite des recommandations pour le Royaume-Uni. En 2008, il propose une recommandation sur la prise en charge du diabète de type 2 (58).

Il propose de résumer les recommandations diététiques sous forme de commandements pour en permettre la mémorisation :

- Fournir des conseils nutritionnels individualisés et en continu grâce à un professionnel possédant une expertise spécifique et des compétences en nutrition.
- Donner des conseils diététiques adaptés aux besoins du patient, à sa culture et à ses croyances, en étant attentif à sa volonté de changer et aux effets sur sa qualité de vie.
- Insister lors des conseils aux diabétiques de type 2 sur les conseils d'équilibre alimentaire valables pour l'ensemble de la population. Encourager la consommation d'aliments riches en fibres, à faible index glycémique, comme les fruits, les légumes, les céréales complètes et les grains; inclure les produits laitiers allégés et les huiles de poisson: contrôler les apports alimentaires d'acides gras trans.
- Intégrer les conseils diététiques dans un plan personnalisé de gestion du diabète, incluant les autres aspects de modification du mode de vie, comme l'augmentation de l'activité physique et la perte de poids.
- Viser, pour les personnes en surpoids, une perte de poids initiale de 5 à 10%, en se rappelant que les plus petites pertes de poids sont tout de même bénéfiques et que de plus grandes pertes de poids dans le long terme auront des avantages métaboliques certains.
- Individualiser les recommandations pour les apports glucidiques, en alcool et en viande. Réduire le risque d'hypoglycémie doit être un objectif prioritaire en cas d'insulinothérapie ou de prescription d'une sécrétine.
- Prévenir les patients qu'une substitution limitée des aliments contenant du saccharose par d'autres glucides au sein des repas est possible mais qu'il faut être attentif à ne pas pourvoir un apport énergétique excessif.
- Décourager l'utilisation d'aliments marketing spécifiques pour diabétiques.
- Quand les patients sont hospitalisés ou institutionnalisés, mettre en œuvre un plan alimentaire qui prévoit des apports glucidiques suffisants lors des repas et des collations.

3.1.4.2 L'apport des recommandations de la SSMG

La Société Savante de Médecine Générale, société savante belge, a émis des recommandations à destination des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie, du diabète de type 2 et de l'obésité (59)(60)(61)(62).

Elles apportent des points complémentaires aux recommandations françaises concernant l'hypercholestérolémie, le diabète de type 2 et l'obésité. Elles comprennent également de nombreuses recommandations communes qui ne sont pas reprises ici.

3.1.4.2.1 Hypercholestérolémie

Les recommandations alimentaires sont proches de la recommandation française.

Elles apportent quatre points supplémentaires complétant l'approche diététique : il s'agit de recommander une meilleure alimentation qui doit être considéré comme un nouvel équilibre alimentaire.

La réduction de consommation de graisses saturées par le patient peut s'obtenir en évaluant la consommation de : beurre, crème fraiche, friterie, mayonnaise, charcuterie, fromages gras, pâtisseries, chocolat, œufs.

La recommandation fournit une définition du régime méditerranéen :

- Augmenter la consommation de pain
- Augmenter la consommation de légumes « racines »
- Augmenter la consommation de poisson
- Diminuer la consommation de viandes (bœuf, agneau et porc pouvant être remplacés par de la volaille)
- Pas de jour sans fruit
- Remplacer crème et beurre par une margarine de composition comparable à l'huile d'olive (mais légèrement plus riche en acide linoléique et davantage en acide linolénique)
- Huile pour salade et préparations exclusivement à base d'huile de colza et d'olive
- Consommation modérée de vin

Elle met l'accent sur l'arrêt du tabac et rappelle que dans l'étude WOSCOPS en prévention primaire, l'incidence de problèmes coronariens est plus importante dans le sous-groupe fumeurs sous statine que dans le sous-groupe des non-fumeurs sous placebo.

3.1.4.2.2 Diabète de type 2

La recommandation aborde un point de détail diététique et met l'emphase sur le rôle du diététicien dans la prise en charge du diabète de type 2.

- <u>L'absence d'intérêt des produits diététiques pour diabétiques :</u>

« Les produits diététiques pour diabétiques sont rarement à privilégier : ils peuvent contenir trop de graisse par rapport aux produits habituels comparables et sont également souvent beaucoup plus chers. »

- <u>La nécessité d'un recours à la diététicienne :</u>

« En cas de modification des habitudes alimentaires, il est important de partir des habitudes actuelles du patient. Ce schéma alimentaire est décrit à l'aide d'un journal des repas quotidiens. Sur cette base, le médecin peut déterminer des objectifs personnalisés avec le patient. Ce processus demande beaucoup de temps et des compétences spécifiques. C'est pourquoi il est recommandé de collaborer avec un(e) diététicien (ne) pour prendre en charge

la problématique des habitudes alimentaires chez les patients diabétiques. Le médecin généraliste continue à jouer un rôle important dans la motivation des patients. L'utilisation de lettres de renvoi et de retour standardisées garantit l'échange de l'information correcte et nécessaire. »

3.1.4.2.3 Obésité

La recommandation présente une approche bio-psycho-sociale de la prise en charge de l'obésité et du surpoids. Elle présente les différentes motivations à l'amaigrissement, du patient et du soignant et évoque les difficultés psychologiques rencontrés par ces patients.

L'instauration d'un régime alimentaire englobe les éléments suivants :

- Partir d'une alimentation saine et variée en se basant sur le principe du triangle alimentaire (équivalent belge de la pyramide alimentaire française),
- Partir du modèle alimentaire du patient sur la base d'un journal (auto-surveillance),
- Veiller au suivi par un(e) diététicien(ne).

Selon la recommandation, il existe un principe de base de l'analyse de la prise alimentaire du patient qui présente une surcharge pondérale. Selon ce principe, le patient suit un régime alimentaire déséquilibré :

- Saut des repas principaux (par exemple, le petit déjeuner), entraînant la consommation de petits en-cas tout au long de la journée.
- Mauvais choix (beaucoup de frites, de sucreries, de biscuits, …), modes de préparation inappropriés, consommation en restauration rapide, consommation de boissons alcoolisées et rafraîchissantes, etc.

- <u>Les conseils que peut donner le généraliste</u>

Selon la recommandation :

« Un régime alimentaire à restriction calorique équilibré se caractérise par trois repas avec trois petites collations. Le saut d'un repas (par exemple, le petit déjeuner) est une mauvaise habitude parce qu'il entraîne, tout au long de la journée, une tendance à calmer sa faim par toutes sortes d'en-cas qui sont généralement très caloriques et la cause d'un apport énergétique supérieur.

Il faut surtout mettre l'accent sur la limitation de la consommation de graisses et de sucres rapides. La base de chaque repas doit être composée d'une source de sucres lents riches en fibres (pommes de terre, pain complet, riz ou pâtes complets).

Il suffit souvent d'abandonner les en-cas (sucreries, chips, noix, biscuits, boissons rafraîchissantes, boissons alcoolisées). Cela permet d'obtenir par jour une différence de l'ordre de 200 (2 verres de limonade ou de bière, sachet de chips à 30 g, 2 pralines, 1 petit sachet de frites de 150 g sans mayonnaise) à 500 kcal.

La meilleure boisson pour étancher sa soif est l'eau. Les boissons rafraîchissantes contiennent beaucoup d'hydrates de carbone, qui sont rapidement assimilés par le sang. Un jus de fruit contient par portion autant d'énergie que les boissons rafraîchissantes.

Les boissons rafraîchissantes « light» peuvent éventuellement être prises à la place des boissons rafraîchissantes classiques mais elles entretiennent l'habitude au goût « sucré».

La margarine dite de régime contient autant d'énergie que le beurre mais sa composition en acides gras est meilleure. La minarine ne contient que la moitié de la valeur énergétique de la margarine.

Les fruits et légumes occupent une place importante dans une alimentation saine. Ils ont une faible valeur calorique et sont riches en fibres alimentaires (solubles), en vitamines, en minéraux et en substances bioactives.

Une alimentation appréciée sur le plan gastronomique ne doit pas contenir en soi beaucoup de graisses. »

- Les habitudes alimentaires du patient et l'utilisation du semainier

La recommandation propose un abord des habitudes alimentaires du patient par l'utilisation d'un semainier. Le travail autour de ce semainier peut être complexe et le patient devoir être orienté vers la diététicienne. La diététicienne est formée spécifiquement à ce type d'approche :

« Il est important de partir du schéma alimentaire du patient. Le médecin généraliste peut faire écrire par le patient tout ce qu'il mange et boit au cours d'une semaine. Dans ce journal, le patient note soigneusement ce qu'il mange et en quelle quantité, en précisant aussi le lieu, le moment, la fréquence et les circonstances.

Il peut apporter ce journal à une consultation ultérieure chez son médecin généraliste ou le remettre directement au (à la) diététicien(ne). En partant de son journal, le patient peut alors être incité à apporter des modifications à certains aspects bien définis de son schéma alimentaire : moins grignoter entre les repas, consommer plus de fruits et de légumes, etc. (voir plus haut). Le travail avec un journal et une auto-surveillance exige beaucoup de temps et n'est généralement pas réalisable dans la pratique de la moyenne des généralistes. C'est pourquoi un renvoi vers un(e) diététicien(ne) est souvent nécessaire. »

- Les spécificités de l'approche de la diététicienne :

La recommandation décrit le travail de la diététicienne, notamment le travail d'enquête alimentaire qu'elle réalise auprès du patient :

« Un interrogatoire plus ou moins approfondi de ce que le patient mange habituellement et des moments où il mange donne une idée de ses habitudes alimentaires et des circonstances (situation de travail, situation familiale, connaissance alimentaire, …) qui co-déterminent son schéma alimentaire (= anamnèse alimentaire !). Une anamnèse alimentaire approfondie prend environ une heure. Un bon interrogatoire et le calcul des substances alimentaires sous-entendent une très bonne connaissance de la technologie des produits alimentaires tant des techniques de préparation que de l'estimation des quantités. Les diététicien(ne)s ont reçu une formation dans ce sens et il est donc judicieux pour un médecin généraliste d'orienter son patient vers une telle personne. »

Elle décrit ensuite les qualités du régime prescrit à visée amaigrissante, de façon qualitative et quantitative.

- Aspects qualitatifs du régime :

« Un « régime alimentaire » prescrit doit satisfaire aux exigences suivantes :

- être équilibré, sain et varié ;
- être individualisé c'est-à-dire adapté aux conditions de vie du patient ;

- être simple et compréhensible ;
- être réalisable et acceptable ;
- être sûr et sans risques ;
- offrant de bons résultats à court et long terme.

Un régime alimentaire équilibré assure un apport suffisant en substances nutritives (protéines, lipides, hydrates de carbone, vitamines, minéraux, fibres alimentaires et eau). À titre préventif, il convient également d'être attentif au bon choix des graisses. »

- Aspects quantitatifs du régime :

« La « sévérité » du régime alimentaire est déterminée par la gravité de l'obésité et par l'objectif visé. Un régime hypocalorique (déficit énergétique de 500 kcal par jour) permet d'obtenir une perte de poids d'un demi-kilo par semaine.

Un journal soigneusement tenu à jour permet de déceler bon nombre d'erreurs et de proposer des corrections adaptées individuellement. Un schéma journalier proposé avec des exemples de menus quotidiens pour une valeur énergétique donnée, de 1.600 kcal par exemple, ne tient pas compte des besoins individuels et peut mener à des erreurs.

En cas d'obésité (I.M.C. > 30) et pour un traitement à court terme, on peut opter pour un VLCD (Very Low Calorie Diet) avec des substituts de repas hypocaloriques (800 kcal/jour), une alimentation riche en protéines, suppléée en vitamines et minéraux. La réduction rapide de poids motive le patient.

Mais cette méthode doit toujours s'accompagner d'un encadrement et d'un suivi intensifs, notamment du contrôle de la balance hydrique. Ces régimes spécifiques ne représentent à long terme aucun avantage par rapport à une thérapie diététique classique. Dans le cadre d'un régime hypocalorique sévère (LCD = moins de 1.200 kcal) sur base d'une alimentation classique, il n'est pratiquement pas possible de tenir compte de la quantité recommandée pour tous les vitamines et sels minéraux. Une supplémentation en un complexe de vitamines et minéraux s'avère alors aussi indispensable. »

- Les principes de l'éducation alimentaire par la diététicienne :

« L'éducation alimentaire du patient par le (la) diététicien(ne) comprend un apprentissage des notions suivantes :

- Les valeurs énergétiques des produits alimentaires avec une attention particulière accordée aux boissons alcoolisées et aux boissons rafraîchissantes.
- La valeur nutritionnelle de l'alimentation (protéines, lipides, hydrates de carbone, fibres, minéraux tels calcium et fer, vitamines, …) et des différents repas. Sont riches en sucres lents et en fibres, les produits céréaliers complets tels le pain et le riz complets ainsi que les légumineuses. Sont pauvres en calories mais riches en vitamines, minéraux et oligo-éléments, tous les légumes et la plupart des espèces de fruits.
- Le choix de produits alimentaires hypocaloriques et de produits light.
- Les modes de préparation qui utilisent peu de graisse.
- Les tailles des portions. Apprendre à utiliser de petites portions.

- L'interprétation correcte des informations figurant sur les emballages.
- L'hydratation. »

  - La prescription de la diététicienne par le médecin :

Lorsqu'un médecin généraliste adresse son patient à une diététicienne, il est souhaitable qu'il remplisse un rapport qu'il fournit au patient, ce rapport prenant le nom de prescription diététique :

« Une prescription diététique doit comporter les données suivantes :

- Les données d'identification.
- Le poids – la taille – éventuellement l'I.M.C., l'évolution pondérale.
- La nature de la problématique (type d'obésité).
- Les pathologies associées (hypercholestérolémie, problèmes endocriniens).
- Les antécédents.
- Les activités/la profession (afin de pouvoir calculer les besoins énergétiques).
- En présence d'une pathologie spécifique, joindre éventuellement une valeur biologique (cholestérolémie, glycémie, uricémie).
- La médication : modérateurs de l'appétit, corticostéroïdes.
- La problématique psychosociale.
- L'attente du généraliste : perte de poids de …… (accords concrets autour des objectifs).
- D'autres mesures diététiques éventuelles : restriction sodique, régime pauvre en acides gras saturés en cas d'hyperlipidémie, limitation de la consommation d'alcool.
- L'identification du médecin généraliste. »

3.2. Les outils utilisables en consultation de médecine générale

3.2.1 <u>"Consultation diététique réalisée par un diététicien":</u>

La recommandation conjointe de l'Association des Diététiciens de Langue Française (ADLF) et de la Haute Autorité de Santé intitulée « Consultation diététique réalisée par un diététicien » et publiée en janvier 2006 (63) comprend un argumentaire, une recommandation, une série de critères de qualité et une liste de critères de qualité.

Le document recommandation propose en annexe des exemples d'outils validés par les diététiciens (annexe 3):

- Annexe 1. Les outils habituels couramment utilisés par les diététiciens
- Annexe 2. Exemple de guide d'entretien pour l'évaluation des consommations alimentaires
- Annexe 3. Exemple d'outil destiné à la personne soignée pour réaliser un relevé de consommations alimentaires

3.2.2 Les outils de l'ANAES

La recommandation de l'ANAES « Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications », publiée en 2000, donne des outils pour analyser la consommation alimentaire des patients (47) (annexe 4):

- Tableau 3. Valeur des index glycémiques pour quelques aliments de consommation courante, en prenant le pain blanc comme référence (IG=100)
- Tableau 1. Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (huile, beurre, autres graisses) (extrait de « Répertoire général des aliments », Favier).
- Tableau 2. Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (Viande, volaille, charcuterie) (extrait de « Répertoire général des aliments », Favier).
- Tableau 3. Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (Laitage et fromage) (extrait de « Répertoire général des aliments », Favier).
- Tableau 4. Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (Divers) (extrait de « Répertoire général des aliments », Favier).
- Tableau 5. Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (Poissons et crustacés) (extrait de « Répertoire général des aliments », Favier).
- Tableau 6. Teneur en glucides exprimés en grammes pour 100 g d'aliments (extrait de « Répertoire général des aliments », Favier).

3.2.3 Les recommandations au grand public

3.2.3.1 Les données de l'INPES

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la formation à l'éducation pour la santé.

L'INPES édite notamment des brochures à destination des patients et des soignants afin de promouvoir une alimentation saine auprès de la population française, qui peuvent commandés pour être délivrés en consultation ou peuvent être téléchargés via internet (www.inpes.fr).

3.2.3.1.1 Les documentations destinées aux patients

- Les fiches conseils du PNNS :

Les recommandations du PNNS (Plan National Nutrition Santé) reposent sur 9 repères nutritionnels. Chacun de ces repères fait l'objet d'une brochure spécifique :

- Au moins 5 fruits et légumes par jour
- Les féculents, un plaisir à chaque repas
- Bouger chaque jour, c'est bon pour la santé

- 3 produits laitiers par jour ? Vive la variété
- Le sel, comment limiter sa consommation ?
- Limiter votre consommation de sucre en restant gourmand
- Viande, poisson, œufs : 1 ou 2 par jour, c'est essentiel !
- Matières grasses : savoir les choisir et réduire sa consommation
- De l'eau sans modération !

- Les guides alimentaires du PNNS :

Les guides alimentaires présentent les thèmes du PNNS non plus par repères mais par situation clinique. Il existe ainsi 9 guides alimentaires (proposant les recommandations, des idées de menu) et une affichette à destination du public :

- La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous
- La santé vient en bougeant
- Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents
- J'aime manger, j'aime bouger, le guide nutrition des ados
- Le guide nutrition pendant et après la grossesse
- Le guide nutrition de la naissance à 3 ans
- Le guide nutrition à partir de 55 ans
- Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées
- Affichette « pense-bête » nutrition, à destination des personnes âgées.

3.2.3.1.2 Les documentations destinées aux professionnels

Certains des guides « grand public » font l'objet d'un livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé, afin d'expliciter les connaissances scientifiques qui ont permis d'établir les recommandations du PNNS. Ils ont également vocation à les aider à répondre aux interrogations de leurs patients, en présentant des situations concrètes :

- La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous, livret « professionnels de santé »
- Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents, livret « professionnels de santé »
- Le guide nutrition pendant et après la grossesse, livret « professionnels de santé »
- Le guide nutrition à partir de 55 ans, livret « professionnels de santé »
- Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées, livret « professionnels de santé »
- L'INPES propose d'autres outils diététiques à destination des professionnels, notamment les professionnels de santé. Il propose des dépliants :
- Connaissances et comportements de la population française en matière d'alimentation et d'activité physique
- Produits sucrés, féculents et santé : que conseiller ?
- Promouvoir l'activité physique des enfants et des jeunes à partir de l'expérience Icaps
- Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement

Il propose un guide d'utilisation du disque d'IMC : « Utiliser le disque d'indice de masse corporelle en pratique clinique ». Ce guide propose :

- Le disque d'IMC pour les enfants,
- La brochure "Evaluer et suivre la corpulence des enfants",
- Les courbes de corpulence pour les garçons et pour les filles de 0 à 18 ans,
- Le disque IMC adultes,
- Le disque de calcul de l'indice de masse corporelle chez l'adulte

Il permet la commande, la consultation et le téléchargement d'ouvrages publiés par l'INPES :

- Baromètre santé nutrition 2002
- Baromètre santé nutrition 2008
- Promouvoir l'activité physique des jeunes

3.2.3.2 Les données de l'ANSES

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail a été créée le 1er juillet 2010 par la fusion de deux agences sanitaires françaises : l'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments) et l'AFSSET (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail) dont elle reprend les missions respectives. Elle intervient dans les champs de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

Elle propose par l'intermédiaire de son site internet (www.anses.fr) dans l'espace alimentation humaine l'accès à la table Ciqual 2008. Cet outil, qui utilise les résultats de la banque de données de référence sur la composition des aliments, permet d'accéder par aliment ou par groupe alimentaire à la composition nutritionnelle de plus de 1300 aliments génériques, sous forme de fiches nutritionnelles fournissant les teneurs en 42 composants, dont l'énergie, les macronutriments….

L'ANSES propose également des présentations des différents nutriments (glucides, protéines, lipides, vitamines et minéraux) avec des tableaux récapitulatifs des aliments qui en sont riches. Elle propose également des rubriques concernant les compléments alimentaires, les allégations santé des produits, les allergies, les nouveaux aliments, l'étiquetage nutritionnel, le dispositif national de nutrivigilance, et le rapport concernant les pratiques d'amaigrissement.

Elle permet d'avoir des données valides concernant l'analyse alimentaire ou des réponses à des besoins d'information des patients.

3.2.3.3 Les données suisses

La Société Suisse de Nutrition possède un site internet : http://www.sge-ssn.ch/fr.html. Elle présente des données comparables aux données de l'INPES mais sous forme fiches d'information plus courtes et sur des points d'information plus précis.

Les principales rubriques sont :

- Alimentation saine
- Maigrir et maintenir son poids
- Alimentation et mode de vie, avec notamment des fiches concernant le fast-food et la convience-food
- Alimentation par étape de vie : Des fiches adressées aux enfants, adolescents, seniors, femmes enceintes, femmes allaitantes
- Aliments : Des fiches concernant les boissons, légumes et fruits, produits céréaliers, pommes de terre & légumineuses, lait et produits laitiers, viande, poisson, œufs et tofu, huiles, matières grasses & fruits à coque, sucreries, snacks salés & alcool
- Substances nutritives : Des fiches concernant l'eau, les glucides, les protéines, les lipides, les fibres alimentaires, les vitamines, les sels minéraux, les additifs, l'alcool.
- Alimentation et maladies : les thématiques abordées sont la dénutrition, l'hypertension, le diabète, l'ostéoporose, la goutte, les calculs rénaux, la constipation, les aigreurs d'estomac, les maladies rhumatismales, l'athérosclérose, le cholestérol, l'alimentation légère.
- Achats et préparation. Deux sous-thèmes : les emballages - que lit-on ? Acheter étape par étape
- Digestion

3.3. La pratique des médecins généralistes

3.3.1 La pratique de la diététique et ses freins en médecine générale

Deux études françaises explorent les attitudes et représentations des médecins généralistes dans la prise en charge diététique (37)(38).

La première explore la prise en charge en médecine générale de ville du surpoids et de l'obésité auprès du panel de médecins généralistes de la région Provence Alpes Côtes d'Azur en 2002.

Lors de cette étude, 79 % des médecins déclarent qu'il est de leur ressort de prendre en charge les patients en surpoids ou obèses. En opposition à cette assertion, ils expriment un fort sentiment d'inefficacité, pour plus de la moitié des médecins interrogés, que ce soit dans la prise en charge des problèmes de poids chez l'adulte, l'enfant ou l'adolescent. Pour un tiers des médecins interrogés, cette prise en charge n'apporte pas de satisfaction professionnelle.

Les médecins ayant eu à prendre en charge leur propre problème de poids se sentent plus efficaces. En revanche, les médecins se sentant peu efficaces décrivent plus facilement le

manque de temps, le manque de motivation de la part des patients ou le manque de confiance en leurs capacités comme autant de freins.

Par ailleurs, dans le champ des représentations, environ 30 % des médecins généralistes interrogés émettent une opinion négative sur les personnes en surpoids ou obèses, " plus paresseuses et manquant de volonté par rapport aux personnes ayant un poids normal " et 57,2 % sont pessimistes quant à la capacité de ces patients à perdre du poids et maintenir cette perte.

La deuxième étude explore la pratique de l'éducation nutritionnelle par les médecins généralistes en Rhône-Alpes en 2003. Réalisée par Observatoire Régional de la Santé, elle comprend deux volets : une enquête par questionnaire postal auprès d'un échantillon représentatif de 206 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes puis une enquête qualitative par entretiens auprès de vingt médecins généralistes de la région.

Les obstacles évoqués par les médecins généralistes pour faire de l'éducation nutritionnelle sont :

- Le risque d'intrusion dans l'intimité du patient à travers l'alimentation,
- Le risque de perturber la relation médecin patient (crainte de gêner, vexer les patients),
- Le manque de temps et de connaissances pour faire de l'éducation nutritionnelle,
- Le manque d'efficacité visible à court terme,
- L'environnement non facilitant (famille, publicité,...).

La demande des médecins pour réaliser l'éducation nutritionnelle concerne principalement la fourniture d'outils pratiques :

- Des fiches- conseils (77%)
- Des annuaires des ressources existantes (49%)
- Des livres, guides, DVD...

Des séances de formation ou d'information pourraient également intéresser les médecins (30%), notamment sur l'alimentation et les besoins nutritionnels spécifiques aux différentes périodes de la vie, ainsi que sur la prévention et la prise en charge de l'obésité.

Par ailleurs, certains médecins souhaiteraient disposer de plus de temps à consacrer à l'éducation nutritionnelle (et à la prévention en général) et évoquent la création d'un financement spécifique.

L'étude ENTRED, réalisée en 2007 (64), a pour but d'évaluer les démarches d'information et d'éducation auprès de patients diabétiques. Une première phase de cette étude a consisté en une enquête par auto-questionnaire postal auprès d'un échantillon de 8.926 patients diabétiques en métropole. La deuxième phase était une enquête par auto-questionnaire postal auprès des médecins dont les patients diabétiques avaient fourni les coordonnées. Ont répondu à l'enquête sur la « démarche éducative » 4.296 personnes diabétiques et 2.232 médecins. Cette étude explore notamment les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le cadre de l'éducation du patient diabétique. Pour les médecins, la principale difficulté rencontrée lors de l'éducation des patients est l'adhésion des patients aux recommandations concernant l'alimentation (65 %) et l'activité physique (64%).

3.3.2 La pratique de l'éducation thérapeutique et de l'entretien motivationnel en médecine générale

3.3.2.1 L'éducation thérapeutique

Les médecins installés ne sont, pour leur majorité, ni formés à l'éducation thérapeutique ni à l'entretien motivationnel et ce, à la différence des professionnels de santé paramédicaux (32).

Une thèse explorant les pratiques des médecins généralistes en Indre-et-Loire et dans le Loiret (39) montre que les médecins ont en majorité une représentation de l'éducation thérapeutique comme un enseignement concernant le savoir. Suivant cette définition, ils rapportent alors faire de l'éducation auprès de leurs patients. Pourtant leur pratique est une pratique d'information. Le principal frein ressenti à la pratique de l'éducation thérapeutique est le manque de temps.

L'enquête « Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile. Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises » (65), a interrogé 1.900 médecins généralistes installés dans cinq régions (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire). Elle avait pour but d'évaluer l'opinion des médecins généralistes concernant deux domaines distincts : l'éducation thérapeutique d'une part et l'hospitalisation à domicile d'autre part. 9 médecins interrogés sur 10 sont favorables à la mise en place d'un programme d'ETP, pour tous ou certains de leurs patients atteints de maladie chronique (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires). Les trois quarts des praticiens se déclarent prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP dans leur cabinet, avec une formation et une rémunération adaptées. Les professionnels de santé les plus à même de réaliser des actions d'ETP sont, selon les médecins généralistes interrogés, par ordre décroissant : des médecins généralistes formés (94%), des professionnels libéraux non médicaux formés (79%), des médecins spécialistes formés (79%), un réseau de santé ou une association de professionnels de santé (75%), une équipe hospitalière formée (75%), un dispositif proposé par l'assurance maladie (38%), un dispositif proposé par d'autres organismes (assurances, mutuelles, etc.) (24%).

Au cours de l'étude Entred (64), les freins au développement d'une démarche éducative sont, selon les médecins généralistes, tout d'abord le manque de temps (76%), puis le manque de professionnels et de structures relais (39%). Par rapport aux spécialistes interrogés lors de la même enquête, les généralistes évoquent plus souvent : le fait que les patients ne ressentent pas le besoin d'une telle démarche (33% contre 17% des spécialistes), le manque de formation (26% et 10%) et le manque de matériel adapté (21% et 10%). Les savoir-faire utiles à une démarche éducative que souhaiteraient développer les médecins généralistes sont : « proposer et négocier des objectifs » (52%), « apporter une information adaptée » (48%) et « identifier les besoins des patients » (37%).

L'étude ETHICCAR démontre la possibilité d'une pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes conforme aux recommandations de la HAS (41).

Selon le guide méthodologique de la HAS (66), les programmes d'ETP suivent la séquence : diagnostic éducatif, construction d'objectifs avec le patient, réalisation de séances collectives et pluriprofessionnelles et enfin évaluation. La HAS propose également une ETP individuelle, qu'elle présente comme une option.

Des expériences de terrain décrivent une éducation thérapeutique adaptée à l'organisation de la médecine ambulatoire. Elle nécessite d'organiser des séquences autour de chaque compétence spécifique. Une séquence va comporter un diagnostic éducatif sur le problème, une proposition d'action avec un micro-objectif, le tout se déroulant sur une première consultation, la réalisation d'une action ou d'une observation par le patient entre deux consultations, et l'évaluation conjointe avec lui à la consultation suivante. C'est l'éducation thérapeutique séquentielle (67)(42).

3.3.2.2 L'entretien motivationnel

Une étude interventionnelle auprès de 85 médecins généralistes danois (68) a évalué les modifications de comportement des médecins suite à une formation à l'entretien motivationnel, par le biais d'un questionnaire auto-administré. Cette formation de 1,5 jour était suivie de deux demi-journées de formation complémentaire. Plus de 95% des médecins interrogés ayant bénéficié de la formation rapportent utiliser des méthodes de l'entretien motivationnel dans leur pratique quotidienne. Les médecins trouvent également l'entretien motivationnel plus performant que leur façon traditionnelle d'apporter des conseils. Les médecins interrogés ne trouvent pas cette méthode plus chronophage en consultation.

3.4. La formation initiale

3.4.1 La formation initiale des internes en ETP/EM

3.4.1.1 Etat des lieux de la formation en éducation thérapeutique en France

L'INPES a effectué en 2005 une enquête téléphonique auprès de 527 établissements de formation initiale de 10 professions de santé (diététiciennes, puéricultrices, sages-femmes, médecins, pharmaciens, dentistes, cadres de santé, masseurs-kinésithérapeutes, podologues, infirmières) explorant les enseignements en ETP (32).

41 facultés de médecine ont été enquêtées sur les 43 recensées, 19 facultés ont répondu à l'enquête (contre la quasi-totalité des structures de formation des puéricultrices, sages-femmes, et même niveau de réponse que les pharmaciens ou podologues).

10 facultés ont mis en place un enseignement en ETP, 8 l'abordent via d'autres enseignements (endocrinologie, respiratoire, santé publique…)

Sur les 10 facultés, la moyenne horaire de formation déclarée est de 80h, avec des extrêmes s'étendant de 11h à 100h (pour une faculté, programme de deuxième année). On peut prendre pour point de comparaison la formation des diététiciennes, qui, sur 2 ans de cursus, ont en moyenne 150 heures consacrées à l'éducation thérapeutique.

Les notions d'éducation abordées lors des enseignements en faculté de médecine sont : la relation soignant-soigné, l'adhésion thérapeutique, la psychologie du soignant.

Les freins déclarés par les facultés de médecine qui ne proposent pas d'enseignement sont les emplois du temps surchargés, le manque de moyens, l'absence de mention spécifique dans les programmes officiels.

3.4.1.2 Evolution du programme des études médicales

Le programme du deuxième cycle des études médicales publié au Journal Officiel (JO) du 17 octobre 2000 ne fait pas mention de l'éducation du patient.

Il bénéficie d'une actualisation au JO du 07 juin 2007 : ce programme regroupe 345 items. La première question du premier item s'intitule : « N°1 : La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale ».

Les objectifs à atteindre par l'étudiant sont :

- Expliquer les bases de la communication avec le malade
- Etablir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès
- Elaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, ses croyances.

Il est cependant spécifié en préambule de la liste des items :

« Le deuxième cycle des études médicales a pour objectif l'acquisition des compétences cliniques et thérapeutiques et de capacités d'adaptation permettant aux étudiants d'exercer les fonctions hospitalières du troisième cycle et d'acquérir les compétences professionnelles de la filière dans laquelle ils s'engageront… Les enseignements ne doivent pas chercher à couvrir l'ensemble des champs disciplinaires… »

La recherche bibliographique sur l'enseignement des techniques de communication et d'entretien auprès des étudiants en médecine a retrouvé peu de publications (69)(36)(70)(35)(34)(71).

8 études ont été recensées sur Pubmed : aucune ne porte sur l'éducation thérapeutique mais toutes sur l'entretien motivationnel. A l'issue de formations courtes (programmes variant

d'une journée à une centaine d'heures), elles démontrent des effets bénéfiques de l'enseignement de l'entretien motivationnel, principalement sur la confiance en soi des étudiants. Les effets sur les comportements de patients sont moins nets, ne montrant pas ou peu d'effet sur les comportements des patients.

1 étude identifiée via Google Scholar évalue la performance des internes de Casablanca après un enseignement en éducation thérapeutique durant une demi-journée. A l'issue de cette formation, les étudiants sont peu performants.

3.4.2 La formation initiale en diététique et nutrition

3.4.2.1 Le programme officiel

Le Collège des enseignants en Nutrition a publié en 2001 un polycopié national de nutrition (2). Ce polycopié avait pour but de servir de référence nationale aux étudiants préparant l'ENC.

Ce polycopié propose sur 163 pages des chapitres répondant à chaque item défini au JO du 17 octobre 2000 nécessitant un abord nutritionnel.

Les chapitres sont organisés autour de séquences identiques intitulées : « points à comprendre, à savoir absolument, points essentiels à retenir (sous forme d'encadré), pour approfondir, pour en savoir plus ».

3.4.2.2 Les items de nutrition qui doivent être maitrisés par les étudiants pour l'ENC

3.4.2.2.1 Première partie : enseignement transversal

- Module 2. De la conception à la naissance

Item 16. Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte

- Expliquer les particularités des besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

Item 17. Principales complications de la grossesse

- Savoir diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge du diabète gestationnel.

Item 21. Prématurité et retard de croissance intra-utérin : facteurs de risque et prévention

- Expliquer les principaux facteurs de risque et savoir expliquer les éléments de prévention de la prématurité et du retard de croissance intra-utérin.

Item 24. Allaitement

- Argumenter les techniques et les bénéfices de l'allaitement maternel.

- Module 3. Maturation et vulnérabilité

Item 34. Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant

- Expliquer les besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.
- Prescrire le régime alimentaire d'un nourrisson.
- Argumenter les principes de la prévention et de la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Item 42. Troubles du comportement alimentaire de et de l'adulte

- Donner des conseils d'hygiène alimentaire.
- Savoir diagnostiquer une anorexie mentale et une boulimie.
- Argumenter les principes de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

Item 45. Addictions et conduites dopantes (alcool)

- Module 5. Vieillissement

Item 56. Ostéoporose

- Savoir diagnostiquer une ostéoporose.
- Argumenter les principes de traitement et la surveillance (au long cours).

Item 61. Troubles nutritionnels chez le sujet âgé

- Savoir diagnostiquer un trouble nutritionnel chez le sujet âgé.
- Apprécier les signes de gravité et le pronostic. Argumenter les principes du traitement et la surveillance (au long cours).

- Module 7. Santé, environnement, maladies transmissibles

Item 73. Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation ; toxi-infections alimentaires

- Préciser les principaux risques liés à la consommation d'eau et d'aliments dans les pays développés et en voie de développement.
- Préciser les paramètres de qualité des eaux d'alimentation et les méthodes de contrôle.
- Savoir diagnostiquer une toxi-infection alimentaire et connaître les principes de prévention.
- Adopter une conduite pratique devant une toxi-infection familiale ou collective.

Item 110. Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Evaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition

- Exposer les besoins nutritionnels de l'adulte, de la personne âgée, de la femme enceinte.
- Evaluer l'état nutritionnel d'un adulte sain et d'un adulte malade.
- Argumenter la prise en charge d'une dénutrition.
- Mener une enquête alimentaire et prescrire un régime diététique.

Item 111. Sports et santé. Aptitude aux sports chez l'enfant et chez l'adulte. Besoins nutritionnels chez le sportif

- Exposer les besoins nutritionnels chez le sportif enfant et chez le sportif adulte

- Module 9. Athérosclérose - hypertension -thrombose

Item 128. Athérome : épidémiologie et physiopathologie

- Expliquer l'épidémiologie et les principaux mécanismes de la maladie athéromateuse et les points d'impact des thérapeutiques. Préciser l'évolution naturelle.
- Savoir réaliser la prise en charge au long cours d'un malade polyathéromateux.

Item 129. Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention

- Expliquer les facteurs de risque cardio-vasculaire et leur impact pathologique.
- Prendre en charge les hyperlipoprotéinémies.
- Appliquer la prévention primaire et secondaire des facteurs de risque cardio-vasculaire et les stratégies individuelles et collectives.

Item 130. Hypertension artérielle de l'adulte

- Expliquer l'épidémiologie, les principales causes et l'histoire de l'hypertension artérielle de l'adulte.
- Savoir appliquer le traitement et la prise en charge au long cours de l'hypertension artérielle.

- Module 10. Cancérologie

Item 139. Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers

- Expliquer et hiérarchiser les facteurs de risque des cancers les plus fréquents.
- Expliquer les principes de prévention primaire (tabac) et secondaires (dysplasie du col utérin).

- Module 11. Synthèse clinique et thérapeutique

Item 179. Prescription d'un régime diététique

- Prescrire un régime diététique en fonction de la pathologie et du contexte clinique.

3.4.2.2.2 Deuxième partie : maladie et grands syndromes

Item 222. Anémie par carence martiale

- Savoir diagnostiquer une anémie par carence martiale.
- Savoir appliquer le traitement et la surveillance de l'évolution.

Item 233. Diabète de type I et II de l'enfant et de l'adulte. Complications

- Savoir diagnostiquer un diabète chez l'enfant et l'adulte.
- Apprécier les signes de gravité et le pronostic.
- Savoir diagnostiquer et traiter une décompensation acido-cétosique.
- Argumenter les principes du traitement et la surveillance.

Item 253. Insuffisance rénale

Item 267. Obésité de l'enfant et de l'adulte

- Savoir diagnostiquer une obésité chez l'enfant et l'adulte.
- Apprécier les signes de gravité et le pronostic.
- Accompagner le patient et sa famille dans sa démarche de contrôle pondéral.
- Connaître les facteurs favorisant l'obésité de l'enfant et de l'adulte et les mesures de prévention ou argumenter les principes du traitement et de la surveillance.

3.4.2.2.3 Troisième partie : orientation diagnostique

Item 295. Amaigrissement

- Devant un amaigrissement : argumenter les hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Item 297. Anémies

3.4.2.3 L'intérêt des internes pour l'éducation thérapeutique

La recherche documentaire retrouve un nombre croissant de thèses portant sur l'ETP. Il a été effectué une recherche en ligne en juin 2011. Le Système Universitaire de Documentation (SUDOC) présente le catalogue collectif français réalisé par les bibliothèques et centres de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche et a pour mission de recenser l'ensemble des thèses soutenues en France. Le site de la Bibliothèque Interuniversitaire de Santé (BIUS), service des universités Paris Descartes, Paris Diderot, Paris Sud répertorie notamment les thèses de médecine et d'odontologie.

La consultation du catalogue de la BIUS retrouve :

- 150 thèses recensées sous éducation thérapeutique depuis 1993 : 1 thèse en 1993, 2 thèses en 2001, 14 thèses en 2006, 27 thèses en 2010.
- 448 thèses recensées sous éducation du patient : 1 thèse en 1993, 6 thèses en 2001, 61 thèses en 2006, 67 thèses en 2010.

La recherche dans le SUDOC retrouve :

- Une absence de résultats sous le terme « Education thérapeutique », qui ne correspond pas à un mot clef.
- L'association « Education » et « Patient » donne 871 réponses, dont 153 pour l'année 2010.

3.5. Les données des sciences sociales

3.5.1 L'alimentation des français

Le Baromètre nutrition santé 2008 (72) est une enquête téléphonique déclarative, basée sur un rappel des 24 heures associé à des modules sur les habitudes alimentaires, la perception de l'alimentation, la connaissance de certains repères nutritionnels, l'information sur l'alimentation, le poids, la taille, l'activité physique, la structure et l'environnement des repas et les comportements d'achats alimentaires. Elle fait suite à deux enquêtes de même méthodologie conduites en 1996 et 2002. Elle a pour but d'évaluer l'alimentation des français du point de vue quantitatif et qualitatif et d'évaluer son évolution dans le temps.

En 2008, les français organisent leur prise alimentaire autour de 3 quotidiennes ou 3 repas : deux repas principaux, déjeuner et dîner, et un petit repas moins élaboré, le petit déjeuner. Les deux repas principaux présentent une structure en plats (entrée, plat principal, fromage, dessert). Depuis 2002, cette structuration a significativement évolué vers une simplification avec une diminution du nombre de plats. Le grignotage, qui concerne 5,4% des personnes, est en diminution depuis 2002, notamment chez les 12 à 18 ans.

Le domicile est le lieu principal de prise des repas, mais depuis 2002, le nombre des repas pris hors du domicile augmente.

La présence de la télévision est de plus en plus fréquente au petit déjeuner, mais stable au dîner (depuis 1996, elle est regardée par une personne sur deux au dîner) et en baisse au déjeuner (soit 30%). La durée moyenne des repas augmente depuis 1996 : 17 minutes pour le petit déjeuner, 39 minutes pour le déjeuner et 42 minutes pour le dîner.

En 2008, l'acte de manger est associé chez les français en premier lieu au plaisir gustatif (en 1996, il était d'abord un « acte indispensable pour vivre »). Les principaux facteurs influençant les repas sont la « santé » et le « budget ». Faire la cuisine est ressenti comme un acte convivial et une façon de manger sain.

« Manger équilibré » signifie d'abord, pour les personnes interrogées, « manger varié », « favoriser certains aliments » comme les fruits et légumes et, dans une moindre mesure, « éviter certains aliments » comme les produits gras ou salés.

Plus l'on vieillit, plus la dimension santé de l'alimentation est prise en compte : à partir de 50 ans, manger est plus un « moyen de conserver la santé » qu'un plaisir gustatif, et cuisiner est plutôt une « façon de manger sain ».

Concernant le suivi des recommandations du PNNS, la principale difficulté représente la consommation de fruits et légumes : en 2008, 11,8 % des Français âgés de 12 à 75 ans ont mangé des fruits et légumes au moins cinq fois la veille de l'interview. Depuis 2002, le facteur « prix des fruits et légumes » est un obstacle à leur consommation de plus en plus marqué : ce facteur est cité pour 14,8 % en 2002 contre 42,9 % en 2008 pour les fruits, et passe de 15,4 % à 37,1 % pour les légumes.

L'étude explore les types d'aliments ne faisant pas l'objet de recommandations. Le taux de consommateurs de boissons sucrées, resté stable entre 1996 et 2002, a augmenté entre 2002 et 2008. Les consommateurs de boissons sucrées sont principalement les hommes, les adolescents et les jeunes adultes (18 à 34 ans). La consommation de produits de type « snacks » (comprenant les préparations pâtissières salées, les préparations frites, fourrées et les sandwichs) a augmenté entre 1996 et 2008, dans les deux sexes et particulièrement chez les 18-25 ans. La consommation de plat tout prêt, au moins une fois par semaine a augmenté entre 1996 et 2008 chez les adultes de 18 à 75 ans. Le taux de consommateurs est nettement plus important chez les jeunes et les jeunes adultes.

Concernant l'assaisonnement et la cuisson, entre 1996 et 2008, le pourcentage de personnes déclarant utiliser habituellement des matières grasses « traditionnelles » (huile de tournesol, beurre ordinaire pour la cuisson et margarine) a nettement diminué. Ce déclin profite à l'huile d'olive (et partiellement à l'huile de colza) et aux mélanges de matières grasses. Enfin, entre

2002 et 2008, le pourcentage de personnes mettant habituellement des matières grasses sur la table ou du sel a diminué.

3.5.2 Comment apprend-on à manger ?

L'apprentissage de l'alimentation (73) n'est pas un apprentissage de type scolaire, structuré, avec des règles identifiées comme telles et enseignées. C'est un apprentissage contextuel, où l'enfant « baigne » dans sa famille et intègre le quotidien comme étant la « norme ». Il enregistre ce qui se mange, ce qui ne se mange pas au sein de sa famille. L'enfant mange, observe et joue à manger. Plus tard, il élargit son expérience au reste de la famille (cousins, grands-parents…), à la nourrice, à la crèche, aux copains.

Au cours du temps, l'enfant va cuisiner différemment et va privilégier des types d'aliments différents. L'inclusion des fromages forts ou du café à l'alimentation de l'adolescent sont des rites de passage vers l'âge adulte.

Le jeune adulte va s'écarter du modèle familial. Pourtant, ce modèle restera à vie sa référence en termes d'alimentation.

3.5.3 Les représentations

L'alimentation fait partie des comportements humains. Un comportement est une action visant à la satisfaction d'une tension. L'activation d'un comportement correspond à la somme de stimulations externes, internes et de représentations. Ces représentations ont pour intérêt d'activer le comportement de façon automatique et rapide, de façon inconsciente (74).

Une représentation correspond à l'association d'éléments de sens élémentaires dont le maillage permet d'initier le comportement. La représentation est un modèle d'action. Les éléments de base qui la composent sont de l'ordre des connaissances et aussi de codes sociaux. Elle comporte des aspects individuels et des aspects collectifs : elle correspond à l'assimilation personnelle d'une représentation générale adoptée par un groupe social.

Prenons par exemple la consommation d'une pomme. Pour choisir de manger cette pomme, on met en œuvre la représentation que l'on a de cette pomme, c'est-à-dire l'association de sa forme, de son goût, de sa couleur, de la satiété qu'elle va procurer, des façons de la préparer pour la manger (la peler, la croquer, la couper en quartiers, la manger crue, cuite …), mais aussi sa valeur symbolique, religieuse par exemple.

Les représentations ont d'abord pour but d'être efficaces : elles peuvent être justes ou non, vraies ou fausses, elles ne seront pas remises en cause tant qu'elles sont simples et prédictibles.

Manger comprend également un principe d'incorporation : je deviens ce que je mange. Un bon exemple est la consommation de viande pour les travailleurs manuels : manger de la viande permet de s'attribuer de la force.

Ces représentations s'enchaînant automatiquement et inconsciemment, elles peuvent parfois être mises en défaut lorsqu'elles s'exécutent dans une situation inadaptée. Il existe des expérimentations illustrant cette mise en défaut. Ainsi, elles peuvent conduire au niveau alimentaire à des comportements que l'on pourrait juger aberrants et qui ne sont pas perçus par les patients.

Concernant les patients présentant des pathologies nutritionnelles, les représentations alimentaires ne sont pas les seules à entrer en jeu. Il convient aussi de tenir compte des représentations corporelles, sociales (75)…

En tant que soignant, il s'agit d'avoir à l'esprit que ces représentations ont toujours un fondement et qu'elles ne sont pas irrationnelles. Pour que le patient puisse faire évoluer ces représentations, il est nécessaire que le patient prenne conscience de celles-ci. Il est possible de les faire émerger en utilisant des questions ouvertes en consultation, puis de les mettre en lumière par la reformulation des propos du patient.

3.5.4 La restriction cognitive

La théorie de la restriction cognitive a été élaborée pour tenter d'expliquer les échecs des régimes amaigrissants (76).

La restriction cognitive correspond à la disparition de la régulation alimentaire par les signaux organiques (satiété). Le contrôle de l'alimentation se base alors sur des phénomènes cognitifs. Elle s'installe lors des tentatives de contrôle de poids. Le sujet ne mange plus ce dont il ressent le besoin, mais ce qu'il pense bon par rapport à sa situation (démarche d'amaigrissement par exemple). Cette « mentalisation » rend le sujet hypersensible aux facteurs extérieurs, émotionnels et sociaux. Il mange en fonction de l'environnement, ou en se guidant sur des croyances (« comment et combien on doit manger ») ou sur l'attente supposée des personnes qui l'entourent.

Lorsque le sujet fait un écart alimentaire, il transgresse un interdit. Dès lors, plus rien ne sert de se restreindre : il mange en grande quantité. Les événements stressants, les émotions, l'anxiété, l'alcool, tout malaise physique ou psychologique peut entraîner une perte du contrôle de l'alimentation.

La restriction cognitive intéresse des patients obèses, mais aussi des patients de poids normal ou des patients anorexiques. Elle crée une situation d'inconfort par rapport à l'alimentation, qui devient un risque à gérer pour le patient et non plus un phénomène naturel.

3.6. Analyse des Focus-groups

Les deux focus-groups se sont déroulés à Tours le 27 mai 2010. Le premier a été réalisé dans une salle de cours de la faculté de médecine, le deuxième au domicile d'une des participants. Une collation était prévue et a été servie lors de chaque entretien. L'ambiance des échanges a été conviviale. Les entretiens ont été filmés par caméra vidéo.

Il était prévu 90 minutes d'entretien pour permettre la réalisation de la trame d'entretien. Le premier focus-group a duré 96 minutes, le deuxième 110 minutes.

3.6.1 Caractéristiques des interviewés

La totalité des interviewés avait effectué ou effectuait son troisième cycle à Tours.

3.6.1.1 Avancement dans le cursus médical

Des six étudiants en médecine générale présents lors des focus-groups, tous avaient une expérience en ambulatoire.

Deux étaient internes, l'une réalisant son stage de premier niveau ambulatoire au moment de l'interview, l'autre effectuant son stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisés.

Une interviewée était chef de clinique assistante.

Les trois derniers interviewés étaient remplaçants non thésés.

Leur avancement dans le cursus correspond à un passage de l'Examen National Classant (ENC) entre 2006 et 2008.

3.6.1.2 Lieux de formation en premier et deuxième cycle

Quatre des interviewés avaient réalisé leurs premier et deuxième cycles à la faculté de médecine de Tours. Une interne avait effectué ses premiers cycles à la faculté d'Angers, une interviewée à Amiens.

3.6.1.3 Projets de formation

Une interne programmait un stage à l'étranger (au Canada). La chef de clinique prévoyait un renouvellement de son clinicat.

3.6.1.4 Projets professionnels

Tous les interviewés avaient pour projet final une installation en libéral. Trois d'entre eux souhaitaient avoir à terme un exercice mixte : vacation en PMI, planning familial ou vacation hospitalière.

Le projet immédiat pour les internes et remplaçants était d'effectuer un temps de remplacement en médecine générale, dont la durée n'était déterminée pour aucun d'entre eux. Une remplaçante venait d'obtenir un poste d'assistante en milieu hospitalier.

3.6.2 La formation initiale en premier et deuxième cycle : une absence d'apprentissage par programme structuré

3.6.2.1 Une formation en PCEM et DCEM oubliée par la majorité des internes

CD : « Ben moi en tout cas je n'ai pas reçu de formation en tout cas concernant la nutrition proprement dit. »
AF : « Pareil, on a pas eu de formation à la fac ni pendant l'externat ni… »
DLG : « Pour vous 3, comment ça s'est passé en formation initiale ? »
ST : « Sur la diététique ? »
AF : « Y en a pas eu ! »
ST : « Non, à part dans les bouquins qu'on achetait « les grandes règles » (mime un tableau), c'est toujours la même, « hygiéno-diététiques »… Voilà… »
AF : « 3 lignes ! »
ST : « 3 petites phrases, euh… C'est tout ! »
AF : « J'sais pas ! (*Rire*). En tout cas, j'y étais pas ! Mais euh… Je pense qu'on a eu aucun cours en endoc', on a… Pff ! S'il y en a eu un, je n'en ai aucun souvenir ! »
ST : « Je me demandais si on avait pas eu un cours de diététique, enfin… Sur l'obésité de l'adulte… On a dû avoir un truc quand même un jour ! Mais ça me dit rien… »

3.6.2.2 Un souvenir fort associé aux qualités d'un pédagogue

MB : « Moi, je suis d'Angers moi et nous on avait un… C'était en P2, je crois, en P2 ou en D1, on avait des cours sur la nutrition ouais. Alors c'était plus des généralités que plus des régimes adaptés à certaines pathologies mais toutes les généralités enfin du régime enfin de l'alimentation équilibrée, ça on l'a eu… »
MB : « Moi, j'ai pas mal bossé et c'est vrai que le prof de nutrition qu'on avait là, à Angers, c'est un mec génial, qui a une façon de te transmettre de l'énergie qui est impressionnante et du coup, du coup c'est un cours que j'ai beaucoup aimé ! Et c'est quelque chose que je travaillais avec plaisir ! C'était aussi un de mes centres d'intérêt, donc euh… »

3.6.2.3 Une absence de mise en situation ou de TP concernant la diététique en premier et deuxième cycle

DLG : « Vous n'avez pas eu des TP ou des mises en situation pour parler de diététique ? »
AF, CD, MB : « Signe négatif de la tête »

3.6.2.4 Le polycopié national de nutrition, inconnu des internes

Le polycopié national de nutrition, qui est la référence pour le programme de nutrition à l'internat n'est pas connu des internes :

DLG : « Il y a un poly national de nutrition et de diététique pour la préparation de l'internat. Vous l'avez utilisé ? »
MB : « Non. »
AF : « Non. »
CD : « Non. »
ST : « Pas du tout, non ! Je ne savais même pas qu'il existait ! »
CD : *Tend la main vers ST pour souligner ses propos.* « Idem ! »

3.6.2.5 Les internes expriment une défiance à priori à l'égard de son contenu : trop théorique, trop général, pas de réponse à leur pratique

CD : « Il y a des trucs pratiques ou pas ? »
ST : « … C'est pas possible, hein ! Donc euh ! »
DLG : « Il y a peu de trucs pratiques ! »
AF : « Voilà ! Ca y est ! Donc c'est pas utile… »
ST : « Parce que tant de milligrammes de potassium, on s'en fout, hein ! »
DLG : « D'accord ! Il y a un poly national pour la préparation de l'internat de nutrition. Est-ce que vous le connaissez ? »
BC : « Pff ! »
AD : « Non (*négation de la tête*). »
BC : « Mmm, peu probable que j'aille regarder dedans comme ça mais… Ca vend pas du rêve mais ! »
BC : « Voilà, parce que moi, ce genre de truc, je me dis ça va jamais être en rapport avec ma pratique, je vais jamais pouvoir l'exploiter ! »

3.6.2.6 La référence théorique pour les internes : le livre Endocrinologie Nutrition VG

MB : « Non, avec ce qu'il y avait dans les bouquins, il y avait dans le bouquin d'endoc' un gros chapitre à la fin ! »
MB : « Le Vernet… Le VG, là ! »
ST : « Non, à part dans les bouquins qu'on achetait « les grandes règles » (*mime un tableau*), c'est toujours la même, « hygiéno-diététiques »… Voilà… »
AF : « Dans le bouquin endocrino-métabolisme… »

ST : « Dans le bouquin, ouais, mais en direct… »
AF : « … il y avait un truc sur la nutrition… »
MB : « Dans le dernier chapitre. »
DLG : « Alors j'ai cherché… Alors vous, ce serait en même temps que l'endoc' que vous l'auriez eu… Les filles du groupe précédent ont parlé d'à la fin du bouquin d'endoc'… »
BC : « Pour l'internat, oui, le vert… »
AD : « Oui, oui ! »

3.6.2.7 Une absence de formation à la communication

AF : « En fait, il aurait fallu déjà : comment aborder la diététique avec le patient, quelque chose d'un peu… De l'ordre de… »
ST : « Ouais, de comment aborder le sujet… »
AF : « … De la communication ! »
ST : «… comment aborder le sujet, parce que c'est pas facile ! »
AF : « De l'ordre de la communication ! »

3.6.2.8 Les items de diététique occultés lors de la préparation de l'ENC

Les questions d'internat traitant de diététiques ont été survolées pour la préparation de l'ENC, elles étaient considérées pour leur majorité comme des items qui ne pouvaient pas donner lieu à des questions d'internat, les internes ont travaillé des « trucs à piège » (ex : listériose) :

CD : « Non, les trucs dont on se disait qu'ils allaient tomber à la rigueur… A l'internat ! »
CD : « Euh, oui, par exemple la listériose… Enfin les trucs à piège ! Où on se dit « oh ben tiens, s'il y a une mère enceinte… » Enfin, c'était des trucs plutôt à question d'internat, on va dire ! »
DLG : « D'accord ! »
CD : « Après, les trucs du genre la diversification ou ce genre de chose, qui ne serait pas tombé à l'internat, ben… Pfutt !!! J'ai… j'ai zappé, quoi ! »
AF : « C'était horrible ces chapitres-là ! »
MB : « Et puis… Mais le problème, c'est que c'était que c'était vraiment que sur les généralités ! »
CD : « (*en aparté à ST*). C'est un chapitre que j'ai pas beaucoup lu ! (*Rire*). »
ST : « Moi non plus… »
BC : « C'est pas utile (*fait signe de jeter par-dessus son épaule*) ! »
AD : « Et ça, c'est des trucs que voilà, on a appris pour l'internat et que voilà ! Je pense que ça serait tombé le jour de l'internat, je pense que j'aurais pas été capable de répondre à 3 questions, quoi ! »
BC : « J'ai à peine dû faire ce… J'ai à peine dû l'apprendre, d'ailleurs ! »

3.6.2.9 L'apprentissage en premier et deuxième cycle pose le problème de la contextualisation par rapport à l'exercice

BC : « Ça arrive qu'on ait des cours sur l'alimentation, ce genre de chose, des trucs comme ça mais… Eloignés de la pratique ! Je dois dire, je serais incapable de ressortir, même en l'apprenant par cœur, je vais l'oublier euh… »
AD : « Parce que c'est vrai quand on apprend ça, qu'on est externe, qu'on a une formation avant l'internat, ben franchement, t'apprends par cœur des trucs bêtement, t'as aucune idée »

AD : « Moi, j'ai rien retenu de ce que j'ai appris avant ! »

3.6.2.10 La diététique est d'abord une expérience de stage

Les internes citent en premier lieu leurs expériences de stage comme formation à la diététique.

3.6.2.10.1 Suivi de diététiciennes en hospitalier

ST : « Quand même je suis passée en diabéto à Blois, dans le service de diabéto à Blois, il y avait quand-même de la diététique, j'ai regardé un peu, enfin voir un peu ce que faisait la diététicienne »

3.6.2.10.2 Stage hospitalier

CD : « « Ce que je sais sur la nutrition je l'ai plutôt appris sur le tas, surtout même plutôt en Pédiatrie, euh, lors de stages en effet »
ST : « Ou alors des cours de service ! »
AD : « Moi j'ai bossé dans un… Pendant que j'étais externe, dans un hôpital à Palavas-les-Flots ! Qui prend en charge des enfants obèses »
AD : « Et j'ai fait une semaine de formation… De stage de diabétiques ! 'Fin, en fait, c'était une semaine pour les diabétiques, Donc en fait, je pense que c'est là que j'ai appris pas mal de trucs ! »
BC : « Mm ! Ca aussi le stage médecine interne-diabéto, à Tours, le truc des fruits, qu'augmentent les triglycérides, c'est de là que ça vient ! Après, j'ai quasiment rien de plus ! »

3.6.2.10.3 Stage chez le praticien

AD : « Et puis après j'ai assisté en stage, mon dernier stage prat', là, le SASSPAS, j'ai assisté à des consult' avec la médecin nutritionniste. »

3.6.2.11 Participation à la Formation Médicale Continue (FMC)

BC : « C'est vrai qu'il y a une fois j'ai eu une formation par une nutritionniste, dans le Loir-et-Cher ! »
ST : « Moi j'ai eu une fois une formation autre, de FMC où j'avais accompagné une de mes maîtres de stage sur l'éducation du patient diabétique… »

3.6.2.12 Les internes rapportent une expérience d'enseignement de diététique : le séminaire de pédiatrie en 3è cycle de médecine générale

ST : « Si, la seule fois où on a parlé un peu de diététique à la fac c'est à un séminaire de Pédiatrie pour ma dernière année d'internat, l'année dernière, où il y a eu un certain nombre de cas cliniques sur l'obésité de l'enfant, où il y a quelques trucs dits sur… »
ST : « Non, non, là, la formation de pédiatrie l'année dernière ici! »
DLG : « D'accord ! »
ST : « C'est la seule fois où on a parlé un peu de diététique en petit groupe ! »
MB : « Le séminaire de pédiatrie ici ! »

3.6.3 <u>La diététique, une pratique des étudiants</u>

3.6.3.1 Les internes parlent de diététique avec leurs patients

DLG : « Faites-vous de la diététique en consultation de médecine générale ? »
ST : « Ouais ! »
? : Oui, ça arrive… »
DLG : « Est-ce que vous faites de la diététique en consultation de médecine générale ? »
AF : « Ben… Un peu ! (*Rire*). Comme on peut ! »
BC : « Pareil ! »

3.6.3.2 L'abord de la diététique prend différentes formes : conseil, enquête alimentaire, soutien à la motivation

3.6.3.2.1 Conseils

AF : « les labos donnent des fois des espèces de petites brochures à découper et à donner aux patients pour des conseils […]. Ca déjà c'est des petites choses »
MB : « c'est plus des conseils d'accord d'ordre diététique que je donne au patient d'accord »
ST : « Des conseils aussi oui, les rares fois où j'ai donné des imprimés c'est pour des trucs très spécifiques »
CD : « Alors dans la plupart des cas des simples conseils »
AF : « C'est un peu comme le conseil minimal au tabac, quoi ! Il y a un conseil minimal diététique »

3.6.3.2.2 Enquête alimentaire et semainier

AF : « Ca arrive qu'on leur demande qu'ils fassent un peu comme ils font à l'hôpital (*mime une feuille A4*)… un relevé »
ST : « Un relevé, une enquête alimentaire… »
AF : « Une enquête alimentaire, oui voilà… »
ST : « Ca m'est arrivé d'en demander »

3.6.3.2.3 Travail sur la motivation

BC : « Voir leur motivation aussi à ce moment-là à peu près et puis… et puis après me débrouiller avec le peu de connaissance que j'ai ! C'est-à-dire que je vais surtout être pratique, voir un petit peu ce qu'ils pensent, comment ils pensent qu'ils pourraient faire mieux, »
BC : « Plus qu'ils s'acceptent et qu'ils soient capables d'agir que les culpabiliser ! »
BC : « Et, et je me vois plus comme quelqu'un… Plutôt que donner des conseils, quelqu'un qui est là pour soutenir la motivation ! »

3.6.3.3 Faire attention

Les internes utilisent la formule « faire attention » sans qu'il soit possible de savoir ce que cela sous-entend pour les patients :

ST : « Dire de faire attention… »
MB : «… Et là je vais dire à l'enfant, tu vois, il faut que tu fasses attention »

3.6.3.4 Qu'est-ce qui initie la prise en charge diététique ?

La majorité des interventions diététiques viennent sur demande des patients lors de la consultation alors que les internes n'avaient pas prévu d'en parler :

CD : « Je dirais même, c'est souvent le patient qui aborde ça en consultation, c'est vrai que c'est pas, enfin… »
MB : « « Oh j'ai grossi… » »
CD : « Voilà, c'est pas moi qui tique en disant « oh ben tiens » ; c'est plutôt eux qui disent [...]. Et puis alors qui plus est quand ils ont envie de perdre du poids, c'est eux qui viennent justement à la charge, quoi ! « Ah j'ai pris 3 kg, euh… comment je fais, j'aimerais bien les reperdre euh… » »
CD : « « voilà, je viens pour perdre du poids ! » »
BC : « Alors, moi, ça vient, ça va venir… C'est en fonction de comment se dirige la consultation ! »
CD : « Mais c'est vrai que quelqu'un qui vient justement parce qu'il a un peu de poids en trop ou ce genre de chose, c'est vrai qu'en général, je laisse venir… Enfin, c'est pas moi qui vais l'alpaguer ! »
CD : « C'est, 'fin, les rares fois où j'ai eu… J'ai eu à y faire face enfin bon, les petits conseils que ce soit pour des viroses, que ce soit la grossesse, ou que ce soit pour les petits enfants, bon ben ça… au cours de la consultation, il y a des choses, ça ça va ! »

3.6.3.5 Certaines pathologies ou situations cliniques sont associées à la nécessité d'un abord diététique pour les internes

AF : « Par exemple les patients dyslipidémiques, »
CD : « comme par exemple la Listériose »
ST : « Moi, c'est sur la femme enceinte »
MB : « Moi chez les diabétiques »
ST : « Ah les diabétiques, les diabétiques, j'en parle quand même parce qu'ils… »

ST : « … Mais par contre, on en parle ! Même s'ils ne veulent rien faire, ça les gênent moins en sachant que ça fait partie de leur maladie, en fait ! »
AF : « Moi, c'est basé sur le poids ! »
ST : « Oui, déjà… Ceux qui ont noté l'IMC, L'IMC »
AF : « Les patients… voilà, diabétiques… »
ST : « les courbes de poids chez les enfants, quand on voit les courbes de poids qui commencent à décoller… »
AF, CD, MB : « hochement de tête d'approbation »
MB : « (*fait signe d'énumération*) Les diabétiques, au début, diagnostic et puis après quand il y a un déséquilibre… »
ST : « les dyslipidémies… »
CD : « les surpoids, voilà ! »
ST : « Toutes les pathologies qui demandent un régime particulier, mais ça, ça prend… C'est plus rare ! (*Rire*) »
BC : « Alors, moi, ça vient, ça va venir… C'est en fonction de comment se dirige la consultation ! C'est très rare que j'oriente la consultation directement dessus ! »
AF : « Ben en fait, plus quand ils viennent pour un renouvellement, 'fin avec un résultat de prise de sang »

3.6.3.6 Les internes recherchent des signes d'alerte

MB : « J'en profite au moment de la consultation s'il y a un signe d'alerte qui vient quand même de ce côté-là, j'en parle… Sinon, je n'en parle pas. »
DLG : « Tu utilises quoi comme signe d'alerte ? »
ST : « La courbe de poids. Je la fais tout le temps donc voilà… »
MB : « La courbe d'IMC aussi »
ST : « Ou la courbe d'IMC »
MB : « Il y a la courbe de poids qui ne me plait pas par rapport à la courbe de taille, je fais la courbe d'IMC… »
AF : « Et puis ceux qu'ont l'air un peu en mauvais état général, parce qu'ils ont perdu 7 kg en 1 mois. On aime pas trop non plus… »
DLG : « D'accord. Donc comme signe d'alarme, il y a chez les enfants la courbe de poids et la courbe d'IMC et puis sinon pour les adultes, il y a un petit peu la « tronche » aussi ? »
Hochement de tête général.
AF : « Et puis la variation de poids… »
DLG : « Oui… »
AF : « Dans un sens ou dans un autre ! »
ST : « Ouais ! En plus pour une perte de poids je vais forcément les examiner, et chercher comme tu disais un truc organique ! »

3.6.3.7 L'orientation de la prise en charge diététique se fait par la recherche de l'erreur

MB : « Il y a forcément des erreurs… »
MB : « et à force de voir un petit peu et de la questionner un peu j'ai réussi à voir que ben non, il y avait quelques petites erreurs aussi »
MB : « une grosse erreur qui me permette d'en discuter directement. »
ST : « Non, un peu comme MB le disait, essayer de pointer l'erreur genre la collation, »
AF : « Mais si, on voyait des petites erreurs quand même hein euh, sur le fromage… »

3.6.3.8 Les représentations des internes

Les obèses, responsabilité personnelle, familiale ou fatalité génétique ?

BC : « Enfin, moi, ça me parle particulièrement, parce que je sais que je fais un poids que je peux pas dépasser, quoi que je fasse ! Et donc, c'est vrai que c'est des arguments qui… enfin si ! Ce qu'il voulait dire, c'est qu'il faut pas culpabiliser… Enfin voilà, moi c'est ce que… »
BC : « Il faut pas culpabiliser les gens, que… Il reprenait tout à l'envers en fait ! Ils font pas moins de sport parce qu'ils… Ils sont pas gros parce qu'ils font moins de sport, ils font moins de sport parce qu'ils sont gros en fait ! D'ailleurs, si on les restreint, ils font encore moins de sport parce que pour maintenir le poids, il va ralentir tous les organes… En fait et… donc euh, bon ! Ben après c'est son avis, c'est d'autres avis ! »
AD : « … De ce médecin-là ! Et donc, elle, elle disait que… enfin effectivement, il y a un facteur génétique et enfin, héréditaire mais… Comme le diabète, comme plein de trucs mais elle dit que c'est surtout… en fait pour les enfants, le problème, c'est que il y a trop de … Enfin, la société de consommation fait que ben, ils sont beaucoup plus tentés qu'avant !… Les gens ne savent pas, quoi ! Ils ne savent pas la quantité qu'il faut manger, ils sont complètement perdus et les enfants sont gros, pas parce qu'ils sont génétiquement faits pour être gros, juste parce qu'on les gave parce que les parents… Par ignorance, en fait ! »
AF : « Alors après les enfants, ça doit être difficile à gérer parce que par exemple quand il y a un enfant qui a un surpoids et pas le frère ou la sœur… »
ST : « C'est pas facile… »
AF : « Comment faire alors que le frère mange pas un gâteau et grossit pas et ben que l'autre enfant il comprend pas, pour une prise de gâteau ou quelque chose comme ça… »
MB : « C'est peut-être qu'à la base, ils ne mangent pas la même chose aussi… »
AF : « Ouais (*avec grimace, acquiescement pas franc*)… »
MB : « Il y a forcément des erreurs… »

3.6.3.9 Le terme « diététique » a deux acceptations différentes pour les internes

Ils en décrivent soit une vision « large », allant de l'allaitement, la diversification alimentaire, les risques alimentaires infectieux, aux pathologies à régime spécifique (phénylcétonurie), soit une vision « restrictive » : faire maigrir les gros, priver les bons vivants.

3.6.3.9.1 Une diététique au sens « large »

CD : « Euh… Moi, je suis souvent gênée, par exemple, pour les AVK ! Quand ils me demandent euh, voilà… A part le chou, je ne me souviens plus du tout les aliments… »
MB : « Et puis il y a certaines pathologies où c'est pas forcément notre job parce qu'il y en a pas beaucoup comme la phénylcétonurie, des trucs comme ça… »
AF : « Si une mère arrive en consultation et me demande : « Il a tant de mois, qu'est-ce que je peux lui donner à manger ? » »
CD : « Ben ouais, la diversification ! »
MB : « Moi, c'est vrai que ce qu'il me manque, qui me manquait et puis qui me manque toujours, c'est d'avoir par exemple: celui qui est en anémie, ben voilà, qu'est-ce que je lui conseille de manger… »

CD : « Voilà ! »
AF : « Par exemple les patients dyslipidémiques, »
ST : « l'obésité de l'enfant, les choses à ne pas faire, les conseils à donner »
MB : « Moi chez les diabétiques je fais ça, »
CD : « surtout même plutôt en Pédiatrie, euh, lors de stages en effet, à condition que ce soit lors d'épisodes de diarrhée, de gastro, c'est vrai qu'on avait des choses toutes prêtes des conseils diététiques à donner »
CD : « comme par exemple la Listériose »
ST : « les rares fois où j'ai donné des imprimés c'est pour des trucs très spécifiques genre régime sans résidus où là par contre je me suis imprimé des trucs pour des pathologies très précises… »
ST : « Moi, c'est sur la femme enceinte où je me suis dit qu'il fallait que je m'en fasse un ou que j'en trouve un tout fait »
ST : « Oh oui, d'autant plus chez les patients qui sont en surpoids »
CD : « Au lait chez les bébés. »
MB : « Celui qui fait des coliques hépatiques à répétition, qu'est-ce qu'il faut pas que, qu'il mange ! Celui qui a la goutte, machin ! »

3.6.3.9.2 Une vision restrictive de la diététique

BC : « Alors, moi, ça vient, ça va venir… C'est en fonction de comment se dirige la consultation ! »
BC : « De bien montrer que je suis là pour les aider mais pas pour leur dire : « faut perdre du poids ! », « faut perdre du poids ! » »
AF : « Les bons vivants, ils pro… Qui viennent pas pour ça, par exemple, on leur a fait faire le cholestérol, parce qu'on leur fait faire une prise de sang une fois par an et qu'eux, ils ont rien demandé, on trouve du cholestérol, on leur dit, il faut manger ça… »

3.6.3.10 Les internes se questionnent sur leur prise en charge de la dénutrition de la personne âgée

MB : « Moi, j'y ai déjà pas mal pensé pour des personnes âgées… »
BC : « Et moi, j'y penserais pour les personnes en perte d'autonomie ! Mais pour les personnes âgées qui viennent me voir en consultation, je crois que ça ne me traversera pas… »

3.6.3.11 Les internes évoquent éprouver des difficultés

ST : « Ah oui, ça c'est pas facile…
MB : « Soupir. Ca fait drôle, mais bon…après voilà, j'ai fait mon taff, mais bon, c'est pas agréable ! »

3.6.3.12 La formulation d'objectifs en diététique par les internes

La prise en charge diététique des internes n'implique pas toujours la formulation d'objectifs pour le patient.

Certains internes formulent clairement des objectifs. Pour d'autres, déterminer un objectif est vécu de façon péjorative, et interprété comme obligatoirement un objectif de perte de poids chiffrée :

MB : « Ouais, des conseils, c'est une prescription pour moi ! »
AF : « Ouais, parce que sinon, si on dit juste comme ça à voix haute ! »
MB : « Il a besoin de sortir de sa consultation avec une ordonnance, quoi qu'il y ait marqué dessus, il lui faut son ordonnance ! S'il a pas son ordonnance, ça sert à rien qu'il soit allé chez le médecin ! »
MB : « Donc, ben il repart avec son ordonnance avec des conseils ! »
MB : « J'essaye à la fin de la consultation de conclure en choisissant 3 trucs ! Les trois plus importants ! »
MB : « Mais pratiques ! Pas forcément du biologique ! Pratique ! »
ST : « Ouais, c'est ce que j'allais dire ! C'est que quand tu dis donner des objectifs, il faut que ce soit défini avec le patient, l'objectif ! Parce que sinon il va pas le faire ! »
ST : « Les objectifs qu'il faut qu'il fasse pour que… Pour perdre du poids ou pour euh… améliorer son truc !
BC : « Mais euh… Je vais pas convenir d'objectifs si lui, il se sent pas prêt à faire des objectifs, en fait. C'est… »
DLG : « Toi, tu fixes, AF, des objectifs à tes patients ? »
AD : « Non ! Pour les enfants je peux parfois dire que ça serait bien qu'ils ne prennent pas de poids, c'est tout ! »
AD : « Mes seuls objectifs, ça peut être les dyslipidémies : « Vous faites le régime 3 mois et puis on recontrôle » et puis eux, leur objectif, c'est que ça soit diminué, quoi ! Mais… C'est pas très concret, quoi ! »
AD : « Et… En termes de poids, jamais ! »
BC : « Ce que j'aurais tendance à noter, c'est le pourquoi de l'objectif, plutôt ! »
Si on rate l'objectif, c'est démotiv… 'Fin ! J'aurais trop peur que ce soit démotivant alors que moi, mon objectif, c'est plutôt de mettre les patients (*mime à nouveau, les mains jointes, un mouvement de roulement puis tend la main paume vers le haut vers AF*) dans une dynamique, tout ce que tu disais là, juste ! »
DLG : « Mais sur augmenter les légumes verts, ou… Faire le tour du jardin deux fois par jour… »
BC : « Tu vas le re-quantifier comment ? Ah, oui ! Après… »
BC : « Peut-être… C'est peut-être là-dessus que ça bloque… Des améliorations ? Des essais à améliorer ? Je sais pas… C'est… Des choses qu'on a convenues, qu'il serait pas mal de faire ! Mais… J'emploie pas de terme ! (*sourire*). »

3.6.3.13 Un interne se demande comment réagir si l'objectif n'est pas tenu

BC : « Plus que l'objectif en lui-même où… Toute façon, l'objectif, il est là pour… Enfin, si on le réussissait bien ! Enfin, si on le rate ! »

3.6.3.14 La création de l'objectif est purement du ressort de l'interne pour l'une, le fruit de négociation ou d'une création commune pour d'autres

MB : « J'essaye à la fin de la consultation de conclure en choisissant 3 trucs ! Les trois plus importants ! »
ST : « Ouais, c'est ce que j'allais dire ! C'est que quand tu dis donner des objectifs, il faut que ce soit défini avec le patient, l'objectif ! Parce que sinon il va pas le faire ! »
MB : « Je pense que j'essaye de discuter mais je sais que je suis assez directive… »

3.6.3.15 Les internes qui formulent des objectifs insistent sur la nécessité d'être concret

MB : « Donc, ben il repart avec son ordonnance avec des conseils ! »
MB : « J'essaye à la fin de la consultation de conclure en choisissant 3 trucs ! Les trois plus importants ! »
MB : « Mais pratiques ! Pas forcément du biologique ! Pratique ! »

3.6.3.16 La création d'objectifs partagés

ST : « Ouais, c'est ce que j'allais dire ! C'est que quand tu dis donner des objectifs, il faut que ce soit défini avec le patient, l'objectif ! Parce que sinon il va pas le faire ! »

3.6.3.17 Les internes inscrivent exceptionnellement l'objectif décidé dans le dossier de leur patient

AD : « Oui, moi, pour l'activité physique, oui, plu ! Je peux leur dire, vous essayez de faire ça ! Et je leur dis : « Vous essayez de faire ça ! » Après, ils font ce qu'ils veulent ! Je vais pas aller vérifier la prochaine fois… Ca, je le note pas par exemple ! »
AD : « Je le note pas dans l'ordinateur, euh… « Faire trois fois le tour du pâté de maison »… »
BC : « Effectivement, est-ce que je vais le noter ? Plus ou moins ! J'aime quand-même bien les logiciels où il y a les cases conclusions où… »
MB : « Et du coup j'ai dit pour la prochaine fois essayez de supprimer ça et de remplacer ça par autre chose et euh du coup voilà, c'est peut-être pas moi qui vais la revoir la prochaine fois mais je l'ai marqué dans le dossier. »

3.6.3.18 L'organisation professionnelle des étudiants : la place de la consultation dédiée

La consultation dédiée à la diététique paraît une option envisageable :

AF : « Quitte à reprogrammer après si c'est un petit peu long… »
ST : « Ca permet de les faire revenir pour ça et d'en reparler complètement après… Je l'ai jamais fait pour l'instant mais… »
AF : « Quand je ne serai plus interne, salariée de l'hôpital et qu'il faudra que je gagne ma vie, p't-être que… Enfin je pense que je prendrai, oui, un temps de consultation d'au moins 20 minutes et que voilà… »

Mais elle n'est pas réalisée dans la majorité des cas :

MB : « J'en profite au moment de la consultation »
CD : « C'est vrai que j'ai pas enfin je ne demande pas de consultation dédiée à ça. »

ST : « Ça permet de les faire revenir pour ça et d'en reparler complètement après… Je l'ai jamais fait pour l'instant mais… »
AF : « Faut faire des consults spéciales dédiées pour certains ! »

3.6.3.19 Diététique et consultation pour certificat de sport

La consultation pour certificat de sport ne paraît pas un bon moment pour parler diététique avec les patients : les internes estiment voir peu de patients obèses faire du sport, ou qu'il est bon pour les obèses d'avoir une activité physique. Cette consultation est aussi vue comme une consultation courte qui est un bon moyen de rattraper son retard sur le planning de la journée :

DLG : « Vous utilisez… Toutes les consultations… Les consultations pour renouvellement, les consultations pour certificat de sport… Par exemple, ça vous arrive de parler de diététique ou pas ? »
BC : *signe de négation de la tête*
AD : « Non, pas trop, non ! »
BC : « Moi, j'avoue que le certificat de sport, c'est la consult' qui va m'aider à récupérer mon retard ! »

3.6.4 Le recours aux autres professionnels de santé : A qui les étudiants adressent-ils leurs patients ?

3.6.4.1 De nombreux recours dans le cadre de la prise en charge diététique

Les internes citent en priorité diététicienne et médecin nutritionniste puis les réseaux, le psychologue ou le psychiatre et en dernier recours l'hospitalisation, les autres spécialités pour les complications. Dans le cadre de la diététique, l'infirmière n'est pas un recours pour les internes.

3.6.4.1.1 La diététicienne

MB : « (*regard vers la gauche*) Moi à la diététicienne ! »
CD : « (*négation de la tête*) Moi pareil ! »
MB : « haussement d'épaule, je sais que c'est pas remboursé mais voilà… »
MB : « La diététicienne, c'est son travail ! »
ST : « c'est celle qu'on connaît le plus aussi ! »
BC : « Euuhh… Peu… Peu importe ! Peut-être diététicienne mais bêtement parce que ça va être le premier mot qui vient à l'esprit ! »

3.6.4.1.2 Le médecin nutritionniste

ST : « Moi aussi ou alors moi j'ai appris il y a pas longtemps qu'il existait un médecin nutritionniste et qu'il y en avait un à Orléans »
AF : « Enfin les médecins nutritionnistes ils sont souvent pas très branchés diététique »
AD : « Moi, j'adresse à… En fait dans le cabinet où je travaille, il y en a une qui est nutritionniste ! »

3.6.4.1.3 Les réseaux

AF : « Et puis après (*en chœur avec MB*), il y a les réseaux diabète ! »
AD : « Je connais aucun réseau ! Donc, j'adresse jamais à un réseau ou qui que ce soit ! »
BC : « Comme je connais pas les réseaux, tout ça, euh… »

3.6.4.1.4 L'hospitalisation

- <u>Les internes évoquent l'hospitalisation comme une option possible :</u>

ST : « Non, comme ça, ou alors en cas de gros problème d'obésité ou de déséquilibre du diabète, il m'est déjà arrivé de prévoir une (*en chœur avec AF*) hospitalisation mais du coup avec une prise en charge globale… (*Acquiescement de CD, de MB*) »
MB : « Et puis après l'hospitalisation c'est vraiment si c'est un énorme problème, qu'il faut d'autres examens complémentaires, (*ouverture des mains qui disparaissent sous la table*) que c'est une prise en charge beaucoup plus lourde et variée et que la diététicienne ou moi, va pas pouvoir faire ça toute seule. »

- <u>Mais elle est perçue péjorativement, comme un dernier recours :</u>

MB : « Après c'est l'anorexique qu'on hospitalise plus facilement… »
CD : « haussement de sourcils et mouvement de recul sur sa chaise »
MB : « … mais ça c'est parce que la prise en charge est plus globale… »
AD : « Non, ça m'est jamais arrivé et je pense qu'avant de l'adresser pour hospitalisation ou quoi, je l'enverrais d'abord voir une nutritionniste ou une diététicienne ! »
DLG : « D'accord ! Et…Dans l'autre groupe aussi, on avait parlé d'hospitalisation… Pour certains... »
BC : « Ecarquillement des yeux en bascule de la tête en arrière »
ST : « Non, comme ça, ou alors en cas de gros problème d'obésité ou de déséquilibre du diabète, il m'est déjà arrivé de prévoir une (*en chœur avec AF*) hospitalisation mais du coup avec une prise en charge globale… *(Acquiescement de CD, de MB.) »*
ST : « Oui, enfin moi j'hospitalise pas si il n'y a que le problème de poids à moins que ce soit un grave problème de surpoids alors là vraiment, ou alors accompagné d'autres problèmes de santé à côté… Des diabètes très déséquilibrés où là tu as un gros problème nutritionnel avec, qu'on sent qu'on va pas y arriver et qu'il faut tout recadrer, du coup ça peut être pas mal d'hospitaliser sur 1 semaine… »
BC : « C'est pas possible, il faut… Faudrait vraiment que ce soit difficile et que j'estime que ça soit vraiment nécessaire ! »

3.6.4.1.5 La prise en charge psychologique

- Psychologue et psychiatre sont identifiés comme un recours par les étudiants :

AD : « Euh… Non ! Ou un psy ! J'sais pas, selon l'origine mais… s'il y a eu un facteur psy déclenchant, quoi ! Un psychologue ou un psychiatre ! »
AF : « elle travaille parfois avec une psychologue aussi, dans la même maison médicale »

- Mais aucun interne n'a utilisé ce recours.

DLG : « Quand vous parlez de diététique, ça vous arrive d'adresser à des psychologues ou c'est un truc euh ? »
CD : « Regard vers ST, (*sourcils interrogateurs*) ça m'est pas arrivé… »
AF : « Ca m'est pas arrivé jusqu'à maintenant mais ça fait pas longtemps qu'on a (*rire gêné*), on a pas trop d'expérience encore ! Mais je sais que ça se fait ! »

3.6.4.1.6 Les spécialistes pour la prise en charge des complications :

BC : « Est-ce que c'est proposer, comme si quelqu'un a mal au genou l'orthopédiste ou le rhumatologue… »
BC : « Pour, euh…Pour ce qui pourrait être un obstacle et qui relèverait d'autres spécialistes ! Voilà ! »

3.6.4.1.7 Les infirmières ne sont pas un recours cité

DLG : « Infirmière ou… »
ST : « Non, comme ça… »

3.6.4.2 Les formations de différents professionnels ne sont pas connues des internes

DLG : « D'accord… Est-ce que vous connaissez la formation des nutritionnistes, des diététiciennes… »
ST et MB : « négation de la tête »
AF : « moue et ébauche de négation »
CD : « je crois qu'il y a un DESC pour les médecins nutritionnistes… »
MB : « hochement de tête vigoureux »
ST : « oui, ça doit être ça probablement »
CD : « tu vois, il y a l'acupuncture, ça tu peux (*trace dans l'air un gros titre*) mais nutritionniste, je sais pas. Surtout depuis qu'il y a le DESC, je sais pas. Et sinon les diététiciennes, je sais pas trop… »
MB : « Ca doit être une école… enfin je crois… »
ST : *haussement de sourcils et sourire*
DLG : « Mm ! Des professionnels qu'on a cités là, qu'est-ce que vous connaissez de leur formation ? *Silence*. »

BC : « (*Négation de la tête et moue*) Aucune idée. »
AD : « *(Négation de la tête et moue)* Euh… Aucune idée ! Je sais même pas, une diététicienne, quelle école il faut faire ! J'en sais rien ! Je pense que c'est une école spéciale mais combien de temps ça dure… Nutritionniste, je pense que c'est un DU ! »

3.6.4.3 Les modes de fonctionnement des professionnels ne sont pas connus

AF : « La diététicienne il y a peut-être une approche plus hu… plus psychologique, plus humaine où elle prend plus de temps qu'avec un médecin nutritionniste, moi j'ai l'impression. »
AF : « le médecin il doit être plus axé pathologies/médicaments etc., il va peut-être être moins dans le conseil, moins dans… C'est peut-être plus personnalisé quand on va voir une diététicienne qu'un docteur… »
DLG : « Quand vous adressez à un autre professionnel est-ce que vous connaissez la structure dans laquelle il exerce ? La manière dont il exerce? La structure ? »
MB : « Hum-hum (*signe de négation de la tête*) »
AF : « Ben disons que… »
ST : « non, pas forcément… »

3.6.4.4 Une méconnaissance des règles régissant les relations interprofessionnelles dans le cadre de la diététique

Les étudiants ne savent pas comment sont régies les communications avec les diététiciennes. Sont-elles soumises au secret médical ?

MB : « Pouvoir avoir un retour mais après, je ne sais pas s'il y a une communication possible entre une diététicienne et un médecin comme ça l'est entre deux médecins… S'il y a des courriers qui circulent ou pas, je pense pas qu'il y en ait qui circulent mais… »
MB : « Je ne sais pas si le secret médical il joue, s'il rentre dedans. Je sais pas du tout… Je pense que ça pourrait être intéressant… »

3.6.4.5 Une méconnaissance des professionnels et l'attente d'un standard indéfini

DLG : « Est-ce que vous attendez certaines choses plus spécifiques de la part de… d'une diététicienne par rapport à une nutritionniste ou inversement ? D'un réseau par rapport à une diététicienne ? »
AD : « Je sais pas la différence entre les deux ! »
BC : « (*Négation de la tête*). Non ! »
AD: Un réseau… Un réseau c'est plus global donc euh… 'Fin ! »
BC : « Moi, je fais pas forcément beaucoup de différence ! »
DLG : « Quand vous adressez à un autre professionnel est-ce que vous connaissez la structure dans laquelle il exerce ? La manière dont il exerce? La structure ? »
MB : « Hum-hum (*signe de négation de la tête*) »
AF : « Ben disons que… »
ST : « non, pas forcément… »
DLG : « *(A ST).* D'accord, parce que toi, tu connais le réseau diabète de Blois ? »
ST : « oui, mais celui d'Orléans aussi, mais ça se passe un peu partout pareil je pense ? C'est plusieurs professionnels regroupés de toute façon… »

ST : « Et du coup j'ai juste vu ce fonctionnement donc en cabinet donc je ne sais pas du tout comment ça se passe… J'en ai aucune idée… »

3.6.4.6 Une méconnaissance malgré des contacts lors de la formation initiale avec des diététiciennes hospitalières, des stages en réseau, des stages en ambulatoire

ST : « Moi, j'ai juste vu au réseau ou à l'hôpital en fait où la consultation elle avait lieu à l'hôpital. Enfin, je l'ai surtout vu faire à l'hôpital où elle commence ses bilans dans les chambres »
AD : « Moi j'ai bossé dans un… Pendant que j'étais externe, dans un hôpital à Palavas-les-Flots ! Qui prend en charge des enfants… »
DLG : « Ouais ! Est-ce que vous savez comment se déroule une consultation chez un nutritionniste ou chez une diététicienne ? »
AD : « Moi, j'étais en stage avec elle donc du coup, j'ai vu ! »
ST : « Quand même je suis passée en diabéto à Blois, dans le service de diabéto à Blois, il y avait quand-même de la diététique »
ST : « j'ai aussi fait une journée au réseau diabète de Blois »

3.6.4.7 Une expérience personnelle de prise en charge diététique : des attentes précises, identifiées

AF : « Moi, j'en ai testé une *(rire)* »
AF : « Une enquête alimentaire, oui voilà… »
AF : « Et qui ont fait tous les deux leurs enquêtes alimentaire. Mais si, on voyait des petites erreurs quand même hein euh, sur le fromage… »
AF : « De toute façon, c'est dur de faire un compte-rendu à la semaine ou au mois… Il faut peut-être tous les 6 mois même si ça doit être long… D'ailleurs les règles hygiéno-diététiques, par exemple pour les dyslipidémies, on se donne 3 à 6 mois de « régime », entre guillemets, avant de penser à introduire un médicament. »
AF : «… bon après, en effet, il faut que le patient soit acteur, enfin, actif dans la démarche… »
AF : « Faut faire des consults spéciales dédiées pour certains ! »

3.6.4.8 La perception de l'efficacité de ces recours pour les étudiants

MB : « ben je sais pas, j'ai pas eu de retour, donc je ne sais pas ! »
AF : « Ca avait été efficace, ouais ! »
AF : « Euh… Bon ! Ils sont tous… Bon, encore pour la bibliographie de ma thèse, j'ai lu pas mal… La prise en charge de généralistes et des nutritionnistes des gens obèses… Et en général, ils sont tous assez déses… Pas désespérés mais comment dire… »
AF : « Découragés ouais voilà ! Ils disent que souvent les gens ils perdent un petit peu de poids, ils sont contents, et après ils reprennent… Bon ! »
BC : « Voilà ! C'est un peu ce que j'ai retenu, c'est que c'est pas très efficace ! »

3.6.4.9 Aller chez une diététicienne, une preuve de motivation de la part du patient

MB : « … les gens ils savent qu'ils vont voir la diététicienne donc ça leur fait un objectif *(moulinet des mains)* donc si ils y vont, c'est déjà que ils ont peut-être une motivation derrière »

3.6.4.10 Le coût pour les patients de chaque intervenant n'est pas connu des internes

Les internes et remplaçants ne connaissent pas le coût pour les patients de chaque intervenant :

DLG : « Vous parliez tout à l'heure du coût des diététiciennes, vous savez combien coûte une consultation ? »
MB et ST: Négation de la tête. »
CD : « C'est une bonne question…
ST : « Chez les diabétiques en fait des fois, comme c'est important, ils me disent que la diététicienne ils n'iront pas pour des problèmes d'argent »
DLG : « Bon ! Complètement autre chose ! Qu'est-ce que vous connaissez du coût des consultations chez… Médecin nutritionniste, diététicienne, réseau ou… »
BC : « Négation de la tête »
AD : « Diététicienne, c'est pas remboursé ! Mais je sais pas combien ça coûte ! Nutritionniste, je crois que c'est 5 euros de plus ! Euh… P't-être plus cher la première consultation euh… Genre 10 euros de plus, puis après 5 euros à chaque fois, de plus… A peu près, 'fin ! Voilà ! »
BC : « Par rapport aux 22… »
AD : « Par rapport aux 22 ! »
BC : «… Du C ! »
BC : *geste de la main droite* « Aucune idée ! »

3.6.4.11 Le médecin nutritionniste est associé à la possibilité d'un remboursement sécurité sociale pour le patient

AD : « Ca a de bons résultats ! J'adresse souvent à elle et puis, surtout que c'est remboursé ! »
BC : « Ca m'est arrivé de proposer un médecin nutritionniste en pensant « c'est remboursé » ! […] Avantages/inconvénients de l'un ou de l'autre ! A part le remboursement, je sais pas… Je vois pas !
AF : « Diététicienne, c'est pas remboursé ! Mais je sais pas combien ça coûte ! Nutritionniste, je crois que c'est 5 euros de plus ! Euh… P't-être plus cher la première consultation euh… Genre 10 euros de plus, puis après 5 euros à chaque fois, de plus… A peu près, 'fin ! Voilà ! »
AF : « Le problème c'est que c'est pas toujours… C'est pas remboursé une diététicienne ? »
ST : « Non, Y a des fois des médecins *(insistance)* nutritionnistes et ça c'est remboursé qui eux sont des médecins… »

3.6.4.12 Une orientation sous tutelle de maître de stage puis du médecin remplacé

Les internes n'adresseraient pas leur patient sans l'aval de leur maitre de stage puis du médecin qu'ils remplacent comme si cette décision ne pouvait pas leur appartenir :

AF : « mais si on veut pas prendre au hasard, on demande aux confrères souvent, par exemple, chez qui on était en stage qui est-ce que tu me conseillerais, « untel est sympathique, il exerce là, dans une maison médicale, machin… » Comme ça, on a une petite idée… »
AD : « Pareil, comme je suis remplaçante, je ne me permettrais pas moi-même d'envoyer quelqu'un sans en parler au médecin euh… 'Fin au médecin qui s'en occupe d'habitude ! »

3.6.4.13 Un sentiment d'isolement lié à la position d'interne ou de remplaçant ?

Les internes expriment un sentiment d'isolement qu'ils attribuent à leur position de remplaçant ou de stagiaire dans un environnement inconnu :

BC : « Euh… Je trouve ça tellement compliqué que je préfèrerais connaître les gens avant et en fait, je connais personne, pour l'instant ! »
AD : « En fait, je remplace dans un département que je ne connais pas ! J'étais en stage mais c'est vrai que je ne connais pas… Je suis jamais passée à Blois ! Qui est… La grosse ville à côté c'est Blois ! Je connais pas l'hôpital, je connais aucun médecin et … Je connais aucun réseau ! Donc, j'adresse jamais à un réseau ou qui que ce soit ! »
BC : « Moi, j'ai pas de réseau particulier… »
BC : « Moi, je suis assez d'accord avec toi là-dessus ! Et puis encore une fois moi je… Comme je suis remplaçant, moi j'ai pas de suivi ! »

Pourtant les internes sont en stage puis remplacent souvent dans le même cabinet :

BC : « B.C, j'ai fait toutes mes études à Tours, actuellement, je fais des remplacements, et puis je compte m'installer ! Dans la région, à priori ! En libéral à priori aussi ! A priori, voilà ! »
AD : « Moi, j'étais en stage avec elle donc du coup, j'ai vu ! »
CD : « Je suis CD, je suis chef de clinique en Médecine Générale depuis novembre 2009 et je suis actuellement en stage au centre d'investigation clinique au CHU de Bretonneau. »
CD : « Ben, re-chef de clinique l'année prochaine puis remplacements et puis activités de recherche si possible à côté. »

3.6.5 Population-cible : Quels sont les patients à qui les internes proposent une prise en charge diététique ?

3.6.5.1 Les pathologies ou états de santé nécessitant une approche diététique : diabète, dyslipidémie, surpoids et obésité, pathologies rares, grossesse, croissance, personnes âgées

AF : « C'était pour une personne de 65 ans qui aime bien manger et *(rires)* qui avait un bilan lipidique un peu perturbé, un mari et une femme qui étaient tous les deux en surpoids »
ST : « Par contre, j'ai déjà vu des patients qui avaient du coup un cholestérol qui avait monté, qui s'étaient inquiétés, qui en avaient parlé avec leur médecin, qui avaient suivi les conseils de base »
AF : « Moi, c'est basé sur le poids ! »
AF : « Les patients… voilà, diabétiques… »
MB : « *(fait signe d'énumération)* Les diabétiques, au début, diagnostic et puis après quand il y a un déséquilibre… »
ST : « les dyslipidémies… »
CD : « les surpoids, voilà ! »
ST : « Toutes les pathologies qui demandent un régime particulier, mais ça, ça prend… C'est plus rare ! *Rire* »
ST : « les courbes de poids chez les enfants, quand on voit les courbes de poids qui commencent à décoller… »
AF : « Par exemple les patients dyslipidémiques »
CD : « Alors dans la plupart des cas des simples conseils comme ça après dans certains cas où justement c'est un peu plus compliqué comme par exemple la Listériose »
ST : « Moi, c'est sur la femme enceinte »
MB : « Moi, j'y ai déjà pas mal pensé pour des personnes âgées… »
BC : « Et moi, j'y penserais pour les personnes en perte d'autonomie ! Mais pour les personnes âgées qui viennent me voir en consultation, je crois que ça ne me traversera pas… »
ST : « Oh oui, d'autant plus chez les patients qui sont en surpoids et qui reprennent le sport hein ! Pour leur dire qu'il faut qu'ils fassent attention ! Et pour parler du poids et puis souvent quand ils reprennent c'est aussi pour perdre du poids alors ils en parlent en même temps… »
AF : « Tous les patients qui viennent pour douleur… De genou ! *Rire.* Il y en a souvent qui ont des surpoids, quand même ! »
BC : « D'accord. Soit c'est sur la biologie, *(fait signe d'énumération avec la main)* soit c'est eux qui en parlent, ou soit ça vient parce qu'on en a parlé… Enfin, c'est venu tout seul, mais… »

3.6.5.2 La grossesse nécessite des conseils particuliers que les internes pensent ne pas bien délivrer

ST : « Moi, c'est sur la femme enceinte où je me suis dit qu'il fallait que je m'en fasse un ou que j'en trouve un tout fait que j'utilise parce qu'à chaque fois je me dis « bon alors, qu'est-ce que je vais pouvoir lui dire… » Euh…« vous avez des questions madame ? » *Rires* »

3.6.5.3 Une attention particulière envers les enfants

Les enfants sont particulièrement cités par les internes : ils réalisent les courbes de poids, de taille, d'IMC, la diversification alimentaire est souvent abordée par les parents et les certains internes sont gênés pour répondre :

MB : « les enfants dont la courbe d'IMC *(fait signe d'un avion qui décolle)* »
ST : « Pour les mettre en alerte ! Parce que des fois les parents ne s'en aperçoivent pas ! »
CD : « Ben ouais, la diversification ! »
AF : «… Est-ce que je peux introduire… La diver… Alors là, je ne connais rien ! La diversification, c'est !!! »
ST : « Ouais, sur les laits, déjà, comme disait CD., bon après j'ai des plaquettes pour regarder déjà, le lait par les labos mais… »
AD : « *(pincement de lèvres)* Pas trop ! Quand ils me demandent quand diversifier… Je dis vers 6 mois, d'abord quelques fruits, après des légumes et… Voilà ! J'ai pas vu de problème de poids à cet âge-là ! »
BC : « Moi… Dans le carnet de santé, il y a déjà le diagramme, je copie dessus, ça fait déjà quelque chose qu'ils remmènent à la maison… C'est vrai que moi, je pense rechercher d'autres choses... Quand j'aurai le temps… »
BC : «… Toujours euh… Tant de grammes ! Là, il y a une recommandation sur la société française de pédiatrie sur l'alimentation que j'avais déjà lue… Ben c'est bien, ça donne des idées ! Moi, je m'en sers comme idée mais après, dire, appliquer à la lettre, euh… Pff ! »
CD : « … Au lait chez les bébés. C'est vrai qu'au niveau diététique, c'est vrai que les différents laits qu'il y a entre les laits premier âge, les laits sans protéine, bon sans protéine de lait de vache, ça c'est bon mais euh… Il y a pleins de types de laits et euh… »

3.6.5.4 L'obésité et l'enfant : une prise en charge particulière pour les internes et les remplaçants

Les internes interviennent tous lorsqu'ils dépistent un surpoids ou une obésité chez l'enfant et ils recherchent ce surpoids/cette obésité. On ressent une impériosité à intervenir pour les internes dans ce type de situation :

ST : « les courbes de poids chez les enfants, quand on voit les courbes de poids qui commencent à décoller… »
MB : « les enfants ! »
ST : « les enfants c'est vrai qu'à chaque fois que je vois, j'en parle aux parents ! »
MB : « les enfants dont la courbe d'IMC *(fait signe d'un avion qui décolle)* »
ST : « Pour les mettre en alerte ! Parce que des fois les parents ne s'en aperçoivent pas ! »
ST : « La courbe de poids. Je la fais tout le temps donc voilà… »
MB : « La courbe d'IMC aussi »
ST : « Ou la courbe d'IMC »
MB : « Il y a la courbe de poids qui ne me plait pas par rapport à la courbe de taille, je fais la courbe d'IMC… »
ST : « Ou des fois, il y a la courbe de poids qui décolle franchement, c'est presque pas la peine de faire la courbe d'IMC… »
AF : « Ben moi, les enfants, même pour un rhume, je les pèse tous ! »
ST : « Ah oui, les enfants, je les pèse tous ! Ça c'est clair ! »

AD : « Enfin, j'ai jamais demandé aux gens de maigrir, c'est plus les enfants où je suis en… […]
Et donc les enfants, ça m'arrive parfois, 'fin ça m'est arrivé aujourd'hui de peser, mesurer une petite fille… J'ai pas fait son pas BMI mais son… Elle pesait 35 kg pour 1.30 m … donc c'est… Quand même pas mal et… […] Et tout ça, parce que là, il faut grandir sans prendre de poids ! »

Un interne évoque une conférence du Dr Patrick Tounian lors des journées de septembre (FMC de la faculté de Tours) qui le fait douter de l'efficacité de sa prise en charge :

BC : « Pff ! Je sais pas quoi faire ! En plus avec l'autre, là, qui est venu au truc... A la semaine de septembre de FMC… Je sais même pas quoi faire, quoi ! »
AD : « Ouais, c'est sûr ! *Rire*. N'importe quoi ! »
BC : « Moi, je sais pas si c'est n'importe quoi ! Moi je… »
BC : « Enfin, moi, ça me parle particulièrement… »

3.6.5.5 La prise en charge diététique des adultes obèses : des avis partagés

Certains internes sont interventionnistes :

ST : « Oh oui, d'autant plus chez les patients qui sont en surpoids et qui reprennent le sport hein ! Pour leur dire qu'il faut qu'ils fassent attention ! »
AF : « Tous les patients qui viennent pour douleur… De genou ! *Rire*. Il y en a souvent qui ont des surpoids, quand même ! »
DLG : « Quel patient vous « choisissez » entre guillemets, pour parler de diététique ? Est-ce que c'est tous les patients ? Est-ce que vous avez des signes d'alerte ? Est-ce que… »
AF : « Moi, c'est basé sur le poids ! »
ST : « Oui, déjà… Ceux qui ont noté l'IMC, L'IMC »
CD : « les surpoids, voilà ! »
AF : « Bon, même s'ils ne le prennent pas très bien, c'est bien de le dire quand même, hein ! »

3.6.5.6 Les autres internes déplacent la problématique de la perte de poids à l'acceptation de soi

AD : « 'Fin des problèmes psychologiques qu'ils ont jamais… Parfois jamais dits ! »
BC : « J'essaye aussi un petit peu de dédramatiser ! De bien montrer que je suis là pour les aider mais pas pour leur dire « faut perdre du poids ! », « faut perdre du poids ! », que… Voilà en gros… Plus qu'ils s'acceptent et qu'ils soient capables d'agir que les culpabiliser ! »
BC : « C'est vraiment les soutenir, les encourager, et… Sans les culpabiliser ! »
BC : « Je préfère qu'ils se sentent bien, qu'ils s'acceptent ! Que… Et puis qu'après ils perdent du poids plutôt que faire l'inverse et tout dépendre du poids etc. »

3.6.5.7 Certains internes soulignent la souffrance qu'ils ressentent chez ces patients

BC : « Mon fil conducteur ! J'ai l'impression qu'il va se dire : « Ah, il va encore me culpabiliser » ou « je sais que je fais mal », « j'ai pas envie d'en parler, laissez-moi tout seul dans mon truc ! » Moi, c'est un petit peu cette impression-là que j'ai, qui va rejoindre *(pointe le power point)* le « de votre part », après ! Ou j'ai peur qu'ils pensent ça, et que ça va me déprimer aussi ! »

3.6.5.8 Certains doutent du bien-fondé scientifique d'une intervention diététique auprès des patients obèses

CD : « Non, c'est vrai qu'il y a des choses après, tu te dis… Les preuves scientifiques, regarde, sur nos livres (*prenant ST à témoin*), le VG ou ce genre de choses, tu as vraiment l'impression que c'est des effets de mode ! Et puis euh… «
ST : « Oui, y a pas vraiment de réelles preuves que ça change quelque chose ! »

Ajout BC après avoir coupé la caméra : un autre frein : pas persuadé qu'on va améliorer la santé des patients en les faisant maigrir.

3.6.5.9 La plupart des internes trouvent qu'il est difficile d'aborder la question du surpoids ou de l'obésité avec les patients adultes.

Ils ont peur de la réaction de leur patient, ils doutent de l'efficacité de leur intervention en terme de réduction pondérale, ils ne veulent pas culpabiliser leur patient. Aborder le sujet avec les patients amène facilement au conflit et à l'agressivité de la part des patients :

ST : « Oui, c'est peut-être moins facile quand-même quand eux en parlent pas du tout et d'introduire le sujet sans vexer… »
ST : « Il y a des gens qi le prennent pas toujours très bien ! Moi, ça m'est déjà arrivé de dire que euh… Le surpoids pouvait jouer et… voir le regard… »
CD : « Moi, j'enveloppe : « Je pense que ça augmente l'impact de la…je sais pas quoi… » »
MB : « Le Tabou… »
MB : « … Mais il y a quand même euh… quand on en parle on sent qu'il y a certains mots qu'il ne faut pas utiliser, que des fois on va les vexer, qu'on risque de les… qu'ils se mettent… D'avoir un affrontement parce… »
ST : « Ca m'est déjà arrivé quand même une ou deux fois de sentir que là, j'abordais un sujet… Glissant ! »
ST : « … Mais… je n'ai pas insisté ! Parce que du coup, c'est vrai que c'est pas facile d'insister dans ce sens-là… »
CD : « Non, et puis il y en a qui sont réfractaires à tout changement… »
AF : « C'est source d'anxiété ! »
CD : « Il y en a qui n'ont pas envie quand même, quoi ! »
AD : « Ouais ! Pas les brusquer ! Ouais, (*se retourne vers BC*) pas les culpabiliser ! Parce qu'il y en a déjà qui culpabilisent eux-mêmes, si on en rajoute… »

AD : « Moi, je trouve ça plus intéress… ‘Fin ! Ce que j’ai vu, ça avait l’air de donner des résultats pas mal parce que finalement les gens ils perdent pas forcément du poids tout de suite, mais au moins, ils arrivent à réaliser des trucs sur eux-mêmes… »
BC : « Ca c’est… On culpabilise tout le monde alors que pour l’instant, on sait rien faire ! C’est comme dépister le cancer de la prostate, c’est… Ca dépend des avis ! »
BC : « Mais j’aime pas faire des trucs dans le vent ou culpabiliser les gens pour rien ou leur faire peur pour rien, quoi, je… C’est vrai que je trouve qu’on est un petit peu trop hygiénistes, on devient… »
BC : « Effectivement elle disait que l’efficacité c’était très minime ! Voilà ! C’est un peu ce que j’ai retenu, c’est que c’est pas très efficace ! J’en reviens à ce que je disais tout à l’heure, ça m’énerve de culpabiliser les gens en disant qu’on va révolutionner leur poids alors que ça marche pas ! »
CD : « Et euh… Je lui dis des choses, déjà un, pour le rassurer, deux, pour essayer de le motiver un peu… Mais j’ai pas l’impression que… Je dois pas forcément… Je dois être plus sur son vécu vis-à-vis de ça et si après je sens qu’il y a vraiment besoin d’une grosse méthode, dans ces cas-là j’envoie chez la diététicienne ! »
CD : « J’ai l’impression, en tout cas quand les patients viennent me voir pour ça que c’est vrai que j’ai plutôt tendance à euh… Explorer un petit peu toute la sphère autour ! »
MB : «… Et là je vais dire à l’enfant, tu vois, il faut que tu fasses attention et là tu as la mère, je me suis faite fusiller du regard par une mère un jour parce que j’avais mis le doigt là où il ne fallait pas, quoi…Là où elle ne voulait pas que je le mette ! »

3.6.5.10 Les internes évoquent leur impression d’être intrusifs en abordant l’obésité chez l’adulte ce qu’ils n’évoquent pas chez l’enfant

AD : « J’aime pas m’introduire dans la vie des gens ! »

3.6.5.11 Les « signes d’alarme » diététiques

MB : « J’en profite au moment de la consultation s’il y a un signe d’alerte »

3.6.5.11.1 Courbes et calculs d’IMC

ST : «… Je fais l’IMC direct ! »
AF : « Moi, c’est basé sur le poids ! ST : « Oui, déjà… Ceux qui ont noté l’IMC, L’IMC »
ST : « les courbes de poids chez les enfants, quand on voit les courbes de poids qui commencent à décoller… »
MB : « les enfants dont la courbe d’IMC (*fait signe d’un avion qui décolle*) »

3.6.5.11.2 Impression visuelle

AF : « On se doute à l’œil, hein, »
AF : « Et puis ceux qu’ont l’air un peu en mauvais état général, parce qu’ils ont perdu 7 kg en 1 mois. On aime pas trop non plus… »

3.6.5.11.3 La maigreur est associée à un risque organique

CD : « *(se relève de sa chaise).* Mais la maigreur, ouais, moi j'ai plutôt tendance à voir déjà, enfin, que ce soit TSH ou que ce soit médicaments, c'est vrai que ça fait un petit peu plus peur… Sauf s'il me dit clairement que là il ne mange plus, il se met à jeun ou je ne sais pas pour quelle raison, mais j'ai plutôt tendance, la diététique *(signe de refoulement des mains vers côté droit)*… à regarder si j'ai déjà tout éliminé, quoi. »
AF : « Des néos… »

3.6.5.11.4 Perte de poids

ST : « Ouais ! En plus pour une perte de poids je vais forcément les examiner, et chercher comme tu disais un truc organique ! Avant de me dire non, c'est juste parce qu'il n'a plus faim ! »
AF : « Et puis ceux qu'ont l'air un peu en mauvais état général, parce qu'ils ont perdu 7 kg en 1 mois. »

3.6.5.11.5 Déclaration de variation de poids par le patient

CD : « Je dirais même, c'est souvent le patient qui aborde ça en consultation, c'est vrai que c'est pas, enfin… »
CD : « Voilà, c'est pas moi qui tique en disant « oh ben tiens » ; c'est plutôt eux qui disent… »

3.6.6 Organisation temporelle : La place de la diététique dans le planning de consultations

3.6.6.1 Un thème classiquement abordé en fin de consultation

MB : « J'en profite au moment de la consultation »
CD : « C'est vrai que j'ai pas enfin je ne demande pas de consultation dédiée à ça »
AF : « Ouais. A chaque fois, si… Au cours de la consultation même si c'est pas prévu à l'avance, s'il y a quelque chose à dire… »
BC : « Alors, moi, ça vient, ça va venir… C'est en fonction de comment se dirige la consultation ! »
BC : « Ca va toujours être la même chose, pas de suivi donc euh… Je prends du temps ! Je prends le temps qu'il faut s'ils ont envie d'en parler ! »
AD : «… Souvent, ça me met en retard, je… Enfin je réponds leurs questions, après j'ai pas non plus énormément de choses à dire, j'y connais pas grand-chose donc euh… «
CD : « …les petits conseils que ce soit pour des viroses, que ce soit la grossesse, ou que ce soit pour les petits enfants, bon ben ça… au cours de la consultation, il y a des choses, ça ça va ! »

3.6.6.2 Une consultation dédiée notamment si la consultation actuelle est trop longue

MB : « sauf vraiment si c'est l'horreur dans le cabinet et qu'il y a 50 000 personnes dans la salle d'attente »
AF : « … Quitte à reprogrammer après si c'est un petit peu long… »
DLG : « Et à ce moment-là, tu utilises ce qu'ils ont noté sur une deuxième consultation ? »
MB : « Oui, ils le remplissent pas pendant la consult, sinon, à minuit, on y est encore ! »
DLG : « D'accord. Ca t'est arrivé de donner la feuille… »
ST : « Ca m'est déjà arrivé déjà de faire ça pour un enfant en fait, une fois surtout ! »
DLG : « Ouais… D'accord ! »
ST : « Mais euh… J'ai pas eu le retour ! »
AD : « Quand je sens que ça prend trop de temps ou que ça me dépasse, je leur dis : « Ben, vous faites ce que vous pouvez, on recontrôlera et puis si ça va pas, il faudra voir quelqu'un de plus spécialisé que moi pour revoir !» Mais… Donc je sais pas, ça peut prendre 5-10 minutes, voilà ! »
BC : « Je pense que clairement, le temps, oui, c'est un frein. … et je pense qu'après, j'essayerai de l'inscrire dans plusieurs consultations, p't-être que… et puis d'y aller petits bouts par petits bouts pour faire message par message et puis d'arriver à bien les connaître ! »

3.6.6.3 Le semainier, accroche pour une consultation dédiée

ST : « Oui, ça, ça permet de les faire revenir de la même chose »
AF : « Ca permet de les faire revenir… »
ST : « Ca permet de les faire revenir pour ça et d'en reparler complètement après… Je l'ai jamais fait pour l'instant mais… »
AF : « En faisant signe d'écrire, ou ne serait-ce que de dire : notez moi pour la prochaine fois, ce que vous mangez etc. »

3.6.6.4 Une difficulté à ne pas prendre en charge immédiatement la demande

Les internes trouvent difficile de ne pas prendre en charge la demande diététique immédiatement, ils ont peur de perdre l'opportunité créée par la question du patient s'ils n'y accordent pas du temps immédiatement.

AF : « C'est bien d'en parler, de battre le fer quand il est chaud, d'en parler tout de suite, quoi ! Au moins d'aborder les grands axes, quoi ! »
MB : « Commencer quelque chose pour que ça tilte ! »
BC : « Si ils veulent en parler, je vais avoir tendance à leur sauter… Enfin à leur sauter… Entre guillemets ! Évidemment ! Mais à en profiter tout de suite, plutôt que… J'ai peur qu'ils s'échappent, qu'ils osent plus en reparler la prochaine fois, quoi ! »

3.6.6.5 Quel contenu pour une consultation dédiée ?

Une interne pense qu'elle ne pourra pas tenir une consultation entière si elle fait une consultation dédiée (pas plus de choses à dire) :

AD : « Quand ils viennent exprès pour ça, ça prend pas forcément plus de temps parce que j'ai pas plus de choses à dire ! Donc… J'essaye de prendre tout le temps qu'il faut quand même ! »

3.6.7 Freins exprimés à la pratique de la diététique

3.6.7.1 De la part des patients

3.6.7.1.1 La motivation

Les internes citent un manque de motivation voire un manque de volonté de la part des patients avec une connotation hostile pour certains :

CD : « Non, et puis il y en a qui sont réfractaires à tout changement… »
CD : «…Regarde des diabétiques euh, qui sont à 11 d'hémoglobine glyquée de toute façon !! »
CD : « Il y en a qui n'ont pas envie quand même, quoi ! »
ST : « Non, ils n'ont pas envie… »
ST : « Mais c'est vrai qu'il y en a par contre qui vont faire aucun effort, ça c'est certain ! »
ST : « Ben sinon, c'est peine perdue, hein ! C'est s'épuiser ! »
AF : « Les gens sont assez fainéants, ils veulent pas faire de sport, euh… »
ST : « Oui, mais c'est pas forcément ce qui les attire, il faut les motiver ! »
MB : « … Surtout les mecs… Faut y aller hein ! »
ST : « Je pense quand même que le premier truc c'est la motivation. Parce que s'ils ne veulent pas, de toute façon, je vois pas ce qu'on peut faire. S'ils ne sont pas motivés, on ne peut pas les aider là-dessus. Enfin…à mon avis clairement effectivement, s'ils ne veulent pas, ils ne feront pas, hein ! »
MB : « Et moi aussi, je sais que… savoir : « celle-là, elle va pas vouloir que j'en parle… ». »

3.6.7.1.2 L'espoir des patients en une solution magique : les médicaments ou la prise en charge chirurgicale

Les internes soulignent l'espoir d'une solution sans effort pour les patients :

AF : « … Et qu'il y a des patients qui préfèrent prendre 1 comprimé contre un… Une statine et puis continuer à manger du saucisson ! »
CD : « Et puis la petite pilule magique pour pouvoir rester mince… »
ST : « Il y a pas mal de fois des patients qui m'ont demandé s'il y avait des médicaments pour aider à maigrir ! Ca c'est une question qu'on m'a posée plusieurs fois dernièrement ! «

ST : « Donc après du coup, on parle du reste mais c'est vrai que sur le coup, il y en a qui me demandent des médicaments ! »
AD : « Une fois, il y a une fille qui est venue que pour ça parce qu'elle voulait un anneau et donc elle voulait juste se faire poser un anneau en fait ! Et elle pensait qu'elle était pas assez grosse donc elle voulait grossir jusqu'à ce qu'elle… En gros elle me demandait quel poids il fallait qu'elle atteigne pour avoir un anneau ! »

Mais retiennent les leçons de certaines « solutions miracles » :

AF : « Quoique les statines, ça donne des douleurs musculaires et quand même, il y en a pas mal qui… *Dodelinement de la tête et moue. »*
CD : « Et puis la petite pilule magique pour pouvoir rester mince et pouvoir faire de l'asthme !!! »
ST : « « Ah ben il existait à un moment un médicament… » « On l'a supprimé ! » « Ah bon ? » « Ah non, il était dangereux ! » « Ah bon ? » « Non, il n'y a pas de médicament ! » »

3.6.7.1.3 Le poids des habitudes alimentaires des patients

CD : « Et ça c'est vrai que… Il y a un frein déjà de la part des patients parce que souvent du coup pareil avec les habitudes, c'est difficile de remuer et… »

3.6.7.1.4 Les conditions de travail des patients

Les horaires de travail irréguliers, l'absence de temps programmé pour le repas, les repas professionnels au restaurant ou à la cantine sont des freins à une alimentation équilibrée :

DLG : « Est-ce que par rapport à la diététique, les repas en extérieur ça vous pose problème pour les patients? »
AF : « Oui ! »
MB : « Oui, les VRP ! »
CD : « Le déjeuner, oui… »
AF : « … Qui mangent tous au resto, ils sont tous gros ! »
CD : *Rire*
MB : « Et qui mangent des frites tous les midis. Et les routiers, qui bouffent des sandwiches ! Et les diabétiques routiers alors là, c'est les pires ! Parce qu'ils mangent tout le temps, ils ont des horaires, c'est pas forcément les horaires de vie normale ! »
ST : « Ils bougent pas, ils sont toujours dans leur camion… »
AF : « Pas de repas régulier… A l'office… »
MB : « Ils bougent pas et… Un coup ils vont se lever à 5 h du mat', le lendemain ça va être 2 h du mat', ils vont rouler toute le nuit et puis euh… Voilà, 'fin c'est un bazar monstrueux ! Et ça ! Ca c'est compliqué enfin… »
AF : « Ouais, c'est tentant, c'est comme au resto du personnel du CHU, quand on est aux urgences et qu'on bosse toute la journée, bon euh… »
MB : « … *(Mime la montée d'un couvert à la bouche),* il faut prendre la fourchette, tandis que le sandwich, tu peux conduire en même temps que tu bouffes ton sandwich… »
MB : « Ou ils disent « mais Docteur, je peux pas faire ce que vous me dites parce que euh… Quand je bosse, euh… C'est pas possible ! » »
AD : « Quand ils sont obligés de manger au restaurant ou à la cantine scolaire, moi… »

La surabondance alimentaire et les formules marketing : « sandwich+viennoiserie », la stimulation marketing de l'agroalimentaire :

MB : « Enfin, dans beaucoup de sandwicheries, c'est quand-même Steak-frites ou euh… Les sandwiches euh… »
AF : « Ou les formules « sandwich et viennoiserie en dessert », on se prend le sandwich plus le pain au chocolat en dessert ! Ca c'est l'horreur, quoi ! »
AF : « Disons que la malbouffe, comme on dit, euh… »
AD : « Ils sont tentés, quoi ! 'Fin, on a beau leur dire de pas prendre de… De pas manger de pain, quand t'attends ½ heure avant d'être servi au resto, les gens, ils ont faim à 13 h, ils mangent du pain… »
AD : « Ca, la tentation, c'est un frein, quoi ! Ca c'est sûr que… »

3.6.7.1.5 La gourmandise

AF : « Parce que, on va dire, pendant l'internat euh… Les gardes… Les gâteaux apportés euh… Bon, j'ai p't-être bien pris 10 kg, au moins, pour l'internat, voire même 15… »
MB : « Voire manger double ration de saucisson… »
AF : « On arrive, on fait une pause à 14h, bon ben on prend un éclair au chocolat qui euh… (*Eclat de rire*). »
AF : « Ca dépend après le profil du patient, quoi ! Est-ce qu'il est gourmand… ou pas… *Rire*. »
AD : « Et puis c'est dur de résister ! »
BC : « C'est sûrement dur de résister… »

3.6.7.1.6 Le manque de connaissance de la part des patients pas un frein, plutôt un facilitateur

CD : « Je sais pas, non je pense pas… »
ST : « Non, je pense pas parce que si on leur explique… »
BC : « La nutritionniste qu'était venue nous voir, elle nous disait que c'était plus les gens avec un niveau de compréhension peut-être un petit peu plus fiable, qui étaient les plus efficaces en fait ! »

3.6.7.1.7 Les représentations culturelles et sociales

Les internes parlent de leur difficulté à surmonter les représentations culturelles et sociales autour de l'alimentation : « tabou », « tante à Jules »… mais 1 seul les identifie :

MB : « Ou alors, (*index levé vers le ciel*) qu'ils ont des idées fausses ou des… »
MB : « euh n'importe quoi, de toute façon elle avait décidé que c'était comme ça et que ces idées qu'elle avait étaient correctes… Et que ! »
MB : « Presque conflictuelles, quoi…Parce que elle avait des idées reçues et euh… Et que c'était comme ça et que… »
MB : « Et de la tante à Jules, qui avait dit que…Machin et que… »
MB : « Et que la sœur, et que la voisine, l'infirmière… Voilà ! Tout ! (*grand geste d'écartement des mains*) »

MB : «… Des trucs à la tante à Jules, des trucs qui sont là-dedans, quoi ! »
MB : « Et d'avoir peur de me remettre face à des… Face à des perceptions qui sont complètement euh… Complètement erronées et… Et voilà ! D'être face à un mur et sans pouvoir aller plus loin… »
BC : « Après, au niveau compréhension… Plus un souci de représentation »

Ils évoquent l'importance des pressions sociales et la culpabilisation de la société envers les patients :

BC : « Surtout, je trouve qu'on est dans une société super-culpabilisante sur le poids, on entend à la radio tout le temps : « faites attention, mangez des omégas 3, mangez de l'actimel, mangez des… » Tout ça… « Evitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé »… Ca c'est… On culpabilise tout le monde alors que pour l'instant, on sait rien faire ! »
BC : « Ils osent pas aller à la piscine, pas oser… Enfin c'est terrible, quoi ! Je pense… *(Yeux perdus dans le vague) »*

3.6.7.1.8 Le sentiment de normalité des patients

AD: … Ils mangent au resto' ou alors, ils aiment bien manger telle ou telle chose ! Ils demandent pas de maigrir, c'est juste nous qui leur faisons une prise de sang et qui leur disons « vous avez trop de cholestérol »… Donc ben ces gens-là, à la limite, ils nous demandent rien ! »
BC : « (*hoche la tête vigoureusement*) »
AD : « Là où je suis, il y a pas mal de gens du voyage, ils sont tous… Ils ont tous de l'embonpoint ! Ils ont bien comme ça, je pense que… Ils s'en plaignent pas ! Ils mangent tous ensemble des choses, je pense, très grasses ! C'est, bon ! Les enfants sont gros aussi et je pense que voilà, ils sont… »
AD: Ouais, voilà ! 'Fin ! Eux, ils se plaignent de rien et ils viennent pas pour ça ! Donc c'est un frein parce que du coup, je me vois pas aller leur dire… »

3.6.7.1.9 Le refus des patients d'aborder leur surpoids ou leur obésité :

MB : «… Et là je vais dire à l'enfant, tu vois, il faut que tu fasses attention et là tu as la mère, je me suis faite fusiller du regard par une mère un jour parce que j'avais mis le doigt là où il ne fallait pas, quoi…Là où elle ne voulait pas que je le mette ! »
ST : « D'introduire le sujet quand on est le remplaçant et pas le médecin habituel, c'est pas toujours évident ! Il y a des gens qui le prennent pas toujours très bien ! Moi, ça m'est déjà arrivé de dire que euh… Le surpoids pouvait jouer et… voir le regard… Bon ben ça c'est bon, (*en faisant signe de se détourner*). Je pense que je ne vais pas en reparler ! Hop là ! »
ST : « D'une, parce que je pense que ça va être inefficace et de deux parce qu'effectivement je me dis que c'est décourageant parce que je vais dire va partir droit dans le vide ! En fait ! (*rire*) »

3.6.7.1.10 Le coût d'une alimentation saine

Pour les internes, bien manger coûte cher :

CD : « Oui et puis des fois c'est vrai qu'on est heurté au contexte social ! Pour les patients… Ca c'est vrai que… Ca coûte cher quand même de bien s'alimenter ! »
ST : « Ouais ! »
AF : « Oui ça coûte cher! »
AD : « Ben, je suis un peu biaisée par ce que j'ai fait comme bibliographie pour ma thèse, mais ils disent que oui, c'est un frein ! Quand-même, les gens qui n'ont pas beaucoup d'argent, ils font les courses en gros, pour toute la famille, ils font que des trucs en gros ! Les légumes et les fruits, c'est cher ! »
BC : « Je pense que assez… Je pense que j'ai des idées moins claires sur la question mais je serais assez d'accord sur ce que tu dis ! Ca peut être un frein, après c'est peut-être l'organisation, savoir où aller acheter, comment faire aussi… Pour trouver des solutions pas chères… »

3.6.7.1.11 Le phénomène de restriction cognitive

AF : « Parce que parfois les patients ils croient qu'il ne faut pas faire d'excès donc ils se restreignent, ils se restreignent mais après ils ont faim, ils craquent trop souvent… »

3.6.7.1.12 Le manque d'activité physique

ST : « Ils bougent pas, ils sont toujours dans leur camion… »
MB : « Ils bougent pas et… »

3.6.7.1.13 Les consultations à plusieurs motifs ou à autre motif que la diététique

ST : « Oui, c'est peut-être moins facile quand-même quand eux en parlent pas du tout et d'introduire le sujet sans vexer… »
BC : « Après organisation… C'est compliqué parce que souvent, ils viennent pas que pour ça ! Si les patients ne venaient que pour une chose, ça serait facile ! C'est… »
AD : « Ouais, c'est vrai que jamais j'ai… Les gens viennent jamais que pour ça en fait ! »

3.6.7.2 De la part des internes

3.6.7.2.1 Un manque de connaissance et une formation initiale inadaptée

Les étudiants citent en premier un manque de connaissance (sans préciser théorique ou pratique) et une formation initiale inadaptée à la pratique de la diététique en médecine générale :

ST : « Des fois, tu sais plus trop quoi dire ! »
CD : « Il y avait des sujets où franchement, je savais plus quoi dire ! Bim ! »

CD : « Ben des f… Manque de connaissance déjà pour commencer ! Clairement ! »
CD : « Oui, mais c'est surtout ça ! Le manque de connaissance, euh… »
ST : « Mais c'est pas facile, après… En fait, ce qu'il y a c'est que, moi ce que je trouve, c'est que j'ai des connaissances très globales donc c'est très global, je donne des conseils de base, des choses assez logiques en fait… »
ST : « S'ils ont des questions très précises je saurais pas y répondre ! «
BC : « Ben, c'est ce qu'on a dit, pas assez de connaissances, je pense surtout… »
BC : « Voilà ! Que… Pas assez de connaissances mises en pratique, je pense ! Ca arrive qu'on ait des cours sur l'alimentation, ce genre de chose, des trucs comme ça mais… Eloignés de la pratique ! »

3.6.7.2.2 Une culture diététique superposable à celle des patients ?

Les internes ont l'impression de se faire « coller » par les patients qui leur posent des questions en diététique. Ils ont l'impression d'un haut niveau de culture diététique dans la population et de ne pas avoir plus de connaissances théoriques que leurs patients :

ST : «… Qu'on réexplique, qu'ils comprennent l'intérêt de faire comme ça ! Mais après, c'est vraiment des choses de base, de l'alimentation équilibrée mais si on me pose une question en particulier, je vais pas savoir… »
ST : « S'ils ont des questions très précises je saurais pas y répondre ! «
CD : « Voilà, mais à part une alimentation équilibrée, un peu de brocolis, mais bon… Mais moi, je connais plus ça par rapport à tout ce que j'ai entendu à la télé…ou ce genre de chose, euh… Plutôt que ce qu'on m'a appris… Dans le cadre de mes études ! »

3.6.7.2.3 Le manque de temps

Les internes pensent avoir un temps de consultation trop court pour faire de la diététique, l'enquête diététique prend du temps. Les internes évoquent la pression de respecter le planning de consultation :

DLG : « Est-ce que vous avez l'impression que le temps vous manque en consultation… »
MB : « Ca prend du temps ! »
MB : «… Et, et parfois euh… Parfois ça prend du temps, on perd facilement 10 minutes-un quart d'heure euh… Pour juste savoir ce qu'ils ont mangé la veille, quoi ! »
AF : « Pour rentrer dans les détails, justement euh… Comme le ferait une diététicienne, les rations… Tant de grammes de lé… Tant de féculents et tout ça, on n'a pas trop le temps. »
AF : « Donc déjà, je fais une consultation toutes les ½ heures… *Rire*, 20 minutes, ½ heure. Donc, j'adore prendre le temps justement de discuter. De ça ou d'autre chose…Mais c'est vrai qu'après en pratique, euh…Quand je ne serai plus interne, salariée de l'hôpital et qu'il faudra que je gagne ma vie, p't-être que… »
MB : « sauf vraiment si c'est l'horreur dans le cabinet et qu'il y a 50 000 personnes dans la salle d'attente et que là c'est vraiment, que je suis vraiment à la bourre… »
AF : « On a pas trop… Ouais, on… Ou on a du monde à voir ou on est déjà en retard par une consult' difficile avant… Après, il y a plein de paramètres, quoi ! «
AD : « Donc, je suis pas payée au nombre de personnes que je vois, donc je m'en fiche en fait de prendre le temps qu'il faut ! Alors, je le prends ! Mais je sais pas le jour où je serai installée, où j'aurai 3 emprunts, ou j'en sais rien ! Je pense que je vais pas passer ¾ d'heure, 1 heure par patient, euh… Déjà que je suis lente à la base ! »

BC : « Pour gérer le temps, sinon… En une consult', en 15 minutes, c'est pas… C'est pas faisable ! On va faire que des petits bouts, on va… On risque de recommencer la même chose la fois d'après ! Sans s'en rendre compte ! Le temps c'est pas… C'est jamais simple, effectivement ! »
AD : « Ah, moi c'est pareil ! Si j'ai trop de retard et que tu sens que ça va tomber sur la table, je dis : « ben, vous reviendrez et la prochaine fois, on parlera de ça.. » ou la mère qui t'amène son enfant, tu le vois et à la fin « Oh, puis au fait, euh ! », ben là, vous reviendrez, là… »

3.6.7.2.4 Une motivation personnelle fluctuante

Les internes reconnaissent avoir une motivation propre qui varie selon les conditions d'exercice, leur humeur personnelle :

AF : « Non, c'est pas trop non plus une corvée, quoi ! Sauf, évidemment, on est humain, les jours où on est fatigué, pfff ! »
BC : « Clairement c'est une contrainte et clairement si c'est en fin de journée, que je dois aller faire je sais pas quoi ou que j'en ai marre ou… Je vais essayer de raccourcir… »
AD : « Le jour où t'as le temps, où t'es de bonne humeur, t'as envie de parler, euh… Je vais plus leur poser des questions ! Chercher savoir ce qu'ils mangent, ou ce qu'ils aiment bien ou tout ça… Que les jours où j'ai pas le temps, où j'ai un train, où… Où, voilà, j'en ai marre ! »

3.6.7.2.5 Un manque d'outils dont de sources consultables rapidement (internet, fiches…) et fiables pour une utilisation en consultation

DLG : « Tu montrais quelque chose (*m'adressant à ST qui pointait une ligne sur la liste des questions*) ? »
ST : « Oui ! Non ! Je voyais manque d'outils ! Donc oui, manque d'outils, ça c'en est un ! »
CD : «…c'est vrai que dans ce cas-là en plus le médecin chez qui je travaille a des imprimés déjà tous faits que je n'ai plus qu'à imprimer »
CD : « C'est vrai que dans certains cas, ça serait pratique d'avoir une petite fiche récapitulative… En fait, qu'on peut faire nous-mêmes ! Mais bon… C'est juste que pour l'instant j'ai eu la flemme de le faire mais euh ! »
AF : « Y a p't-être des logiciel où il y a déjà aussi déjà des ordonnances enfin des trucs pré-faits, non ? »
MB : « Pas forcément dans le logiciel mais sur Internet ! »
ST : « Ouais, sur Internet ça peut se trouver… »
CD : « Moi, ce qui m'intéresse, c'est quelque chose qui tient en 5 minutes, quoi ! Des trucs pratiques à intégrer en fin de consultation ! »
CD : « Mais c'est bien d'avoir un truc rapide et… Message clair ! »
AF : « Et puis après, quelques fiches pratiques, justement, la dyslipidémie, le… Sachant qu'évidemment, ça évolue j'imagine, les recommandations, comme toutes les recommandations, ça évolue avec les années… »
AD : « Elle leur distribue euh…Ca je pense qu'au DU de nutrition, ils doivent avoir des trucs un peu tout faits ! »
BC : « J'irais plutôt chercher dans Internet voir si je trouve des trucs intéressants, et puis… Et puis… Et puis voilà ! »

3.6.7.2.6 Une absence générale de travail sur les représentations des patients

Les internes évoquent les représentations personnelles des patients par rapport à la diététique, qui ont pu les mettre en difficulté, mais ne travaillent pas tous sur ces représentations :

MB : « Après avoir vécu un épisode où je me suis… Où ça a été vraiment dur avec… Les deux fois, là, en l'espace de 6 mois, j'ai deux épisodes où je me suis pas sentie très bien à la fin de la consultation et c'est sûr que… (*grande inspiration*) Ca me met pas trop euh… Dans une vision positive de la chose, quoi ! Et du coup, je me repose des questions sur comment il faut que je l'aborde, quels mots prononcer… du coup quand j'en parle au patient, je suis très dans… Je suis presque en train de regarder le patient pour voir la tête qu'il fait, pour voir comment il va réagir, et presque… Presque trop, je crois ! »
MB : « Et d'avoir peur de me remettre face à des… Face à des perceptions qui sont complètement euh… Complètement erronées et… Et voilà ! D'être face à un mur et sans pouvoir aller plus loin… »

3.6.7.2.7 Les techniques d'entretien majoritairement inconnues des internes

AF : « En fait, il aurait fallu déjà : comment aborder la diététique avec le patient, quelque chose d'un peu… De l'ordre de… »
ST : «… comment aborder le sujet, parce que c'est pas facile ! »
AF : « De l'ordre de la communication ! »
AF : « Alors ça, non plus on est peut-être pas assez formés sur l'entretien motivationnel ! En fait, c'est ça qu'on fait… »
ST : « Ouais, c'est ce que j'allais dire ! C'est que quand tu dis donner des objectifs, il faut que ce soit défini avec le patient, l'objectif ! Parce que sinon il va pas le faire ! »
AD : « … De savoir comment mener un entretien avec les gens et… Ouais, moi j'ai pas du tout… J'ai pas eu de formation pour ça. »

3.6.7.2.8 Un manque de retour sur la prise en charge diététique initiée par les internes

Les internes manquent d'un retour sur la prise en charge diététique : de la part des autres professionnels à qui ils ont pu adresser, de la part des patients qu'ils ne revoient pas :

MB : « ben je sais pas, j'ai pas eu de retour, donc je ne sais pas ! »
MB : « Pouvoir avoir un retour mais après, je ne sais pas s'il y a une communication possible entre une diététicienne et un médecin comme ça l'est entre deux médecins… »
ST : « Ben, ça, ça m'est pas arrivé de le faire encore, le retour… »
AF : « On a pas trop de recul, là, hein ! »
CD : « Vu qu'on a pas trop de retour, c'est vrai que… »
BC : « D'autant qu'en… Enfin moi surtout, en tant que remplaçant, j'ai pas beaucoup de suivi ! Donc, je peux pas inscrire ma stratégie »
BC : « Moi, j'ai pas de réseau particulier… »

3.6.7.2.9 Un manque de retour inhérent à l'organisation professionnelle des internes ?

Pour expliquer ce manque de retour, les internes avancent leur organisation professionnelle : durée de remplacement trop courte par rapport à une prise en charge diététique qui se ferait sur le long cours, présence sur la semaine trop parcellaire pour les stagiaires, dont les patients revoient les maitres de stage et pas forcément les internes :

CD : « Moi, c'est ça, je consulte une fois par semaine quoi… Je consulte une fois par semaine du coup… Y a des patients… J'en ai pas adressé tant que ça hein… »
DLG : « C'est plus des perdus de vue que des patients dont vous pensez que les soignants ne vous donnent pas de contact… »
CD : « C'est ça, plus des perdus de vue… »
ST : « Mais euh… J'ai pas eu le retour ! Après, quand tu restes une semaine ou deux, des fois, ils reviennent plus tard et puis, ben, t'es plus là, donc euh… Je sais pas ! »
MB : « J'ai jamais eu de retour. Jamais. J'ai pas eu l'occasion, enfin, la possibilité de … Revoir la personne… »
AF : « Parce que vu qu'on est interne ou médecin remplaçant, on a pas trop de recul en terme de résultat, après c'est vrai qu'on peut évaluer comment… »
BC : « D'autant qu'en… Enfin moi surtout, en tant que remplaçant, j'ai pas beaucoup de suivi ! »
BC : « C'est parce que tu as plus de suivi que moi si tu vas tout le temps au même endroit ! »
BC : « Moi, j'ai <u>aucun</u> suivi ! »

3.6.7.2.10 Les représentations propres aux internes

MB : « Et moi aussi, je sais que… enfin je pense, qu'à certains moments, j'ai un a priori sur la personne avant de lui en parler, savoir : « celle-là, elle va pas vouloir que j'en parle… » »
MB : « Mais, ouais, parfois, je suis pas forcément à l'aise devant… Un obèse, depuis longtemps… Je vais en remettre un cran au-dessus et… Je me dis que c'est perdu d'avance et…. »
BC : « Mon fil conducteur ! J'ai l'impression qu'il va se dire : « Ah, il va encore me culpabiliser » ou « je sais que je fais mal », « j'ai pas envie d'en parler, laissez-moi tout seul dans mon truc ! » Moi, c'est un petit peu cette impression-là que j'ai, qui va rejoindre (*pointe le power point*) le « de votre part », après ! Où j'ai peur qu'ils pensent ça, et que ça va me déprimer aussi ! »
AF : « … Ils mangent au resto' ou alors, ils aiment bien manger telle ou telle chose ! Ils demandent pas de maigrir, c'est juste nous qui leur faisons une prise de sang et qui leur disons « vous avez trop de cholestérol »… Donc ben ces gens-là, à la limite, ils nous demandent rien ! »

3.6.7.2.11 La difficulté de l'actualisation des savoirs

Les internes soulignent l'importance de l'actualisation des savoirs :

MB : « euh, ben en fait des trucs qu'étaient dits avant… «
DLG : « D'accord ! »
MB : « …Sur l'alimentation du petit puis que… En fait, je suis passée juste là à Clocheville et il y a eu des changements récents et qu'il y a pas du tout en fait ! »
ST : « Ouais… <u>Oui</u>, ça doit être ça ! Alors qu'en fait, on fait plus ça maintenant ! On arrête l'alimentation 6 heures éventuellement… »

CD : « T'as l'impression qu'il y a des effets… Des effets de mode ! »
CD : « Non, c'est vrai qu'il y a des choses après, tu te dis… Les preuves scientifiques, regarde, sur nos livres (*prenant ST à témoin*), le VG ou ce genre de choses, tu as vraiment l'impression que c'est des effets de mode ! »
ST : « J'ai vu sur l'ordinateur d'un médecin que je remplace comme ça… D'arrêter le lait habituel et donner à la place je sais plus quel truc… »
ST : « Ouais… Oui, ça doit être ça ! Alors qu'en fait, on fait plus ça maintenant ! On arrête l'alimentation 6 heures éventuellement… »

3.6.7.2.12 Et la difficulté des internes à la mettre en place

ST : « Je ne les ai pas actualisées pour l'instant ! Je n'ai pas de réponse ! »
AF : « Non ! »
CD : « Par hasard sur Internet quoi… Quand tu tombes… Là-dessus… Ou que… Tu as envie… De regarder… »
AF : « Suite à une consult'… particulière ! »
ST : « Quand tu as une question, et que tu cherches, voilà ! Moi, c'est souvent comme ça que j'actualise mes connaissances ! Tiens, ça je savais plus ! J' suis pas bonne là-dedans ! »

3.6.7.2.13 L'injustice de l'obésité et l'impression d'être en porte-à-faux

Un interne évoque un sentiment d'injustice quand il se retrouve face à des patients obèses : lui, est maigre et mange ce qu'il veut et son rôle serait de restreindre quelqu'un qui est obèse, qui ne mangera pas ce qu'il veut :

BC : « Et puis… Et puis… Je pense que d'un côté, je ! Vu que je peux manger ce que je veux et que je prendrai jamais de poids euh… C'est pas toujours simple pour moi de me mettre à leur place donc ça me demande beaucoup de boulot mais je fais ce que je peux, quoi ! »
BC : « Enfin, moi, ça me parle particulièrement, parce que je sais que je fais un poids que je peux pas dépasser, quoi que je fasse ! Et donc, c'est vrai que c'est des arguments qui… enfin si ! Ce qu'il voulait dire, c'est qu'il faut pas culpabiliser… Enfin voilà, moi c'est ce que… »

3.6.7.2.14 La consultation en diététique : une situation d'inconfort

Quand on évoque le plaisir à une consultation qui a pour thème la diététique, la plupart des internes sont gênés : ils n'ont pas de déplaisir mais sont dans une situation d'inconfort :

DLG : « Vous prenez du plaisir à ce type de consultation ? Quand vous parlez de diététique, ou pas ? »
CD : « Moi, sans plus, hein ! »
AF : « Moi, j'aime bien, c'est ce que je préfère, la relation médecin-patient, discuter *(rire)* ! »
ST : « Oui, moi j'aime bien discuter aussi, après, comme je suis pas forcément toujours à l'aise pour aller plus loin, euh… »
MB : « Moi, oui, sauf quand ça se passe mal ! »
DLG : « Qui est : « est-ce que vous prenez du plaisir ou du déplaisir à ce type de consultation ? » »

AD : (*Moue et haussement d'épaule, regarde vers BC*)
Silence.
AD : « Ca me dérange pas du tout d'en parler et… Ca peut être un plaisir et des fois, ça m'est égal ! Un déplaisir, non quand même ! »
BC : « Moi, je pense, ça fait… C'est plutôt… C'est pas un déplaisir, on va dire ça de cette manière-là !... Mais c'est de l'inconfort, plus de l'inconfort qu'un déplaisir ! »

3.6.7.2.15 La diététique, une situation à risque de confrontation

- Risque de confrontation avec le patient :

Les internes n'éludent pas la prise en charge diététique, elle leur paraît souvent justifiée mais elle les met parfois dans des situations conflictuelles qu'ils redoutent :

MB : « Après avoir vécu un épisode où je me suis… Où ça a été vraiment dur avec… Les deux fois, là, en l'espace de 6 mois, j'ai deux épisodes où je me suis pas sentie très bien à la fin de la consultation et c'est sûr que… *(Grande inspiration*) Ca me met pas trop euh… Dans une vision positive de la chose, quoi ! »
ST : « D'une, parce que je pense que ça va être inefficace et de deux parce qu'effectivement je me dis que c'est décourageant parce que je vais dire va partir droit dans le vide ! En fait ! *(rire)* »

- Risque de confrontation à l'échec :

MB : « Faut savoir être en échec ! Là-dedans… »
Silence.
MB : « Faut pas vouloir que ça marche tout de suite ! Enfin je pense ! »

3.6.7.2.16 Le modèle des médecins installés : l'abandon de la diététique

Les internes citent dans les deux groupes le modèle des médecins installés qui abandonneraient pratiquement tous la prise en charge diététique par sentiment d'inefficacité :

ST : « Ben sinon, c'est peine perdue, hein ! C'est s'épuiser ! J'ai eu pas mal de médecins d'ailleurs qui m'ont dit que, eux, ils avaient laissé tomber quasiment, quoi ! Que… »
DLG : « Parce que c'était la motivation des patients qui manquait. »
ST : « Voilà ! C'est ça. C'est qu'ils en avaient marre de parler dans le vent pour que derrière, rien ne soit fait et puis qu'il n'y ait aucun changement et puis que, finalement, ça serve à rien ! »
ST : « Ils avaient l'impression de perdre leur temps en fait ! »
AD : « La prise en charge de généralistes et des nutritionnistes des gens obèses… Et en général, ils sont tous assez déses… Pas désespérés mais comment dire… »
DLG : « Pessimistes ? »
AF : « Ouais ! »
BC : « Découragés ? »
AF : « Découragés ouais voilà ! Ils disent que souvent les gens ils perdent un petit peu de poids, ils sont contents, et après ils reprennent… Bon ! »
BC : « C'est ce que disent le peu de généralistes avec qui j'en ai parlé, c'est vrai qu'ils sont… Il y en a qui n'en faisaient plus parce que pff ! C'est pas gratifiant ! »

3.6.8 Les outils utilisés en consultation de diététique par les internes

3.6.8.1 Les logiciels médicaux

Les internes citent les outils des logiciels informatiques des médecins qu'ils remplacent ou chez qui ils sont stagiaires : calcul automatique d'IMC, courbes de poids :

ST : « Euh… Quand ils sont en surpoids, moi, je le calcule facilement, sachant que la plupart des logiciels que j'utilise, chez les médecins où je remplace, le font automatiquement quand je renseigne taille et poids donc euh ! »
BC : « Encore une fois, je suis pas dans une démarche de suivi, donc euh… C'est difficile, après… Ca dépend du logiciel de suivi, du logiciel médical ! J'sais que chez Hello Doc', je peux le faire facilement par exemple, euh… Je peux sortir le tableau, ils vont tous s'afficher ! »

3.6.8.2 Les carnets de santé

Les internes utilisent les carnets de santé dont ils utilisent les courbes de poids, taille et IMC, le tableau de diversification :

ST : « les courbes de poids chez les enfants, quand on voit les courbes de poids qui commencent à décoller… »
MB : « les enfants dont la courbe d'IMC (*fait signe d'un avion qui décolle*) »
AF : «… Est-ce que je peux introduire… La diver… Alors là, je ne connais rien ! La diversification, c'est !!! »
AF : « Heureusement, c'est marqué dans le carnet de santé ! »
BC : « Moi… Dans le carnet de santé, il y a déjà le diagramme, je copie dessus, ça fait déjà quelque chose qu'ils remmènent à la maison… »
BC : « Ca c'est sûr, comme le support, moi, euh, je dis merci au carnet de santé pour les enfants, pour les conseils alimentaires ! »
AD : « Ah… Les courbes de poids ! »
BC : « Les courbes de poids ! Enfin, sauf si on reporte pas les poids ! Ce qui parfois m'arrive, mais euh… »

3.6.8.3 La réglette d'IMC

ST : « Sinon, j'ai une réglette qui donne l'IMC! »

3.6.8.4 Les fiches diététiques des laboratoires pharmaceutiques, les brochures éditées par les autorités publiques

Les internes utilisent les fiches diététiques distribuées par les laboratoires pharmaceutiques concernant la dyslipidémie, les laits, les brochures élaborées par des autorités publiques, des collectivités locales à nationales :

ST : « Des conseils aussi oui, les rares fois où j'ai donné des imprimés c'est pour des trucs très spécifiques genre régime sans résidus où là par contre je me suis imprimé des trucs pour des pathologies très précises… »
CD : « c'est vrai que dans ce cas-là en plus le médecin chez qui je travaille a des imprimés déjà tous faits que je n'ai plus qu'à imprimer et ça c'est vrai c'est super pratique et c'est vrai que c'est plutôt dans ces choses-là où au final on va pas les adresser au diététicien ces patients »
AF : « Par exemple les patients dyslipidémiques, dans certains cabinets où je faisais mes stages, les labos donnent des fois des espèces de petites brochures à découper et à donner aux patients pour des conseils pour les hypercholestérolémies ou alors les hypercholestérolémies mixtes ou alors seulement les hypertriglycéridémies ou alors pareil pour le diabète. »
ST : « Ca doit être Gallia, c'était en même temps qu'un probiotique… Pour les coliques du nourrisson, il paraît que ça serait génial !! J'ai pas osé !! *Rires* »
ST : « Je ne sais pas si c'est efficace ou pas ! Ca doit être Gallia, ouais ! »
AF : « et justement, il y a un labo aussi, qui… Donne un CD-ROM avec des fiches que l'on peut imprimer. Et donner. »
MB : « Il y a le conseil général d'Ille-et-Vilaine qui fait des brochures sur l'alimentation de l'enfant, de tout-petit jusqu'à l'ado ! »
BC : «… Toujours euh… Tant de grammes ! Là, il y a une recommandation sur la société française de pédiatrie sur l'alimentation que j'avais déjà lue… Ben c'est bien, ça donne des idées ! »

Ces brochures posent le problème de leur validité scientifique :

MB : « Il y a le conseil général d'Ille-et-Vilaine qui fait des brochures sur l'alimentation de l'enfant, de tout-petit jusqu'à l'ado ! Euh… Qu'est pas mal mais alors y a des conneries quand même dedans, hein ! »
ST : « Il y en a qui peuvent être utiles ! Moi, je les lis toujours avant pour vérifier parce qu'on sait jamais ! »
AF : « Finalement, c'est aussi un peu les labos qui nous apportent des connaissances, c'est triste à dire mais… »
BC : « Et puis je suis pas très règles… Les pédiatres, je trouve qu'ils sont trop à vouloir dire « tel âge, tel truc » ! »
BC : « Je suis sûr que le ¾ des choses, c'est pas prouvé, je préfère que ça se passe bien et que ça heurte pas sur l'alimentation ! «

3.6.8.5 Les ordonnances

Une interne utilise les ordonnances pour lister les objectifs à atteindre par le patient :
MB : « Ouais, des conseils, c'est une prescription pour moi ! »
MB : « Je le marque, sur une ordonnance ! »
MB : « Donc, ben il repart avec son ordonnance avec des conseils ! »
MB : « Tant pis pour lui, il a pas de médicament ! *Rire*. »
MB : « De conclure à des trucs simples et qu'il repart avec dans la tête deux-trois idées claires *(mouvement vertical descendant des deux mains*). »

3.6.8.6 La balance

AF : « Ben moi, les enfants, même pour un rhume, je les pèse tous ! »

ST : « Ah oui, les enfants, je les pèse tous ! Ca c'est clair ! »
AF : « Et les adultes pour tous les renouvellements… »
ST : « Moi pareil… Mais quand ils viennent pour un rhume, je ne les pèse pas ! »
AF : « Moi, les renouvellements, les chroniques, quoi !! »
ST : « Après si c'est un patient qui est jeune, qui vient jamais, qui vient pour son certificat de sport, je le pèse ! »
AD : « (*Pincement de lèvres*) Non, pas tous, euh… Tous les enfants, oui ! »
AD : « Pour les ordonnances ! Et euh… Les renouvellements, les adultes, ouais, je les pèse aussi ! C'est vrai que ça permet d'aborder le poids, en fait ! »
AD : « Mais c'est vrai que je les pèse, en fait ! Quasiment tous ! Sauf quand j'ai vraiment pas le temps… Ou que j'y pense pas mais en général, c'est un réflexe, (*trace un circuit du doigt*) ils passent devant la balance, euh… Voilà ! »
BC : « Mais j'aurais tendance, en tant qu'installé, je pense que j'aurais tendance à le faire assez systématiquement ! Et peut-être à limiter si je sens… s'ils me font sentir que c'est quelque chose qu'ils appréhendent, de venir sur ma balance ! »

3.6.8.7 Une feuille vierge pour le recueil alimentaire

Les internes n'ont pas de trame de recueil alimentaire pré-remplie, soit ils laissent les patients les créer, soit ils construisent leur trame pendant la consultation :

DLG : « On parlait tout à l'heure de recueil alimentaire, de rappel des 24 heures… Vous avez des feuilles par exemple, pour qu'ils… Pour préparer les recueils alimentaires ou euh… »
CD et MB : « Signe négatif de la tête »
MB : « On leur dit « Vous notez Matin, Midi et Soir et puis entre les repas… » »
AF : « Oui, ils peuvent faire leur feuille ! »
MB : « C'est pas très compliqué à faire ! »
ST : « Oui, moi, je leur fais en fait ! Je leur fais en leur expliquant, vite fait je leur fais parce que, si moi je leur donne, noté, ils rempliront plus facilement ! »

3.6.8.8 Le PNNS n'est pas utilisé

Les internes ne connaissent pas le PNNS ou l'ont découvert lors de leur bibliographie pour leur thèse. Personne n'utilise son contenu en consultation et ils n'en ont pas les livrets à remettre en consultation :

MB : « J'suis allée voir quand j'étais externe… Depuis… »
AF : « J'ai pas entendu parler de ça, moi ! »
ST : « Alors, moi, j'ai entendu <u>par hasard</u> euh… Entendu parler de ça par <u>une patiente</u> ! *Rire* »
DLG : « D'accord ! »
CD : « Hum ! Mais oui, je n'ai pas pris le temps, moi, d'aller voir… Mais c'est vrai qu'il paraît qu'il est bien et que… Enfin…. En tout cas il y a pas mal de choses et tout ça et puis là, pour le coup, avec une vraie base en tout cas scientifique à priori parce que c'est tous les médecins spécialistes de leur domaine qui ont mis les recommandations ! C'est gros… enfin c'est important je crois, il y a un grand nombre de pages… »
MB : « Ouais, c'est un ! Mime un livre très épais. »
CD : « Faut avoir le temps d'y aller, quoi ! »
DLG : « Est-ce que vous utilisez le PNNS, le site internet du PNNS ? »
BC : « Non… »

AD : « Pour ma thèse… »
Rires
BC : « Le quoi ? »
AD : « Le Plan National Nutrition Santé »
BC : « Ah ben non ! »
AD : « Moi, j'ai appris ça il y a 3 mois, hein ! C'est en faisant la biblio de ma thèse, et je savais pas que ça existait avant, et j'avoue que… Je m'en sers p… J'ai lu ce que c'était mais je m'en sers pas… Je sais même pas de quoi on peut se servir là-dedans en fait ? »
DLG : « C'est surtout… Enfin, moi, je le connais pas très, très bien mais il y a surtout des conseils, il y a une partie patients, une partie professionnels… »
AD : « Ah oui, c'est que je suis pas allée voir la partie « patients », en fait ! »

3.6.8.9 Pas d'utilisation de livres de recettes

3.6.9 Les attitudes de Porter : attitudes de communication retrouvées en consultation de diététique chez les internes

3.6.9.1 Les attitudes de Porter inconnues des internes

DLG : « Est-ce que vous avez déjà entendu parler des attitudes de Porter ? »
ST : « Non… »
CD : « Pas du tout ! »
Silence.
B : « C'est difficile… »

3.6.9.2 Pas de réflexion antérieure générale sur l'attitude de communication en consultation de la part des internes

ST : « Ca dépend complètement de la situation ! »
AF : « Moi, j'ai un peu de tout mais euh… »
ST : « Non, je sais pas en fait, ça dépend ! Après j'en ai pas fait non plus beaucoup, hein ! De la diététique… »
BC : « Euh… Fff ! Je sais pas trop quoi en faire pour moi ! Euh… Où est-ce que je me situe ? C'est compliqué parce que il y a des trucs c'est très frontière… Euh… »

3.6.9.3 Une pratique de l'entretien motivationnel et une adaptation des attitudes à dessein

Un interne qui pratique l'entretien motivationnel utilise les attitudes qu'il juge adaptées à dessein au cours de la consultation :

BC : « Ce que j'utilise tout le temps, en fait ! Pour toute demande, je vais utiliser plus ou moins la reformulation, les questions ouvertes, laisser de l'espace… »
BC : « Euh… J'essaye d'être dans l'écoute compréhensive, on va dire, forcément ! »
BC : « L'interprétation je l'utilise parfois mais… Dans l'entretien motivationnel, il y a des moments, ils nous encouragent à interpréter, à rajouter pour faire réagir le patient voir ce qu'il en pense ! Enfin je suis très, ou je minimise… »

3.6.9.4 Les attitudes reconnues par les internes : les attitudes directives, d'enquête, d'interprétation et de soutien

MB : « Je pense que je commence par enquête, je dois avoir un peu de soutien et puis à la fin, décision ! Je… Je décide ! »
MB : « La personne un peu bornée, un peu brute de décoffrage, j'ai tendance à crac ! *(fait signe brusque de la main) »*
MB : « Il y en a que je menace et d'autres que je conseille ! »
ST : « Il y a un peu de tout parce qu'il m'arrive en fait de… D'interpréter ce qu'on me dit… »
CD : « Moi, je suis entre le soutien et l'enquête, plus le soutien je pense ! »
AF : « Moi, l'enquête déjà ! Le questionnement, les renseignements, comment il fait, à quoi il pense, ses points de vue euh… voilà ! Enquête, écoute mais bon il y a aussi de la décision dans le sens où je donne des conseils, quoi ! »
BC : « Euh… J'essaye d'être dans l'écoute compréhensive, on va dire, forcément ! »
AD : « Moi, c'est… Pareil, j'essaye d'être dans l'écoute compréhensive, je pense que je suis trop dans le soutien, c'est sûr ! Je pense que des fois je suis pas du tout assez euh… 'Fin, pas « assez dure », mais je pense pas que je sois très… Euh, je sais pas comment dire »

3.6.9.5 Pas d'attitude dominante perçue

Les internes ont l'impression de passer d'une attitude à l'autre au cours du déroulé de la consultation et n'arrivent pas à définir une dominante :

MB : « Je pense que je commence par enquête, je dois avoir un peu de soutien et puis à la fin, décision ! Je… Je décide ! »
ST : « Ouais, il y a, on dirait, un peu de tout ! Il y a un peu de tout parce qu'il m'arrive en fait de… D'interpréter ce qu'on me dit… »
AF : « Moi, j'ai un peu de tout mais euh… »

3.6.9.6 L'utilisation de la menace

MB : « La personne un peu bornée, un peu brute de décoffrage, j'ai tendance à crac ! (*fait signe brusque de la main*)… A y aller à fond dedans, à fond dans sa figure ! »
MB : « Il y en a que je menace et d'autres que je conseille ! »
AF : « Sauf euh… si, ça peut arriver ! Un patient polyvasculaire qui fait n'importe quoi, des fois euh, ça peut arriver de vouloir lui faire un peu peur ! En lui disant « est-ce que vous vous rendez compte que si vous continuez comme ça, euh… Vous pouvez faire un AVC et être paralysé ! », ou des choses comme ça ! Quoique, ça peut… »

ST : « Ca, ça m'est plus arrivé à l'hôpital qu'en consultation de faire ça ! »
AF : « … quoique ça peut renforcer l'anxiété et être négatif au final parce que le patient il est anxieux et après ben il va encore plus boire, plus fumer et plus … *Pouffement de rire*. »
BC : « J'essaye de pas les culpabiliser, alors du coup, je passe trop dans le soutien excessif, je les maternise… Je suis pas sûr que ce soit ma manière de fonctionner mais peut-être ! »
AD : « Je vais poser des questions mais j'évite, j'ai tendance à tellement pas les culpabiliser que… Effectivement… »

3.6.9.7 L'attitude de jugement : une attitude à éviter

ST : « Par contre, ça, je fais pas moi ! *(montre la diapositive sur l'ordinateur)* Je juge pas. « J'évalue, c'est bien, c'est mal. » Non, je leur demande ce qu'ils en pensent plutôt ! C'est eux qui disent c'est bien, c'est pas bien ! Mais pas moi ! *Rire*. »
ST : « Ben des fois oui, ils me disent « c'est pas bien »… « Ben oui, effectivement… Il vaudrait mieux éviter, quoi ! » Mais c'est eux qui me le disent d'abord, en fait ! Parce que j'aime pas trop dire « c'est pas bien »… Ca peut être vachement mal pris aussi… Vachement mal perçu de l'autre côté… J'essaye… Par contre « c'est bien », ça m'arrive de le dire enfin après… »
AD : « On est disons, plus compatissants, en fait ! Ils sont bons vivants et… Parce que nous aussi, on est des êtres humains ! Et je sais pas, quand tu as un gâteau au chocolat, tu vas pas cracher dessus, 'fin… »

3.6.9.8 L'écoute compréhensive : connotation positive mais idéal difficile à atteindre

L'écoute compréhensive a une connotation positive auprès des internes mais paraît comme un idéal difficile à atteindre : difficulté à ne pas être directif, à laisser la parole, attitude chronophage :

MB : « Ah, l'écoute compréhensive, euh, c'est méga-dur ! »
ST : « L'écoute compréhen… Faire que ça, c'est dur ! »
ST : « Ca c'est clair que je fais pas que ça ! »
MB : « C'est dur et puis c'est super long ! »
AF : « Ca suffit pas ! »
MB : « Et puis il faut quelqu'un… Faut un patient bavard, quoi ! »
AF : « S'il a pas toutes les notions… »
MB : « Faut qu'il ait envie de parler ! »
AF : « Si le patient a pas toutes les notions, l'écoute compréhensive suffit pas ! »
BC : « Bref, on tend tous les deux vers l'écoute compréhensive ! »
AD : *hochement de tête* « Mm ! »

Les internes qui ont expérimenté l'écoute compréhensive suite à des stages ou des formations continues s'efforcent de la mettre de plus en plus en pratique :

ST : « Moi j'ai eu une fois une formation autre, de FMC où j'avais accompagné une de mes maîtres de stage sur l'éducation du patient diabétique… On avait parlé de diététique justement ! Et… Sur euh… Essayer de poser un maximum de questions ouvertes et euh… »

ST : « Souvent, je me prends à recommencer, à faire comme d'habitude et là je me dis « non, non, non ! Laisse-le dire des trucs, là ! Il faut qu'il me dise des trucs au fait, là ! » »
BC : « Dans l'entretien motivationnel, il y a des moments, ils nous encouragent à interpréter, à rajouter pour faire réagir le patient voir ce qu'il en pense ! Enfin je suis très, ou je minimise… Parfois, je vais plus vite, 'fin, je sens que ça sort pas alors je teste, par exemple, « est-ce que votre mère est malade ? », comme t'as dit ou… Et puis qu'ils me disent oui ou non, mais que… Au moins, ça me permet de me situer, donc euh… Je l'utilise plus pour voir comment il va réagir… L'enquête, ben je sais pas, ça peut arriver, en médecine, il y a des phases comme ça… Mais c'est difficile de me situer là-dessus ! »

3.6.9.9 La consultation de diététique : pas d'attitude spécifique

Les internes ne modifient pas leur attitude dans le cadre d'une consultation diététique par rapport à l'habitude :

DLG : « C'est… Il y a pas de modification du déroulé de la consultation si vous parlez de diététique par rapport à une autre consultation pour une prescription d'un renouvellement de traitement ou… »
MB : « Non (*signe de négation de la tête*)… »
CD : « signe de négation de la tête. »
ST : « Ben, ça dépend… La seule chose c'est si on l'a déjà pesé avant, on va pas forcément l'examiner ou… »
AD : « Ouais, moi j'ai pas du tout… J'ai pas eu de formation pour ça, donc à priori, pour moi, c'est une consultation comme les autres, quoi ! Je vois pas de différence enfin… »
BC : « Ce que j'utilise tout le temps, en fait ! Pour toute demande… »
BC : « C'est sûr, je vais pas changer mes habitudes de discussion spécifiquement pour ça ! »

3.6.9.10 Pas de situation de côte-à-côte

Aucun interne ne se met physiquement dans une situation de côte-à-côte : cette position paraît même péjorative :

DLG : « … Est-ce que c'est des consultations que vous menez un petit peu différemment, par exemple en côte à côte… »
BC : « Ecarquille les yeux »
DLG : « Oh là ! J'ai le droit aux gros yeux ! »
BC : « Côte à côte… Euh… côte à côte, non ! C'est très rare que je me mette en côte à côte, pour quelqu'un que j'ai fait pleurer quoi, mais sinon… »
BC : « Mais, je vais pas me mettre à côté de lui ! »
AD : « Non, moi je sais pas, je reste face au patient, euh… »

3.6.10 L'efficacité perçue des internes dans la prise en charge diététique

3.6.10.1 Une organisation professionnelle qui ne permet pas de s'évaluer

Les internes estiment que leur organisation professionnelle est un frein pour juger de leur efficacité (remplacements trop courts ou présence trop parcellaire pour revoir les patients) :

CD : « Moi, c'est ça, je consulte une fois par semaine quoi… Je consulte une fois par semaine du coup… Y a des patients… »
A : On a pas trop de recul, là, hein ! »
CD : « Vu qu'on a pas trop de retour, c'est vrai que… »
A : Parce que vu qu'on est interne ou médecin remplaçant, on a pas trop de recul en termes de résultat… »
BC : « Impossible à savoir, et puis je revois pas les patients, pour moi, mon efficacité viendra si je revois les patients ! Si j'ai un suivi ! »
AD : « Moi, c'est pareil, même si j'en revois certains, euh… En général… »
AD : « Et j'espère que plus tard, ça se passera pas pareil ! En tant que remplaçant, c'est vraiment trop difficile ! Je sais que je vais partir, je vais pas proposer à quelqu'un de le suivre alors que je serai plus là dans 5 mois… »

3.6.10.2 Une absence d'évaluation via les échanges avec les maîtres de stage ?

Les internes n'évoquent pas les échanges avec leur maître de stage ou le médecin qu'ils remplacent comme un moyen de juger de leur efficacité.

3.6.10.3 Quel critère de jugement de l'efficacité des internes ?

3.6.10.3.1 Ressenti du patient en fin de consultation ?

AF : « … A l'issue de la consultation : « Alors, est-ce que ça vous convient, euh, ce dont on a parlé, est-ce que ça vous donne quelques pistes, est-ce que vous allez essayer ça ? » etc. Déjà on peut voir, se rendre compte déjà, si ils sont satisfaits ou pas, en effet ! »
MB : « Moi, ça m'est arrivé de poser la question…Est-ce que vous êtes d'accord avec la… Avec les 3 trucs que je dis à la fin ! »

3.6.10.3.2 Sentiment de l'interne en fin de consultation ?

ST : « … Comment on sent le patient à l'issue de la consultation… »
MB : « Bon, il y a des fois, c'est vrai, des réponses évasives où là je me dis : « là, c'est pas gagné ! » Et puis d'autres fois, c'est plutôt oui, donc je me dis bon, j'aurais peut-être un dixième de ce qui a été décidé ! »

3.6.10.3.3 Fait que le patient revienne en consultation ?

BC : « Si j'ai un suivi ! Je pense, en les voyant une fois, que mon objectif, c'est qu'ils viennent revoir le médecin que je remplace ! »

3.6.10.3.4 Avoir réussi à aborder le sujet ? De la part de l'interne ou du patient

AF : « … de compréhension de l'issue de la consultation, de… »
AD : « Bon, après c'est plus une sensation d'avoir réussi à parler de quelque chose à quelqu'un qui, on va dire : « au moins, on a réussi à débloquer ça, à parler de ça ! » »
BC : « Ou des objectifs « être efficace », c'est qu'ils osent m'en parler ! En confiance aussi ! Que ce soit un travail sur des années, c'est aussi ça être efficace ! »

3.6.10.3.5 Qualité de vie du patient améliorée (meilleure acceptation de soi, meilleure estime de soi)?

AD : « Etre bien dans sa peau ! »
BC : « Voilà, j'essaierais d'obtenir des objectifs « être bien dans sa peau », de dédramatiser ou qu'ils comprennent ce qu'ils font sans se culpabiliser ou sans en rajouter, ça c'est d'autres objectifs donc… »

3.6.10.3.6 Diminution du poids ou du BMI, amélioration des paramètres lipidiques ?

AF : « Efficace, c'est en termes de résultat ou en terme… »
AD : « BMI ! »
BC : « BMI ou cholestérol euh… Je sais pas du tout, après… »
AD : « Non ! Pour les enfants je peux parfois dire que ça serait bien qu'ils ne prennent pas de poids, c'est tout ! »
BC : « C'est de perdre du poids, pas énormément de poids ! »
BC : « Parce que si on se fie que sur le BMI, ça c'est sûr, efficace, de ce que j'ai compris, on sera rarement efficace ! Donc ce sera trop désespérant ! »

3.6.10.4 Un interne n'évoque les objectifs que comme des données quantitatives

BC : « Tu vas le re-quantifier comment ? »
BC : « Tout dépend de ce que c'est efficacité, quoi ! Parce que si on le prend en termes d'atteinte des objectifs… »

3.6.10.5 Les internes ne se sont pas posé la question des critères qui valident leur efficacité

AD : « Mais pour le moment, je pose même pas la question… Enfin, il y a certaines pathologies où on se pose la question d'être efficace ou pas… Là, je me la pose même pas ! »

3.6.11 Quelle serait la formation à la faculté idéale ?

3.6.11.1 Durée

Une journée car il est facile de s'absenter du stage sur une journée, moins sur plusieurs jours d'affilée ou ponctuellement sur plusieurs semaines ; c'est la durée habituelle des séminaires :

CD : « Une journée ! »
AF : « Ben, au moins une journée ! »
MB : « Une journée, je pense que c'est déjà pas mal ! »
ST : « Une journée… »
MB : « Vu le nombre de séminaires qu'il y a… C'est déjà pas mal ! »
AF : « Parce que c'est vrai qu'après, il faut que ça soit compatible ! Avec les stages, tout ça ! »
BC : « Enfin, un jour, c'est déjà pas mal je pense! »
BC : « Un jour, c'est pas mal, deux jours euh… »
AD : « Faut trouver quoi dire pendant 2 jours, quoi ! »

3.6.11.2 Une formation contenant peu de messages mais des messages forts, orientant la pratique

AD : « Oui ! Mais si on nous en dit trop, après dans la pratique, tu es perdu ! »
BC : « Je préfère avoir 4 messages simples, 4 messages mais qui m'aident que 36 messages qui m'aident pas ! »

3.6.11.3 Une formation pratique qui utilise des techniques permettant d'expérimenter la diététique

ST : « Et puis nous préparer un peu à comment aborder le sujet ! »

3.6.11.4 La volonté d'un rappel théorique mais qui reste court

ST : « Ca c'est clair ! Pour qu'on recale un peu nos connaissances. »
ST : « Pour renouveler les connaissances… Il y a des choses qui changent ! «
AD : « Et puis, on a tous des notions, même de base, de nutrition ! Du style, lipides, voilà, on sait tous ce que c'est ! Faire donc juste un rappel sur… 1 heure ! »
BC : « Sans trop insister ! »
BC : « Avoir un peu de nutrition, des conseils simples ! »

Des besoins en termes de communication :

AF : « En fait, il aurait fallu déjà : comment aborder la diététique avec le patient, quelque chose d'un peu… De l'ordre de… »
ST : « Ouais, de comment aborder le sujet… »
AF : « … De la communication ! »
ST : «… comment aborder le sujet, parce que c'est pas facile ! »
AF : « De l'ordre de la communication ! »

3.6.11.5 L'entretien motivationnel

BC : « Donc, euh, pourquoi pas avoir des trucs de motivation, enfin, mais ça, on est sur mes trucs… Pourquoi pas avoir des trucs d'entretien motivationnel, ou de motivation, parce qu'il y a pas que l'entretien motivationnel qu'en parle ! »
AD : « voilà pour la nutrition et plutôt faire de l'entretien motivationnel, sur la façon d'aborder le sujet… Je pense que ça, c'est vachement plus intéressant concrètement pour nous ! »

3.6.11.6 Des supports pour un usage en consultation

Les internes demandent des supports lors de la formation : adresses internet, fiches validées à distribuer :

MB : « Ou des adresses où… Je pense que ça existe sur Internet des endroits où ben il y a des fiches pratiques de régimes… Je suis quasiment sûre que ça existe ! »
MB : « De trouver des sources pour faire des fiches ! »
CD : « Après personnellement, après c'est des fiches qu'on peut sortir ! Listéria et tout ça ! Il suffit d'avoir sa fiche ! Sinon, après… »
BC : « Voilà ! Sans trop insister, mais avoir des fiches qui fassent qu'on soit plus confortable quand on va arriver au truc pur et dur de diététique quand on en discute… qu'on ait des trucs sur lesquels s'appuyer ! »
BC : « Ou des fiches, comme ce que donne ta… »
BC : « Il faut leur donner où chercher aussi, dans le séminaire, si on a besoin d'information, nous donner des pistes : « Ben, là c'est pas mal, là c'est pas mal… ». »

3.6.12 Synthèse des résultats et pistes de recherche

L'apprentissage de la nutrition en premier et en deuxième cycle de médecine n'a majoritairement pas été privilégiée par les étudiants. Centrés sur la réussite à l'ENC, où les questions de nutrition n'apparaissaient pas prioritaires, ils ne gardent pas de souvenir d'un enseignement en nutrition et n'ont pas modelé leur exercice à partir de leurs expériences de stage en diététique. Ces expériences sont pourtant réelles lorsqu'on les interroge. Les internes ressentent donc un manque de connaissances en diététique et en nutrition lors du troisième cycle. Quant à la communication, elle apparaît aussi absente de l'enseignement en premier et deuxième cycle.

Les internes pratiquent la diététique en consultation en médecine générale, pendant leurs stages ou pendant leurs remplacements. Ils associent certaines pathologies et certains états de santé à la nécessité d'une prise en charge diététique : diabète, dyslipidémie, surpoids et obésité, grossesse, croissance, personnes âgées. La prise en charge de certaines de ces pathologies est polémique : l'obésité de l'enfant et de l'adulte pose problème aux internes. La diététique est un thème de fin de consultation, traitée principalement sous forme de conseils, souvent suite à une demande de la part de leur patient. Les internes peuvent être initiateurs lorsqu'ils reconnaissent un des signes d'alerte qu'ils ont assimilés. Ils organisent leur intervention principalement autour des erreurs alimentaires que peuvent faire leur patient. Les internes utilisent de nombreux outils lors de ces consultations : logiciels médicaux, carnets de santé, brochures à distribuer, semainiers, balance… La validité scientifique de quelques-uns de ces outils est incertaine (brochures) et les internes sont en attente d'autres sources à utiliser en consultation. Les internes évoquent les objectifs de la consultation diététique: ce terme regroupe de multiples acceptations selon les internes : d'une réalisation concrète d'une action par le patient à l'amélioration du bien-être du patient ou simplement à la possibilité pour le patient d'évoquer le sujet. Les internes décrivent une situation d'inconfort liée à la pratique de la diététique en consultation. Il existe de nombreux freins et la principale contrainte reste la gestion du temps : la consultation dédiée est envisagée par les internes mais peu mise en pratique. Les internes ont identifié des freins liés à l'environnement familial, social des patients et des freins qui leur sont propres sauf ceux liés aux représentations personnelles. Il leur arrive de se retrouver en situation de confrontation à cause de celles-ci et pourtant, ils n'engagent pas de travail spécifique à ce sujet.

Les internes ont un sentiment d'isolement par rapport à leur pratique. Ils avancent leur organisation professionnelle pour l'expliquer. Ils ne se sentent pas efficaces dans cette prise en charge. Les internes évoquent une large palette de professionnels qui pourraient être des recours mais ils ne connaissent pas leur mode de fonctionnement, ne savent généralement pas quoi en attendre, ne connaissent pas les règles encadrant les échanges qu'ils peuvent avoir avec ces professionnels, ni le coût que leur consultation engendre pour le patient.

Les internes jugent utile une formation à la diététique en troisième cycle, respectant les contraintes habituelles des enseignements au département de médecine générale (une journée). Ils sont demandeurs de rappels théoriques, d'une formation à la communication, dont à l'entretien motivationnel et de la fourniture d'outils validés pour un usage en consultation.

3.7. Questionnaire auprès des structures syndicales et associatives de médecine générale

36 syndicats ou associations d'internes en médecine générale ont été identifiés et sollicités par voie électronique en février 2011. Une relance par courrier électronique a été réalisée en mars 2011 auprès des structures non répondantes et l'envoi du questionnaire élargi aux internes de la faculté de Tours ayant réalisé leur premier et deuxième cycle dans une autre faculté.
19 questionnaires ont été retournés, concernant 17 facultés.
2 internes ont passé l'ENC en 2006, 1 interne n'a pas renseigné la question, 16 internes ont subi l'examen entre 2008 et 2010.

3.7.1 En 2010, quelle formation en diététique ou en nutrition en premier et deuxième cycle ?

15 internes déclarent avoir reçu un enseignement en diététique ou en nutrition. 4 internes disent ne pas avoir eu d'enseignement.
Cet enseignement a pris majoritairement la forme de cours magistraux (10 réponses), 6 internes rapportent un apprentissage sous forme d'enseignement dirigé, un interne décrit un enseignement sous forme de travaux pratiques. 3 facultés associent enseignement sous forme de cours magistral et d'enseignement dirigé. Deux internes décrivent un module optionnel de nutrition, dont l'un n'est actuellement plus enseigné. Un interne décrit des cours lors de son stage d'endocrinologie.
La durée rapportée de ces enseignements est en moyenne de 10 heures, avec des extrêmes de 2 heures à 30 heures. 2 internes décrivent des enseignements fragmentés dans différentes spécialités (pédiatrie, gériatrie, endocrinologie…)
5 internes se souviennent d'un examen sanctionnant spécifique.
On retrouve deux réponses discordantes concernant l'enseignement à Clermont-Ferrand. Le premier interne a passé l'ENC en 2008, il ne rapporte pas d'enseignement. Le deuxième a passé l'ENC en 2010. Il décrit un enseignement sous forme d'un enseignement dirigé d'une dizaine d'heures, sanctionné par un examen spécifique.

3.7.2 En 2010, quelle formation en ETP en premier et en deuxième cycle ?

15 internes ont reçu un enseignement concernant la relation médecin-patient, 4 internes, aucune formation.
4 internes rapportent une formation à l'éducation thérapeutique dans ce module.
Le volume horaire rapporté pour chacune de ces formations est de : 20h, 10h, 6h, 4h.
On retrouve ici aussi deux réponses discordantes : pour la faculté de Nice, avec un passage de l'ENC la même année (2010), un interne se souvient d'une formation à l'ETP et l'autre pas.
Une seule faculté aurait proposé un examen sanctionnant spécifique.

3.8. Entretiens semi-dirigés auprès de professionnels de santé en activité

Les 7 entretiens se sont déroulés du 15 juin 2010 au 7 décembre 2010. Le choix du lieu de rencontre ainsi que l'heure étaient laissés libres aux professionnels sollicités. 5 entretiens ont eu lieu dans le cabinet de consultation des professionnels. Les diététiciennes hospitalières ont été rencontrées dans une salle de réunion du Centre Hospitalier Régional d'Orléans. L'entretien avec la diététicienne du réseau a eu lieu dans une salle de réunion du réseau.

La durée moyenne d'entretien a été de 47 minutes, avec des extrêmes de 26 minutes pour D6 et 64 minutes pour les diététiciennes hospitalières.

Les entretiens ont été interrompus par des communications téléphoniques à une reprise pour MS1, deux reprises pour MS2. Les interruptions ont été brèves et la reprise de la conversation aisée.

L'accueil des enquêtés était bon, les entretiens se sont déroulés dans des endroits calmes, permettant la discussion. Tous les intervenants avaient prévu un temps d'entretien suffisant.

Au début de l'entretien, j'ai rappelé le contenu de notre prise de contact téléphonique, fait la description de mon travail de thèse, mon avancée dans ce travail, évoqué les professionnels précédemment rencontrés et enfin les étapes ultérieures à l'entretien en cours.

L'attitude des enquêtés était ouverte, avec une volonté d'échange autour des pratiques sauf lors de l'entretien avec les diététiciennes hospitalières où des attitudes d'opposition ont été fréquentes.

3.8.1 La formation en diététique et en nutrition des différents professionnels

3.8.1.1 La formation des médecins spécialistes

3.8.1.1.1 DESC de nutrition

MS2 : « Ben, au départ, j'ai un DES de médecine interne ! Et puis j'en avais fait, je suis passé dans le service du Professeur Marre à Angers, qui s'occupait de nutrition et de diabéto… Pendant 3 ans ! Et j'en avais profité pour faire le DESC Nutrition »
MS2 : « Ce qui était nutrition, c'était intégré au certificat d'endocrino ! «

3.8.1.1.2 Formation initiale spécifique et Diplôme universitaire (DU)

MS1 : « Dans mon cursus en effet en deuxième cycle, on avait un certificat de nutrition.
Ensuite j'ai fait un DU de nutrition en plus de ma formation à Nancy ! »

3.8.1.2 La formation des diététiciennes

3.8.1.2.1 Deux diplômes pour exercer le même métier

D0 : « Je pense que vous êtes au courant… Euh, voilà, en fait il y a deux métiers qui amènent … Deux diplômes qui amènent au même métier, voilà… Bac plus deux. »

3.8.1.2.2 BTS diététique

D0 : « Alors moi, j'ai fait un BTS diététique, donc, c'est après un bac scientifique, de préférence, de toute façon, c'est mieux pour l'obtenir ! »

D2 : « 2, j'ai fait un BTS en diététique à Strasbourg et un IUP de nutrition à Nancy… »
CS : « Donc moi, je m'appelle CS, je suis diététicienne depuis assez longtemps, j'ai passé un BTS et depuis peuD4 : « Donc 4 ! Moi, je suis diplômée… BTS à Nantes ! En 2001 ! »
D5 : « 5, stagiaire, je suis en train de passer mon BTS, je suis en deuxième année donc je le passe en septembre ! »

- En lycée professionnel avec stages obligatoires

D0 : « Euh, en BTS c'est plus compliqué parce qu'en fait, il y a deux types de… Enfin, deux moyens de se former ! Soit en Lycée d'enseignement supérieur, euh… Qui sera gratuit et qui sera sur le même mode de fonctionnement que l'IUT, à savoir, sélection sur dossier, assez sévère, et donc avec d'excellents taux de réussite à l'examen ! »

- En école ou par correspondance avec stages obligatoires

D0 : « Et après, une multitude d'écoles privées qui euh… Qui proposent des BTS avec une formation… De plus ou moins bonne qualité et donc avec des résultats aussi de plus ou moins bons… Avec de plus ou moins bons taux de réussite ! Euh, pour ma part, moi j'ai fait avec le CNED ! »

3.8.1.2.3 DUT génie biologique option diététique en IUP

D1 : « 1, donc en formation, j'ai fait un IUT de biologie appliquée option diététique… »
D2 : « 2, j'ai fait un BTS en diététique à Strasbourg et un IUP de nutrition à Nancy… »
D6 : « Un DUT à Tours, donc c'est 2 ans ! De toute façon, que ce soit DUT ou BTS, c'est en 2 ans ! Donc DUT biologie appliquée, option diététique »

3.8.1.2.4 Des formations complémentaires

D4 : « Et j'ai également fait un diplôme universitaire en éducation thérapeutique à Paris ! »
CS : « […] je suis devenue cadre de santé et j'ai fait un master en économie de la santé et politique sociale à Paris Dauphine ! »

3.8.1.3 La formation des médecins généralistes

3.8.1.3.1 Formation par DU

MG1 : « Donc, j'ai fait le DU de diététique que fait Mr Couet ! »
MG1 : « Je me suis aperçu… Je l'ai fait ! Ca m'a enrichi d'un point de vue intellectuel, mais dans ma pratique, oui, ça m'a aidé un petit peu à débroussailler, mais encore une fois, ça me convenait pas ! Alors, j'ai fait celui de Paris-Basdevant, tu sais, en face de Notre-Dame ! C'est celui de médecine et chirurgie de l'obésité ! »
MG1 : « Ah, tiens, j'oubliais, j'ai fait le DU de diabéto. »

3.8.1.3.2 Formation par la FMC

MG2 : « La formation, au début, on a fait un séminaire sur l'éduction thérapeutique de 3 jours, enfin 3 fois une journée ! Et puis l'entretien motivationnel, on a fait 4-5 soirées ! »
MG2 : *Parlant de sa formation pour le réseau obésité.* On a pas fait vraiment, pour revenir à la nutrition, de formation à la nutrition ! Les grands principes nutritionnels… Enfin, en discutant autour des dossiers, l'échange des pratiques, ça permet d'avoir des questions de diététique ! »
MG2 : « Je fais peut-être trop de formations alors ! Un petit bout de diététique par là, dans tel séminaire, un bout dans un autre séminaire… Qui fait que je me tiens peut-être au courant des grandes idées… »

3.8.2 Typologie des patients reçus par les professionnels interrogés

3.8.2.1 Une activité ambulatoire centrée principalement autour du diabète, des dyslipidémies, du surpoids et de l'obésité

MS1 : « Alors ! J'ai des gens qui viennent pour perdre du poids parce qu'ils veulent maigrir sans forcément de raison autre que le poids ! […]On a beaucoup de diabète… Et on a un peu de dyslipidémie ! Et… Quelques fois, quelques personnes qui ont des problèmes digestifs, des colopathies ou… […]! Le diabète… Ben, euh…On a le diabète gestationnel aussi donc elles, il leur fait des conseils simples et vite ! »
MS2 : « Ben, on a les extrêmes, hein ! Je parle pas de la diabétologie qui est à part ! Donc on a … Les grandes obésités, les obésités morbides mais aussi les super obésités, ceux qui ont des IMC supérieurs à 50, donc ceux-là, on en reçoit quand même pas mal ! On reçoit à l'autre extrême les problèmes d'anorexie, aussi ! »
MS2 : « Type 2 et type 1, les deux ! Ouais ouais ! Surtout type 2 forcément ! Mais type2, type 1, qu'on reçoit… »
D0 : « Ca va de l'enfant à l'adolescent qui commence déjà à présenter des surcharges pondérales plus ou moins fortes ! […] Une population euh… D'adultes ! Type, euh, allez, de la jeune femme de 20 ans jusque un monsieur de 48… Voilà, jusqu'à même des personnes âgées ! Euh… Plus de femmes que d'hommes ! Et à chaque fois… On va dire dans 95% des cas, c'est dans une démarche d'amaigrissement ! […] »
Il y a pas… Pas de but de santé ! Après, c'est parfois… Il y a parfois une démarche… Dans les 5% qui restent, il y a parfois une démarche associée avec un but de prévention de santé… Donc ça peut être : éviter le diabète, ça peut être un peu baisser son cholestérol, ça peut être limiter son hypertension, ou éviter l'apparition de l'hypertension ! Voilà ! Extrêmement peu de régimes spécifiques euh… De type maladie cœliaque, rectocolite hémorragique euh… C'est extrêmement rare ! »
MG1 : « Et je discute encore une fois beaucoup diététique avec elles et j'ai en charge des diabètes gestationnels assez impressionnants ! »
DLG : « Le fait d'exercer dans un quartier comme l'Argonne, tu as l'impression que ça sélectionne certaines… Que tu as plus de diabétiques ? »
MG1 : « Ah, complètement ! »
DLG : « Plus d'obèses que… »
MG1 : « Que dans un milieu général x ? Ah, c'est sûr, et c'est parce que c'est un milieu en règle générale précaire ! »

3.8.2.2 Une activité dans un réseau centré sur le diabète

D6 : « Oui, pratiquement toujours que des diabétiques ! Alors évidemment, comme c'est les ¾ du temps des diabétiques de type 2, c'est souvent associé avec des problèmes de poids ! Mais ça reste des diabétiques ! »

3.8.2.3 Une expérience hospitalière globale

CS : « Enfin, sur le CHRO, on a depuis la néonat, hein ! Oui, oui, depuis la néonat jusqu'à la maison de retraite, hein ! Au CHRO, on a la représentation de tout : court, long et moyen séjour ! Depuis avant la naissance, jusqu'à la mort ! »
D1 : «… A Orléans, je m'occupe surtout des services de chirurgie digestive, de la néphrologie, des maladies infectieuses, de la chirurgie orthopédique… C'est tout ! »
D2 : « Donc, là, je suis en endocrinologie uniquement ! »
D4 : « Et actuellement, je suis plus particulièrement sur les services d'oncologie, radiothérapie, gastroentérologie, toujours plus particulièrement la partie cancérologie de ces services ! »

3.8.2.4 Des patients de toutes les classes d'âge

MS1 : « Alors là on a tous les âges ! […]Des gens de 20 à 70 ans, à la limite ! On a vraiment toutes tranches d'âges. Les gens pour le poids seuls, c'est souvent des gens jeunes, mais pas toujours… Parce qu'il y a souvent des prises de poids à la ménopause ! »
MS2 : « Oh ! Un peu tous les âges, hein ! Un peu tous les âges… Je pense que si je faisais un pic… Je pense que je dois avoir un pic entre… 15 et 25 ans ! […]Et puis j'ai également un pic aux plus de 50 ans «
D6 : « Pff ! Entre 50 et 70 ! Ouais, c'est à peu près ça ! Là, encore, c'est quand même une grosse, grosse majorité de diabètes type 2 donc forcément, on retrouve l'âge passé la cinquantaine, la plupart du temps ! »
D0 : « Dès 5 ans, dès 6ans ! Et j'en vois de toutes les tranches d'âge ! »
DLG : « Du coup, vous disiez que vous aviez des patients de l'enfant à l'âge adulte, ils ont à peu près… Quels âges ? »
MG2 : « Les enfants… Les enfants c'est à partir de 7-8 ans les plus jeunes ! Et puis les adultes… C'est des adultes jeunes le plus souvent ! »

3.8.3 Les patients qu'un médecin généraliste devrait adresser à des professionnels spécialisés en diététique et nutrition

3.8.3.1 Les généralistes devraient adresser les diabétiques de type 2 s'ils ne souhaitent pas effectuer la prise en charge diététique

MS1 : « Et ben euh… C'est sûr que les… Alors les types 2 je pense que c'est bien… Alors ça dépend ! Un médecin généraliste s'il y a des connaissances au niveau de la diététique, qu'il a des trucs pour stimuler les gens pour qu'ils bougent, il fait bien… »

3.8.3.2 Les généralistes devraient adresser les patients atteints de pathologie rare

DLG : « Et est ce qu'il y a des pathologies où… Que vous pensez qui ne sont pas du ressort du médecin généraliste ? »
MS1 : « Pff ! Vraiment euh… Il faut des choses extrêmement rares oui : des gens qui n'ont plus d'estomac donc des trucs compliqués mais c'est pas le quotidien… […]Les gens qui ont un problème pancréatique important et qui ont des régimes: très spécifiques mais…Euh… La majorité des patients, à mon avis, peut passer par un médecin généraliste ! »

3.8.3.3 Les généralistes devraient adresser les « super obèses »

MS2 : « Ben… Les… Les grandes obésités ! Donc, si l'IMC est supérieur à 50, ça ne se discute pas ! Ca, je crois qu'il faut qu'on les voie parce qu'il y a tellement… Je ne veux pas détailler toutes les pathologies intriquées mais bon ! »

3.8.3.4 Les généralistes adressent souvent plus tard que ne le souhaiteraient les professionnels

MS2 : *Parlant des diabétiques*. « Oui, c'est-à-dire qu'en fait, quand on les reçoit, on les voit déjà… Ou ils ont déjà un gros traitement ! 3, 4 en… Allez, trithérapie d'antidiabétiques orale euh… Des glycémies supérieures à 2,5 g, soit une hémoglobine glyquée supérieure à 10%, c'est-à-dire qu'on les voit à des stades bien avancés ! Euh… Des fois, on aimerait bien les voir peut-être un petit peu avant, voilà ! »
DLG : « Vous disiez que vous aviez l'impression de recevoir les patients trop tard ! »
CS : « Oui ! Ça, très souvent ! »
D4 : « Oui, ça c'est sûr ! »
CS : « Dans de nombreux domaines, c'est vrai que quand on nous les adresse, que ce soit pour des plaies chroniques, que ce soit pour de la dénutrition, pour du diabète ou du surpoids… Nous, on est pas efficaces en 48 h comme les antibiotiques donc c'est une opération de longue haleine ! »

3.8.4 <u>Durée, coût et remboursement des consultations</u>

3.8.4.1 Durée de la consultation initiale

MS1 : « Evidemment nous des fois les diabétiques ils restent plus d'une demi-heure en consultation ! »
MS2 : « La première, pas moins de 40 minutes ! […] Mais la première est longue ! »
D0 : « Alors, la première consultation, qu'est une consultation de bilan, moi, elle dure une heure et demie en moyenne ! »
CS : « C'est variable, mais c'est jamais moins d'une heure une consultation de diététique… En face-à-face ! Sans parler de la partie administrative ! »
MG2 : « … normalement, ça doit pas être plus long qu'une autre consultation… C'est quand même un peu plus long… Enfin, une demi-heure à peu près ! »
D6 : « Ca fait cinq ateliers de 2 heures, ça fait 10 heures d'enseignement sur l'alimentation ! »

3.8.4.2 Durée des consultations de suivi

MS2 : « Les suivantes ? Je dirais 20 minutes en moyenne… »
D0 : « Les consultations de suivi, elles durent un peu moins longtemps, à peu près ¾ d'heure ! »
D2 : « Nous, ça peut être une demi-heure dans un suivi… »
MG1 : « Si il veut ré-aborder des notions de nutrition, je lui redemande de revenir et ça sera une consultation d'une demi-heure ! »

3.8.4.3 Coût des consultations

MS1 : « Le coût ? Euh 46 euros, euh ça dépend, euh c'est compliqué. Une CS c'est 46 euros. Donc euh oui c'est 46 euros… »
MS2 : « Alors la consultation, c'est en consultation spécialisée, c'est 28 euros ! Si vous mettez la consultation plus le parcours coordonné plus la majoration… On est tous en secteur 1, ici ! »
D0 : « J'ai pas dit le coût de la première, moi, je fais payer 56 - 43 euros en suivi ! »
CS : « A l'hôpital ? A l'hôpital, c'est 30 euros sauf cas particulier… 30 euros pour la première consultation et 15 euros pour les consultations de suivi ! Au CHRO d'Orléans ! Chaque hôpital a sa… Propre tarification ! »
DLG : « Donc, du coup, une consultation c'est 22 euros remboursé Sécurité Sociale ! »
MG2 : « Ouais ! »

3.8.4.4 Remboursement des consultations

MS1 : « En sachant que quand les gens ils ont pas beaucoup de sous, quand ils sont à 100%, on les prend à 100%... »
DLG : « *(Parlant des consultants tout venant)* D'accord ! Et sur cette partie-là, qu'est-ce qu'ils ont de remboursé ? »
MS1 : « Euh… C'est sur un montant de 23 euros ! »
MS2 : « On est tous en secteur 1, ici ! »
D0 : « Alors, les consultations en général, sont pas prises en charge du tout par la sécurité sociale ! Par contre, il y a certaines mutuelles qui commencent à proposer des remboursements. Donc ça peut être euh… Une consultation, la première ! Euh… Un petit peu sur chaque pendant 5 consultations, puis plus rien ! Il y a des mutuelles, c'est un forfait annuel ! »
CS : « En sachant qu'à Orléans, il y a pour les ALD, il y a pas de paiement ! »

3.8.5 Le déroulement d'une première consultation et des consultations ultérieures

Il existe une trame assez semblable parmi les professionnels de santé : une consultation initiale longue puis des consultation de suivi plus courtes.

3.8.5.1 La première consultation : des éléments identiques d'une profession à l'autre

MS2 : « Mais la première est longue ! Parce que bon, ben, on revoit les gens complètement, on essaye de reconstituer leur histoire ! Donc c'est pas forcément «
D0 : « Une heure un quart à une heure trois quart ! Des fois ! En fonction du patient ! Une heure et demie en moyenne, […] Enfin voilà, ça balaye quand même déjà pleins de choses ! »
MG1 : « C'est en fonction de la demande du malade ! C'est-à-dire que la première consultation, c'est un peu un diagnostic éducatif. »

3.8.5.1.1 L'état civil du patient

D0 : « … Ben, de l'état civil déjà tout simplement ! »

3.8.5.1.2 La demande du patient

MS1 : « Alors ça, je le marque dans le dossier combien ils veulent perdre. « Je vous dis ce que je pense, moi ! Je le note ! Et puis dans quelques mois, on en reparlera ! » »
D0 : « Oui ! Une des premières choses que je leur demande, c'est ce qu'ils viennent faire ici ! Enfin, le motif de la consultation ! Euh… C'est pas moi qui décide pour eux, en plus en fait ! *Rires*. C'est important ! »
MG1 : « Je leur demande quelle est leur demande ! C'est quoi, leur demande exactement ? »
MG2 : « Enfin, la première fois, je travaille surtout sur la motivation : pourquoi les gens font la démarche… »

3.8.5.1.3 Ses antécédents

MS1 : « Donc, déjà, je refais le tour des antécédents médicaux, familiaux… Savoir s'il y a pas de diabète dans la famille… S'ils ont pas fait de diabète gestationnel… »
D0 : « Si la femme est ménopausée, si elle l'est pas, si elle est réglée si c'est une jeune fille euh… Euh… Leurs antécédents familiaux, éventuellement, voilà ! S'il y a déjà des gens diabétiques dans la famille… »
CS : « Oui ! Ça peut être […] Les antécédents médicaux »

3.8.5.1.4 Les complications liées à la pathologie

MG1 : « Ensuite, est-ce qu'il y a des complications ou pas ? Est-ce que ils sont gênés dans leur vie quotidienne pour effectuer, je sais pas moi, n'importe quoi ? »

3.8.5.1.5 Les pathologies associées

MS2 : « … Des fois, c'est long ! Euh… On essaye de voir toutes les pathologies associées, comorbidités et autres ! Aussi les pathologies du sommeil les troubles du sommeil occasionnés… »
CS : « Ben, euh, une prescription médicale… Après, ça dépend des domaines mais en gros, c'est une description de la situation médicale du patient ! Les éléments intéressants à prendre en compte ! Par exemple, ça peut être… Voilà ! Après, c'est pourquoi vous faites appel à la diététicienne, quels sont vos objectifs et quels sont les éléments de la situation du patient qui interfèrent ! »
D4 : « La thyroïde, s'il a quelque chose… »
CS : « Oui ! Ça peut être […] les troubles associés… »
MG1 : « Est-ce qu'il y a un problème cardiaque, un problème dorsal, un problème autre ? »

3.8.5.1.6 Ses traitements

MS1 : « … Les médicaments qu'ils prennent ! »
D0 : « S'il y a une prise de médicament, […] … S'il y a une contraception euh… »
CS : « Oui ! Ça peut être le traitement… »

3.8.5.1.7 Ses paramètres biologiques

D0 : « s'il y a une analyse de sang récente »

3.8.5.1.8 Son environnement: sa profession, sa situation familiale, ses rythmes de vie

MS1 : « … C'est-à-dire que si vous commencez à 6 heures du matin et que vous déjeunez à 2 heures, c'est pas pareil que si vous déjeunez à 8 heures-midi-18 heures… De leur mode de vie… C'est aussi leur métier, est-ce qu'ils ont des enfants, pas d'enfants, est-ce qu'ils sont mariés ? Est-ce qu'ils vivent seuls ? Ils mangent pas de la même manière ! »
D0 : « Euh ! Ce qu'ils font comme travail ! »
D2 : « Ben, on fait connaissance avec le patient, un petit peu ses habitudes de vie, ses habitudes familiales… Quelle profession il exerce… Pour voir un petit peu l'environnement ! »
D4 : « Le cadre de vie ! »
CS : « C'est que dans le secteur de la santé, il y a pas beaucoup d'autres professionnels qui soient à même de faire ce qu'on appelle l'Enquête Alimentaire avec un grand E et un grand A […] ! Et qui intègre toutes les dimensions du patient ! C'est aussi bien l'affectif que le psychologique que la clinique… Voilà ! «
MG1 : « puis finalement, quand tu arrives à discuter un peu avec eux pour connaître un peu leur mode de vie, comment ils vivent, d'où ils viennent, leur histoire etc. Tu t'aperçois que leur problème, c'est pas forcément le diabète, ben c'est leur mode de vie ! «
MG1 : « Donc, il faut tenir compte de tout cet environnement qu'il y a autour de la personne pour arriver à travailler avec ça pour cibler à la fois quelles sont ses connaissances mais en même temps savoir tenir compte de son environnement personnel et de l'environnement socioprofessionnel dans lequel il vit ! »
MG1 : « Ensuite, je parle de leur mode de vie ! Des enfants, est-ce qu'ils travaillent, est-ce qu'ils ont des activités ? Qu'est-ce qu'ils peuvent faire, qu'est-ce qu'ils ne peuvent plus faire ? »

3.8.5.1.9 Son activité physique

MS2 : « Et puis… Et puis… On essaye aussi de les brancher sur leur activité physique, sur ce qu'ils font et surtout qu'ils ne font pas ! »

3.8.5.1.10 L'histoire de son poids

MS1 : «… On les fait un peu raconter leur histoire pondérale ! Depuis quand ça date, à quel âge c'est arrivé ? Les régimes qu'ils ont faits »
D0 : « Ils me racontent un peu l'évolution de leur poids ! »

3.8.5.1.11 L'enquête alimentaire : étudier les habitudes alimentaires du patient

MS1 : « On est conditionné, toute notre enfance de ce que représente la nourriture, la nourriture, c'est pas que de se nourrir pour pas mourir de faim ! Il y a pleins, pleins de choses derrière et il faut en tenir compte ! »
MS2 : « Oui, on essaye de voir les soucis ! De toute façon, les soucis, c'est soit l'alimentation, soit l'exercice, hein ! Et puis il y a aussi : est-ce que ce sont des gens motivés ? »
MS2 : « Donc c'est vrai qu'on intervient dans l'intimité des gens parce qu'on se rend compte de ce qui déconne et puis ce qui est marrant, c'est qu'au fur et à mesure qu'on fait l'enquête alimentaire, qu'on en parle… Ils s'en rendent compte ! C'est marrant à voir, mais des fois, ils s'en rendent compte ! »
D2 : « Et puis ensuite on lui demande quelles sont ses habitudes alimentaires… Et on tire le fil un petit peu pour avoir les informations nécessaires au niveau qualitatif, quantitatif, où on se situe ! Et par la suite, on va avec lui… On essaye d'analyser un petit peu son bilan nutritionnel et de voir où sont les priorités ! »
CS : « Mais une consultation diététique, il y a une première phase d'enquête alimentaire. L'enquête, où on ne considère pas que l'aspect quantitatif bien sûr, c'est l'Enquête, avec un grand E et un grand A !
MG2 : « Et puis qu'on regarde un peu les habitudes alimentaires de gens … »

- <u>Recueil des 24 heures :</u>

MS2 : « On fait une enquête alimentaire, moi j'ai un logiciel pour le faire ! […] soit c'est sur mémoire et on… »
D0 : « Ensuite, ben, je leur demande de m'expliquer comment ils mangent ! Je fais une enquête alimentaire ! Euh… Je leur pose plein de questions ! »

- <u>Semainier :</u>

MS1 : « Et puis après, moi, je m'interroge… Je les interroge sur comment ils mangent ! Généralement quand ils prennent rendez-vous, on leur demande de noter avant sur une semaine comment ils mangent ! »
MS2 : « On fait une enquête alimentaire, moi j'ai un logiciel pour le faire ! Alors, soit les gens ramènent un semainier où ils ont noté leur alimentation… »
MG1 : « … Ils me ramènent souvent un carnet alimentaire ! Un carnet alimentaire basé sur 4 jours où je leur demande d'écrire tout ce qu'ils mangent. Sachant que la plupart du temps, ils minorent de 30%. Donc, ça me permet de voir, d'un pont de vue qualitatif et quantitatif aussi, quelles sont les quantités ingérées sachant que souvent ce sont des hyperphages… Et puis en même temps quels sont essentiellement les groupes d'aliments sur lesquels ils mangent. »
MG2 : « Et puis là, on voit, on parle la fois d'après de la nutrition, à partir du semainier. »

3.8.5.1.12 La Pesée et les données biométriques

MS2 : « Mais je les pèse ! Je les pèse, ouais ! »
MS2 : « Oh, on mesure aussi, on prend les mesures : tour de taille, tour de hanche ! C'est pas non plus… C'est aussi très discutable tour de taille, tour de hanche ! »
D0 : « Ensuite, enfin, je les faits monter sur ma super-balance ! Qui fait une analyse de leur composition corporelle ! Donc, je les mesure, je les pèse, je prends aussi tour de taille, tour de hanche en étant dans une démarche d'amaigrissement ! »
MG1 : « Une balance à impédancemétrie ! […] Je leur dit : « Voilà, il y a tant de pourcentage de gras ! » Même si sur la balance, ils viennent me voir la fois suivante : »Oh, ben ça n'a pas bougé ! » Je dis : « Si, la matière grasse, elle a bougé ! » »
DLG à MG2 : « Il y aurait une première consultation standard où vous les auriez déjà pesés, calculé leur BMI et le jour où vous sentez qu'ils sont prêts, vous proposez le semainier à ce moment-là, on pourrait considérer… »
MG2 : « Ah oui ! Peser puis mesurer pour les enfants parce que ça… et puis je leur montre la courbe de poids, de taille et puis le BMI. »

3.8.5.1.13 Une prescription, une formulation d'objectifs, des conseils personnalisés

MS1 : « Et après, au fur et à mesure, j'essaye petit à petit d'améliorer les choses… Mais ça sert à rien de changer d'un coup toutes les habitudes des gens, ils ne le feront pas ! […] Oui, voilà, je leur écris à la main les conseils que je leur donne pour le petit-déjeuner, le déjeuner, le diner… Eventuellement les collations etc. »
MS2 : *Parlant de la prescription de régime.* « Oui, ça m'arrive, j'ai reçu un couple de restaurateurs lundi… Qui mangeraient 4000 calories, c'était monstrueux ! Voilà, par exemple ce que je lui ai donné (*imprime feuille du dossier*). »
D0 : « Personnaliser ! Alors euh… Voilà ! Qu'ils repartent avec des conseils, qui sont normalement, enfin, j'espère ! Qui soient, avec mon ressenti personnel et le leur, le plus adapté possible à leurs possibilités, leurs compétences, leurs capacités et… »
D2 : « Ensuite on construit… On essaye de construire, si c'est faisable avec le patient ! Parce que… Ils sont pas toujours à même de… De trouver ce qu'ils devraient faire ! »
CS : « Mais une consultation diététique, il y a une première phase d'enquête alimentaire. […] Qui permet de faire le diagnostic et de poser des objectifs négociés avec le patient et ensuite de le guider ! »
MG1 : « Alors, ils y vont par pallier, on peut pas leur demander d'un coup de tout changer «
MG1 : « Et ainsi de suite, à la fin de la consultation, on détermine quelles sont les problématiques, quelles sont les solutions qui peuvent exister et puis quelles sont les actions que l'on peut mener et quels sont les objectifs du patient ? Souvent, la fin de la consultation, c'est, euh… Des micro-objectifs, hein ! »
MG2 : « … Et puis déjà, souvent, je donne déjà des petits objectifs ! »

3.8.5.1.14 La particularité des diététiciennes hospitalières

Les diététiciennes hospitalières travaillent sur prescription médicale. Il est demandé au médecin que sonner son objectif de prise en charge diététique, que les diététiciennes intègrent à la demande du patient :

CS : « Nous, ce qu'on pense, c'est que vous êtes pas habilités, vous êtes pas formés à faire notre

métier mais par contre, on ne peut pas exister sans vous non plus, parce que d'abord vous êtes le prescripteur et qu'on travaille sur prescription ! »
CS : « L'objectif médical, l'objectif du médecin ! »
CS : « En gros, c'est ça, la conduite d'une consultation diététique ! Le tout, en fonction d'une prescription médicale, bien sûr ! »

3.8.5.2 Les consultations ultérieures

3.8.5.2.1 L'évolution par rapport à la dernière consultation

MS1 : « Et puis, je les revoie généralement au bout d'un mois ! Avec au moins 15 jours d'enquête alimentaire ! »
MS2 : « Voilà, on regarde leur poids, ce qu'ils ont mangé, on refait une enquête alimentaire… Si possible avec un semainier ! Et puis si ça va, si ça évolue bien… Et puis on essaye aussi de percevoir si… Les fois d'après, les problèmes de motivation, les choses comme ça… »
D0 : « En général, on repèse les gens… On refait un peu le point sur ce qui s'est passé dans le mois écoulé… On reparle des objectifs, de la répartition dans ce qu'on a mis en place, enfin… De comment ça a été vécu… De leur vie en général ! De savoir aussi comment ils vont ! »

3.8.5.2.2 L'évaluation des objectifs

MS1 : « Et puis, on refait le point parce que des fois, ils ont besoin… Il leur manque des choses ! Je leur dis de noter au fur et à mesure s'ils ont des questions ! Auxquelles on peut répondre ! Parce qu'on pense pas à tout, hein ! Il y a trop de choses ! Et puis petit à petit, on travaille là-dessus ! »
MS2 : « Ben, on évalue déjà ce qu'ils font, nous, on évalue déjà… On va regarder là où ça pêche ! Donc au niveau alimentaire… »
D0 : « On reparle des objectifs, de la répartition dans ce qu'on a mis en place, enfin… De comment ça a été vécu… »
MG2 : « On reprend ! On reprend, on voit où on en est ! La dernière fois, on s'était dit que… »
MG2 : « Et… On reprend les objectifs, des petits objectifs parfois ! Et on voit ce qui a marché et si ça a pas marché, pourquoi ça n'a pas marché… »

3.8.5.2.3 L'évaluation de la motivation ou l'entretien de la motivation

MS2 : « Et puis surtout, surtout, on arrive repérer ceux qui sont motivés et ceux qui le sont pas ! C'est difficile la première fois mais la deux-troisième fois, on … La troisième fois, on le voit quoi ! »
MS2 : « On regarde ce qu'ils ont fait, quand ils ont fait des efforts, il faut les gratifier ! »
MG2 : « Parce que là, c'est important d'entretenir leur motivation et puis d'aller plus loin ! Et puis, ils savent ce qu'il faut faire au niveau diététique, après, on a moins de… De difficultés au niveau diététique ! Les changements de comportement, c'est… »

3.8.5.2.4 La définition de nouveaux objectifs

MS1 : «Je le fais avec eux, en fonction de ce qu'ils ont mangé et de ce qu'ils mangent d'habitude, en fonction de leur goût, en changeant petit à petit et d'essayer d'améliorer les choses »
D0 : « Et puis après enfin voilà, selon les résultats… On rajoute des choses, on explique des trucs… Voilà ! Et ils repartent ! Normalement remotivés ! »

MG2 : « Et puis ça a marché, on se redonne un petit objectif en plus… Peut-être l'activité physique, enfin… »

3.8.5.2.5 Le rythme des consultations de suivi : plus rapproché en ambulatoire

- Fréquence de suivi rapportée en ambulatoire :

MS1 : « Et puis, je les revoie généralement au bout d'un mois ! »
MS2 : « Alors ça dépend ! Ça dépend des profils ! Il y a des gens, des gens très angoissés qu'on voit tous les 2 mois ! Ce qui est asse rapproché… Il y a des gens qu'on voit un petit peu plus tardivement !
D0 : « Je leur propose de les revoir… Alors, quand on est dans une démarche d'amaigrissement, je leur propose de les revoir à peu près tous les mois ! »
MG1 : « Ca dépend ! Leur demande, quand les patients viennent pour une demande bien précise : perte de poids ! Ça peut être au début tous les mois jusqu'à la phase de stabilisation. Et puis après, on espace, parce que le patient il faut qu'il prenne son envol tout seul, hein ! »

- Fréquence de suivi rapportée en hospitalier :

D4 : « Il y a pas nécessairement aussi le besoin d'un suivi ! Moi, dans mon domaine, je laisse la possibilité aux gens de faire appel à moi ! »
D2 : « C'est très aléatoire ! Il y a des patients qu'on va revoir peut-être tous les 3 à 5 ans et des patients qu'on va revoir tous les ans ! Tout dépend de si le diabète est équilibré ou pas ! »

3.8.5.2.6 La pratique séquentielle

MG1 : « C'est le facteur limitant, le facteur temps ! Qui est un peu pas en notre faveur ! Ben… On s'y fait ! Moi, ce que je fais dans ces cas-là, c'est que je subdivise un peu les problèmes ! Je le dis au patient la première fois que l'on se voit, on annonce un diagnostic, qui est pas facile à entendre ! Je dis souvent « Ecoute ! » « Ecoutez ! Aujourd'hui, on va parler de ça ! On va essayer de voir un petit peu ce que vous pensez, vous ! De cette pathologie, de ce qui vous embête ! Et puis la prochaine fois, je vous expliquerai… Ou, on verra d'abord la partie connaissances, explicative de cette maladie ! D'où elle vient, comment elle évolue ! Etc. » « Et puis la prochaine fois, on verra un petit peu ce qu'on pourra changer ensemble ! » Et ainsi de suite ! Mais on peut revenir en arrière ! »
MG1 : « C'est-à-dire que la première consultation, c'est un peu un diagnostic éducatif. Ensuite, […] Donc, on va parler souvent à la deuxième séance de comment… […] »

3.8.6 L'utilisation d'outils diététiques en consultation par les professionnels de santé rencontrés

3.8.6.1 Balance éventuellement à impédancemétrie

MS2 : « On les pèse ouais ! Alors c'est vrai que le poids qu'on a est un poids de… »
D0 : « Je leur donne l'analyse de leur composition corporelle. Donc ma balance, enfin du coup mon ordinateur leur sort ça ! »
MG1 : « Une balance à impédancemétrie ! »
MG2 : « Ah oui ! Peser puis mesurer pour les enfants parce que ça… »

3.8.6.2 Courbes de poids, réglettes IMC

D0 : « Après, j'utilise, ben, les disques d'IMC… Quand ils me disent, enfin voilà ! J'utilise les disques d'IMC, j'utilise les feuilles de croissance pour les enfants ! »
MG2 : « et puis je leur montre la courbe de poids, de taille et puis le BMI. »

3.8.6.3 Semainier

MS1 : « Généralement quand ils prennent rendez-vous, on leur demande de noter avant sur une semaine comment ils mangent ! »
MS1 : « Alors le semainier ils font ça sur des feuilles à eux, hein ! »
MS2 : « Si possible avec un semainier ! »
D0 : « Donc sils sont demandeurs et qu'en effet, ça peut les aider et qu'ils veulent remplir un relevé alimentaire, et ben voilà ! Ils le remplissent ! »
D2 : « Juste pour revenir au semainier, c'est des choses que des fois, je demande ! Quand un patient, il vient pour surpoids, obésité… En consultation externe… Et qu'il a toujours l'impression de bien faire et que… Il perd toujours pas de poids ! »
MG1 : « Ils me ramènent souvent un carnet alimentaire ! Un carnet alimentaire basé sur 4 jours où je leur demande d'écrire tout ce qu'ils mangent. Sachant que la plupart du temps, ils minorent de 30%. »

3.8.6.4 Echanges courriel

MS1 : « Ou alors sur Internet… Moi je suis ouverte à tout, je suis pas figée ! Donc il y a même des gens, ils m'envoient ça par internet ! Ils me le mailent et puis moi, je regarde ça et puis je leur dis ce qui va, ce qui va pas »
D0 : « Et puis à côté de ça, j'ai des patientes qui m'envoient leur relevé alimentaire toutes les semaines, par mail ! Pour que j'en discute avec elles, soit je leur renvoie un mail, soit je les rappelle pour leur dire… »

3.8.6.5 Fiches conseils

MS1 : « On a des fiches pour les gens : Cholestérol, hypertriglycéridémie ! »
DLG à MS2 : « Est-ce que vous remettez des fiches conseils aux patients sur les aliments à éviter sur les hypercholestérolémies… »
MS2 : « Oui, j'en ai ! Je m'en sers… Bah, vous devez connaître, c'est ces choses-là par exemple, pour les hypercholestérolémies, les hypertriglycéridémies… C'est des choses connues, hein ! L'avantage, c'est que ça leur est remis. »
CS : « Pff ! Des fiches de conseil ! »
MG1 : « Mais ça, on en a discuté aussi ! (*me montre une autre brochure*) Les erreurs alimentaires les plus fréquentes, des questions-réponses, ça s'adresse plutôt aux francophones ! »

3.8.6.6 Ordonnances

3.8.6.6.1 Régime

DLG : « Est-ce que vous prescrivez des régimes ? »
MS2 : « Oui, ça m'arrive, j'ai reçu un couple de restaurateurs lundi… Qui mangeraient 4000 calories, c'était monstrueux ! Voilà, par exemple ce que je lui ai donné (*imprime feuille du dossier*). »

3.8.6.6.2 Objectif

MS1 : « Oui, voilà, je leur écris à la main les conseils que je leur donne pour le petit-déjeuner, le déjeuner, le diner… Eventuellement les collations etc. Et puis, je les revoie généralement au bout d'un mois ! »

3.8.6.7 Logiciel informatique

MS2 : « Oui, c'est plus facile ! Ah, voilà, vous l'avez : twyn-diet. Donc vous cherchez votre aliment, par exemple, vous tapez ce que vous voulez, vous tapez « pain », vous avez ce que vous voulez ! »

3.8.6.8 Livret SU.VI.MAX :

D0 : « Oui ! Evidemment, ça, on travaille beaucoup avec ça (*attrape un livret de feuilles plastifiées et le feuillette*) ! Donc voilà ! Je m'en suis encore servi ce matin ! »
D2 : « Il y a le livret SU.VI.MAX ! »

3.8.6.9 Emballages

D0 : « Et donc du coup, dans les outils que j'utilise aussi pour travailler, c'est par exemple, voyez : tout ce qu'il y a derrière, là, dans les boîtes, c'est toute mon « épicerie » ! Et ça me permet de leur expliquer en fait comment choisir sa margarine, comment choisir des plats tous prêts si on peut manger comme ça… »
D6 : « C'est bien mieux de le faire ici, on a plein d'aliments factices ! Enfin, des emballages vides en fait ! »

3.8.6.10 CD ROM

MG1 : « Et en fait, Novonordisk avait distribué un CD où on pouvait discuter diététique et équivalences. »

3.8.6.11 Recettes

D0 : « Et puis après, dans les outils que j'utilise, j'ai répertorié quelques livres de recettes euh… Que je trouve intéressantes, euh voilà… »
CS : « Des ateliers, des recettes ! »
MG1 : « Et quand j'ai le temps j'aime aussi cuisiner ma… Et j'essaye que ce soit équilibré. Et on échange ! Donc on échange les recettes qu'elles font avec moi, ce que j'ai l'habitude de faire sur des choses… »
MG1 : « C'est celui-là, ça y est je te le montre là (*livret de recettes intitulé* « *Bien vivre avec son diabète et avec ses traditions, publié par Sanofi Aventis* »). Alors, à première vue comme ça, tu te dis super ! C'est traduit en arabe ! Pas du tout ! «
MG1 : « C'est surtout pour les francophones ! Je peux te le montrer ? C'est un petit recueil de recettes simples ! Je dis bien pour les francophones parce que elles, elles se rapprochent plus de notre alimentation francophone ! Plutôt que tu sais, repas traditionnels ! Et donc là, elles sont assez demandeuses de quelques recettes ! Qui soient faciles ! Alors, je leur dis que c'est qu'un outil ! Et qu'elles peuvent aussi aller voir sur Internet… Elles manipulent <u>très bien</u> l'internet ! Voilà ; c'est des petites recettes toutes… Tu vois ! Poulet à la chinoise, 5 légumes, gratin de riz, euh… Ben, tu vois, filet de porc, ça, je l'utilise pas beaucoup ici ! »

3.8.6.12 Brochures maison du diabète

D6 : « On se sert beaucoup de ce qui a été fait à la maison du diabète à… Marcq-en-Barœul ! Parce qu'ils ont fait des très bons documents ! Donc on leur a demandé l'autorisation de les utiliser… Ils ont accepté à condition qu'on masque pas le fait que les documents venaient bien de chez eux ! Donc, on met pas Diabolo sur le document ! C'est la maison du diabète donc… Ils repartent quand même avec un document chez eux ! Un support écrit ! »

3.8.6.13 Livrets PNNS

D0 : « […] j'ai une petite doc qui est très bien faite sur la femme enceinte et pour la femme allaitante !
MG2 : « J'utilise les outils du… De l'INPES, les différents… […]Les livrets du PNNS ! Ils sont… Ça, c'est pour les patients plus âgés, enfin, pour les ados… […]Enfin, ça, c'est le livret d'accompagnement ! PNNS professionnels et… »

3.8.6.14 Atelier cuisine

CS : « Des ateliers, des recettes ! »
D5 : « Une série de 5 ateliers ! On essaye que ce soit tous les 15 jours, on recule des fois un petit peu avec les congés scolaires ou autres… Ça se passe on va dire sur deux… Trois mois ! »

3.8.6.15 Affiches

MG1 : *Montre affiche plastifiée étendue sur le bureau de consultation.* « Des groupes d'aliments, pour essayer d'améliorer un petit peu leurs connaissances. »

3.8.6.16 Tout objet permettant au patient d'appréhender la situation, de la manipuler

D0 : « Donc il y a des patients pour qui je vais éditer une liste des équivalences de fruits, une liste toute simple, euh… ! Pour certains, ils me disent « Ouais, mais moi, je sais pas quoi manger ! », je leur donne des idées de menu ! »
D2 : « Ca peut être de la dinette… »
CS : « Oui, ça peut être des aliments factices ! Des cartes ! »
D2 : « Des vrais aliments aussi ! »
D2 : « Un patient qui prend plein de sodas dans une journée ! On peut le voir en individuel et se rendre compte d'une quantité de sucre ingéré sous forme de liquide qui est énorme ! Et ben mettre… on a des faux morceaux de sucre ! Tout mettre dans une carafe et… J'avais dit à cette patiente : « Ben, donnez-moi vos mains ! » Et en fait je lui avais versé, enfin, ça avait débordé ! La quantité de sucre qu'elle buvait… Dans une journée ! Ça peut être ça ! Mais je m'en suis servi qu'une fois, donc… »
D1 : « De capter en fonction de son quotidien, aussi ! »
MG1 : « bon, ben j'ai quelques outils à partir de prospectus que j'ai découpés, on essaye de travailler un peu là-dessus ! »

3.8.6.17 Critères d'un bon outil : pertinence à la situation, au professionnel et au patient

CS : « Enfin, il y en a 36 000, c'est difficile de dire ! Parce que voilà ! En fonction de la pathologie, de l'équipe, de la façon dont la prise en charge est conçue ! Par une équipe ! Du patient ! »
DLG : « Qu'est-ce qui vous fait choisir un outil plutôt qu'un autre ? »

D2 : « Selon le thème qu'on souhaite aborder… Le patient ! Individuel ou en groupe… »
CS : « Selon l'objectif principalement, selon l'objectif à atteindre ! Quand on prend un patient, on a un objectif qu'on essaye de mettre sur pied avec lui, de négocier avec lui et en fonction des objectifs, on va utiliser un moyen ou un autre ! »
MG1 : « T'as le titre, les recettes, elles sont toutes faites en français ! Ben, je leur dis : « Où est le truc ? » Je lui dis : « Vous pourriez pas me faire un truc écrit en arabe ? » Alors, tu me diras, la plupart d'entre elles, elles savent pas ! Ni écrire ni le français ni l'arabe ! Mais il y a le mari ! […] C'est inexploitable ! Donc je leur ai dit : « Ça, ça vous a coûté la peau des fesses, pour rien ! » »

3.8.7 Les pratiques des professionnels transposables à l'exercice en médecine générale

3.8.7.1 Pour les spécialistes, la pratique de la diététique est accessible à un médecin généraliste

MS1 : « C'est tout à fait faisable ! »
MS2 : « Ben moi, je pense que… Je pense que c'est transposable à la médecine générale ! L'enquête alimentaire, on peut quand même l'apprécier… rechercher les complications liées à l'obésité, que ce soit les complications mécaniques, les complications de pathologie du sommeil associée, ça me paraît faisable ! »

3.8.7.2 Pour les diététiciennes, la pratique de la diététique par le médecin généraliste paraît difficile voire impossible

D0 : « Je pense pas d'ailleurs qu'un patient attende des conseils diététiques de la part de son médecin ! Après, j'en sais rien mais je suis pas sûre que le patient soit tellement dans l'attente de ça ! Lui, je pense qu'il attend plus de son médecin qu'il lui soigne sa bronchite… Qu'il lui rappelle qu'il a un vaccin à faire… Et qu'il lui donne les médicaments dont il a besoin pour sa santé. »
D0 : « Toute la partie de départ, forcément, en tant que médecin généraliste, on est sensé le connaître ! Enfin, je pense ! […]Voilà : l'activité physique, l'évolution du poids, enfin, tout ça, je pense qu'un médecin généraliste peut avoir toutes ces informations-là ! Il peut peser et mesurer les gens et donc faire un calcul d'IMC, donc déterminer s'il y a un besoin de diététique ou pas ! Il peut faire toutes les analyses de sang nécessaires pour affiner le diagnostic et se dire est-ce qu'il faut… Voilà ! Après, euh… Je pense que dans l'absolu, s'il prend le temps de faire une enquête alimentaire ! Et là, il faut qu'il prenne le temps ! Donc là, ça va commencer déjà à se compliquer ! »
CS : « Nous, ce qu'on pense, c'est que vous êtes pas habilités, vous êtes pas formés à faire notre métier mais par contre, on ne peut pas exister sans vous non plus, parce que d'abord vous êtes le prescripteur et qu'on travaille sur prescription ! C'est ce que je vous disais ! Et on a aussi besoin que vous ayez une parfaite connaissance de ce que sont les diététiciens au-delà des représentations pour pouvoir établir un partenariat, un réseau et pour pouvoir faire en sorte que le patient… Qu'on devienne crédibles aux yeux du patient ! »
D6 : « De toute façon, une consultation diététique, c'est long ! Même en libéral, c'est ¾ d'heure, une heure ! Je vois difficilement un médecin pouvoir prendre régulièrement autant de temps pour pouvoir expliquer tout ça au patient ! Mais, même nous, il faut bien reconnaître qu'on peut pas tout expliquer ce que je peux faire en atelier ! »

3.8.7.3 Limites de la pratique de la diététique par un médecin généraliste

3.8.7.3.1 Les connaissances en diététique et leur actualisation

MS1 : « C'est vrai qu'il y a 25 ans, on ne mettait pas de féculents donc les médecins généralistes qui ont été formés il y a 30 ans, quand ils voient des diabétiques, ils conseillent : « il faut arrêter les féculents ». Alors maintenant on en met ! Ca a changé ! Ils avaient pas forcément l'information. Et j'avais dit il faut arrêter de leur dire de pas manger de féculents, faut mettre des patates ! Et alors ils avaient dit « ah oui faut patater » J'ai dit voilà ! Et ben ils patatent. C'était… Voilà ! Et vraiment ça avait été une révélation parce que ils étaient restés aux conseils d'il y a 30 ans ! »
D0 : « Oui, ce qui est complètement aberrant ! C'est pas vrai ! Donc c'est… On entend des trucs qui sont véhiculés, qui sont des vieux courants diets qui sont passés d'âge, qui n'ont pas évolué etc. Mais ils sont encore là-dedans, dans ce trip-là ! Parce qu'ils ont entendu ça dans une conférence quelconque… Et puis, ils ont pas actualisé leurs connaissances ! »

3.8.7.3.2 L'intérêt personnel du médecin généraliste

MS1 : « Quand vous faites un truc qui vous intéresse pas, c'est pas la peine ! Quel que soit… On peut pas s'intéresser à tout ! Et la médecine générale, ça touche à tout ! Il y a des gens qui aiment mieux des choses… Il faut pas faire des choses qu'on fait sous la contrainte ! Parce que le poids, c'est déjà une contrainte pour les patients, si en plus pour le médecin, c'en est une… A mon avis, l'échec est très vite atteint ! Mais oui… Faut vraiment… Faut être motivé ! »
MS2 : « … Il y en a qui vont le faire, il y en a qui vont pas pouvoir ou… pas vouloir ou tout ce qu'on veut, quoi ! Cela dit, peut-être que le généraliste a d'autres choses à faire et je peux comprendre que pour ça i peut renvoyer sur quelqu'un qui va peut-être plus prendre le temps etc. »

3.8.7.3.3 Le manque de temps

MS1 : « Mais ça prend du temps ! »
MS2 : « Le problème, c'est le temps, quoi ! »
MG1 : « Mais quand on a pris le pli, ben c'est assez simple au bout du compte, la seule vraie difficulté que l'on a, nous, en médecine générale, on va dire que c'est le temps ! C'est le facteur limitant, le facteur temps ! »
D0 : « Et là, il faut qu'il prenne le temps ! Donc là, ça va commencer déjà à se compliquer ! »

3.8.7.4 Une organisation professionnelle particulière pour les médecins généralistes experts

DLG à MG1 : « Mm ! Tu fais des consultations dédiées ! »
MG1 : « Oui ! Pas le choix ! Ah, sinon, c'est pas possible ! Souvent ! Tu vois, quand j'essayais de tout faire sur une consultation, j'oubliais les ¾ des choses sur les prescriptions ! »
MG2 : « Quand on a… Enfin, ça dépend, au début, ça prend un peu plus de temps. Bon, j'essaye d'anticiper, de faire ce qu'on a à faire par petite touches, après, on revoit les gens ! Mais c'est vrai

qu'une première consultation on a besoin de faire le point et puis de se bloquer du temps ! Enfin, je dis aux gens : « Vous ramènerez un semainier de votre consommation ! » Et puis comme ça je me bloque… »

3.8.8 Le réseau des professionnels de santé spécialisés en diététique et nutrition

Chaque professionnel de santé a lui-même un réseau de correspondants :

MS1 : « Oui, j'adresse des patients aux diététiciennes ! De ville ! Pour ceux qui ont… Pour ceux qui peuvent éventuellement se prendre en charge etc. J'en adresse au réseau Diabolo ! L'hôpital, elles sont saturées, donc euh ! J'adresse les patients diabétiques qui ont déjà été hospitalisés et éventuellement pour revoir une diététicienne de l'hôpital »
MS1 : « Donc ça m'arrive de faire des calorimétries parce qu'à l'hôpital, de la même manière, on a possibilité d'en faire ! »
MS2 : « Ouais, psychologues, psychiatres, ouais ! Facilement, l'isolement euh… Psychologue, psychiatre, mise en place d'une psychothérapie familiale également ! »
MS2 : « Non ! J'adresse les patients en chirurgie bariatrique, éventuellement ! En fait, c'est plutôt à oust. Qu'on les envoie mais j'aimerais bien travailler aussi avec les gens de La Source ! »
D0 : « Alors… Oui ! Moi, j'envoie parfois sur les psys ! Psychologue, psychiatre. Podologue ! Euh… Quand j'ai des diabétiques ! Euh… Puis après, kiné ! Sophro ! Quand j'ai des gens en super-stress ! Euh… Voilà ! Essentiellement ! »
D1 : « Les kinés bien sûr ! »
D4 : « Ou l'assistante sociale ou autre ! On a des numéros au sein de chaque pôle, donc on s'appelle en disant : « Bon, ben pour tel patient ! » »
D1 : « Ou même vers l'extérieur… »
D1, D4 : « ou même vers l'extérieur ! »
D1 : « Pour le suivi à l'extérieur, vous pouvez peut-être vous rapprocher de telle ou telle personne… Ou psychologue, kiné… Ou collègue en ville aussi ! »
MG1 : « Oui, Je peux pas travailler toute seule ! Je peux pas travailler toute seule, je travaille beaucoup avec MS2 qui est quelqu'un de ma génération, qui est quelqu'un de très humain et il a un plateau technique et ce plateau technique, c'est quoi ? C'est une diététicienne qui est à côté, parce que parfois, il y a certains qui ont besoin d'avoir des calories ! Des quantités ! Il y en a certains qui ont besoin de ça ! Et ! Il y a un psychothérapeute ! »
MG1 : « Soit j'adresse en ville et on essaye de s'arranger avec le psychiatre pour qu'il y ait des délais tu sais pour encaisser les chèques et tout ça… »
MG1 : « Alors ! Le réseau Diabolo, je leur en parle aux malades. Le problème, c'est qu'il y a le barrage de la langue ! »
MG2 : « Dans le cadre du réseau [obésité] mais aussi autrement, hein ! C'est vrai qu'avoir recours à une diététicienne, c'est souvent quand les gens veulent bien… »
DLG à MG2 : « Mm ! Ça vous arrive de d'hospitaliser… De prévoir des hospitalisations pour des cures d'amaigrissement ? »
MG2 : « Pas trop, non ! »
MG2 : « Et puis, il y a les obésités morbides, ça c'est vrai, que j'adresse, hein, des fois, parce que c'est compliqué… Il y a une intrication de diverses pathologies : diabète, hypertension… Des fois, on a besoin d'avoir l'avis d'un spécialiste et puis éventuellement une chirurgie bariatrique, à quel moment on peut proposer au patient, qu'est-ce qu'en pense… »
D6 : « Eventuellement, s'il y a pas eu de consultation de diététique, je leur dis : « Ben éventuellement, faut-il voir une diététicienne ou un médecin nutritionniste qui va peut-être plus vous orienter sur les quantités à consommer ! » Alors là, oui, je leur dis, parce que moi, je veux pas… »

3.8.9 La définition du "régime" et les représentations qui y sont liées

3.8.9.1 La prescription de régimes existe, mais elle est minoritaire dans l'activité des professionnels

MS2 : « Ou, ça m'arrive, j'en ai fait ! Ouais, ouais, ouais ! »
MS2 : « Alors, je leur ai bien écrit que j'alterne ! Que je leur mets un légume… Un féculent le soir, ils peuvent alterner ! Ils peuvent inverser ! Je lui ai mis des quantités de pain qui sont pas mal mais je partais du fait qu'il avait déjà 2 baguettes par jour donc je voulais diminuer quand même ! Donc euh… On part quand même de l'existant, on part de ce qu'ils mangent et j'essaye d'adapter avec leurs… En fonction de ce qu'ils mangent et puis également de la motivation ! Savoir s'ils ont des grignotages, des fringales etc. »
MS1 : « Oui, je leur prescris… Mais je préfère dire… J'en prescris pas vraiment ! Je préfère parler de rééquilibrer l'alimentation ! Le mot « régime » c'est un peu restrictif dans le terme ! »
D0 : « Pff ! Je prescris jamais de régime ! Sauf quand les gens m'en demandent ! «
D0 : « … J'ai parfois des patients qui me disent : « Oui, mais ça va pas parce qu'avec vous, j'ai le droit de tout manger ! » *Rires* « Et moi, je veux un truc où c'est super-carré, où « Cric ! » Et… « Et je veux qu'il y ait des interdits ! » Donc, du coup, dans ces cas-là, je vais leur donner un régime ! Je vais leur dire, ben du coup, tous les matins, ça sera ça, puis ça (*martèle ses propos en frappant son bureau de la tranche de la main*) ! Bon, c'est quand même adapté à leurs besoins, hein ! Et essayer de caler le plus sur leurs habitudes ! Mais… Ils ont un régime ! Ils sont contents ! Donc il y a des fois des gens pour qui je donne un régime ! Il y a des fois, je le fais même un petit peu hyper protéiné, parce que c'est plus dans leurs envies etc. »
D0 : « Mais… J'aime pas ! »
MG1 : « LE truc-type, avec euh… Mais ça, c'est encore très rare, je crois que j'ai dû le faire une fois ! Régime protéiné avec euh… Progressif ! Oui, ça je l'ai tapé avec ça (*montre son ordinateur*), ça m'a pris du temps pour le faire ! Mais c'est encore adressé à une population bien précise ! C'est pas quelque chose que je fais souvent ! Même très rarement ! »

3.8.9.2 La préférence de la notion d' "Equilibre alimentaire"

MS1 : « Oui, je leur prescris… Mais je préfère dire… J'en prescris pas vraiment ! Je préfère parler de rééquilibrer l'alimentation ! Le mot « régime » c'est un peu restrictif dans le terme ! »
MS2 : « Alors, j'aime pas ce mot-là ! (*à propos du mot régime*) J'aime pas ce mot-là ! On essaye de savoir ce que les gens mangent, on essaye de voir ce qu'on peut garder, augmenter, diminuer et voire… supprimer ! Parce qu'il y a des choses à supprimer, ça c'est clair ! Mais « le régime », il y a pas un régime… […] je préfère ne pas en parler, je préfère utiliser le mot « conseil diététique » en essayant toujours de s'adapter de l'existant, de tout ce qu'ils mangent et de ce qu'ils peuvent changer ! »
D0 : « C'est-à-dire qu'en général, je donne des conseils pour manger mieux, donc plutôt équilibré, et puis après effectivement, j'oriente un peu le discours ou même carrément le discours, s'il y a une nécessité de prendre en charge du cholestérol, du diabète ou s'il y a un peu d'hypertension ! Mais moi, je leur parle jamais de régime ! Je leur parle de manger mieux, de faire évoluer son alimentation, de progresser, et d'avoir une alimentation qui est plus adaptée à leurs besoins ! A leurs vrais besoins : en terme de rythme, de quantité, de qualité ! Donc, moi, je leur parle jamais de régime ! »
CS : « Notre mission, c'est d'adapter l'alimentation dans tous les cas physiologiques et pathologiques de la vie… De la naissance jusqu'aux derniers jours ! En fait, c'est ça notre mission ! Donc « régime », on connaît pas, nous ! »
MG1 : « Parce que souvent, quand ils voient que ça baisse pas, ils sont déçus et ils se disent… Alors

moi, j'aime pas la restriction ! Je travaille pas sur la restriction ! »
MG1 : « On re-cible à chaque fois les choses pour que ça soit faisable ! Il peut y avoir dans la tête du patient plusieurs objectifs mais les uns derrière les autres ! On fait les choses petit à petit. Pour que dans la tête il y ait pas ça (*lève les mains en collerette au-dessus de la tête*) quoi ! Sinon, c'est insurmontable, c'est la tête qui dit il y a ça, mais le corps, il suit pas »
MG2 : « Non, je prescris pas de régime à proprement parler ! Et puis c'est un mot banni du réseau, ça ! C'est… Au début, au réseau, à propos de dossiers, on disait parfois « ouais, régime, régime » et les diététiciennes qui sortaient de leurs gonds ! *Rire*. Non, c'est rééquilibration alimentaire ! Donc maintenant, on a été bien éduqués ! *Rire*. Donc euh… C'est surtout, moi, je travaille, j'ai toujours fait un peu comme ça, partir des habitudes alimentaires des patients et puis changer les choses petit-à-petit, plutôt ! »
DLG : « Est-ce que vous prescrivez des « régimes » ? C'était la grande interrogation des internes…
D1 : « Déjà le mot « régime » ! On l'emploie plus ! «
Rires
DLG : « C'était la question suivant : Qu'est-ce qu'un « régime » pour vous ? »
CS : « Ben, non ! C'est à vous qu'on pose la question, parce que pour nous, ça veut rien dire ! Donc euh… »
D4 : « C'est vous qui prescrivez des régimes ! »
D6 : « Ah, si ! C'est-à-dire que dès le début, on leur dit bien que ce n'est pas un régime ! Et je leur dis dès le début que je ne veux pas les entendre parler de régime ! Moi, j'avais dit pendant un petit moment que je mettrais un petit cochon avec une pièce à chaque fois qu'on prononce le mot régime, mais c'est amusant parce que… Du coup, ils retiennent bien ça et quand il y en a un qui lâche le mot, c'est pas moi, c'est les autres qui disent : « Ah, attention, tu n'as pas le droit de le dire ! » Dédramatiser ça, pour les gens ! Régime, c'est frustration, privation, restriction… Donc c'est ça qu'il faut absolument sortir des clichés ! »
D6 : « Puisque de toute façon, c'est pas un régime, que c'est un équilibre, l'équilibre il est le même pour tout le monde ! »
D6 : « C'est de pas employer le mot régime d'employer le mot équilibre alimentaire… Bien leur faire comprendre que c'est un mode d'alimentation équilibré idéal, ce qu'on leur demande de faire… Ce que tout le monde devrait faire ! Et qu'ils ne font pas ! »

3.8.10 La communication des professionnels à destination du médecin généraliste

3.8.10.1 Courrier pour les spécialistes et la diététicienne libérale

MS1 : « Oh, ben généralement, pour les régimes usuels, au premier, puis de temps en temps ! Les diabètes, c'est à chaque fois ! Moi, je rédige un courrier à chaque consultation ! Les patients en général, pour les régimes, quand c'est que de la diététique pure ou du poids, je leur écris pas tous les mois parce que ça devient pas très intéressant… Sauf s'il y a un événement majeur ! Mais les autres patients, c'est à chaque consultation que je fais un courrier, moi ! »
DLG à MS2 : « D'accord ! Vous parliez des contacts avec les médecins généralistes en disant que vous faisiez des courriers. Vous faites un courrier pour la consultation initiale et puis des courriers pour… »
MS2 : « Toujours un courrier ! »
DLG : « Toujours ! »
MS2 : « Toujours ! »
D0 : « Alors, moi, quand mon patient vient, je lui demande toujours s'il est d'accord pour que j'envoie un petit compte-rendu à son médecin ! S'il est d'accord, j'envoie en général le résultat de la balance, de la pesée, et je fais un petit courrier simple en disant… »

3.8.10.2 Contacts téléphoniques

DLG à MS2 : « Et sinon, ça vous arrive d'avoir des médecins généralistes qui vous contactent pour savoir où en sont les patients, au fil du… Egalement ? »
MS2 : « Oui, ça arrive ! Ca arrive ! »

3.8.10.3 Transmission par le patient

DLG à D0 : « C'est le patient qui fait le contact ? »
D0 : « C'est lui qui travaille, qui fait le lien ! »
D6 : « C'est pas facile ! C'est plus souvent le patient qui … qui va expliquer ce qu'il fait ! »

3.8.10.4 Contacts directs

D0 : « Après ça dépend, j'ai un médecin, il y a une femme médecin que je connais bien, avec qui je travaille ici dans la structure qui m'envoie des patients de temps en temps, qui me les oriente ! Bon, ben elle, comme je la vois régulièrement dans les couloirs, je lui dis. »

3.8.10.5 Pas de contact avec le médecin généraliste

CS : « Oui, oui, exactement ! En sachant que nous, c'est pareil, culturellement, historiquement, on avait pas l'habitude en tout cas en ce qui concerne les diététiciens hospitaliers qui représentent la majorité de ces professionnels puisqu'on est les 2/3 à travailler dans des hôpitaux ! On avait pas trop l'habitude d'avoir des contacts avec toutes les structures d'aval ! Que ce soient les médecins traitants, les réseaux, les infirmières, les associations… C'est vrai que c'est quelque chose qui est en train de se développer ! Et là-dessus aussi, il faut que l'on s'améliore ! »
CS : « Ben, le problème, c'est que nous, on travaille plutôt sur prescription de médecins de l'hôpital ! Donc, on communique au médecin de l'hôpital ! On communique rarement au médecin… Ça, c'est plutôt une question qui s'adresse plutôt aux gens en libéral ! En ville ! Qu'à nous ! Parce que nous, on communique toujours, il reste toujours une trace ! »
D4 : « Dès qu'il y a une consultation, on laisse toujours une trace dans le dossier ! »
D6 : « C'est vrai que c'est là… C'est un petit peu… Problème de communication qui se fait mal ! Qui se fait mal ! On a essayé de mettre des documents en place, avec des classeurs de suivi, pour expliquer tout ça… On a pas abouti encore ! Donc ça, il faut qu'on travaille là-dessus ! E. a essayé d'en trouver de nouveaux, qui soient plus pratiques ou autre… »

3.8.11 <u>L'analyse du semainier</u>

3.8.11.1 Prendre en compte les différents rythmes

MS1 : « Et puis, je les revoie généralement au bout d'un mois ! Avec au moins 15 jours d'enquête alimentaire ! Après, ça dépend, il y a des gens qui travaillent en trois-huit, alors je leur demande 3 semaines ! »
MG1 : « Déjà, le recueil, il se fait sur 4 jours, c'est-à-dire 2 jours de semaine et deux jours de weekend, parce que déjà l'alimentation du week-end est un peu particulière par rapport à la semaine ! »
MG2 : « Oui, 3 à 5 jours, ça dépend du profil du patient, si j'ai un patient assez obsessionnel, il va faire ça sur une semaine, il y a pas trop de problème ! Parce que c'est bien de l'avoir sur une semaine, ça permet de l'avoir le week-end, tout ça ! Mais, bon, je m'adapte à chaque personne… »
D0 : « Des femmes qui travaillent à l'hôpital, euh… Ou en usine, en trois-huit etc. Donc qui ont un horaire de nuit, qu'ont un horaire de journée, qu'ont un horaire d'après-midi, de matin, etc. Donc, là, pareil, il faut prendre chaque type de journée, savoir à quelle heure ils se lèvent, à quelle heure ils ont leur pause, à quelle heure ils s'arrêtent pour manger… Comment ils s'organisent déjà, ce qu'ils mettent dedans… »

3.8.11.2 Une approche par l'erreur

MS1 : « et d'essayer d'améliorer les choses, les plus grosses erreurs ! »
MS2 : « En général quand même on repère les excès, les grignotages »
MG1 : « Ce que je t'ai dit, c'est qu'il y a souvent des problèmes d'hyperphagie ! »
MG2 : « On voit un petit peu les grosses erreurs qu'il y a déjà… »

3.8.11.3 Une approche par les nutriments

MS2 : « les excès lipidiques, les excès glucidiques, de toute façon, on les repère assez bien ! »
MS2 : « Voilà ! Voilà ! Voilà ! Ce qui permet de voir la quantité de calories, forcément ! Et également la répartition Glucide-protides-lipides, d'avoir une approche ! »
MG1 : « Et puis en même temps quels sont essentiellement les groupes d'aliments sur lesquels ils mangent. »

3.8.11.4 L'attention au mode de cuisson et aux accompagnements

MG2 : « « Comment vous l'avez fait cuire… » Et tout ça… Qu'est-ce que vous avez utilisé comme sauce… On essaye de leur faire préciser les choses ! »

3.8.11.5 Une analyse par le patient

MG1 : « Je commence d'abord par leur demander ce qu'ils en pensent, eux ! »

3.8.12 Les principales erreurs des patients en diététique

Les erreurs des patients rapportées par les professionnels sont le saut de repas, le grignotage,

la consommation de produits gras, les quantités de fromage, l'absence de perception de la valeur calorique des aliments, de fausses représentations sur les qualités nutritionnelles de certains aliments (pomme de terre, crème fraiche) :

MS1 : « Alors, les plus grosses erreurs habituellement, c'est pas de repas le midi ou pas assez ! C'est du grignotage parce qu'ils ont faim parce qu'ils ont pas mangé assez ! C'est tout ce qui va être riche en matières grasses parce que ça apporte pleins de calories et que ça prend pas de place ! »
MS1 : « Or le volume, c'est pas les calories ! »
MS1 : « Mm, mm, parce que moi, j'ai des gens qui arrivent à 80 ou 100 gramme de fromage par jour. Bon ! »
MS2 : « Ce qui revient le plus souvent, c'est le manque de légumes, manque de fruits ! Excès lipidiques en tout genre ! Méconnaître les graisses cachées, ça, c'est quelque chose qui revient ! »
MS2 : « Ah, ouais, ouais, tout à fait ! Et puis ils savent pas par exemple qu'une tablette de chocolat c'est 800 calories ! Le chocolat au lait, ils savent pas que c'est 800 calories «
MS2 : « Ils imaginent pas que les choco-BN c'est calorique ! On dirait qu'ils découvrent le monde ! Et bon, je sais pas ! »
MS2 : « Et puis, sur les quantités de fromage, on est un peu surpris aussi des fois ! «
D0 : « En général, c'est flagrant quand même, il y a trop de graisses, il y a trop de protéines, il y a beaucoup trop de… Il y a des fois trop de glucides complexes ce qui est plutôt bien mais qui fait que c'est beaucoup trop élevé par rapport aux besoins de la personne ! Et que ça dépend de son activité professionnelle ou autre ! Ou il y a trop de sucres, trop de grignotages, il y a trop de repas sautés… »
D0 : « Souvent, ils ont tendance à penser que la crème fraîche est un produit laitier ! […]Que ça apporte du calcium ! Ils les mettent pas du tout dans les matières grasses ! »
MG1 : « Par exemple, chez nous, ils font beaucoup de tajine à base de pomme de terre, ils mangent énormément de pain avec ! Parce que c'est la fourchette ! »
MG1 : « Et souvent, ils disent : « Ah, ben je savais pas moi, ça ! » « La pomme de terre, c'est pas un légume ? » Ben non ! »
MG1 : « Et de l'huile ! Alors, souvent, l'huile, c'est ça ! (*même geste d'épaisseur*) Ca, l'huile, je leur demande de réduire ça »
D6 : « Qu'ils comprennent par contre qu'il faut plutôt faire soi-même que… Que acheter du tôt-fait, quoi ! C'est un peu plus compliqué pour les gens qui sont seuls ! On a quand même pas mal de gens qui vivent seuls, qui ont perdu le goût de cuisiner pour eux… »

3.8.13 Les principales erreurs des médecins généralistes

Les médecins émettent des messages erronés à leurs patients qui mettent les patients et les professionnels de santé rencontrés en difficulté : alimentation trop restrictive, pas de porc en cas d'hypercholestérolémie, suppression des féculents pour maigrir ou chez les diabétiques :

MS1 : « Ouais, ouais ! Le diabète de type 2 on a… C'est sûr que les conseils alimentaires sont des fois donnés… Des mauvais conseils sont parfois donnés par des médecins qui pensent donner des bons conseils ! »
D0 : « En général, ils sont trop restrictifs et surtout, ils ont pas un discours adapté parce que comme ils ont pas le temps de faire l'enquête alimentaire, ils connaissent pas les habitudes alimentaires de leurs patients ! »
D0 : « Donc du coup, ils font… Ils vont faire des conseils généraux ! Et qui sont parfois passés d'âge ! C'est-à-dire que j'entends encore parfois des patients me dire : « Oui, mais moi, comme j'ai du cholestérol, mon médecin m'a dit… Plus de porc ! » Ben non ! »
D0 : « C'est … Il y a encore pas longtemps, une femme m'a dit : « Pour que je perde du poids, mon médecin m'a dit qu'il fallait que je ne mange plus de féculents ! » D'accord… Bon, nous, on est pas d'accord avec ça, quoi ! »

MG1 : « Oui. Oui ! Beaucoup de fausses idées, et puis beaucoup de fausses idées aussi chez nous, eh ! Hier soir, je suis allée à une réunion, sur le diabète, et j'ai vu qu'un de mes collègues… J'ai rien dit, parce que j'ai rien à dire, j'ai pas non plus la science infuse sur tout ! Mais moi aussi, j'avais cette attitude-là, la même ! « Monsieur, il faut réduire énormément vos glucides ! » Ben, non ! Un diabétique, 55% de son alimentation doit être faite de glucides ! Il avait réduit, il prenait plus que ¼ de baguette dans la journée et puis les glucides pfuit ! (*fait un signe de coup de tranchoir*). Ben oui, mais quand tu diminues les glucides, tu augmentes les lipides, hein ! D'accord ! Bon, ben résultat, on a rien gagné ! »
D6 : « « Ah, ben oui mais mon médecin m'a dit qu'il fallait pas que je mange de pâtes » ou « qu'il fallait pas que je mange de pain »… « Non, non, j'ai pas le droit de manger de gâteau » etc. Donc voilà ! C'est difficile pour nous… Et ça c'est un message à leur faire passer ! C'est difficile pour nous après de rattraper ! Parce que malheureusement, c'est souvent la parole du médecin qui est plus importante que la nôtre ! Donc attention aux messages qu'ils transmettent. »

3.8.14 Les spécificités de chaque intervenant

3.8.14.1 MS1 : une activité exclusivement ambulatoire

3.8.14.2 MS2 : une activité de consultations couplée à un service d'hospitalisation

MS2 : « Nous, l'intérêt ici, c'est qu'on a la totale ! C'est-à-dire qu'on a l'hôpital de jour, on a l'hospitalisation et puis on a aussi une convalescence… Enfin, bon, la convalescence, pff ! Ca, c'est à discuter ! Moi, je m'en occupe pas exactement, c'est B. Donc les gens sont hospitalisés 3 semaines pendant lesquelles ils font de l'activité physique : vélo, gym, natation… Enfin, balnéothérapie ! Et … Et marchent. Plus la relaxation… Il y a une psychologue qui passe, les diététiciennes et pendant ces 3 semaines, ils essayent de mettre en place des choses ! Bon, d'une part, il faut qu'ils perdent pendant qu'ils sont ici et qu'ils aient mis des choses en place pour continuer chez eux ! »

3.8.14.3 D0 : une activité exclusivement libérale

3.8.14.4 Diététiciennes hospitalières : un travail dans l'hôpital, sous prescription médicale, concernant toutes les pathologies

CS : « Puisque, il faut d'abord le rappeler, nous exerçons sur prescription médicale ! Vous, vous cherchez quoi attendre de la diététique, mais nous, on sait ce qu'on attend de vous : des prescriptions !
CS : « Notre mission, c'est d'adapter l'alimentation dans tous les cas physiologiques et pathologiques de la vie… De la naissance jusqu'aux derniers jours ! En fait, c'est ça notre mission ! Donc « régime », on connaît pas, nous ! »
CS : « Ben, le problème, c'est que nous, on travaille plutôt sur prescription de médecins de l'hôpital ! Donc, on communique au médecin de l'hôpital ! On communique rarement au médecin… Ça, c'est plutôt une question qui s'adresse plutôt aux gens en libéral ! »

3.8.14.5 Diététicienne au réseau : animation d'ateliers de groupe à destination des patients diabétiques du réseau

D6 : « Voilà, ce sont des ateliers, normalement, de… Une série de 5 ateliers ! On essaye que ce soit tous les 15 jours, on recule des fois un petit peu avec les congés scolaires ou autres… Ça se passe on va dire sur deux… Trois mois ! Oui, trois mois à peu près ! Avec des thèmes particuliers à chaque atelier. Le premier thème qu'on aborde, c'est un thème très général sur l'équilibre alimentaire, qu'est-ce que c'est l'équilibre alimentaire ! Les groupes alimentaires ! Le deuxième atelier c'est sur les sucres ! Les sucres au sens large donc glucides ! […]Le troisième atelier, c'est sur les graisses, donc c'est pareil que pour le sucre : dans quels aliments je trouve des graisses, graisses animales, graisses végétales, saturées, pas saturées. […]Le quatrième, c'est sur les fruits et légumes puisque, bon ! On insiste beaucoup sur la consommation qui doit être régulière, à chaque repas, de fruits et de légumes ! Donc qu'est-ce qu'un légume, qu'est-ce qu'un féculent ? Les fruits : quels sont les plus sucrés, quels sont les moins sucrés ? Lesquels je peux manger ? […]Et puis le dernier atelier, c'est sur la lecture des étiquettes ! Comment bien faire ses courses, comment bien lire une étiquette ! […] On en a 5 comme ça ! […] *(Répond à la question de la durée de l'atelier)* Deux heures. »

3.8.15 <u>Réponses à des questions de détail issues des focus-groups</u>

3.8.15.1 Les diététiciennes sont-elles soumises au « secret médical » ?

CS : « Pareil ! Les diététiciennes sont des soignants à part entière, inscrits au fichier Adéli depuis janvier 2007 et donc elles sont liées au même titre que les infirmiers et que les médecins au secret professionnel mais elles ont accès à toutes les informations médicales ! Concernant le patient ! Elles ont exactement les mêmes obligations, les mêmes droits et les mêmes devoirs que les médecins au niveau de la confidentialité… De façon réglementaire ! »

3.8.15.2 Quelle est la formation médicale pour pratiquer la nutrition ? Peut-on inscrire sur sa plaque « médecin nutritionniste » ?

MS2 : « Et j'en avais profité pour faire le DESC Nutrition. Que j'avais eu en 1993 »
DLG à MG1 : « J'avais une question dans un des focus-groups qui était : A partir du moment où tu as fait un DU de nutrition, est-ce que tu peux le mettre sur ta plaque ? »
MG1 : « Ah non ! Ah non, non, non ! Faut pas mélanger ! Tu n'es pas nutritionniste, tu n'es pas diabétologue »

3.8.16 Les notions mises en relief par les intervenants en dehors de la trame d'entretien

3.8.16.1 L'activité physique, élément fondamental de la prise en charge

MS1 : « c'est là où on intervient, on sera plus sur un avis médical mais on vérifiera quand même la diététique ! Et l'activité physique ! »
MS1 : « Et pas de médicaments ! Et puis de conseiller aussi de bouger «
MS1 : « L'activité physique, vous savez ? »
MS2 : « De toute façon, les soucis, c'est soit l'alimentation, soit l'exercice, hein ! »
MS2 : « Et puis… On essaye aussi de les brancher sur leur activité physique, sur ce qu'ils font et surtout qu'ils ne font pas ! »
D0 : « s'il y a de l'activité physique… »
MG2 : « Peut-être l'activité physique, enfin… »

3.8.16.2 Le plaisir et l'alimentation

MG1 : « On parle, tu sais, dans leur nourriture, la notion de plaisir, il y en a pas beaucoup ! Donc, on travaille surtout sur la motion de plaisir ! De pas forcément manger la plaquette de chocolat en entier, mais de se dire : » Voilà ! J'ai un carré de chocolat, je vais apprendre à le déguster ! » Ca veut dire quoi ? Ca veut dire pas le mettre dans la bouche et slurp ! Il est parti ! C'est de découvrir… On va apprendre à découvrir les saveurs ! A travailler sur la partie hédonique de l'aliment ! »
D6 : « Donc l'idée, c'est ça : c'est de leur montrer qu'à partir de choses très simples, mais néanmoins agréables, goûteuses, on peut suivre son alimentation équilibrée et se faire plaisir ! »

3.8.16.3 La pratique de la diététique : une pratique en souplesse et en adaptation

MS1 : « Non, je suis pas directive, je suis pas là à les engueuler parce qu'ils ont pas grossi ! Parce qu'ils ont grossi, pas maigri… C'est pas mon genre ! »
MS2 : « Mais avec un bon interrogatoire, on y arrive aussi ! C'est mieux d'avoir un semainier, ça c'est clair ! […] Après, j'ai des gens jeunes qui supportent pas de remplir un carnet de glycémie alors vous imaginez remplir ce qu'ils ont mangé, c'est pas… »
D0 : « Parce que le patient, de toute façon, c'est extrêmement rare qu'on leur demande, enfin, moi je leur demande en tout cas le moins souvent possible de peser des aliments ! Et quand par exemple, ils pèsent, de toute façon, ils pèsent pas longtemps, ça les embête, voilà ! »
D0 : « « Et moi, je veux un truc où c'est super-carré, où « Cric ! » Et… « Et je veux qu'il y ait des interdits ! » Donc, du coup, dans ces cas-là, je vais leur donner un régime ! »
MG2 : « C'était une expérience, moi j'ai trouvé, intéressante parce que c'était vraiment la patiente autonome qui m'avait choisi comme coach et qui… Et puis… Ca a bien fonctionné ! »

3.9. Pédagogie

3.9.1 Analyse de la littérature

Lors de la description de leur méthode, les études concernant l'enseignement de l'éducation thérapeutique ou de l'entretien motivationnel ne fournissent pas le programme précis de la formation dont ont bénéficié les internes. Elles donnent brièvement le volume horaire, les objectifs de la formation, une description en quelques mots des séquences pédagogiques. Elles ne peuvent servir d'appui à la formation en construction.

3.9.2 Construction du programme

3.9.2.1 Identification des thèmes de formation

L'analyse des focus-groups a permis de confirmer la pratique par les internes de prises en charge diététique et d'identifier plusieurs thèmes de formation possibles :
Les connaissances en diététique : les internes n'ont pas identifié au sein de leur formation initiale les enseignements et les connaissances qui peuvent leur permettre une prise en charge diététique. Il paraît nécessaire de mobiliser ces connaissances et de souligner les données scientifiques valides.

La formation en entretien motivationnel ou en éducation thérapeutique : celle-ci n'a pas été réalisée lors des deux premiers cycles, ou n'a pas été identifiée par les internes.

La méconnaissance des professionnels de santé pratiquant la diététique : les internes rapportent un exercice de la diététique isolé, inconfortable et ne savent pas qu'attendre des professionnels à qui ils adressent.

L'absence de travail sur les représentations des patients, leur mode de vie, leurs habitudes alimentaires chez les internes : les internes n'abordent pas ces champs avec leurs patients alors qu'il s'agit d'une pratique générale chez les professionnels de santé interrogés.

Le questionnaire auprès des internes de médecine générale a confirmé la faible importance des enseignements en diététique et nutrition d'une part et l'absence d'une formation structurée en entretien motivationnel et éducation thérapeutique d'autre part.
Les entretiens avec les professionnels de santé ont souligné plusieurs points :

- La diététique couple alimentation et exercice physique.
- Un travail sur l'alimentation inclut les modes de vie, habitudes alimentaires et représentations des patients.
- Les conseils que fournissent les professionnels de santé sont adaptés au patient et sont l'issue d'un cheminement avec le patient et ne sont pas standardisés.
- Le problème principal de la pratique diététique en médecine générale est la gestion du temps.
- Chaque intervenant présente des spécificités qui orientent sa prise en charge.

Quatre thèmes de formation sont ainsi apparus : connaissances en nutrition, apport des sciences humaines, entretien motivationnel et éducation thérapeutique appliqués à la pratique de la diététique en médecine générale, recours aux professionnels de santé spécialisés en diététique et nutrition.

3.9.2.2 Définition des objectifs

3.9.2.2.1 Objectif général ou intention de la formation

L'hypothèse de recherche à l'origine de mon travail de thèse était celle-ci :
« A l'issue de leur formation initiale en deuxième cycle, les internes en médecine générale sont en échec par rapport à la prise en charge diététique de leurs patients. Il existe des méthodes et des moyens permettant de réaliser ce type de consultation d'une façon efficace. »
L'objet de la formation est donc d'apporter des solutions aux difficultés identifiées lors de l'analyse des focus-groups. Cette formation doit permettre la mise en œuvre de la diététique en consultation de médecine générale. Mettre en œuvre demande des connaissances, en diététique et en nutrition, une méthode, l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel et des outils, outils diététiques et d'éducation.

La formulation de l'objectif général de la formation a donc été la suivante :

- Apporter des outils concrets pour la réalisation de l'éducation diététique en consultation de médecine générale.

L'ingénierie de la formation associe plusieurs étapes successives :

- Identifier les besoins de formation à partir des pratiques préexistantes (chapitre précédent)
- Construire des objectifs spécifiques (ce que les apprenants feront dans leur pratique à l'issue de leur formation » (tâches professionnelles), et des objectifs pédagogiques, correspondant à ce que feront les participants pendant la formation (tâches d'apprentissage).
- Choisir des méthodes pédagogiques adaptées à chaque objectif pédagogique
- Construire les outils pédagogiques pour chaque séquence pédagogique
- Construire une évaluation de chaque objectif spécifique ou de chaque groupe d'objectifs
- Rédiger le scénario pédagogique

3.9.2.2.2 Formulation des objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques identifiés pour parvenir à cet objectif général sont au nombre de quatre. A l'issue de la formation, l'interne doit:

- Travailler en partenariat avec les professionnels et les structures qui font de la diététique dans son environnement professionnel

- Orienter son patient si nécessaire en fonction de ses besoins identifiés et des spécificités des intervenants
- Mener une consultation de diététique en consultation de médecine générale.
- Intégrer la diététique dans le projet de santé personnalisé avec son patient.

3.9.2.2.3 Formulation des objectifs pédagogiques

- Objectif pédagogique n°1 :

Afin que les internes extraient de la formation des réponses à leurs besoins individuels, il a paru nécessaire que chacun puisse contextualiser la formation par rapport à ses connaissances et à sa pratique.
Le premier objectif pédagogique ne correspond donc pas de façon linéaire à un objectif spécifique :

  - Objectif pédagogique:

- Identifier ses compétences et ses limites dans les différents champs du savoir, du savoir-faire et du savoir être, de l'organisation professionnelle en matière de diététique.

- Objectifs pédagogiques n°2 et n° 3 :
  - Objectifs spécifiques :

- Travailler en partenariat avec les professionnels et les structures qui font de la diététique dans son environnement professionnel.
- Orienter son patient en fonction de ses besoins identifiés et des spécificités des intervenants.

  - Objectifs pédagogiques :

- Lister les différents professionnels et les structures qui font de la diététique
- Identifier les spécificités de chaque professionnel et structure.

- Objectifs pédagogiques n°4 à 11 :
  - Objectifs spécifiques:

- Mener une consultation de diététique en consultation de médecine générale en utilisant des techniques de l'éducation thérapeutique.
- Intégrer la diététique dans le projet de santé personnalisé avec son patient.

  - Objectifs pédagogiques :

- Expérimenter les techniques de l'entretien motivationnel (questions ouvertes, reformulations, empathie)
- Décrire la réalisation de l'éducation thérapeutique séquentielle dans sa pratique.
- Expérimenter les apports des questions ouvertes par rapport aux questions fermées.
- Associer les différentes techniques de l'entretien motivationnel

- Expérimenter la création de micro-objectifs.
- Associer les différentes techniques de l'entretien motivationnel.
- Expérimenter la création de micro-objectifs.
- Débattre des attitudes et des techniques d'entretien dans une séquence éducative.

- Objectif pédagogique n°12 :
  - Objectif spécifique :

- Intégrer la diététique dans le projet de santé personnalisé avec son patient.

  - Objectif pédagogique :

- Décrire la réalisation de l'éducation thérapeutique séquentielle dans sa pratique.

3.9.2.3 Méthodes pédagogiques

3.9.2.3.1 Méthode associée à l'objectif pédagogique n°1

Le premier objectif pédagogique était : « Identifier ses compétences et ses limites dans les différents champs du savoir, du savoir-faire et du savoir être, de l'organisation professionnelle en matière de diététique. »

- La méthode employée doit avoir pour but :

- De stimuler un questionnement de chaque interne par rapport à sa propre pratique de la diététique
- Que les internes et les formateurs identifient les points forts et les difficultés rencontrées lors de la pratique de la diététique
- De collecter rapidement la plus grande diversité d'aspects divergents ou complémentaires
- D'initier un débat entre les internes concernant leurs connaissances et leur pratique
- D'apporter ensuite les notions théoriques adaptées aux besoins recensés

- Les méthodes envisagées :

- Brainstorming
- Philips 6x6

- La méthode retenue :

Il a été décidé de retenir le Phillips 6x6. Cette technique d'animation qui s'adresse à un groupe de moyenne importance permet classiquement le recueil de productions de sous-groupes de 6 groupes de 6 personnes en 6 minutes (soit 36 personnes) (77).

Son déroulement se réalise selon les étapes suivantes : l'animateur expose la problématique. Chaque sous-groupe désigne un rapporteur. Les sous-groupes répondent à la problématique en

6 minutes puis chaque groupe produit son rapport, présenté aux autres groupes. L'expert intervient après l'intervention de chaque sous-groupe ou à la fin de la succession des rapports.

Cette technique permet l'animation au sein d'une seule salle, ce qui permet de limiter les temps de déplacement et d'installation des internes dans les salles et convient au nombre limité d'animateurs lors du séminaire.

Cette méthode a semblé préférable au brainstorming pour deux raisons : une production d'idées en un temps plus court que le brainstorming, une expression facilitée pour les internes les plus discrets au sein de petits groupes.

La séquence a été clôturée par une présentation en plénière qui avait pour but d'apporter quelques connaissances théoriques dans le cadre de la diététique selon les recommandations de bonne pratique, les difficultés mises en évidence lors des focus-groups, les apports de sciences sociales concernant l'alimentation.

3.9.2.3.2 Méthode adaptée aux objectifs pédagogiques n°2 et n° 3

- Objectifs pédagogiques :

– Connaître les différents professionnels et les structures qui font de la diététique
– Identifier les spécificités de chaque professionnel et structure.

- La méthode employée doit avoir pour but :

– De faire constater aux internes qu'ils connaissent les professionnels de santé relais
– Que les internes fassent le lien entre les professionnels qu'ils citent et les contacts qu'ils ont pu avoir avec eux au cours de leur formation initiale
– Que les internes puissent échanger sur ce que ces professionnels peuvent apporter à leurs patients.

- Méthodes envisagées :

– Entretien avec une diététicienne sollicitée pour le séminaire
– Brainstorming
– Métaplan

- Méthode retenue : le méta plan, enrichissement du méta plan avec débat, interview de groupe.

Le métaplan (77) est un dispositif d'affichage de confrontations et de classement de propositions d'un groupe à propos d'un thème donné.

L'animateur présente l'objectif et précise la tâche à accomplir. Chaque participant réfléchit et remplit avec un ou deux mots autant de cartons qu'il a d'idées. Quand le groupe est prêt, tous les cartons sont affichés sur le mur. Ils sont alors commentés par les participants et par l'expert. Les cartons peuvent être déplacés pour mettre en évidence des regroupements, des oppositions.

L'interview avec la diététicienne n'a pas été retenue car elle posait plusieurs problèmes : le choix de l'intervenante (fallait-il privilégier une intervenante libérale, hospitalière ?), la rémunération lors du séminaire, l'abord d'un seul intervenant en diététique (pas d'exploration des pratiques des médecins spécialistes, des médecins généralistes, de l'activité en réseau…).

Le brainstorming paraissait permettre moins de manipulation des idées que le métaplan.

3.9.2.3.3 Méthodes adaptées aux objectifs pédagogiques n°4 à 11

- Objectifs pédagogiques :

– Expérimenter les techniques de l'entretien motivationnel (questions ouvertes, reformulations, empathie)
– Décrire la réalisation de l'éducation thérapeutique séquentielle dans sa pratique.
– Expérimenter les apports des questions ouvertes par rapport aux questions fermées.
– Associer les différentes techniques de l'entretien motivationnel.
– Expérimenter la création de micro-objectifs.
– Associer les différentes techniques de l'entretien motivationnel.
– Expérimenter la création de micro-objectifs.
– Débattre des attitudes et des techniques d'entretien dans une séquence éducative.

Les méthodes employées doivent permettre d'expérimenter chacune des techniques de l'entretien motivationnel pour se les approprier puis de les articuler ensemble.

Les techniques de base de l'entretien motivationnel sont : l'utilisation de questions ouvertes, l'écoute active, la valorisation, la reformulation.

Les méthodes choisies doivent entraîner un apprentissage des habiletés relationnelles mais aussi un apprentissage théorique concernant l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique.

- Méthodes pédagogiques envisagées :

– Jeu de rôle
– Vignette
– Exposé-débat

- Méthodes retenues :

Le jeu de rôle (77) est une technique ludique qui permet une prise de conscience et d'initier un changement des pratiques. Il permet d'explorer un vécu. Il permet un apprentissage par les mises en relations entre le connu et le nouveau. Il s'organise en trois temps : la phase de préparation, le déroulement, l'exploitation du jeu de rôle.

La vignette est une variante du jeu de rôle, très courte, portant sur des éléments ciblés, précis, ici le changement de perspective dans le discours du patient par l'emploi de questions ouvertes. Elle permet une expérimentation d'une situation sans la complexité d'analyse que requiert un jeu de rôle. Les formateurs avaient l'expérience d'une vignette élaborée par le Pr Alain Golay permettant l'expérimentation des questions ouvertes. Sa réalisation implique une mise en pratique par la totalité des internes présents au séminaire.

Les principes théoriques de l'entretien motivationnel nécessitent un temps d'exposé théorique.

Un nouveau temps d'expérimentation autour de l'utilisation du semainier est nécessaire pour identifier les possibilités qu'apporte l'entretien motivationnel, son adaptation à la diététique, la manipulation d'un outil diététique et les difficultés que peuvent ressentir les internes dans les conditions d'une consultation.

Le jeu de rôle en groupes de 3 participants a été retenu (2 acteurs et un observateur) par opposition à un jeu de rôle comprenant deux acteurs observés par le reste des participants. L'objectif était de jouer une consultation à laquelle une patiente amenait un semainier (document pré-rempli, issu d'une consultation réelle de médecine générale, utilisé dans des ateliers d'éducation thérapeutique à destination de médecins généralistes) à son médecin.

La solution d'un jeu de rôle à trois a été retenue afin que le maximum d'étudiants expérimente la situation et les apports de la formation.

L'exploitation du jeu de rôle s'est effectuée sous forme d'un débriefing avec interview de groupe.

Les temps précédents permettent d'expérimenter une séquence d'éducation. Celle-ci s'intègre avec différentes séquences pour réaliser l'éducation thérapeutique séquentielle. Il a été choisi la méthode d'exposé-débat, pour permettre d'une part l'acquisition de nouveaux savoirs, d'autre part l'appropriation de ces savoirs par les internes en permettant un échange autour des concepts évoqués.

3.9.2.4 Construction du scénario (annexe 5)

L'articulation des méthodes pédagogique a été réfléchie pour réaliser une gradation au cours de la journée. Les différents temps de cette gradation peuvent être résumés comme tels :

- Identification par l'interne de sa pratique, de ses connaissances, de ses compétences et de ses besoins en diététique
- Apports théoriques de diététique et de nutrition : permettre à l'interne de compléter ses connaissances médicales, psychologiques et sociales
- Identification des professionnels de santé relais : identification de son réseau par l'interne
- Acquisition de nouvelles compétences en communication
- Associer savoirs et nouvelles compétences autour de l'utilisation du semainier
- Intégrer ce type de consultation au suivi du patient : prévoir de nouvelles séquences éducatives, poursuivre le suivi habituel.

3.9.2.5 Construction des outils pédagogiques et didactiques

3.9.2.5.1 Animation du Phillips 6x6

La séquence concernant l'analyse des pratiques en Phillips 6x6 nécessite l'abord de plusieurs questions. L'animation se réalise par sous-groupes, par un interne désigné dans le groupe. Les

questions sont fournies aux internes grâce à un document Word comprenant les items suivants :

- Etape 1 : En sous-groupe, faisons connaissance…

– En quelle année d'internat sont les internes du groupe ?
– Combien y a-t-il d'internes ayant réalisé un stage de premier niveau ? de deuxième niveau ? n'ayant pas réalisé de stage ambulatoire ?
– Quelles sont les attentes de chaque interne par rapport à la formation ?

- Etape 2 : Tour de table en sous-groupe

– Travail sur les récits proposés par les internes : un interne volontaire commence, présente rapidement le cas clinique qu'il a préparé puis il répond aux questions :
– Pourquoi un abord diététique avec ce patient ?
– Comment s'est déroulée cette rencontre ?
– L'interne y a-t-il pris du plaisir ?
– Quelles difficultés a-t-il rencontrées ?
– L'animateur du groupe structure le récit et les réponses sur 4 feuilles, une par question.

3.9.2.5.2 Scénario des vignettes

Le scénario des vignettes est un document de l'équipe du Pr Alain Golay et a été validé lors de formation continues (annexe au scénario, annexe 5)

3.9.2.5.3 Semainier

Le semainier utilisé lors de la formation est un semainier issu d'un recueil effectué par une patiente avant une consultation auprès de son médecin généraliste. Ce semainier a été utilisé lors de formations continues et de congrès lors de séquences dédiées à l'éducation thérapeutique.

Deux scénarii permettant de jouer les rôles de médecin et de patient ont été construits pour contextualiser le semainier. (annexe 6)

3.9.2.5.4 Présentations en plénière

Deux présentations en plénière ont été construites, deux autres avaient été précédemment construites pour d'autres formations sur les mêmes thèmes (annexe 7).

- Première présentation

La première présentation avait pour but d'apporter les notions théoriques selon les besoins

identifiés par les internes à l'issue de leur analyse des pratiques. Il s'agissait de construire un exposé préétabli, à exploiter selon les besoins des internes le jour de la formation. Cet exposé bénéficiait d'un support de diapositives présentées avec le logiciel PowerPoint. La trame de la présentation a été définie lors de la construction du scénario, elle reprenait les items suivants:

- Partie justification biomédicale:
  - Pourquoi faire de la diététique : à partir d'une recherche bibliographique ; pourquoi faire maigrir les gros, dans quelles proportions, intérêt du régime dans le diabète, dans l'hypertension artérielle, dans les dyslipidémies et l'obésité.

- Partie formation initiale :
  - Rappel du livre Endocrinologie Nutrition des éditions Vernazobres (auteurs P. Fischer-Ghanassia, E. Ghanassia), référence en formation initiale pour les internes lors des focus-groups. Alimentation équilibrée = 50 % glucides, 30% protides, 20% lipides, privilégier les glucides complexes, existence d'un rapport oméga 3/oméga 6 idéal, calories conseillées pour un adulte homme ou femme.
  - Focus –group : présentation des résultats principaux.
  - Questions d'internat : donner les items de l'Examen National Classant abordant la diététique :
    - Présentation du polycopié national de nutrition (programme officiel de l'internat) : nombre de pages, items abordés, contenu applicable en pratique de médecine générale.
  - Rappel de la liste des recommandations diététiques des recommandations de la Has disponibles sur internet au jour du séminaire :
    - HTA : régime alimentaire riche en légume et en fruits… Diminuer la consommation de sel à 6g, perte de poids pour IMC < 25 ou 10% du poids corporel
    - Dyslipidémies
    - Diabète de type 2 : le traitement initial est le régime, la modification des habitudes de vie doit rester la pierre angulaire du traitement
    - Surpoids et obésité de l'adulte : note de cadrage, recommandation en cours.

- Partie alimentation et comportement :
  - Que représente l'alimentation pour les français ? Santé, plaisir, corvée… (référence : Baromètre nutrition 2008)
  - L'alimentation est un comportement basé sur une représentation
  - Comment apprend-on à manger ?
  - Comment utilise-t-on ses représentations pour s'alimenter ?
  - Quelle différence entre savoir et faire ?
  - Quelle place pour la prescription pour « soigner » un comportement ?
  - Comment fonctionne un patient atteint de maladie chronique ? Stades d'acceptation de Kubler-Ross, Prochaska
  - Ethique et diététique : quelles limites éthiques à la prise en charge diététique ?

- Deuxième présentation

La deuxième présentation concernant les questions ouvertes et fermées avait été créée lors de formations d'initiation à l'entretien motivationnel au sein du réseau Diabolo. Elle a été utilisée sans modification.

- Troisième présentation

La troisième présentation théorique a présenté l'entretien motivationnel et introduit le jeu de rôle autour du semainier. Son détail est le suivant :

- Lien avec diaporama précédent sur questions ouvertes et questions fermées.
- Présenter la reformulation (développer répétition, reformulations avec différents niveaux, présenter phrases à reformuler et proposer à des internes de faire?).
- Définition de l'entretien motivationnel et buts.
- Prochaska : représenter cercle ou spirale et comment nous allons pouvoir intervenir à chaque étape. Prévoir échange avec la salle. Qu'en pensent les internes ? Est-ce qu'ils utilisent les stades de motivation de Prochaska pendant la consultation ? Est-ce qu'ils pensent que ça peut être utile ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ? Préciser que l'utilité n'est pas uniquement de comprendre où en est le patient mais que cela peut avoir des applications concrètes en consultation.
- Echelles de motivation = stratégie d'action : coupler échelle de motivation et échelle de confiance en soi, présenter exemple, coupler dans un deuxième temps au Prochaska avec même exemple.
- Présentation d'une fiche de recueil alimentaire et de la façon de l'utiliser mode d'emploi directif : les internes vont jouer une consultation où le patient vient avec la feuille de recueil alimentaire, ils vont se mettre en côte-à-côte, en maintenant une distance de non-intrusivité, avec angle de 45°.Le but est d'utiliser les questions ouvertes, de reformuler et de dégager un ou plusieurs objectifs partagés ou décidés avec le patient applicables au sortir de la consultation.

- Quatrième présentation

La quatrième présentation théorique a présenté les différentes séquences successives en éducation thérapeutique séquentielle et l'utilité du plan de soins personnalisé.

Cette présentation est basée sur des présentations antérieures ressources crées lors de formations continues effectuées précédemment par le Dr Eric Drahi, dont l'exploitation le jour du séminaire s'est effectuée d'après les besoins de participants

3.9.2.5.5 Bibliographie fournie aux internes

Une annexe bibliographique a été créée (annexe 8). Elle avait pour objectifs :

- De fournir aux internes les liens vers les outils internet validés pour une utilisation en consultation.
- De fournir la liste des recommandations de bonne pratique guidant la pratique de la diététique en consultation.
- De donner des points d'ancrage à un questionnement éthique autour de l'amaigrissement.

- De fournir des références autour de l'entretien motivationnel et de l'éducation thérapeutique.

Elle a été formalisée sous forme d'un document Word et remise à chaque interne en fin de séminaire.

3.10. Evaluation du séminaire

3.10.1 Evaluation immédiate séminaire « Diététique » du 12 avril 2011

3.10.1.1 Rapport du débriefing des formateurs concernant le séminaire diététique du 12/04/2011

Les formateurs se sont rencontrés le 18 avril avant la lecture méthodique des évaluations pour échanger leurs perceptions concernant le déroulement de la formation et faire émerger des pistes d'amélioration.

3.10.1.1.1 Les principales difficultés qu'ils retiennent lors de la formation sont :

Les internes réclament des « recettes » qui ne leur ont pas été fournies

Les cas cliniques rapportés par les internes étaient centrés principalement sur l'obésité de l'adolescent et les présentations et exemples sur le diabète, le surpoids, l'obésité, la dyslipidémie chez l'adulte, ce qui a créé un décalage entre les attentes exprimées et les réponses apportées

La séquence sur les professionnels de santé était trop longue (ressenti des internes et par rapport au planning de la formation : séquence qui devait se dérouler de 11h50 à 12h25, séquence qui s'est déroulée de 11H50 à 12h45 puis de 14h00 à 14h45), notamment parce que les internes ont cité plus de personnes ou structures ressources (en particularité dans l'environnement social, citoyen) qui n'avaient pas été envisagées par la conceptrice et que toutes les ressources ont été analysées.

Les internes n'ont pas paru convaincus de l'appui nécessaire sur les autres professionnels ou structures, notamment les diététiciennes (sentiment de « je peux tout faire tout seul »).

3.10.1.1.2 Les solutions envisagées sont :

Conserver l'organisation du séminaire, pendant la séquence « les professionnels de santé », limiter la répartition des structures et professionnels de santé aux intervenants médicaux ou paramédicaux.

Retravailler l'organisation du matin, en travaillant non pas à partir de cas rapportés mais à partir de l'exemple de Mme B dès le matin en proposant une analyse méthodique de son relevé alimentaire sans apport notionnel préalable, utilisant les ressources préexistantes chez les internes, puis de proposer un rappel physiologique contextualisé et une présentation sur les principaux « pièges » en diététique puis travailler sur son parcours entre le médecin traitant et les professionnels ou structures ressources.

Présenter le recueil alimentaire de Mme B., où il existe des points d'appui évidents comme le grignotage puis un autre recueil où les « erreurs » ne sont pas accessibles lors d'une consultation de médecine générale pour comprendre les limites de la pratique de la diététique en consultation de médecine générale.
Les internes demandent quels conseils fournir. Faut-il alors travailler autour du concept d'observance puis de l'éducation thérapeutique en complémentarité ?

Les limites du séminaire sont en partie liées à la contrainte de tenir le programme sur une journée universitaire.
Doit-on envisager ce séminaire comme une entité autonome et éventuellement le développer sur 2 jours ?
Peut-on envisager ce séminaire comme un complément du séminaire « Mon patient va bien » où l'on pourrait aborder les « recettes » et les représentations des patients et travailler lors du séminaire « Diététique »sur des objectifs ou des thèmes plus spécifiques (dénutrition de la personne âgée, alimentation de l'enfant ou de l'adolescent obèse, ceci étant, ce deuxième thème est lui abordé lors du séminaire « Pédiatrie ») ?

3.10.1.2 Analyse méthodique des évaluations immédiates du séminaire « Diététique »

Le questionnaire a été fourni aux participants du séminaire à la fin de celui-ci et a été retourné aux formateurs immédiatement (24 inscrits et présents, 23 questionnaires retournés, 1 interne partie plus tôt)

Sur les 23 questionnaires retournés, 13 internes pensaient que le séminaire avait répondu à leur attente (« oui »), 3 internes que le séminaire ne répondait pas à leur attente (« non »), 7 internes que le séminaire avait partiellement répondu à leur attente (« partiellement », « pas totalement », « en partie », « oui en partie », « plus ou moins », « oui et non »).

Deux commentaires précisent que le séminaire a déplacé leur questionnement sur la diététique : « pas forcément de réponses à toutes les questions, mais poussent à se poser les bonnes questions », « et il a aussi répondu à des questions que je ne me posais pas. Notamment sur l'entretien motivationnel »

- <u>Les critiques négatives des internes peuvent se regrouper sous cinq grandes catégories :</u>

- Les internes éprouvent le besoin d'avoir une « boîte à outils »où ils pourraient puiser, ce que le séminaire ne leur a pas fourni : conseils, décryptage des erreurs alimentaires, outils pratiques.
- Ils souhaiteraient pouvoir approfondir leurs connaissances théoriques
- Ils expriment des besoins théoriques vers des populations ciblées : personnes dénutries, enfant et diversification alimentaire, enfant et adolescent en surpoids, personnes âgées dénutries
- Ils ont ressenti des longueurs lors de la séquence « les autres professionnels de santé »
- Ils ont trouvé le contenu du séminaire chargé

- <u>Les critiques positives des internes recouvrent quatre grands axes :</u>

- Le contenu du séminaire était intéressant
- Le séminaire était interactif avec une bonne dynamique de groupe
- Les internes marquent leur enthousiasme concernant l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique
- Ils ont apprécié l'implication des intervenants

3.10.1.2.1 Critiques négatives

- <u>Le besoin d'une « boite à outils » dans laquelle les internes pourraient puiser avec :</u>
  - Boite à outils

« Présenter des outils pratiques (recueil repas…) »

  - Des conseils :

« Plus de conseils diététiques », « plus de conseils diététiques », « types de régimes à suivre (diabète, obésité, maigreur) »

  - Un décryptage critique de l'alimentation habituelle des patients :

« conseils/astuces pour équilibrer l'alimentation », « connaître des équivalences », « pièges habituels », « trucs et astuces »

- <u>Un rappel physiologique plus approfondi :</u>

« Connaître les équivalences », « rappels sur les bases de la diététique/ application en pratique », « bases sur la diététique avec schémas », « pas de concret sur la diététique, plus de notions de base »

- <u>Expression de besoins théoriques vers des populations ciblées :</u>
  - Les patients dénutris :

« Comment enrichir l'alimentation »

- L'alimentation de l'enfant :

« Aspects plus théoriques par exemple l'enfant », « diversification alimentaire de l'enfant », « ajout pédiatrie », « approfondir enfant-adolescent », « plus de théorie sur les enfants (diversification) »

- La prise en charge de l'adolescent obèse :

« Approfondir enfant-adolescent », « prise en charge adolescent obèse/ surpoids »

- L'alimentation de la personne âgée :

« Conseils diététiques des personnes âgées dénutries », « dénutrition et personne âgée », « dénutrition personne âgée », « aspects plus théoriques par exemple […] la personne âgée »

- Des longueurs lors de la séquence « les autres professionnels de santé » :

« Partie professionnels de santé un peu longue », « activité sur les autres professionnels inintéressante et trop longue », « Le métaplan est peut-être un peu lourd comme méthodologie à la phase « analyse » »

- Un contenu du séminaire chargé :

« Dense », « la journée est trop courte ! », « séminaire centré sur l'obésité mais manque de temps sûrement »

3.10.1.2.2 Critiques positives

- Le contenu du séminaire était intéressant :

« Bon séminaire », « très bien », « séminaire très agréable », « intéressant malgré tout », « intéressant », « intéressant », « séminaire très intéressant », « séminaire très intéressant », « intérêt ++ en pratique », « en résumé : très très intéressant ».

- Le séminaire était interactif avec une bonne dynamique de groupe :

« Séminaire très agréable, vivant », « bonne entente et interactivité », « interactif », « très interactif »,« interactivité », « interactif », « bonne dynamique de groupe », « bien rythmé, timing OK ».

- Les internes marquent leur enthousiasme concernant l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique :
  - Découverte de l'entretien motivationnel et de l'éducation thérapeutique :

« Et il a aussi répondu à des questions que je ne me posais pas, notamment sur l'entretien motivationnel », « les ateliers entretien motivationnel étaient très intéressants et m'ont donné envie et hâte d'essayer ces techniques », « 1er cours entretien motivationnel : très très bien », « partie sur l'entretien motivationnel jamais abordée auparavant donc très intéressante ».

  - Techniques qui permettent de modeler son attitude par rapport au patient :

« Notamment sur l'attitude à avoir avec le patient », « ça permet de se rendre compte du vécu du patient et d'essayer d'adapter « au mieux » sa pratique pour faire adhérer le patient »

- Intérêt marqué de la part des internes :

« J'aime bien l'entretien motivationnel et éducation thérapeutique », « très bien les ateliers entretien motivationnel », « très intéressant pour la prise en charge des patients (entretien motivationnel, éducation thérapeutique) », « intéressant sur l'éducation thérapeutique et sur l'entretien motivationnel ».

- Ils ont apprécié l'implication des intervenants :

« Intervenants intéressants et motivants », « intervenants motivés et intéressants », « 2 intervenants très intéressés par le sujet », « 2 interlocuteurs très motivés, qui connaissent parfaitement le sujet et passionnés.

3.10.2 Evaluation à 6 mois par questionnaire Google document

Les adresses de messagerie électronique avaient été demandées à chaque interne à l'issue du séminaire (soit les 23 participants présents au terme de la formation). Un questionnaire Google Document a été construit en cherchant à explorer les modifications des pratiques des internes. 6 mois après la réalisation du séminaire, le lien vers le questionnaire a été envoyé à chaque adresse fournie. Les réponses ont été enregistrées de façon automatique dans un tableau récapitulatif qui a ensuite fait l'objet de l'analyse.

12 internes ont retourné le questionnaire d'évaluation à distance. 11 internes après la première sollicitation, un interne après la relance.

8 internes ont eu l'occasion d'aborder la diététique en consultation pendant ces 6 mois. 4 internes n'en ont pas eu l'occasion.

3.10.2.1 Utilisation du semainier ou du recueil alimentaire

5 internes ont utilisé au moins une fois un recueil alimentaire (ou semainier). 5 internes ont pratiqué un recueil des 24 heures en consultation.

3.10.2.2 Les autres techniques que décrivent les internes lors de ces consultations sont :

3.10.2.2.1 Des techniques de l'entretien motivationnel

« Questions ouvertes », « reformulation », « renforcement positif », « entretien motivationnel »

3.10.2.2.2 Une mise en relation de l'alimentation avec ses circonstances de prise, les émotions

« Grille situationnelle », « nutrition comportementale : affects liés à la prise alimentaire pour lutter contre un éventuel grignotage »

3.10.2.2.3 Une auto-analyse du patient de son alimentation guidée par l'interne

« Qualifier par les patients leur alimentation… puis comment ils peuvent y remédier »

3.10.2.2.4 La formulation d'objectifs partant des habitudes des patients

«Objectifs partant des habitudes des patients », « qualifier par les patients leur alimentation… puis comment ils peuvent y remédier »

7 internes pensent avoir orienté 1 à 25% de leurs patients posant des problèmes diététiques, un interne 25 à 50%. 4 internes n'ont orienté aucun patient.

3.10.2.3 Ces techniques sur la prise en charge des patients ont influencé la consultation

3.10.2.3.1 Amélioration de la relation médecin-patient

« Écoute ++, met en confiance le patient », « confiance des patients »

3.10.2.3.2 Facilitation de la discussion

« Ouvre des portes », « Rappel des 24 heures= établir facilement la discussion sur la diététique », « Meilleure compréhension des patients », « base pour mise en évidence des erreurs diététiques les plus flagrants »

3.10.2.3.3 Le patient devient acteur de sa prise en charge

« Prise de conscience des patients », « le patient se rend compte de lui-même des excès ou des améliorations à apporter », « patient se prend lui-même en charge, on est là pour l'orienter et l'accompagner », « meilleure adhésion au projet », « que le patient peut constater lui-même »

3.10.2.3.4 Evacuation des a priori

« Base pour discuter sur les habitudes alimentaires du patient sans jugement à priori »

3.10.2.4 Les internes ont intégré la prise en charge diététique

3.10.2.4.1 En reliant les problèmes diététiques ou de poids aux facteurs de risque cardiovasculaire

« Lié ttt des fdrcv + », « explication de l'impact d'un surpoids sur les risques cardio-vasculaire », « répercussion poids-activité-HTA et diabète », « prévention des risques cardiovasculaires », « relation de cause à effet »

3.10.2.4.2 En mettant en évidence les améliorations physiques et biologiques

« Prise de sang à trois mois (amélioration du bilan), baisse de la tension artérielle (prise tous les mois an même temps que la suivi, a permis de diminuer les traitements) »

3.10.2.4.3 En abordant la diététique lors de consultations où il n'y avait pas de demande

« Les problèmes diététiques ont été abordés surtout en consultation chez des patients en surpoids ou à risque cardiovasculaire qui revenaient avec un bilan biologique et pour les enfants au cours d'un bilan de santé avec mesure poids taille. »

3.10.2.5 Ce qui a paru le plus important aux internes à l'issue de la formation

3.10.2.5.1 Tenter une prise en charge

« De tenter une consultation »

3.10.2.5.2 Etre à l'écoute du patient

« Écoute; », « écouter le patient, », « être à l'écoute du patient »

Utiliser les techniques de l'entretien motivationnel :

Implication du patient, technique pour comprendre la motivation ou la développer », « persévérance, », « écouter le patient, l'encourager, entretien motivationnel questions ouvertes »
« Poser des questions ouvertes », « Entretien motivationnel. »

3.10.2.5.3 L'existence d'outils

« D'utiliser des outils tel que le recueil sur une semaine », « Cela nous permets d'avoir des outils pour donner des conseils diététiques aux patients »

3.10.2.5.4 Définir des objectifs à partir des possibilités du patient, de ses capacités et de son environnement

« partir des attentes du patient, prise en compte de l'environnement socio professionnel, », « fixer des mini objectifs, », « et surtout leur donner des clés pour modifier de façon durable leur alimentation que cela est nécessaire. », « et le laisser formuler lui-même problème et solutions possibles »

3.10.2.5.5 Proposer une consultation dédiée

« De proposer plus facilement une consultation dédiée à la diététique »

3.10.2.6 Les difficultés rencontrées par les internes quand ils engagent une prise en charge diététique sont :

3.10.2.6.1 Le manque de temps

« Manque de temps », « temps trop court », « temps de consultation trop court »

3.10.2.6.2 La méconnaissance des relais

« Manque de connaissance des interlocuteurs du secteur »

3.10.2.6.3 L'absence de motivation des patients, la démotivation

« Certains n'adhèrent pas malgré les apparences… semblent adhérer mais pas de retour », « patients peu motivés qui ont essayé plein de choses », « démotivation »

3.10.2.6.4 Les problèmes liés à l'environnement du patient

« Problème financier et social (femme seule isolée) »

3.10.2.6.5 Les problèmes de santé qui interfèrent

« Problème thyroïdien »

3.10.2.6.6 L'absence de point d'accroche évident pour des modifications

« Mais quand je ne voyais pas les erreurs diététiques apparentes et que ça semblait assez improbable vu le dossier médical j'étais nettement plus embarrassée... (Peut-être que finalement c'est que le patient n'était pas prêt à en parler). J'essayais alors de ne pas trop m'étendre sur le sujet, mais la réponse "vous avez l'air de bien faire mais vous prenez du poids/ votre cholestérol monte", suivi de... rien, n'est pas très satisfaisante pour moi ni je pense pour le patient. Et je trouve que cette situation est très frustrante quand elle arrive dans un surpoids chez un adolescent qui fait du sport et qui a des parents attentifs... », « difficulté pour les personnes âgées de se rendre compte de leurs excès alimentaires ».

3.10.2.6.7 Ne pas penser à utiliser un outil

« Là peut être que le recueil alimentaire pourrait m'aider, mais pour la situation à laquelle je pense j'ai oublié de le proposer »

3.10.2.7 Ce que les internes voudraient préciser sur la formation

3.10.2.7.1 Une formation intéressante, à poursuivre

« Formation à poursuivre », « très intéressante », « très intéressante », « bonne formation, confirmation de mes connaissances (déjà importante en diététique). Utile », « formation très intéressante »

3.10.2.7.2 Une formation apportant des outils concrets pour certains

« Donne outils utiles », « Formation très intéressante et très pratique à poursuivre », « astuces pratiques : recueil alimentaire, exemple, recueil des 24h, astuces sur l'entretien motivationnel », « formation très intéressante qui donne des outils utiles pour mieux communiquer avec ses patients de manière générale, base de l'éducation thérapeutique et en particulier en diététique. »

3.10.2.7.3 Une formation n'apportant pas assez d'éléments concrets pour d'autres

« Des éléments intéressants mais peu de choses concrètes à proposer aux patients en demande de conseils diététiques », « manque d'éléments concrets à mettre en pratique en consultation »

4. DISCUSSION

4.1. Forces et limites méthodologiques

4.1.1 Les étapes préalables à la création du séminaire

4.1.1.1 Focus-group

4.1.1.1.1 Le choix de la méthode des focus-groups

Il a été choisi de débuter le travail de thèse par l'identification des besoins de formation exprimés par les internes. Il a également été choisi pour de ne pas tenir compte des présupposés de l'interne ou de son directeur de thèse concernant ces besoins.

Débuter sans préconçu relevait d'une approche qualitative. En effet, il s'agissait de faire émerger des pratiques, des difficultés et des représentations au sein de la population des internes.

Le choix se portait entre différentes méthodes dont principalement les entretiens semi-dirigés et les focus-groups. La technique des focus-groups a été retenue car elle permet d'observer les valeurs communes d'un groupe alors que les entretiens semi-dirigés sont plus adaptés à l'exploration de positionnements individuels.(78)

Les focus-groups sont des discussions de groupe ouvertes, organisées dans le but de cerner un sujet ou une série de questions pertinentes. Ils s'adressent à un groupe social défini (ici, les internes) et utilisent explicitement les interactions entre les sujets pour faire émerger des besoins, des attentes, des satisfactions mais aussi de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Cette technique d'enquête qualitative permet de faire émerger de nouvelles idées, inattendues par le chercheur.(79)(43)

4.1.1.1.2 Limites de la méthode des focus-groups

Selon les publications, cette technique nécessite la constitution de groupes de 4 à 15 personnes. La difficulté entraînée par la constitution de grands groupes de discussion étant la compréhension, l'attribution des propos à chaque intervenant et l'enregistrement des discours par le chercheur. Classiquement, le groupe est guidé par le chercheur, qui pose les questions et veille à l'interaction, et étudié par un observateur, qui a pour rôle d'enregistrer les discours et d'y associer les expressions non-verbales du discours.

Les limites de l'utilisation des focus-groups sont de plusieurs types :

- Le risque du consensus : le focus-group a pour but de faire émerger le maximum d'idées divergentes à propos du même thème. Cependant, au sein d'un groupe social, les interactions ou les discours tendent spontanément vers une position commune. Les questions et les reformulations du chercheur ont pour but d'explorer les idées exprimées mais aussi de limiter le consensus.
- Le risque lié à la présence d'un leader d'opinion : le leader d'opinion est un individu qui en raison de sa position sociale, de sa personnalité, est susceptible d'influencer les

opinions ou les actions du reste du groupe. Dans le cas d'un focus-group, le risque est de ne recueillir que les idées du leader au détriment des idées des autres membres du groupe.

- La dissimulation d'idées jugées « non conformes » : les individus s'exprimant face à d'autres membres d'un groupe, certaines idées ou représentations personnelles mais estimées comme « déviantes » des représentations du groupe peuvent être dissimulées. Les conditions d'entretien (convivialité, non-jugement) ne suffisent pas à lever cet obstacle.
- Les données issues de focus group sont des données exploratoires. Elles sont issues d'interactions données dans un contexte particulier avec des intervenants singuliers. Ces données ne sont pas généralisables à l'ensemble d'une population donnée. Afin de les généraliser, il convient de vérifier les hypothèses découvertes par d'autres méthodes, par triangulation.

4.1.1.1.3 L'analyse des focus-groups

Il a été choisi la méthode de la table longue (43) pour l'analyse des données des entretiens. Cette méthode d'analyse a pour intérêt de faire émerger des catégories d'idées et des sous-catégories. Cependant elle tend à faire disparaître les interactions qui ont existé entre les participants lors de l'entretien. Il y a un risque de perte de certaines données.

4.1.1.1.4 Les limites apparues lors de la mise en application des focus-groups

Lors du déroulement des focus-groups, plusieurs limites ont été atteintes :

- <u>Le nombre de participants</u>

Les étudiants ont été recrutés par un courriel leur présentant mon travail de thèse. Certains internes ou remplaçants étaient des connaissances personnelles, d'autres internes n'avaient jamais été rencontrés. Le profil des interviewés ne présente pas de particularité par rapport à l'ensemble des internes de médecine générale de Tours : premier et deuxième cycles réalisés sur Tours ou dans d'autres facultés, projet d'installation en libéral après un temps de remplacement.

La date retenue pour la réalisation des focus-groups coïncidait avec la réalisation d'un enseignement de médecine générale à la faculté. 5 des internes sollicités participaient à cet enseignement. Les 2 focus-groups étaient réalisés successivement. Il avait été convenu de se retrouver à la faculté à l'issue de la formation.

Lors du premier rendez-vous, 2 internes étaient absents. Leurs coordonnées téléphoniques n'avaient pas été demandées, la totalité des échanges précédents s'étant effectué par messagerie électronique. Une explication à leur absence tient peut-être au fait que la formation s'est terminé plus tôt que les séminaires habituels.

Lors du deuxième rendez-vous, une interne était également absente, en raison de contraintes horaires non prévues sur son lieu de stage.

Le nombre d'internes présents était donc de 5 (3 internes pour le premier groupe, 2 internes pour le second) sur 2 focus-groups, au lieu de 8. J'ai donc choisi de ne pas avoir d'observateur mais d'inclure l'observatrice dans un des focus-groups en tant qu'interviewée.

L'entretien devait être enregistré par dictaphone, caméra (en utilisant uniquement la bande-son) et aussi manuellement par l'observatrice. Les données non-verbales de l'entretien ont alors été recueillies uniquement par vidéo. Ce choix a présenté l'avantage de pouvoir analyser les interactions et les signes non-verbaux par visions successives de l'enregistrement et probablement de limiter la perte d'information. En contrepartie, il a pu exister une gêne au démarrage des focus-groups liée à l'enregistrement visuel.

La dimension du premier focus-group, de 4 internes, en fait un groupe valide méthodologiquement. Le deuxième groupe de 2 internes souffre d'un biais méthodologique.

Il a été supposé que la triangulation permettrait de limiter ce biais.

4.1.1.1.5 Les biais identifiés

- Les biais lors de la réalisation des entretiens

Lors du deuxième focus group, on a pu voir une vision identique et restrictive de la diététique en tant qu'outil d'amaigrissement. Il est difficile de savoir si cette vision homogène correspond à un biais de consensus ou à une vision commune.

Lors des deux focus-groups, les internes ont déclaré qu'une formation en diététique était nécessaire. Cependant il est reconnu qu'un biais lors des enquêtes qualitatives est l'envie de « faire plaisir » à l'enquêteur. La réponse à la question de la nécessité d'une formation a donc peu d'intérêt mais permet d'introduire les réponses concernant ce que les internes désireraient voir inclus dans cette formation, qui elles, sont pertinentes.

- La saturation des données

Avec 2 entretiens de groupe, il est possible que la saturation des données n'ait pas été atteinte. Cependant, le consensus des 2 groupes sur les points-clés recherchés laisse penser que nous n'aurions pas obtenu des éléments différents avec plus de groupes.

4.1.1.2 Questionnaire auprès des structures syndicales et associatives de médecine générale

4.1.1.2.1 Le choix de la méthode du questionnaire et ses limites

Une exploration des formations initiales des différentes facultés a paru nécessaire pour valider ou infirmer les données du focus-group concernant le manque de formation initiale en diététique, nutrition et communication des internes. Cette exploration cherchant à apprécier des données numériques (volumes horaires de formation) ou des listes d'items, il a été choisi une méthode de recherche quantitative par questionnaire.

L'accès aux données de la formation initiale en diététique, nutrition et éducation thérapeutique a été problématique. Chaque faculté de médecine détermine son programme d'enseignement, en tenant compte de la publication du programme au Journal Officiel et des objectifs de réussite de ses étudiants à l'ENC. Elle peut être guidée par les publications des collèges d'enseignants qui apportent une vision commune à l'ensemble des questions traitées par une spécialité, comme le polycopié national de nutrition. Cependant, il y a potentiellement autant de programmes que de facultés.

Certaines facultés de médecine n'accueillent des étudiants qu'en premier et deuxième cycle. Il n'existe pas de structure répertoriant les facultés de médecine et identifiant des contacts au sein de ces facultés.

Lors de son enquête concernant l'enseignement de l'éducation thérapeutique en formation initiale, l'INPES avait identifié 43 facultés de médecine. Elle a enquêté auprès de 41 d'entre elles et malgré les relances, n'a obtenu des données qu'auprès de 19 d'entre elles (32).

La faiblesse de ce taux de retour pourrait s'expliquer selon l'étude par le fait que les enseignements peuvent dépendre de plusieurs responsables au sein d'une même faculté, sans structure centrale répertoriant les données ; ces responsables peuvent être différents d'une faculté à l'autre.

L'accès à chacun de ces responsables par une interne isolée paraissait irréaliste.

Une solution a été d'aborder le problème par les bénéficiaires de cet enseignement. Il a été choisi d'adresser le questionnaire avec un courriel explicatif à l'ensemble des associations et des syndicats de médecine générale, dont les coordonnées sont disponibles à partir du site de l'ISNAR-IMG (Intersyndicale autonome représentative des internes en médecine générale).

L'échantillonnage a été constitué de façon systématique, c'est-à-dire qu'il était recherché une réponse d'un interne ayant effectué son premier et deuxième cycle dans chaque faculté française.

Cette stratégie a permis d'obtenir des réponses concernant 17 facultés, résultat proche de l'enquête de l'INPES, avec des moyens sans doute très inférieurs.

4.1.1.2.2 Les limites apparues lors de la mise en application de l'enquête par questionnaire

Les questions étaient des questions fermées, attendant des réponses par oui/non, durée horaire ou des listes de réponses (quels thèmes abordés en formation)

Il était attendu des réponses objectives, reproductibles si la formation avait lieu dans la même faculté, quel que soit l'interne qui réponde.

Or, il est arrivé à deux reprises que des internes de la même faculté répondent et apportent des réponses divergentes. Il y a donc l'existence d'un biais, soit par la participation à des cursus légèrement dissemblables (stages, options d'enseignement…), soit par une évolution des programmes d'une année à l'autre (mais les deux réponses explorant la formation à Nice provenaient d'internes ayant passé l'ENC la même année). Ce biais pourrait également être un biais de mémorisation qui n'avait pas été anticipé.

Ce possible biais de mémorisation apporte un éclairage particulier à la réflexion autour de la formation initiale : la formation initiale apporte un savoir mais son exploitation et sa mise en pratique par les étudiants est une autre problématique.

Si le but de l'analyse quantitative est de connaître objectivement le programme en diététique et nutrition de l'ensemble des facultés, il aurait alors fallu trouver un intervenant de chaque faculté (maintien d'un échantillonnage systématique).

Si le but de l'analyse quantitative est de connaître le ressenti des internes par rapport à leur formation initiale, il aurait fallu rechercher un autre mode d'échantillonnage.

4.1.1.3 Entretiens semi-dirigés auprès de professionnels de santé en activité

4.1.1.3.1 Le choix de la méthode des entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés permettent d'obtenir des informations, d'élargir son champ de connaissance et de compréhension. Ils permettent d'explorer un positionnement personnel de l'interviewé (78). Les entretiens avec les professionnels de santé abordaient trois domaines dont l'exploration relevait d'une analyse qualitative :

- Que sont ces professionnels ? Comment travaillent-ils ? Quelles sont leurs représentations ?
- Que font ces professionnels par rapport à la pratique des internes et que peut-on en retirer pour modifier la pratique des internes vers plus de confort en consultation de diététique ?
- Quels peuvent être les liens entre ces professionnels et les médecins généralistes ? Quel réseau peut se créer un généraliste à partir de ces professionnels et de leur pratique ?

4.1.1.3.2 Limites de la méthode des entretiens semi-dirigés

L'entretien est une rencontre entre deux individus, l'enquêteur et l'enquêté, qui sont en interaction par le dialogue. Les réponses à l'entretien dépendent donc de paramètres multiples :

- Liés à l'enquêteur : précision des questions, qualité des relances (questions ouvertes, reformulations, demande de précisions), attitudes pendant l'entretien, représentations personnelles consciemment ou inconsciemment exprimées.
- Liés à l'enquêté : compréhension des questions, volonté d'échange, mensonges ou dissimulations, représentations personnelles et représentations sur l'enquêteur.

L'analyse par table longue, méthode d'analyse identique à l'analyse des focus-groups pose ici le problème de la perte de la qualité de l'interaction. La tonalité des échanges avec les diététiciennes hospitalières n'apparaît plus dans le traitement par catégorisation.

De plus, l'analyse a été restreinte aux thèmes permettant une avancée dans la production de la formation, en se concentrant sur les réponses aux questions de recherche et en prêtant moins d'attention aux données portant sur les représentations des professionnels interrogés et sur les interactions avec l'enquêteur.

4.1.1.3.3 Les limites apparues lors de la mise en œuvre des entretiens

L'échantillon a été composé de 2 médecins spécialistes, 7 diététiciennes et 2 médecins généralistes. Les entretiens se sont donc déroulés avec des intervenants exerçant différentes professions, dans des lieux et des conditions différents. Les entretiens ont exploré une pratique de la même thématique, mais la saturation dans l'exploration des pratiques de chaque corps professionnel n'a pas été recherchée.

Il existe un biais possible de sélection de ces professionnels : ces professionnels ont pour la majorité été identifiés (sauf MG2) grâce à leur contact avec le réseau Diabolo, réseau diabète basé à Orléans. Ce réseau propose un travail d'éducation thérapeutique centré sur le patient. Que cette pratique soit celle décrite par les professionnels peut être liée à ce contact avec le réseau, bien qu'elle soit corroborée par la littérature (recommandation de bonne pratique de la HAS) et MG2.

Un dernier biais de sélection est l'aire géographique dans laquelle ces professionnels ont été recrutés. Ils sont proches de mon domicile et de mes lieux d'exercice. Ainsi, j'ai pu au travers des entretiens, créer mon réseau de prise en charge dans le cadre de la diététique ; mais cette expérience n'est valide que pour les internes, remplaçants ou médecins généralistes, pratiquant dans la même zone géographique.

Lors des entretiens, ma position d'interne en médecine a pu induire de la part des médecins une tentation d'endosser un rôle de maître, en me considérant comme élève. Ma position d'étudiante en médecine a clairement orienté les réponses de CS lors de l'entretien avec les diététiciennes hospitalières : posture paternaliste mésestimant mon expérience, expression d'un corporatisme dans la pratique de la diététique.

Quelques entretiens ont été interrompus par des appels téléphoniques mais sans retentissement sur la qualité des entretiens, la conversation reprenant librement et rapidement.

Les entretiens ont été enregistrés par caméra vidéo, utilisée comme magnétophone avec quelques séquences filmées lors de présentations d'outils. L'objectif était de ne pas impressionner les professionnels interrogés. Les informations non-verbales retranscrites sont ainsi moins abondantes et moins précises que dans les focus-groups. La caméra a été utilisée à des fins vidéo lors de l'entretien avec les diététiciennes hospitalières afin de pouvoir attribuer chaque propos au bon interlocuteur lors de la retranscription de l'entretien.

4.1.1.3.4 Un entretien difficile, l'entretien auprès des diététiciennes hospitalières

Lors de la prise de contact avec une diététicienne hospitalière, celle-ci a proposé une date de rendez-vous à laquelle la cadre de santé pourrait être présente ainsi que d'autres diététiciennes. Les personnes qui participeraient à l'entretien n'ont pas été nommément identifiées lors de cette prise de contact. Pour moi, il apparaissait que pourraient être présentes plusieurs diététiciennes travaillant dans le service de diabétologie. Pour la diététicienne contactée, pouvaient être présentes plusieurs diététiciennes du service de diététique (travaillant dans de multiples services) ainsi que la cadre du service.

Lors de la présentation de mon travail de thèse, je me suis rapidement retrouvée en situation de devoir justifier mon travail et la pertinence d'aborder la diététique avec les internes de médecine générale. Ma position a été perçue comme l'investissement d'un domaine réservé aux diététiciens au bénéfice des médecins. L'ambiance des échanges a retenti sur mon attitude, puisque je me suis retrouvée en position de me défendre, et sur mes relances, qui ont été maladroites (j'ai par exemple cité plusieurs fois un médecin qui avait appartenu au service de diabétologie, puis s'était installée en libéral, ce qui a pu entretenir l'impression d'un « vol » du domaine de compétence des diététiciens par le corps médical).

La deuxième difficulté lors de cet entretien a été le champ extrêmement large dans lequel intervenaient les diététiciennes présentes : de la néphrologie à la diabétologie, présence dans les services de chirurgie… Il apparaissait difficile aux diététiciennes d'apporter une réponse globale à mes questions, du fait des trop grandes différences de pratique, mais le cadre des questions ne permettait pas d'explorer les différences entre les pratiques.

Cet entretien a énormément enrichi ma réflexion par rapport aux enjeux interprofessionnels et à la place spécifique de la diététicienne dans les parcours de soins.

4.1.1.4 Analyse de la littérature

4.1.1.4.1 Le choix de la méthode de recherche documentaire et les limites de la méthode

L'analyse de la littérature a été effectuée par moi-même, par recherche manuelle, dans les moteurs de recherche définis dans la partie"méthode". Les mots-clefs ont été traduits si besoin du français à l'anglais soit par connaissance personnelle, soit à l'aide du traducteur de l'INSERM. Les résultats des questionnements dans les boîtes de recherche n'ont été exploités que lorsque le nombre de résultats obtenus n'excédait pas 200 résultats. Si le nombre de résultats excédait 200, la question était reformulée ou des limites étaient ajoutées pour obtenir un nombre de réponses exploitable. Lorsque les résultats étaient inférieurs à 200, une première sélection était effectuée par pertinence du titre par rapport aux questions de recherche. La deuxième étape de sélection consistait en une consultation de l'abstract des résultats sélectionnés. Enfin, le texte original était consulté. J'ai obtenu tous les articles sauf pour 3 références bibliographiques pour lesquelles la mention [abstract] est ajoutée à la référence.

Les indexations dans le Mesh des articles les plus pertinents étaient consultées afin d'établir une recherche utilisant les mots-clefs de ces références.

La bibliographie des articles pertinents a été consultée afin de trouver les sources des articles elles-mêmes pertinentes pour ma recherche.

4.1.1.4.2 Les limites de la mise en œuvre de la méthode de recherche

Lors de ma formation initiale, je n'ai pas bénéficié d'un enseignement spécifique à la recherche documentaire. J'ai pu bénéficier en mars 2011 d'un séminaire de FMC de deux jours me permettant une initiation à la recherche documentaire sur Pubmed et à l'utilisation de logiciel bibliographique.

Cependant, mon inexpérience a pu entraîner des biais dans la recherche documentaire, en basant la recherche sur des mots-clefs peu pertinents par exemple.

En tant que francophone, la recherche documentaire en langue anglaise a pu être sujette à d'autres biais, notamment des erreurs de traduction des mots-clefs, des erreurs de compréhension de sujets d'articles qui ont pu être retenus ou abandonnés par incompréhension.

La recherche en langue française a posé d'autres problèmes comme la variation des mots-clefs d'une base documentaire à l'autre. Ainsi, le SUDOC et la BIUS, qui recensent tous les deux des thèses médicales, ne les référencent pas sous les mêmes mots-clefs. Il m'a ainsi été

impossible d'effectuer une recherche documentaire sur la base Francis qui recense 2,5 millions de références en sciences humaines et sociales, par méconnaissance des mots-clefs pertinents.

4.1.1.5 Les éléments issus de la triangulation :

La triangulation est l'usage croisé de techniques de recueil de données lors d'études qualitatives. Son utilité a été démontrée dans le cadre d'utilisation de la méthode des focus-groups (79)(80). Elle permet de confirmer les hypothèses des différentes recherches par recoupement.

4.1.1.5.1 La triangulation au sein des données de la littérature

La comparaison des différentes recommandations internationales retrouve une approche des règles hygiéno-diététiques homogène d'un pays à l'autre.

Cette homogénéité est mise en évidence par la lecture de la recommandation de la HAS concernant l'hypertension artérielle essentielle (12) : les recommandations américaines, européennes, britanniques, australiennes sont superposables.

Leur présentation ou leur mise en œuvre peut connaitre de légères variations selon les pays. Ceci peut fournir de nouveaux leviers d'action auprès des patients ou des pistes de réflexion quant à notre propre pratique : les « commandements » britanniques sont un moyen de mémorisation des mesures hygiéno-diététiques à promouvoir chez le diabétique, les recommandations de la SSMG concernant la prise en charge par la diététicienne du patient obèse ouvrent des pistes de réflexion sur les relations interprofessionnelles et les limites de l'exercice du généraliste.

Ces règles hygiéno-diététiques concernant la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire sont également celles recommandées à la population générale comme la « saine alimentation » canadienne ou les 9 repères du PNNS en France. Ceci permet d'utiliser de nombreux outils validés dans la prise en charge diététique des patients, selon la sensibilité du professionnel, du patient et la situation.

4.1.1.5.2 La triangulation entre les résultats des focus-groups et la littérature :

Les études explorant les pratiques et les attentes des médecins généralistes en diététique (37)(38) et les difficultés ressenties par les internes sont identiques : sentiment de manquer d'efficacité, de connaissances, d'outils, sentiment d'intrusion dans la vie du patient en abordant l'alimentation, difficultés face à la motivation des patients. Apparaît aussi le ressenti du manque de temps.

Lors des focus-groups, les internes évoquent les difficultés qu'ils ressentent par rapport aux représentations de leurs patients : les données des sciences sociales confirment l'importance du rôle des représentations dans l'alimentation (73)(74)

4.1.1.5.3 La triangulation entre les résultats des focus-groups et le questionnaire électronique :

Les internes, lors du focus-group déclarent une absence de formation initiale à la nutrition et à la diététique. Leur apprentissage de la diététique relève plutôt d'expériences de stage sans programme structuré. Les résultats du questionnaire rapportent une formation dans la majorité des facultés (15 réponses positives sur 19 questionnaires retournés) mais de faible volume horaire (moyenne de 10 heures d'enseignement) et parfois dispersé au sein des autres spécialités.

4.1.1.5.4 La triangulation entre les focus-groups, le questionnaire et les données de la littérature :

Les internes, lors des focus-groups, expriment des besoins en termes de communication, en citant particulièrement l'entretien motivationnel. L'enquête par questionnaire ne relève que 4 facultés enseignant l'éducation thérapeutique, une seule prévoyant un examen spécifique sanctionnant. La littérature confirme le peu de formation initiale à ce sujet (32), pourtant, les études publiées concernant la formation des internes à l'entretien motivationnel montrent une amélioration des aptitudes à l'aide au changement et au confort des étudiants (69)(36)(70)(81)(35). L'intérêt des internes à l'éducation thérapeutique est confirmé par le nombre croissant de thèses qui s'y rapportent.

4.1.1.5.5 La triangulation entre les focus-groups et les entretiens semi-dirigés :

Plusieurs points communs sont retrouvés dans la pratique des internes en diététique et la pratique des professionnels :

- Les internes et les professionnels utilisent des outils communs, comme les réglettes d'IMC, les courbes de poids chez les enfants, les fiches-conseils. Les professionnels soulignent l'importance des méthodes de recueil alimentaire, citant le semainier, qu'ont également utilisé les internes.
- Les internes ont souligné les difficultés qu'ils rencontraient à cause de l'environnement social des patients, leur mode de vie, leur exercice professionnel. Ces champs sont explorés de façon systématique par les professionnels.
- Les internes, lorsqu'ils sont interrogés sur leurs attitudes en communication, soulignent l'intérêt qu'ils ont pour l'écoute compréhensive du patient. Les professionnels décrivent ce type de pratique.
- Les internes évoquent le problème de l'actualisation de leurs connaissances. Selon les professionnels, c'est une des limites à la pratique de la diététique par les médecins généralistes.

4.1.1.5.6 La triangulation entre les données de la littérature, les résultats des focus-groups et les entretiens semi-dirigés

Le manque de temps des médecins généralistes pour la prise en charge diététique est souligné à la fois par les internes lors des focus-groups et par les professionnels lorsqu'ils évoquent les

freins à la pratique de la diététique en médecine générale. Les études explorant les pratiques des médecins généralistes en diététique soulignent également ce problème du manque de temps.

La thématique de la motivation des patients est également retrouvée dans ces trois recherches : elle est évoquée par les internes et par les professionnels de santé. Son absence chez les patients est citée comme un obstacle pour la prise en charge diététique par les médecins généralistes (37).

4.1.1.5.7 La triangulation ente les données de la littérature et les entretiens semi-dirigés

Les professionnels évoquent une trame identique d'intervention avec le recueil successif de données administratives, biométriques, d'anamnèse, socioprofessionnelles et évoquent la nécessité d'un travail sur les habitudes alimentaires. Cette trame d'intervention est celle décrite dans la recommandation de la HAS « La consultation diététique réalisée par un diététicien »(63).

Les pathologies nutritionnelles rencontrées et soignées par les professionnels de santé ayant une activité ambulatoire sont le diabète, les dyslipidémies et les surpoids ou l'obésité. Ce sont les principales pathologies nutritionnelles rencontrées par le médecin généraliste après l'hypertension artérielle (10) et celles choisies en référence pour ce travail.

Les professionnels de santé évoquent un principe d'équilibre alimentaire pour tous : que ce soit pour la population générale ou pour les patients atteints de diabète, d'hypertension, de dyslipidémie, d'hypertension, les règles hygiéno-diététiques seraient identiques. En comparant les recommandations nutritionnelles pour chacune des pathologies citées, on observe effectivement le même régime, avec la particularité des apports glucidiques pour le diabétique. Les recommandations britannique et belge évoquent la notion d'un même équilibre alimentaire pour tous, malades ou non. Cette homogénéité est logique si l'on considère ces pathologies sous l'angle des facteurs de risque cardiovasculaires. D'un point de vue de santé publique, il paraît également logique de chercher à faire diminuer ce risque cardiovasculaire dans la population générale : les recommandations au grand public sont bien les mêmes que les recommandations faites aux patients à risque cardiovasculaire.

Un médecin généraliste évoque lors de l'entretien une pratique éducative en séquences afin de réaliser la prise en charge diététique en médecine générale. Cette pratique est décrite comme l'éducation thérapeutique séquentielle dans la littérature (42)(67) et répond aux contraintes de temps du généraliste.

4.1.1.6 Création, réalisation et évaluation du séminaire

4.1.1.6.1 Construction du séminaire

- <u>Choix de la méthode de construction</u>

L'élaboration du séminaire et du scénario du séminaire ont été basés sur des ouvrages concernant principalement la formation médicale continue et sur le cahier des charges de

l'OGC, référence actuelle pour la sélection des projets de FMC (46). Il a donc été considéré que la formation initiale en troisième cycle en médecine générale réponde au même cahier des charges rédactionnel et pédagogique que la formation de leurs aînés.

- Limites de la méthode de construction

La formation a été construite pour correspondre au cadre habituel des formations du DUMG : elle devait se dérouler de 9h30 à 16h30, en respectant une pause déjeuner de deux heures le midi. Le nombre d'objectifs, de méthodes et le temps imparti pour chaque séquence a donc été limité pour entrer dans ces contraintes formelles.

Il aurait pu être choisi de monter un séminaire sur plusieurs journées, mais il paraissait difficile que les internes puissent se libérer de leur stage sur plusieurs dates successives.

- Les limites apparues lors de la construction du séminaire

Le choix des objectifs de formation s'est effectué grâce à la triangulation des besoins des internes mais l'importance donnée aux séquences a été influencée par d'autres facteurs :

- Le temps minimum nécessaire à l'enchainement des méthodes
- Le temps nécessaire à l'initiation à l'entretien motivationnel et à l'éducation thérapeutique : ce temps n'était pas compressible en dessous d'une demi-journée pour une initiation et une expérimentation des techniques spécifiques à ces thématiques.
- Le temps de rappel théorique a été court, son contenu réduit à cause des contraintes de temps, mais aussi d'après un ressenti des organisateurs : les internes ont des connaissances, mais éprouvent des difficultés à les mettre en œuvre.

Il a été choisi de ne pas faire appel à des intervenants extérieurs pour effectuer l'expertise, notamment une diététicienne, car cela posait de nombreux problèmes :

- L'intervenant idéal aurait été un professionnel exerçant en ambulatoire, or nous ne connaissions pas de personne-ressource sur Tours.
- La logistique en aurait été compliquée : la date du séminaire a été difficile à fixer car elle nécessitait la présence de deux généralistes enseignants, de l'interne, la disponibilité de salles à la faculté. Il aurait fallu y ajouter les disponibilités de l'intervenant.
- Le coût de la formation : il aurait fallu prévoir un dédommagement pour le déplacement et la durée de l'enseignement.
- La représentation d'un seul corps professionnel : les entretiens avec les professionnels ont montré des spécificités (ambulatoire, réseau, hôpital, médecin, diététicien) pour chaque type de professionnel qui n'auraient alors pas été prises en compte.

Il a alors été choisi d'expérimenter ces différences par la méthode du métaplan. Pourtant, comme cela a été exprimé dans les focus-groups et dans l'évaluation immédiate, cette méthode est peu appréciée des internes de médecine générale à Tours.

4.1.1.6.2 Déroulement du séminaire

Le séminaire s'est déroulé dans une ambiance conviviale et d'échanges. Le chronométrage des séquences a été partiellement respecté, la séquence concernant les professionnels de santé et faisant appel au métaplan ayant été plus longue que prévu de 65 minutes, ce qui a empiété sur la pause déjeuner et sur la dernière séquence d'exposé-débat concernant l'éducation thérapeutique séquentielle et le plan de soins personnalisé.

Il n'avait pas été identifié lors de la conception du scénario que les internes évoqueraient autant de structures ou personnes ressources, dans le cadre de la diététique, notamment l'environnement social.

4.1.1.6.3 Evaluation du séminaire

- Le choix de la méthode d'évaluation

L'évaluation du séminaire et de la thèse a été construite en trois niveaux :

- Formulation d'objectifs par les internes et enquête de satisfaction,
- Débriefing des formateurs à faible distance de la réalisation du séminaire,
- Evaluation à 6 mois par questionnaire auto-administré via messagerie électronique.

L'évaluation immédiate aurait pu être effectuée par des questionnaires pré-test et post-test, mais cette méthode s'applique mieux à l'acquisition de connaissances que de compétences.

L'enquête de satisfaction présente elle aussi des limites, puisque le but de la formation est de répondre d'une part aux besoins exprimés des internes présents lors de la formation et d'autre part aux besoins recensés lors du travail préparatoire au séminaire, et qui ne sont pas forcément perçus par les internes. Or, ceux-ci ne seront pas évalués par les internes.

L'évaluation à 6 mois a été réalisée par questionnaire auto-administré comportant des questions fermées et ouvertes. L'objectif du questionnaire était d'évaluer l'utilisation ou non des techniques et outils apportés lors de la formation. Il aurait pu être envisagé une évaluation à travers la rédaction d'un RSCA (Récit de Situation Clinique Authentique) concernant une consultation de diététique. Se posait alors la question de la grille d'analyse de ce récit, du temps et de l'investissement demandé à l'interne dans cette rédaction. Ce mode d'évaluation aurait a priori exclu les internes n'ayant pas pu, au cours des 6 mois, réaliser une nouvelle consultation de diététique.

Toutes ces techniques d'évaluation sont indirectes, puisque basées sur le discours des internes à propos de leurs besoins et de leurs pratiques. Un dernier mode d'évaluation aurait été de pouvoir observer les internes avant puis après le séminaire pour analyser leurs pratiques. Cette méthode n'était pas réalisable par une interne seule.

- Limites des méthodes d'évaluation retenues

L'enquête immédiate de satisfaction ne rend que partiellement compte du vécu du séminaire : elle ne permet pas de rendre compte de l'ambiance de la formation, ni des remarques orales adressées aux formateurs.

Les internes ont tous formulé un objectif de mise en pratique à l'issue de la formation. Les objectifs cités ont été listés par les formateurs. Pourtant, ils n'ont pas été exploités lors de l'évaluation à distance. Leur réalisation effective à 6 mois de la formation aurait pu donner un élément d'évaluation de la pratique des internes.

Le débriefing des formateurs comprend un biais de subjectivité : il s'agit de ce que les formateurs ont pu entendre et lire dans la fiche de recueil d'opinion immédiate exprimé par les internes. Il est possible que certaines situations d'inconfort ou d'incompréhension ressenties par les internes aient été ignorées des formateurs.

- Les limites apparues lors de la mise en application des évaluations

A l'issue des évaluations immédiates de la formation (enquête de satisfaction et débriefing des formateurs), la séquence autour des professionnels de santé semblait mise en échec par rapport à ses objectifs. Pourtant, l'évaluation à distance du séminaire met en évidence un adressage des patients par les internes, qui paraît supérieur à celui estimé avant la réalisation du séminaire (l'adressage des patients décrit lors des focus-groups étant quasiment nul). On peut penser que cette séquence n'aura pas eu un effet nul. Cette donnée valide l'intérêt d'une construction de l'évaluation en plusieurs temps.

Le questionnaire d'évaluation à distance a été rempli par la moitié des internes ayant participé au séminaire. Pourtant, le retour de ce questionnaire était une condition nécessaire à la validation des crédits horaires délivrés pour le séminaire. Il existe un possible biais de sélection lors de l'analyse de ce questionnaire. On peut penser que ce sont les internes les plus motivés par la diététique ou par l'éducation thérapeutique et par l'entretien motivationnel qui ont répondu.

4.1.2 Une autre thèse d'exercice aboutissant à la création d'une formation en troisième cycle

Il existe une seule autre thèse d'exercice en médecine concernant la création d'une formation par un interne, recensée dans le SUDOC et la BIUS, qui est également une thèse de médecine générale. Cette thèse a été soutenue en 2009 à la faculté de Lille par Monsieur Jean-Sébastien Cadwallader.

Cette thèse s'intitule : « Conception d'un séminaire de formation introductif à la recherche en médecine générale » (82).

En dehors des thèmes qui n'appellent pas les mêmes problématiques (soin ou recherche, domaine ouvert vers le psychosocial ou recherche scientifique), ces travaux présentent de nombreuses différences.

Dès l'analyse des besoins de formation, les deux thèses n'abordent pas le problème sous le même angle. Alors que mon objectif était d'étudier toutes les dimensions possibles à la pratique de la diététique et d'envisager son application en médecine générale, JS Cadwallader a formulé une question de recherche délimitant plus strictement son champ de recherche : la construction de sa formation devait répondre aux besoins des internes et aux attentes des enseignants dans le cadre de l'initiation à la recherche en médecine générale.

Nous avons tous deux réalisé une enquête autour des besoins de formation. JS Cadwallader a, lui, réalisé une enquête observationnelle descriptive transversale intéressant la totalité des

internes de 3 promotions lilloises de médecine générale pour explorer les besoins des internes, qu'il a couplé à 4 entretiens semi-dirigés auprès de référents recherche en médecine générale lillois : référent DMG (Département de Médecine Générale), conservatrice SCD (Service Commun de la Documentation) de Lille, enseignant chercheur en bio-statistiques, enseignant-chercheur en santé publique.

L'approche auprès des internes lillois est de type quantitatif, par questionnaire, nécessitant l'emploi de questions majoritairement fermées. Elle assume donc un présupposé de la situation, ce que je n'ai pas voulu faire, en m'orientant vers les focus-groups et la triangulation.

Nous avons tous les deux eu recours à des « référents » : les professionnels de santé pratiquant la diététique dans le cadre de ce travail, des référents en recherche dans le cadre de la thèse de JS Cadwallader. Cependant, les attentes envers ces référents étaient différentes : plutôt exploratoires dans un premier cas et prescriptives dans l'autre.

On observe donc deux conceptions différentes autour d'un même type de projet. Une conception holistique mais chronophage et nécessitant de trier dans une grande masse d'informations, une vision efficace au risque d'être réductrice.

La conception du programme de formation est difficilement comparable entre les deux thèses : en effet, les vocabulaires et les référentiels utilisés sont différents.

Le travail de JS Cadwallader s'arrêtait à la conception du scénario de la formation, qui s'est ensuite déroulée à la faculté de Lille.

Mon travail s'est étendu de la conception à la réalisation de l'évaluation, immédiate et à distance.

4.1.3 La subjectivité du contenu et le problème de la reproductibilité

4.1.3.1 Une subjectivité issue de mes attentes

Bien que les données théoriques concernant le contenu du séminaire soient objectives, issues des études et des recommandations scientifiques, je me suis rendu compte à l'issue du séminaire que sa conception était lié à mes attentes en diététique et que celles-ci avaient évolué depuis juin 2009, date de mon passage en commission de thèse à avril 2011, date de la réalisation du séminaire.

En 2009, je débutais mon deuxième stage en ambulatoire, en autonomie. Je ressentais alors des besoins en termes de connaissances et j'étais demandeuse d'outils pour ma pratique. En 2011, après la réalisation de consultations diététiques en tant que stagiaire, puis en tant que remplaçante, les outils m'ont paru moins centraux dans la prise en charge des patients. Par contre, j'ai ressenti un besoin d'élargir ma conception de la diététique, de ne plus me limiter aux données biomédicales pour explorer l'apport des sciences humaines et sociales. Il est probable qu'une réalisation du séminaire plus précoce par rapport au début de mon travail aurait entraîné un contenu différent.

4.1.3.2 Le problème de la reproductibilité des formations

Lors de la réalisation du séminaire, les formateurs se sont adaptés aux besoins exprimés des internes et aux contraintes imposées par le déroulement de l'action (l'allongement de la séquence sur les professionnels de santé a entrainé un raccourcissement de la séquence sur l'éducation thérapeutique séquentielle).

Il est probable que la réalisation du séminaire avec d'autres internes aurait entraîné des interactions, des apports notionnels différents.

La réalisation ultérieure du séminaire par d'autres formateurs serait aussi probablement différente, car bien que la formation se déroule en fonction du scénario établi lors de mon travail de thèse, il est aussi le reflet de mes besoins et de mon approche de la diététique. La sensibilité d'autres formateurs pouvant être différente, le séminaire le serait également. Il y aurait une « philosophie » de la formation, qui n'est pas exprimable par la description des tâches à réaliser lors de la formation.

4.1.3.3 La charge des représentations et le positionnement éthique du soignant et du formateur

4.1.3.3.1 La nécessité d'un positionnement éthique

La connaissance de données physico-chimiques et biomédicales ne suffit pas à aborder le champ de la diététique. Proposer aux patients des conseils stéréotypés est peu efficace lors de la prise en charge diététique, comme l'ont souligné les professionnels lors des entretiens. Il faut également prendre en compte les habitudes et les représentations sociales. Les phénomènes psychologiques secondaires aux tentatives de contrôle de poids (dépression, restriction cognitive, diminution de l'estime de soi) entraînent des questions éthiques liées à l'alimentation, que j'ai voulu faire transparaître lors du séminaire.

4.1.3.3.2 Une pratique médicale sous influence de ses représentations

Il a été abordé lors de la recherche bibliographique les représentations sociales qui influencent l'alimentation des patients et leur soignant. Le corps médical possède lui aussi en tant que groupe social des représentations qui guident notre pratique, en parallèle des données de la science. Le principe d'incorporation (« je deviens ce que je mange »), est présent en médecine dès Hippocrate, sous le précepte : « de tes aliments tu feras une médecine » (83).

L' « idéal diététique » que représente le régime méditerranéen est lui, par exemple, une construction idéologique et mythologique. Les initiateurs et les promoteurs du régime méditerranéen sont américains. En 1948, une étude menée par la Rockefeller Foundation en Crête aboutit à la définition du régime crétois. C'est ensuite Ancel Keys qui fait la promotion du régime méditerranéen. Le questionnement de ces chercheurs tient à la différence de mortalité cardio-vasculaire entre les populations américaine et méditerranéenne dans les années 50, dont l'explication pouvait tenir aux différences de régime alimentaire entre les deux populations. Ils ont ainsi décrit le « régime méditerranéen », modèle alimentaire

englobant la totalité du pourtour méditerranéen. Pourtant, les justifications qu'ils apportent renvoient également à un mythe de l'alimentation. Ils évoquent notamment le principe du retour aux origines : « Avant, c'était mieux ». Les modifications du régime alimentaire des américains sont récentes (quelques siècles), leurs ancêtres européens se nourrissaient mieux. Claude Fischler rapporte qu'en janvier 1993, au cours d'un colloque de la Harvard Medical School, à Boston, plusieurs orateurs affirment que, « depuis plus de 2000 ans », l'alimentation méditerranéenne telle qu'elle se traduit dans le régime en vigueur en Crète ou en Italie du Sud n'a pas changé. Or, historiquement, ce principe est faux : avant la découverte de l'Amérique, il ne pouvait pas exister sur le pourtour méditerranéen de « régime méditerranéen » comme nous le décrivons actuellement, puisque les tomates, courgettes, poivrons, pommes de terre sont des importations… américaines. De même, l'utilisation de l'huile d'olive comme condiment paraît relativement récente. L'alimentation méditerranéenne n'a pas seulement évolué en fonction du temps, elle varie dans l'espace évoqué par ces chercheurs : ainsi, l'alimentation du Sud-Ouest de la France, par exemple, se définit par l'utilisation de graisses animales et non pas l'huile d'olive. Elle est très différente de l'alimentation italienne, grecque ou libanaise. Ces représentations ne signifient pas pour autant qu'un régime de type « méditerranéen » ne soit pas bénéfique à la santé. Pourtant, cet exemple montre que le corps médical est lui-même soumis à des représentations qui modèlent son exercice.

4.1.3.3.3 Une pratique médicale sous influence des représentations sociales

- La morale alimentaire

Les comportements alimentaires sont basés sur une morale alimentaire (84). Dans les siècles précédents, les tenants de cette morale étaient religieux. Actuellement, ce sont les préceptes médicaux qui la régissent. Si l'on cherche à modifier les pratiques alimentaires afin d'augmenter l'espérance de vie de certaines catégories de la population (prévention des maladies cardiovasculaires), on induit aussi une modification du rapport à l'alimentation en général. Il existe maintenant un devoir d'équilibre et de variété : « manger de tout ». Et non plus comme avant, « pour éviter le gaspillage ou bénir ce que la Providence met dans notre assiette », mais plutôt pour satisfaire à une sorte d'obligation de santé implicite envers soi-même et les siens.

Les commandements de cette morale alimentaire explorés par C. Fischler sont :

- « Un devoir d'attention et d'effort : « résister à la tentation de la facilité ». Il faut consacrer suffisamment de temps à l'alimentation, au choix, à l'achat, à la préparation et à la consommation des aliments et porter attention à la qualité des produits. Il faut éviter la facilité de manger des allégés en grande quantité pour chercher plutôt à régler sa consommation d'aliments« vrais » et « complets ».
- Un devoir de maîtrise et de restriction. Il doit s'exercer à plusieurs niveaux :
- Garder le contrôle de ses sens et de soi-même devant certains aliments à la fois tentateurs et pernicieux, en particulier gras et sucrés.
- Résister à la tentation de l'éparpillement, en particulier du « grignotage ».
- Inversement, éviter les rigueurs extrêmes : repas sautés, régimes excessifs, résister en somme à la tentation de l'orgueil.
- Un devoir de rationalité : « être raisonnable » à tous les sens du terme, par exemple en sachant exercer des choix éclairés. Il faut connaître les effets des aliments, éviter le désordre et l'irrationalité (là encore se méfier des régimes aberrants, des horaires

anarchiques). Il faut apprendre à se construire une « solution » alimentaire personnalisée.

- II y a même dans une certaine mesure un devoir de gratification : « ne pas oublier le plaisir ». »

Ainsi, le diabétique est « puni par là où il a péché », la sylphide abusant des crèmes et pâtes deviendra obèse, le gourmand qui jouit sans entraves sera frappé de la foudre divine : l'infarctus. Ils ont désobéi aux préceptes diététiques et à la morale alimentaire (85).

- La stigmatisation des obèses

Les représentations sociales concernant les obèses sont fortes. L'alimentation est une activité sociale d'échange, de partage. Les représentations sociales font de la nourriture (comme de la richesse) un élément fini, non extensible : quiconque consomme plus que sa part prive autrui d'autant. Ainsi, les gros qui mangent plus qu'ils n'ont besoin - puisqu'ils stockent - transgressent les règles sociales. Ils sont perçus comme étant les seuls vrais responsables de leur état. S'ils sont gros, c'est parce qu'ils mangent trop, parce qu'ils sont incapables de se contrôler. Et transgresser les règles sociales qui entourent et encadrent l'alimentation amène des jugements de valeur, des jugements moraux (84).
Si les gros veulent être acceptés dans la société il faut qu'ils « rendent » ce qu'ils ont trop perçu. Ainsi, on distinguera les « bons gros » des « mauvais gros », les bons gros participant à la vie publique et citoyenne, en étant drôles, en exerçant des métiers physiques (ils ne sont alors plus gros mais « forts »).

4.1.4 Faire le lien avec les autres enseignements

Les internes qui ont participé au séminaire ont suivi des enseignements en diététique, en nutrition au cours de leurs trois cycles d'études en médecine.
Les autres formations proposées par le DUMG abordent également des notions de diététique. Il existe en troisième cycle de médecine générale à Tours un séminaire de Pédiatrie qui aborde l'alimentation de l'enfant.
Dans le cadre de l'éducation thérapeutique , le rapport de Mme Sandrin-Berthon, l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours, (27) propose une formation minimum de 15 heures (initiation), puis un séminaire de formation continue de deux jours tous les cinq ans comme formation minimale à l'ETP. Lors du séminaire, la séquence destinée à l'entretien motivationnel et à l'ETP a été de deux heures.
Le séminaire doit donc s'inscrire dans un programme plus large de formation : il doit être complémentaire des autres enseignements. En ETP, cette formation, prise de façon isolée, ne reste qu'une initiation. Pour qu'elle soit utile, elle doit s'intégrer aux autres enseignements et aux expériences de stage.

4.1.5 La juste place du médecin généraliste dans la prise en charge diététique

L'entretien avec les diététiciennes hospitalières lors de l'analyse des besoins de formation des internes pose la question de la place, du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge diététique. La totalité des voies de recherche rappellent aussi, malgré la possibilité d'une

pratique séquentielle, le problème du temps dont dispose le généraliste. Quelle est alors la place du médecin généraliste dans la prise en charge diététique de ses patients ? Quelle est la place de la diététicienne ?

L'argumentaire de la recommandation de la HAS concernant la consultation diététique réalisée par un diététicien (86), souligne l'importance de la coordination et de la collaboration entre soignants, diététiciens et médecins, que ce soit en structure hospitalière ou en ambulatoire :
« En France, les missions des diététiciens en établissements de santé sont définies par la circulaire du 4 mars 1985, et regroupent les activités : de suivi nutritionnel des personnes soignées, de consultation externe, et notifie la collaboration avec les médecins et professionnels de santé. Ces missions sont de l'ordre de la transcription des prescriptions médicales en repas adaptés aux patients, de l'éducation et de la prévention. »

En ambulatoire, le groupe de travail propose une définition de la consultation réalisée par le diététicien : « La consultation diététique, ensemble d'actes de soins, se déroule en entretien de face à face entre la personne soignée (accompagnée ou non de son entourage) et le diététicien. La consultation diététique est réalisée à partir d'une prescription médicale ou de la demande d'un particulier. Elle s'appuie sur la démarche de soin diététique et comprend : un bilan diététique, la mise en place d'une stratégie, la négociation d'objectifs de soin diététique entre la personne soignée et le diététicien, le suivi nutritionnel à but éducatif, préventif ou thérapeutique. C'est une activité de collaboration avec les médecins et les autres professionnels de santé, en accord avec la personne soignée et selon les objectifs de la consultation. »

Lors de l'entretien avec les diététiciennes hospitalières, « CS » définissait la consultation du médecin généraliste d'après la nomenclature générale des actes professionnels :
« C'est la nomenclature générale des actes professionnels qui décrit le contenu de la consultation du médecin généraliste : « La consultation ou la visite comporte, généralement, un interrogatoire du malade, un examen clinique et s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. » "Ca !" Tape du doigt sur son texte. "C'est extrait de la nomenclature générale des actes professionnels ! »

Cette nomenclature, appelée NGAP (87), liste les actes et les prestations pris en charge par l'assurance maladie et en fixe le tarif. Elle donne dans son article 15 la définition de la consultation :
« La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.). La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité. Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) - l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation - le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient ou le code de l'acte pratiqué. »

Cette définition de la NGAP cherche principalement à identifier ce qui donne droit à rémunération sous le terme « consultation » et surtout à définir en creux la notion d' « actes en série » qui n'ouvre pas le droit à la même cotation ni à la même rémunération.

La branche européenne de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) donne en 2002 une définition du métier de médecin généraliste (88) :
« Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

La consultation médicale ne peut donc se résumer à une association de séquences habituelles (interrogatoire, examen, prescription) et selon un texte règlementaire fixant des conditions tarifaires. Le médecin généraliste est un soignant de premier recours, qui intègre les dimensions bio-psycho-sociales à la situation de consultation et sa prestation de soins n'équivaut pas à la délivrance d'une prescription. Cependant, s'il agit personnellement, dans le cadre de la diététique par exemple, il se doit aussi d'orienter son patient lorsque la situation dépasse ses compétences.

La formation d'une diététicienne dure deux ans, deux années orientées vers la pratique de la diététique, avec une formation à l'éducation thérapeutique plus développée que la formation médicale (32). La diététicienne possède donc plus de compétences et obtient de meilleurs résultats que le médecin généraliste quand elle conseille les patients (89). Ces compétences sont à solliciter. Faut-il pour autant interdire au médecin généraliste d'aborder les mesures hygiéno-diététiques avec son patient lorsqu'elles sont la première thérapeutique ?
Il paraît plus pertinent que chaque médecin généraliste définisse les limites de ses compétences (dans les champs du savoir, savoir-faire, savoir-être) en diététique, sollicite ces compétences au service du patient et collabore avec la diététicienne lorsque ses compétences sont insuffisantes. Ceci suppose une pratique réflexive sur son exercice professionnel.

4.1.6 Les notions d'expertise et d'animation en formation

4.1.6.1 La notion d'expertise

Selon l'OGC, l'expert lors d'une action de FMC est celui qui possède des compétences sur le thème de la formation (46).
Une définition plus précise des compétences requises par un expert est donnée par la revue Pédagogie Médicale (90). Un expert est une personne qui a, par l'expérience et la pratique, acquis une grande habileté. C'est une personne choisie pour ses connaissances et ses compétences. Les qualités d'un bon expert devraient être : jouir d'une bonne crédibilité auprès des participants, respecter les objectifs éducatifs fixés, être bon communicateur, être capable de s'adapter au format de l'activité pour laquelle il est sollicité, respecter les consignes de l'animateur, répondre aux questions tout en stimulant la réflexion et l'interaction avec l'auditoire, apporter son expertise de façon pratique en présentant des exemples concrets, basés sur une littérature solide, fiable, pertinente et nuancée.

L'expert est donc une personne qui a réussi à intégrer des connaissances, à les mettre en pratique et à les restituer de façon compréhensible et contextualisées à un public spécifique.
Comment un interne peut-il s'inscrire dans l'expertise ? Le bilan de ses connaissances paraît le plus facile à effectuer. Lors de ce travail, on peut se pencher sur la qualité de la bibliographie, sur les éléments pertinents que j'en ai retirés. Comment évaluer la mise en pratique ? Lors de mes stages en premier et en deuxième niveau en médecine générale, j'ai réalisé des consultations dédiées à la diététique. Celles-ci ont fait l'objet de débriefings en fin de journée avec mon maître de stage. Il s'agit bien d'un mode d'évaluation mais qui peut être critiquable, parce que les critères de qualité de la consultation n'ont pas été formalisés, qu'il s'agit d'une observation indirecte. Comment savoir si l'interne restitue ses connaissances et ses compétences de façon compréhensible ? On peut exiger une formation préalable à l'expertise avant la réalisation du séminaire. L'évaluation du séminaire est aussi un moyen de juger de ces qualités.

4.1.6.2 La notion d'animation

L'animateur est un spécialiste de l'animation des groupes humains. En formation continue, l'animateur est une personne représentative de l'auditoire, responsable et acceptée par les conférenciers ou les experts choisis (90).
L'animateur devrait : jouir d'une bonne crédibilité auprès des participants, être respecté par ses collègues, être bien informé des objectifs éducatifs fixés, être capable d'abnégation de ses opinions, être capable d'adaptation et d'écoute, savoir se centrer sur la tâche à accomplir, être doué pour créer un climat de travail agréable et propice à l'interaction et à l'apprentissage.
Si ma position d'interne parmi les internes, travaillant avec son directeur de thèse, afin de créer et de réaliser le séminaire, permet potentiellement de remplir les trois premiers critères, les critères suivants peuvent relever d'une formation préalable. C'est encore l'expérimentation par l'interne d'une fonction d'animation qui permet au mieux de se rendre compte de ses capacités. L'évaluation du séminaire peut permettre d'évaluer la performance de l'interne.

Il paraît difficile, une fois listé ces compétences en animation et en expertise, de laisser un interne sans expérience dans ces deux domaines créer et réaliser seul un séminaire d'enseignement. La limite a été partiellement levée par la co-animation et la co-expertise avec mon directeur de thèse qui est formateur et expert lors de FMC ou en formation initiale. Lors de mes stages et de mes remplacements, j'avais été initiée à la création de formations, j'avais participé en tant qu'animatrice à un séminaire de FMC, à une formation pour les personnels de la Sécurité Sociale d'Orléans. Ces acquis de l'expérience sont nécessaires mais potentiellement insuffisants. Pour continuer la pratique de l'animation et de l'expertise, il faudra participer à des formations sur le sujet.

4.1.7 La création d'une formation à destination des internes, une action de DPC ?

Le Développement Professionnel Continu a été créé par l'article 59 de la loi HPST du 21 juillet 2009. Le collège de la médecine générale en propose une définition (91) :
« Le DPC est une démarche continue d'approfondissement et de maintien de la compétence professionnelle, Il concerne tous les champs de la pratique professionnelle : le soin, l'organisation du cabinet médical, l'éthique, la communication avec le patient et les autres professionnels de santé, l'éthique, etc. Il associe des démarches de questionnements sur sa pratique réelle et des choix de formation en vue de s'améliorer. On parle de « pratiques réflexives ». Cela repose sur le développement de l'autonomie du médecin à construire son plan de DPC, tenant compte des problématiques de santé de la population qu'il soigne, et des principes et fonctions de sa discipline. »

La réalisation et la création du séminaire de diététique a pour une partie correspondu à la mise en œuvre de mon DPC :

- J'ai réfléchi à ce que je faisais réellement et aux problèmes que je rencontrais.
- J'ai confronté mon questionnement à des sources de référence dans le but de progresser : autres étudiants en médecine, professionnels de santé, données de la littérature.
- J'ai construit une action pour corriger ou améliorer mes comportements et mes pratiques et je l'ai proposée aux autres internes.

Le dernier temps du DPC n'est pas encore présent dans mon travail : il s'agit de suivre ma pratique dans le temps pour l'inscrire dans une démarche continue d'amélioration. Cependant, à contrario de nombreuses thèses, ma thèse ne s'inscrit pas en « shot and forget ». Elle ne constitue pas un travail fini qui n'aura pas d'influence sur ma pratique future. Elle m'a permis d'explorer et d'approfondir un aspect de mes pratiques de médecin généraliste.

4.1.8 Une nouvelle réalisation avec des améliorations du programme :

Le séminaire a de nouveau été réalisé à la faculté le 15 décembre 2011. Le programme a été modifié. Nous étions 3 formateurs. Le déroulement de la matinée a été modifié, la séquence concernant l'analyse des pratiques a été remplacée par une séquence en Phillips 6X6 autour de l'analyse du semainier en abordant les aspects qualitatif et quantitatif. Une évaluation

immédiate a été réalisée. L'évaluation à distance aura lieu à 3 mois et à 6 mois en utilisant le même questionnaire Google document. Il sera ainsi laissé la possibilité aux internes de répondre à propos de leur pratique à partir de 2 semestres d'expérience, en espérant que le maximum d'internes aura alors pu expérimenter une consultation de diététique en médecine générale.

5. CONCLUSION

5.1. Une formation jugée utile par les internes

Que ce soit suite à l'évaluation immédiate ou lors de l'évaluation à distance de la formation, celle-ci a été jugée utile par les internes qui en ont bénéficié. Les internes à l'issue immédiate du séminaire se montrent très intéressés par l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique et ont l'intention de les mettre en pratique. Les internes évoquent cependant le besoin d'une « boite à outils » dans laquelle ils pourraient puiser, contenant des conseils, des outils. Le rappel théorique n'a pas suffi à combler leur besoin ressenti de connaissances. Ils expriment également des besoins envers des populations spécifiques (enfants, personnes âgées).

A 6 mois, les internes qui ont réalisé des consultations diététiques décrivent des pratiques concordantes avec la formation : consultation centrée sur le patient, utilisant les techniques de l'entretien motivationnel. Pour certains, la fourniture du semainier et la présentation du recueil des 24 heures sont suffisantes pour étayer leur pratique. Pour d'autres, le besoin d'outils se fait encore ressentir. Ils éprouvent toujours des difficultés, qui dépendent du contexte psycho-social du patient, de la limite de leur capacité d'analyse de l'alimentation de leur patient et encore de la gestion du temps.

Les évaluations suggèrent des pistes d'amélioration comme une analyse formelle d'un semainier. La formation constitue une ouverture pour les internes dans de nouvelles techniques d'entretien avec leurs patients. Ils ont utilisé des méthodes et des outils permettant de mettre en œuvre une médecine centrée sur le patient. Ils ont découvert l'utilité dans ce domaine de l'entretien motivationnel et de l'éducation thérapeutique.

L'analyse des focus-group mettait en évidence l'inconfort dans lequel se retrouvaient les internes à la pratique de la diététique en consultation. Les évaluations du séminaire soulignent le plaisir ressenti par les internes : plaisir à participer à la formation, plaisir à mettre en œuvre la consultation diététique. Cette notion de plaisir paraît centrale dans la pratique de la diététique ; déjà les professionnels de santé évoquaient la nécessité de travailler sur la notion de plaisir de manger en parlant de l'alimentation avec leurs patients.

5.2. La possibilité pour une interne de créer et réaliser un séminaire de diététique à l'attention de ses condisciples

La conception d'un séminaire de diététique par une interne à destination de ses condisciples et concernant les patients hypertendus, diabétiques, dyslipidémiques, obèses, est possible, en respectant une méthodologie précise.
La création du séminaire a procédé par étapes successives, permettant d'identifier les besoins des internes et les solutions pour y répondre.
La recherche par focus-group a permis d'identifier des besoins théoriques, des besoins en communication, des besoins d'outils et la nécessité pour les internes de se créer un réseau de professionnels relais.
Un questionnaire électronique auprès des structures représentatives des internes en médecine générale a permis de valider l'existence d'une situation concernant la formation initiale dans

les autres facultés françaises comparable aux descriptions recueillies lors des focus-groups concernant l'enseignement de la diététique, de la nutrition et de l'entretien motivationnel et de l'éducation thérapeutique.
La recherche documentaire a mis en évidence les données nutritionnelles validées, une homogénéité des recommandations internationales concernant la diététique. Elle a permis d'identifier des outils diététiques exploitables et validés. Elle a confirmé les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en diététique, l'utilité des techniques d'entretien motivationnel et de l'éducation thérapeutique dans le cadre de la diététique. Les sciences humaines explicitent les comportements et représentations liés à l'alimentation qui peuvent poser problème lors de la pris en charge des patients.
Les entretiens semi-dirigés avec les professionnels de santé pratiquant la diététique ont montré une trame générale d'intervention commune à ces professionnels, l'utilisation d'outils multiples adaptés au contexte clinique. Chaque intervenant présente des spécificités qui font que l'adressage par l'interne ou le médecin généraliste doit être orienté. Ces entretiens ont souligné les limites de l'exercice de la diététique par le médecin généraliste.
La construction du séminaire a été effectuée selon le cahier des charges de la Formation Continue Conventionnelle de l'OGC. Se sont succédé plusieurs séquences : formulation d'un objectif général, formulation d'objectifs spécifiques, formulation d'objectifs pédagogiques, définition des méthodes pédagogiques adaptées, construction des outils nécessaires à la formation.
La réalisation du séminaire a eu lieu le 12 avril 2011. La formation a été évaluée en plusieurs temps : l'évaluation immédiate a montré une satisfaction partielle des besoins ressentis des internes et surtout un fort intérêt pour l'entretien motivationnel. L'évaluation à distance a montré que l'utilisation de l'entretien motivationnel a permis aux internes une pratique de la diététique en consultation confortable et efficace.
L'ensemble de ce travail a permis à l'interne, auteur de cette thèse, de développer une expertise généraliste.
La méthodologie d'élaboration de cette formation est assez lourde. Elle est nécessaire pour apporter à la formation une qualité couvrant les trois champs de la pertinence scientifique, de l'adaptation à la pratique et de la pertinence pédagogique.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (J.O. 3 février 2002).

2. Collège des Enseignants de Nutrition. Cahiers de nutrition et de diététique. Cah. Nutr. Diét. 2001;36 (hors série 1):2S1–2S163.

3. Charles M-A., Eschwege E, Basdevant A. Épidémiologie de l'obésité de l'adulte en France Les études Obépi 1997–2006. Obes. 2008; 3: 258-263.

4. Kusnik-Joinville O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Diabète traité en France en 2007: un taux de prévalence proche de 4 % et des disparités géographiques croissantes. Bull Epidemio Hebd (Beh). 2008;43: 410-413.

5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Modalités de dépistage et diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire. Paris: ANAES; 2000.

6. Anonyme. L'enquête de population MONICA-France. Site INSERM UMR 744. [En ligne].Consultable à l'URL: http://www.pasteur-lille.fr/fr/recherche/u744/resultat/enqpop.html

7. Saudubray T, Saudubray C, Viboud C, Jondeau G, Valleron A-J, Flahault A, et al. Prévalence et prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France : enquête nationale auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles. Rev Med Interne. 2005; 26(11):845–50.

8. Delahaye F, De Gevigney G, Gaillard S, Cheneau E. Épidémiologie et impact économique de l'insuffisance cardiaque en France. Arch Mal Coeur Vaiss.1998; 91(11):1307–14.[Abstract]

9. Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise. Maisons-Alfort: AFSSA; 2009.

10. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la médecine générale [En ligne] 2006 [Consulté le 13 décembre 2011]. Consultable à l'URL: http//:omg.sfmg.org

11. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS ; 2011.

12. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, actualisation 2005. Paris: HAS; 2005.

13. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Saint-Denis: AFSSAPS; 2005.

14. Haute Autorité de Santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2, actualisation. Paris: HAS; 2006.

15. Desk R, Williams L, Health K. Diabetes and Cardiovascular Risk Factors : The Framingham Study. Circulation. 1979;59:8–13.

16. Assmann G, Cullen P, Schulte H. The Münster Heart Study (PROCAM). Results of follow-up at 8 years. European heart journal. 1998;19 Suppl A:A2–11.

17. Cambien F, Richard J., Ducimetiere P, Warnet M, Kahn J. The Paris Cardiovascular Risk Factor Prevention Trial. J Epidemiol Community Health. 1981;35:91–7.

18. Stamler J, Wentworth D, Neaton JD. Is Relationship Between Serum Cholesterol and Risk of Premature Death From Coronary Heart Disease Continuous and Graded? Findings in 356 222 Primary Screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). JAMA. 1986; 256:2823–8.

19. Dyson P a, Kelly T, Deakin T, Duncan A, Frost G, Harrison Z, et al. Diabetes UK evidence-based nutrition guidelines for the prevention and management of diabetes. Diabet Med. 2011;28:1282–8.

20. Thomas DE, Elliot EJ, Baur L. Low glycaemic index , or low glycaemic load , diets for diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1).

21. Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (4).

22. Lacroix A. Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? Santé Publique. 2007;19(4):271-282.

23. World Health Organization Regional Office for Europe. Therapeutic Patient Education Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases[En ligne]. Copenhagen: WHO; 1998 [Consulté le 26 janvier 2012]. Disponible à l'URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf

24. Haute Autorité de Santé. La prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle de l'ETP dans la prise en charge des maladies chroniques. Paris : HAS ; 2007.

25. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? Paris : HAS ; 2007.

26. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique [En ligne]. 2008 [consulté le 26 janvier 2012]; [165 pages]. Consultable à l'URL: http//www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf

27. Sandrin-Berthon B. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [En ligne]. Haut conseil de la santé publique; 2009 [consulté le 26 janvier 2012]; [36 pages]. Consultable à l'URL: http//www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprre.pdf

28. Jacquat D. Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne, rapport au Premier Ministre [En ligne]. 2010 [consulté le 26 janvier 2012]; [65 pages]. Consultable à l'URL: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf

29. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètes santé, 2011:266 p.

30. Thompson DR, Chair SY, Chan SW, Astin F, Davidson PM, Ski CF. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? J Clin Nurs. 2011; 20(9-10):1236–44. [Abstract]

31. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Obes Rev. 2011;12(9):709–23.

32. Foucaud J, Rostan F, Moquet M-J, Fayard A. État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France: résultats d'une enquête nationale descriptive [En ligne]. INPES. 2006 [consulté le 26 janvier 2012]; [48 pages]. Consultable à l'URL: http://www.inpes.sante.fr/FormationsEps/pdf/Enquete_formation_ETP.pdf

33. Bulletin officiel n ° 22 du 7 juin 2007 (J.O. du 10 mai 2007).

34. White LL, Gazewood JD, Mounsey AL. Teaching students behavior change skills: description and assessment of a new Motivational interviewing curriculum. Med Teach. 2007;29(4):e67–71.

35. Poirier MK, Clark MM, Cerhan JH, Pruthi S, Geda YE, Dale LC. Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. Mayo Clin Proc. 2004;79(3):327–31.

36. Cornuz J, Zellweger JP, Mounoud C, Decrey H, Pécoud A, Burnand B. Smoking cessation counseling by residents in an outpatient clinic. Prev Med. 1997; 26(3):292–6.

37. ORS PACA Inserm unité 379. La prise en charge en médecine générale de ville du surpoids et de l'obésité: résultats d'une enquête auprès du panel de médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur. Regards Santé. 2005; 7: 4.

38. Gruaz D, Fontaine D, Guye O. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes [En ligne]. 2004 [Consulté le 26 janvier 2012]; [51 pages]. Consultable à l'URL: www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf

39. Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. 2007;3:229–34.

40. Paraponaris A, Guerville M-A, Cabut S, Obadia Y, Verger P. Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises. Etudes et Résultats. 2011;753:1–8.

41. Gay B, Demeaux J-L, Marty M-L. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale L'étude ETHICCAR: faisabilité et évaluation chez le patient à risque cardiovasculaire. Médecine. 2009;5:42–6.

42. Drahi E. ETP séquentielle en médecine générale. La Revue Du Praticien Médecine Générale. 2010;24:539–41.

43. Moreau A, Le Goaziou, M-F, Dédianne M-C, Labarère, J, Letrilliard L, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2004;18:382–4.

44. Hameline D. Les objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue. Suivi de l'éducateur et l'action sensée. 9ème édition. Paris: ESF éditeur; 1991.

45. Noyé D, Piveteau J. Guide pratique du formateur. Concevoir, animer et évaluer une formation. 4ème édition. Paris: INSEP éditions; 1993.

46. Organisme gestionnaire conventionnel FPC. FPC 2010 Médecins libéraux Manuel de réponse à l'appel d'offres. Fontenay S/Bois: OGC; 2010.

47. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. Paris: ANAES; 2000.

48. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours note de cadrage. Paris: HAS; 2010.

49. Haute Autorité de Santé-Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Paris: HAS-INPES; 2007.

50. Nield L, Summerbell CD, Hooper L, Whittaker V, Moore H. Dietary advice for the prevention of type 2 diabetes mellitus in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(3).

51. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(1).

52. Thomas DE, Elliott EJ, Baur L. Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3).

53. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D et al. The sodium-restricted DASH diet lowers blood pressure. N Engl J Med. 2001;344:3-10.

54. Racette SB, Deusinger SS, Deusinger RH. Obesity: overview of prevalence, etiology, and treatment. Phys Ther. 2003;83(3):276–88.

55. Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance : a meta-analysis of US studies. Am J Clin Nutr. 2001;74(5):579–84.

56. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. Am J Clin Nutr. 2005;82(1 Suppl):222S-225S.

57. Swinburn BA, Caterson I, Seidell JC, James WPT. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. Public Health Nutr. 2004;7(1A):123–46.

58. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update). London: Royal College of physicians, 2008.

59. Société Scientifique de Médecine Générale. Recommandations de bonne pratique, l'hypertension. Bruxelles : SSMG ; 2004.

60. Société Scientifique de Médecine Générale. Recommandations de bonne pratique, hypercholestérolémie. Bruxelles : SSMG ; 2001.

61. Société Scientifique de Médecine Générale. Recommandations de bonne pratique, diabète sucré de type 2. Bruxelles : SSMG ; 2007.

62. Société Scientifique de Médecine Générale. Recommandations de bonne pratique, surcharge pondérale et obésité chez l'adulte en pratique de médecine générale. Bruxelles: SSMG; 2006.

63. Association des Diététiciens de Langue Française-Haute Autorité de Santé. La consultation diététique réalisée par un diététicien. Paris : ADLF-HAS; 2006.

64. Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C. Les enquêtes ENTRED: des outils épidémiologiques et d'évaluation pour mieux comprendre et maitriser le diabète. Bull Epidemio Hebd (Beh). 2009;42-43:460-3.

65. Paraponaris A, Guerville M-A, Cabut S, Obadia Y, Verger P. Education thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile. Etudes et résultats, DREES. 2011;753:1-8.

66. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Paris : HAS ; 2007.

67. Drahi E, Varroud-Vial M. Éducation de premier recours : tout patient doit pouvoir en bénéficier. Le concours médical. 2009;131:812–5.

68. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour--ADDITION Denmark. Br J Gen Pract. 2006;56(527):429–36.

69. Bell K, Cole BA. Improving medical students' success in promoting health behavior change: a curriculum evaluation. J Gen Intern Med. 2008;23(9):1503–6.

70. Evans AT, Rogers LQ, Peden JG, Seelig CB, Layne RD, Levine MA, et al. Teaching dietary counseling skills to residents: patient and physician outcomes. The CADRE Study Group. Am J Prev Med. 1996;12(4):259–65. [Abstract]

71. Tounsi H, Ababou MR. Formation des étudiants à l'éducation des patients. Pédagogie Médicale. 2002;3:164–8.

72. Escalon H, Bossard C, Beck F. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis, coll. Baromètres santé, 2009.

73. Halpern, C. Comment se transmettent les pratiques alimentaires. Entretien avec Isabelle Garabuau-Moussaoui. Sciences Humaines [En ligne]. 2003 [Consulté le 26 janvier 2012];135. Consultable à l'URL: http://www.scienceshumaines.com/comment-se-transmettent-les-pratiques-alimentaires-entretien-avec-isabelle-garabuau-moussaoui_fr_13651.html

74. Lahlou, S. La vraie valeur des repas: manger et imaginer. Sciences Humaines [En ligne]. 2002[Consulté le 26 janvier 2012];128:32-35. Consultable à l'URL: http://www.scienceshumaines.com/la-vraie-valeur-des-repas-manger-et-imaginer_fr_2364.html

75. Barthassat V, Lagger G, Golay A. Représentations, comportements et obésité. Revue médicale suisse [En ligne]. 2008 [Consulté le 26 janvier 2012] ;151. Consultable à l'URL: http//www. http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=33076

76. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire. Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Maisons-Alfort : ANSES ; 2010.

77. Gallois P. La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris: Flammarion; 1997.

78. Hendrickx F, Piette D. Une proposition de dialogue. Guide pratique sur l'entretien semi-dirigé en éducation pour la santé. Liège: Apes collection; 1989.

79. Kitzinger J, Markova I, Kalampalikis N. Qu'est-ce que les focus groups ? Bulletin de psychologie. 2004;57(3):237-43.

80. El Hadj T. Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité. Recherches qualitatives. 2010;29(1):5–27.

81. Jay M, Schlair S, Caldwell R, Kalet A, Sherman S, Gillespie C. From the patient's perspective: the impact of training on resident physician's obesity counseling. Journal of general internal medicine. J Gen Intern Med. 2010;25(5):415–22.

82. Cadwallader J-S. Conception d'un séminaire de formation introductif à la recherche en médecine générale. Th D Méd, Lille;2009.

83. Fischler C. Pensée magique et utopie dans la science. De l'incorporation à la "diète méditerranéenne". Les cahiers de l'OCHA. 1996;5:1-17.

84. Fischler C. Le Bon et le sain (t). In: Piault F, Le mangeur. Menus, maux et mots. Paris: Autrement, coll. 1993. p. 111–24.

85. Naudin O. Psychanalyse de la gourmandise. L'Ecole des parents. 1995;5.

86. Haute Autorité de Santé- Association des Diététiciens de Langue Française. Consultation diététique réalisée par un diététicien. Objectifs et critères de qualité par type de consultation diététique. Paris: HAS-ADLF; 2006.

87. Assurance Maladie. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005[En ligne] 2005 [consulté le 26 janvier 2012]. Consultable à l'URL: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/ngap.php

88. WONCA Europe 2002. La définition européenne de la médecine générale. [En ligne]. 2002 [consulté le 26 janvier 2012]; [52 pages]. Consultable à l'URL: http//www.woncaeurope.com

89. Thompson R, Summerbell C, Hooper L, Higgins J, Little P, Talbot D, et al. Dietary advice given by a dietitian versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1).

90. Goulet F, Leboeuf S, Ladouceur R. Fonctions, rôles et tâches des personnes ressources en formation continue. Pédagogie médicale. 2005;6:42–53.

91. Collège de la médecine générale. Développement Professionnel Continu: 19 réponses courtes à des questions simples [En ligne] 2011 [Consulté le 26 janvier 2012]. Consultable à l'URL: http://www.lecollegedelamedecinegenerale.fr/actualites/2011/dpc_19reponses.pdf

7. ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableaux des résultats de l'enquête par questionnaire auprès des structures syndicales et associatives de médecine générale

Tableau concernant la formation en diététique et en nutrition en 1er et 2ème cycles :

Faculté	Année ENC	Formation "diététique ou nutrition"			
		Formation au cours du PCEM ou DCEM	Forme	Durée	Examen spécifique
Besançon	2010	Non	NA	NA	NA
Caen	2008	Oui	Cours magistral	2 heures	Non
Clermont-Ferrand	2008	Non	NA	NA	NA
Clermont-Ferrand 2	2010	Oui	ED	Une dizaine d'heures maxi	Oui
Lille	2008	Oui	Cours magistral ED	Une trentaine	Oui
Limoges	2010	Oui	Cours magistral ED	20h	Non
Montpellier	2008	Oui	Cours magistral ED	Ne sais pas	Non
Nancy		oui	cours magistral plus module optionnel en DCEM	te donner le nombre d'heures de cours ne m'est pas possible. Pour la nutrition, dans le module pedia il doit y avoir un cours sur les besoins nutritionnels de l'enfant. En geriatrie "tb nutritionnel du sujet agé", la question n° 110 dans le module 7, n127 dyslipidémie, petite partie dans le diabète , obesité de l'adulte et de l'enfant n°267	NR
Nantes	2006	Non	NA	NA	NA
Nice	2010	Oui	Cours magistral	15 heures environ (mais je ne sais plus exactement)	Oui
Nice 2	2010	Oui	Cours magistral	20h je pense	Oui
Paris Ile de France Ouest (PIFO)	2009 et 2010	Oui	Cours magistral	Question difficile…. Je dirais 3-4heures.	Non
Paris V	2010	Oui	ED	6h	Non
Paris VII	2010	Non	NA	NA	NA
Pitié Salpétrière	2010	Oui	Cours en stage d'endocrino	10h	NC
Poitiers	2006	Oui	ED	4 heures	Non
Reims	2010	Oui	Cours magistral	NC	NC
Rouen	2008	Oui	Cours magistral	4h maximum dans le cursus	Non
Strasbourg	2008	Oui	TP	Enseignement fragmenté selon les items (diabète, HTA…). On avait aussi un module nutrition mais je ne me rappele plus le nombre d'heure (10 environ ?). Actuellement il ne s'enseigne plus d'après le site de la fac. Il est très bien fait si ça peut t'aider.	Oui

NC: Non communiqué

NA: Non Avenu_NR: Non renseigné

Tableau concernant la formation en communication, ETP, EM, en 1er et 2ème cycles :

Faculté	Année ENC	Formation "communication avec le patient"				
		Formation au cours du PCEM ou DCEM	Forme	Durée	EM, ETP ou autre	Examen spécifique
Besançon	2010	Oui	Cours magistral Module optionnel sous forme de jeux de rôle	NC	annonce d'un diagnostic difficile, annonce et PEC au long cours maladie chronique type diabète, fibromyalgie…	Oui
Caen	2008	Oui	Séminaire magistral partant de cas cliniques et nous expliquant la philosophie du procédé. En fait séance rendue obligatoire par une feuille d'émargement mais totalement dénuée de tout sens pratique ou de tout bon sens.	3 heures	Non	Oui
Clermont-Ferrand	2008	Oui	Cours magistral	Entre 2 et 8 h	Non	Non
Clermont-Ferrand 2	2010	Non	NA	NA	NA	NA
Lille	2008	Non	NA	NA	NA	NA
Limoges	2010	Oui	Cours magistral	5h	Non	Non
Montpellier	2008	Oui	Cours magistral	1h	Non	Non
Nancy		Oui	Pour la communication je suppose qu'il y a un cours relation medecin-patient avec annonce de la maladie grave pour le module de santé publique	je ne sais pas	Non	NR
Nantes	2006	Oui	ED	2 heures	Non	Non
Nice	2010	Oui	Cours magistral Exposé d'anglais médical	4 heures	Oui, l'education thérapeutique, le conseil minimal (pour l'arret du tabac) dans les cours de médecine générale	Non
Nice 2	2010	Oui	Cours magistral	Je ne me souviens plus, mais on en a entendu parler plusieurs années de suite (quelques heures de cours en P2 et D1 notamment)	Non	Non
Paris Ile de France Ouest (PIFO)	2009 et 2010	Oui (en option)	Ateliers animés par un médecin généraliste et des psychiatres. Discussions, jeux de rôle (avec des acteurs pour coller au mieux à la réalité), temps dédié au cours magistral très réduit pour nous donner qq bases (étapes du deuil, mécanismes de défense, etc…)	De mémoire, une dizaine de cours de 2h chacun, soit 20h.	Oui, annonce d'une maladie grave, approche d'un patient qui refuse de voir un médecin, le deuil	Oui
Paris V	2010	Oui	ED	6h	Oui	Non
Paris VII	2010	Oui	Cours magistral	2h	Non	Non
Pitié Salpétrière	2010	Oui	NC	10h	NC	NC
Poitiers	2006	Non	NA	NA	NA	NA
Reims	2010	Oui	Cours magistral	difficile à dire, j'ai eu des cours en PCEM puis DCEM, si je devais faire une estimation, je dirais 8-10h. Il y avait aussi des modules optionnels pour ce sujet	pour entretiens motivationnels, je dirais non. Education thérapeutique: oui. Nous avons abordé d'autres problème comme l'observance thérapeutique, les relations où il est bon de passer la main…	Oui
Rouen	2008	Oui	TP	Cours de communication, env. 10-12h	Non	Non
Strasbourg	2008	Non	NA	NA	NA	NA

NC: Non communiqué; **NA:** Non Avenu; **NR:** Non Renseigné.

ANNEXE 2 : Niveaux de preuve scientifique des recommandations françaises et britanniques:

Extrait de la recommandation HAS « Surpoids et obésité de l 'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique »

Tableau 2. Gradation des recommandations

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées	**A** Preuve scientifique établie
Niveau 2 • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte	**B** Présomption scientifique
Niveau 3 • Études cas-témoins	
Niveau 4 • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas	**C** Faible niveau de preuve

Niveaux de preuve des recommandations britanniques (NICE)

Table 1 Grading scheme for recommendations in the nutrition guidelines for the prevention and management of diabetes

Classification of evidence		Grading of recommendations	
Ia	Evidence from meta-analysis of randomized controlled trials	A	Based on category I evidence
Ib	Evidence from at least one randomized controlled trial		
IIa	Evidence from at least one controlled study without randomization	B	Based on category II evidence or extrapolated from category I
IIb	Evidence from at least one other quasi-experimental study		
III	Evidence from non-experimental descriptive studies such as comparative studies, correlation studies and case– control studies	C	Based on category III or extrapolated from category I or II
IV	Evidence from expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities	D	Based on category IV evidence or extrapolated from category I, II or III

ANNEXE 3 : Outils issus de la recommandation ADLF-HAS « Consultation de diététique réalisée par un diététicien », annexes 1 à 3 de la recommandation.

Annexe Les outils habituels couramment utilisés par les diététiciens

Ces outils sont donnés à titre indicatif. Ils renvoient à des sources qui les détaillent.

Des outils de référence, utiles à la comparaison et l'interprétation des données recueillies :

- les apports nutritionnels conseillés (Apports Nutritionnels Conseillés pour la population française. Paris Tec et Doc Lavoisier 2001, 3e édition), (www.afssa.fr) pour la population française sont les points de repères pour les besoins nutritionnels des personnes bien portantes ;
- un recueil sur les produits de santé (par exemple le *Vidal*, www.afssaps.fr), point de repère pour connaître l'interaction entre médicaments et aliments ;
- des tables de composition des aliments (www.afssa.fr), **C**entre **I**nformatique sur la **QU**alité des **AL**iments (CIQUAL). (http ://www.afssa.fr/ftp/basedoc/tablesaliments/Le_Ciqual.htm), normes alimentaires FAO/OMS (http://www.codexalimentarius.net) (www.fao.org/infoods/software_fr.stm);
- un logiciel pour le calcul de la composition nutritionnelle des consommations alimentaires. Le diététicien doit acquérir et exercer sa capacité de discernement pour apprécier et effectuer le choix de tables de composition d'aliments intégrées dans ces logiciels (www.fao.org/infoods/software_fr.stm) ;
- photos pour l'évaluation des portions alimentaires : par exemple SU.VI.MAX (Portions alimentaires : manuel photos pour l'estimation des quantités, 2e éd. Paris : Economica, 2003) (www.istna.cnam.fr/sites/suvimax/), Inserm (U351, équipe E3N, Manuel de photos, portions alimentaires, 94805 VILLEJUIF Cedex).

Des outils de mesures objectives :

- un pèse-personnes (www.afnor.fr) ;
- une toise pour la mesure de la taille, de la distance talon-genou pour la personne âgée de plus de 65 ans ;
- un disque de détermination de l'indice de masse corporelle (IMC) (www.nutrimetre.org) ;
- un mètre ruban pour la mesure du tour de taille, bras, mollet ;
- les formules de Harris et Benedict, calcul de la dépense énergétique :
  Homme = 66,5 + (13,75 x P) + (5 x T) – (6,76 x A)
  Femme = 655,1 + (9,56 x P) + (1,85 x T) – (4,67 x A).
  Ou les équations de Black (1996) :
  $Hommes = 1,083.\ P^{0,48}.T^{0,50}.\ A^{-0,13}$
  $Femmes = 0,963.P^{0,48}.T^{0,50}.\ A^{-0,13}$
  Avec le P = poids en kg, T = taille en mètres et A = âge en années ;
- l'estimation de l'activité physique (www.inpes.sante.fr : document grand public « *Bouger c'est la santé »).*

Des outils de relevés des habitudes alimentaires :

- guide d'entretien pour les diététiciens (exemple en *annexe 2*) ;
- outil d'auto-évaluation destiné au patient (exemple en *annexe 3*).

L'évaluation qualitative et quantitative des consommations alimentaires repose sur l'utilisation de techniques précises telles que :

- le rappel des 24 heures (*Dietary Recall*) ;
- le carnet ou journal alimentaire (*Dietary Record*) appelé aussi semainier ;
- le relevé sur 3 jours comportant un jour particulier (sortie, week-end, etc.) ;
- le questionnaire de fréquence de consommations.

Des supports visuels servent d'outils d'estimation des quantités : photos, aliments factices, classeurs d'étiquettes, références de poids, emballages, etc.
L'indication d'une évaluation chiffrée est déterminée par un but précis ou relatif à une pathologie ou un objectif spécifique. L'évaluation chiffrée est réalisée soit sur demande médicale, soit à l'initiative du diététicien.

Des guides d'entretien qui permettent d'apprécier :

- les données sur les conditions de vie de la personne soignée (exemple en *annexe 4*) ;
- les dispositions mentales dans lesquelles se trouve la personne soignée, qui permettent d'établir un diagnostic éducatif (exemple en *annexe 5*) et amènent à négocier des compétences à développer. Il s'agit d'explorer : la dimension biomédicale (*qu'avez-vous ?),* la dimension socioprofessionnelle (*que faites-vous ?),* la dimension psychoaffective (*qui êtes-vous ?),* la recherche du projet du patient (*comment envisagez-vous votre avenir ?).*

Annexe Exemple de guide d'entretien pour l'évaluation des consommations alimentaires *(source : document de synthèse professionnel validé par l'ADLF, septembre 2005)*

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SOIGNÉE
Nom et prénom
Date de naissance
(Service) Numéro de dossier

Nom du diététicien :
Recueil de données effectué le :
Médecin référent :

Synthèse

COMPOSITION HABITUELLE DES REPAS (journée type)
(Estimation des quantités si possible en poids, bol, assiette, cuillère à soupe, etc.)

PETIT DÉJEUNER	ALIMENTS	QUANTITÉ
À quelle heure ?		
Debout ☐		
Assis ☐		

EST-IL LE MÊME TOUS LES JOURS ? ☐ OUI ☐ NON
Quels autres types d'aliments prenez-vous alors ?
Avec quelle fréquence ?

DÉJEUNER	ALIMENTS	QUANTITÉ
À quelle heure ?		
Où ?		
Debout ☐		
Assis ☐		

DÎNER	ALIMENTS	QUANTITÉ
À quelle heure ?		
Où ?		
Debout ☐		
Assis ☐		

FAITES-VOUS UN GOÛTER ? ☐ OUI ☐ NON

À quelle heure ? Avec quels aliments ?

EXISTE-T-IL D'AUTRES MOMENTS DANS LA JOURNÉE OÙ VOUS MANGEZ ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui : ☐ par faim ☐ par ennui ☐ par gourmandise ☐ autre :

Vers quelle heure ? Quels aliments ? ☐ salés ☐ sucrés

Lesquels ?

Avec quelle fréquence ?

QUE BUVEZ-VOUS ? QUELLES QUANTITÉS ET FRÉQUENCE ?

Eau	☐ moins d'1/2 l/j	☐ 1/2 à 1 l/j	☐ 1 à 2 l/j	☐ plus, combien ? :
Vin	☐ rien	☐ 2 à 3 verres/j	☐ 4 à 7 verres/j	☐ plus, combien ? :
Bière ou cidre	☐ rien	☐ 1 canette/j	☐ plus, combien ?	
Apéritifs	☐ rien	☐ 1/jour	☐ 1/semaine	☐ plus, combien ?:
Jus de fruits	☐ rien	☐ 1 verre/j	☐ 2 à 3 verres/j	☐ plus, combien ? :
Boissons sucrées (jus de fruits, sirop, soda, etc.)	☐ rien	☐ 1 verre/jour	☐ 2 à 3 verres/jour	☐ plus, combien ? :
Autres boissons (infusions, thé, café, etc.)	☐ rien	☐ 1 tasse/jour	☐ 2 à 3 tasses/jour	☐ plus, combien ? :
Combien de morceaux de sucre utilisez-vous par tasse ?	☐ aucun	☐ 1 unité/tasse	☐ 2 unités par tasse	☐ plus, combien ? :
Mettez-vous du lait ?	☐ écrémé	☐ ½ écrémé	☐ entier	☐ combien

QUE MANGEZ-VOUS ? QUELLES QUANTITÉS ET FRÉQUENCE ?

Crudités (légumes crus)		☐ à chaque repas	☐ 1 fois par jour	☐ 1 fois/semaine
Légumes cuits		☐ à chaque repas	☐ 1 fois par jour	☐ 1 fois/semaine
Viande	☐ à chaque repas	☐ 1 fois par jour	☐ moins, combien ?	☐ jamais
Produits reconstitués tels que « nugget's », cordons bleus, etc.	☐ tous les jours	☐ 4 fois/semaine	☐ 2 fois/semaine	☐ moins
Poisson		☐ jamais	☐ 1 fois/semaine	☐ plus, combien ? :
Œufs		☐ jamais	☐ 1 fois/semaine	☐ plus, combien ? :

Charcuterie (jambon, rillettes, pâtés, etc.)

☐ à chaque repas ☐ 1 fois/jour ☐ 2 à 4 fois/sem. ☐ plus, combien ? :

Entrée à base de feuilleté ou tartes ?

☐ à chaque repas ☐ 1 fois/jour ☐ 2 à 4 fois/sem. ☐ plus, combien ? :

Fromages (ex. type : 1 camembert = 8 portions)

☐ 2 portions/repas ☐ 1 portion/repas ☐ 1 portion/jour ☐ moins, combien ? :

Féculents (riz, pâtes, pommes de terre)

☐ jamais ☐ à chaque repas ☐ 1 fois/jour ☐ 2 à 3 fois/semaine

Légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches, etc.)

☐ jamais ☐ 1 fois/semaine ☐ 1 à 2 fois par mois ☐ 2 à 3 fois/an

Fruits crus ☐ jamais ☐ à chaque repas ☐ 1 fois/jour

Fruits cuits ☐ jamais ☐ à chaque repas ☐ 1 fois/jour

Fritures (frites, chips, beignets, etc.)

☐ jamais ☐ 1fois/semaine ☐ 2 à 4 fois/semaine ☐ plus, combien ?

Combien de fois dans la journée, en comptant le petit déjeuner, prenez-vous une part de laitage (yaourt, fromage blanc) ou un verre de lait ?

☐ jamais ☐ 1 fois/jour ☐ 3 fois/jour ☐ plus, combien ? :

Consommez-vous des desserts sucrés (pâtisseries, glaces, entremets) ?

☐ jamais ☐ 1 fois/semaine ☐ 2 fois/semaine ☐ plus, combien ? :

Consommez-vous des viennoiseries, croissants ?

☐ jamais ☐ 1 fois/semaine ☐ 2 à 4 fois/semaine ☐ plus, combien ? :

Consommez-vous des produits sucrés (bonbons, chocolat, etc.) ?

☐ jamais ☐ 1 fois/semaine ☐ 2 fois/semaine ☐ plus, combien ? :

Combien consommez-vous de pain/jour ? (une baguette = 200 g) ?

☐ moins de 100 g ☐ 100 à 200 g ☐ plus, combien ? :

Utilisez-vous des produits allégés ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui : ☐ allégés en sucre ☐ allégés en graisses

Mode de cuisson ou d'assaisonnement le plus régulièrement utilisé, pour :

les VIANDES : *Vous utilisez des matières grasses?* ☐ OUI ☐ NON

Quels types : ☐ beurre ☐ crème ☐ margarines ☐ huiles

les LÉGUMES *Vous utilisez des matières grasses?* ☐ OUI ☐ NON

Quels types : ☐ beurre ☐ crème ☐ margarines ☐ huiles

les SALADES ☐ 1 cuillère à soupe d'huile/personne ☐ plus, combien ?

Estimez la quantité consommée de :

Beurre	Huile	Margarine	Crème
Par jour :	Par jour :	Par jour :	Par jour :
Par semaine :	Par semaine :	Par semaine :	Par semaine :
Par mois :	Par mois :	Par mois :	Par mois :

Existe-t-il des aliments que vous ne supportez pas, ou que vous ne devez (pouvez) pas manger ? :

Habitudes alimentaires

De Monsieur ou Madame…….. Prénom :……

Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Recommandations pour compléter le questionnaire

Nous comptons sur vous pour remplir ce questionnaire aussi attentivement que possible, en notant tout ce que vous mangez et buvez pendant 3 jours (et 3 nuits) consécutifs en utilisant les feuillets ci-joints.

Soyez complet et précis

Notez tous les repas, collations, boissons, au fur et à mesure afin de ne rien oublier.
Notez le lieu (domicile, restaurant, etc.) et l'heure des repas.

Précisez pour chaque aliment consommé :

- la nature exacte du produit
N'inscrivez pas :

- crudité mais carottes râpées, etc.
- viande mais escalope de veau, rôti de porc, etc.
- poisson mais colin, saumon, etc.
- fromage mais camembert, gruyère, etc.
- fruit mais pomme, poire, etc.
- pour les aliments particuliers (hamburger, sandwich, etc.) indiquez la composition et si nécessaire la marque

- la quantité consommée :

- en grammes, nombre de pièces
- cuillère à café, cuillère à soupe
- bol, tasse
- verre

- le mode de cuisson

- la matière grasse, le sel et le sucre utilisés et leur quantité.

Remplissez ce questionnaire même si votre alimentation lors de cette enquête n'est pas votre alimentation habituelle. Si un événement particulier la modifie (restaurant, maladie, etc.), précisez-le.

JOUR 1 :

	Heure et lieu	Menu précis	Quantité consommée	Mode de cuisson Assaisonnement
PETIT DÉJEUNER				
Dans la matinée				
REPAS de MIDI (déjeuner)				
Dans l'après-midi				
REPAS du SOIR (dîner)				
Dans la soirée				
Dans la nuit				
Autres prises alimentaires				

OBSERVATIONS :

Puis deux autres tableaux identiques pour JOUR 2, JOUR 3, etc.

ANNEXE 4 : Outils issus de la recommandation 2000 de l'ANAES : « Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications »

Tableau 3. Valeurs des index glycémiques pour quelques aliments de consommation courante, en prenant le pain blanc comme référence (IG = 100) (59).

	Valeur de l'index glycémique
Pain blanc	100
complet	100
de seigle	90 à 95
Pâtes alimentaires – Index glycémique moyen	#50
Spaghettis : 5 minutes de cuisson	45
Enrichis en protéines	40
15 minutes de cuisson	60
Riz – Index glycémique moyen	#70
blanc : 5 minutes de cuisson	58
blanc : 15 minutes de cuisson	79
Pommes de terre – Index glycémique moyen	#75
Bouillies	80
Purée	100
Légumineuses	
Pois chiche	50
Haricots secs	40 à 50
Lentilles	30 à 40
Fruits	
Pommes	55
Bananes	85
Oranges	60
Jus d'orange	70
Sucres purs	
Fructose	30
Glucose	140
Saccharose	90
Produits laitiers	
Lait entier	50
Lait écrémé	45
Yaourt	#50

Tableau 1. Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (huile, beurre, autres graisses) (extrait de « Répertoire général des aliments », Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Huile mélangée, type Isio (R)	**99,9**	**39,2**	**44,9**	**11,5**
Huile de tournesol	**99,9**	**22,5**	**61,4**	**11,6**
Huile de soja	**99,9**	**20,5**	**60,5**	**14,1**
Huile de pépins de raisin	**99,9**	**15,6**	**67,7**	**12,2**
Huile de noix	**99,9**	**17,1**	**69**	**9,3**
Huile de maïs	**99,9**	**26,1**	**56,7**	**12,3**
Huile de colza	**99,9**	**64,3**	**25,5**	**6,2**
Huile d'olive vierge	**99,9**	**71**	**10**	**14,5**
Huile d'arachide	**99,9**	**45,2**	**30,1**	**19,8**
Graisse d'oie	**99,6**	**57,1**	**11**	**27,3**
Saindoux	**99**	**41,4**	**8,9**	**42,4**
Beurre	**83**	**23,5**	**2**	**52,6**
Margarine tournesol	**82,5**	**32,7**	**12,7**	**31**

Tableau 2. Teneur en lipides en grammes pour 100g d'aliments (Viande, volaille, charcuterie) (extrait de « Répertoire général des aliments», Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Lard, cru	70	29,3	6,3	30
Rillettes	41,9	18,1	4,9	16
Saucisson sec	34,7	15,5	4,2	12,9
Saucisse de Strasbourg	27,7	12,7	3,3	10,2
Agneau, épaule, cru	25	9,5	1,2	12
Porc, travers, cru	23,6	10,7	2,2	9,3
Langue, bœuf, cuite	17,9	8,2	0,67	7,7
Agneau, côtelette, cru	16,5	6,3	0,77	8
Porc, échine, cru	15	6,9	1,5	5,6
Jambon sec, sans spécification	15	6,9	1,7	5,6
Bœuf, entrecôte, grillé	11,8	5,6	0,47	5
Bœuf bourguigon	8,2	3,5	0,6	3,4
Pot-au-feu	7,3	3,5	0,38	3,1
Veau, côte, cru	7	2,9	0,8	2,6
Jambon cuit, sans spécification	6,5	3	0,75	2,3
Poulet, viande et peau, rôti	6,2	2,9	1,2	1,8
Bœuf, faux filet, grillé	6	2,7	0,27	2,6
Canard, viande, cru	6	1,6	0,76	2,3
Lapin, viande, cru	5,6	1,1	1,8	2,2
Foie, volaille, cru	5,5	1,3	1,1	1,9
Veau, filet, rôti	5,2	2	0,62	1,8
Porc, filet, rôti maigre, cuit	4,8	2,2	0,58	1,7
Cheval, viande, cru	4,6	1,5	1,1	1,7
Rognon, veau, cru	4,4	0,96	0,87	1,4
Bœuf, rosbif, rôti	4,1	1,9	0,16	1,7
Veau, filet, cru	3	1,1	0,37	0,95
Dinde, viande, crue	2,4	0,6	0,7	0,8

Tableau 3. Teneur en lipides en grammes pour 100g d'aliments (Laitage et fromage) (extrait de « Répertoire général des aliments», Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Chèvre sec	39,4	10,6	1,4	25,4
Crème de lait épaisse	33,3	9,4	0,82	21,1
Roquefort	32,8	9,1	1,4	20,6
Comté	31,3	8,7	1,1	18,8
Camembert et apparenté	25,8	7,5	0,75	16,2
Fromage frais 40 % MG/MS, nature	8	2,3	0,25	5,1
Yaourt au lait entier, nature	3,5	1	0,1	2,2
Lait entier UHT	3,5	1,1	0,11	2,2
Fromage frais 20 % MG/MS, nature	3,4	0,97	0,11	2,2
Lait demi-écrémé UHT	1,6	0,48	-1	0,95
Yaourt nature	1,1	0,31	-1	0,7

Tableau 4. Teneur en lipides en grammes pour 100g d'aliments (Divers) (extrait de « Répertoire général des aliments», Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Cacahuète	49	23,5	14	9,2
Chocolat à croquer	30	9,6	0,9	17,8
Quiche lorraine	26,2	10,2	2,2	11,7
Croissant	17,2	5,5	0,75	9,9
Croque-monsieur	16,2	4,9	1,2	8,5
Pomme de terre, frite, non salées	15	-2	-2	-2
Avocat, pulpe, frais	14,2	8,9	1,8	2,9
Œuf, entier, cru	10,5	4,2	1,3	3,1
Hamburger	9,6	4	1,1	3,3
Pizza, tomate et fromage	9,1	3,5	0,74	2,9
Glace	7,5	2,4	0,2	4,4

Tableau 5. Teneur en lipides en grammes pour 100g d'aliments (Poissons et crustacés) (extrait de « Répertoire général des aliments », Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Maquereau, cuit au four	20,9	8,2	5,2	4,9
Sardine, à l'huile, conserve	13,7	4,7	4,9	2,8
Saumon, cru	10,1	3,6	3,5	1,9
Crabe ou tourteau, cuit à l'eau	5,2	1,3	1,8	0,66
Poisson pané, congelé, cru	2	0,8	0,6	0,3
Huître, crue	1,6	0,31	0,38	0,4
Cabillaud, cru	0,7	0,1	0,3	0,12
Crevette, crue	1,3	0,19	0,5	0,25

Tableau 6. Teneur en glucides exprimée en grammes pour 100g d'aliments (extrait de « Répertoire général des aliments », Favier).

Désignation	Glucide dispo en g
Sucre blanc	100
Miel	76
Biscotte sans spécification	73,6
Farine blanche	71,5
Biscuit sec	69,2
Confiture, tout type	68
Müesli	64,5
Chocolat à croquer	57,8
Pain, baguette	56
Croissant	55
Pain de seigle et froment	49
Pomme de terre, chips, salées	42,4
Tarte aux fruits	30
Pomme de terre, frite, non salées	30
Hamburger	29
Riz blanc, cuit	26,3
Pizza, tomate et fromage	22,2
Pâtes alimentaires, cuites	22,2
Banane, pulpe, fraîche	21
Crème dessert, appertisée	19,5
Pomme, compote, en conserve	19,1
Quiche lorraine	18,8
Maïs doux, appertisé	18,2
Pomme de terre, cuite à l'eau	18
Haricot blanc, cuit	16,9
Raisin noir, frais	15,5
Figue, fraîche	15,5
Cerise, fraîche	15,3
Yaourt, aromatisé	14,5
Lentille, cuite	12,6
Petit pois, appertisé	12,4
Poire, non pelée, fraîche	12,2
Pomme, non pelée, fraîche	11,7
Ananas, pulpe, frais	11,3
Soda aux fruits	11
Pomme, jus à base de concentré	11
Pêche, pulpe et peau, fraîche	10
Kiwi, pulpe et graines, frais	9,9
Cacahuète, grillée, salée	8,9
Orange, pulpe, fraîche	8,6
Melon, pulpe, frais	8
Betterave rouge, cuite	7,6
Fraise, fraîche	7
Carotte, crue	6,6
Cidre doux	6
Bière export	4,8
Yaourt nature	4,8
Soupe poireau-pomme de terre	4,8
Lait demi-écrémé UHT	4,6
Haricot vert, cuit	3,9
Tomate, crue	3,5
Courgette, cuite	2,5
Chou-fleur, cuit	1,8

ANNEXE 5 : Outils du séminaire : Scénario

Séminaire de diététique

- Type de formation proposée : journée interactive
- Nombre de participants prévu par session : 24
- Nombre d'intervenants par session : 2 formateurs
- Thématiques : diététique, médecine générale, relation médecin-patient

Justification de la formation :

Pourquoi une pratique de la diététique en consultation de médecine générale?

Les pathologies liées à l'alimentation prennent une ampleur croissante dans la population française:

- Obésité et surpoids : En 2006, près de 14 millions de Français sont en surpoids (IMC entre 25 et 30) et 5,9 millions sont obèses (IMC supérieur à 30) soit 13,1% d'obèses chez les adultes de plus de 18 ans (1).
- Diabète : En 2007, le nombre de patients diabétiques traités est de 2,5 millions de personnes soit 3,95% de la population française (2).
- Dyslipidémie : On estime à partir des différentes études réalisées en France, que 2 millions de personnes ont une cholestérolémie supérieure à 3 grammes et 10 millions une cholestérolémie comprise entre 2,5g et 3g (3).
- Hypertension artérielle : 8 millions de personnes dans la tranche d'âge des 35-64 ans, soit 40% des individus de cette tranche d'âge, par extrapolation des études disponibles (4).

Ces pathologies, de par le nombre de personnes qu'elles affectent et de par les coûts qu'elles entraînent deviennent une priorité de santé publique. Elles impliquent d'obtenir une modification des habitudes alimentaires et d'activité physique des patients, qui sont un préalable au traitement médicamenteux dans les recommandations AFFSAPS et HAS y faisant référence (5) .Ces pathologies mobilisent les pouvoirs publique ; les PNNS 1 et 2 en étant l'exemple le plus emblématique: le PNNS 1 (2001-2005) était axé principalement sur des actions d'éducations et de sensibilisation, le PNNS 2 (2006-2010) prévoit en plus, des actions en direction de l'offre alimentaire (contrats avec industriels alimentaires, restauration collective...),

Pourquoi la diététique a-t-elle sa place en médecine générale ?

80% de la population consulte un généraliste au moins une fois dans l'année (6). Les patients atteints de pathologie chronique sont appelés à consulter plusieurs fois dans l'année leur médecin généraliste. Tout ceci ferait du généraliste le professionnel tout désigné pour repérer les patients devant bénéficier d'une intervention nutritionnelle et sans doute pour la mettre en œuvre.

La formation des internes est-elle adaptée à la pratique en médecine générale?

Il existe une formation en nutrition en 1er et 2è cycle de médecine. Elle repose sur un programme national commun et apparaît dans les items de l'Examen National Classant (7). Deux focus-group auprès des internes de médecine générale de Tours montrent que leur formation initiale sur le thème de la nutrition ne paraît pas adaptée aux besoins des internes en médecine générale. Les internes estiment que leur formation en premier et deuxième cycle ne répond pas à la pratique de la diététique en MG, les sources mises à leur disposition paraissent trop théoriques. Les items de diététique au programme de l'ENC sont survolés car ne « tombant pas à l'internat ». Ils ont souvent le sentiment de se faire « piéger » en diététique par les questions des patients. Ils ne connaissent pas les relais sur lesquels s'appuyer. Les freins qu'ils identifient chez leurs patients sont la volonté, les contraintes familiales et professionnelles et les représentations culturelles et sociales. Les freins des internes sont notamment le doute sur le bien-fondé de leur intervention, le sentiment d'intrusivité de l'enquête, leur inconfort en consultation. Le modèle qu'ils retiennent de leurs aînés est un abandon progressif de cette prise en charge par sentiment d'inefficacité. Les internes disent manquer de connaissances théoriques mais réclament une formation concrète.

Intention de la formation :

Apporter des outils concrets pour la réalisation de l'éducation diététique en consultation de médecine générale.

Objectifs spécifiques :

A l'issue de la formation, l'interne doit:

1. Travailler en partenariat avec les professionnels et les structures qui font de la diététique dans son environnement professionnel

2. Orienter son patient si nécessaire en fonction de ses besoins identifiés et des spécificités des intervenants

3. Mener une consultation de diététique en consultation de médecine générale.

4. Intégrer la diététique dans le projet de santé personnalisé avec son patient.

Pré-requis :

Chaque interne vient au séminaire avec le récit écrit de sa dernière consultation où il a été question de diététique ou un récit de consultation de diététique où il a été mis en difficulté.

Pour les internes n'ayant pas réalisé de stage ambulatoire, venir avec un récit de rencontre avec un patient ayant posé un problème de diététique (Annexe 1).

Organisation pédagogique :

La formation est organisée pour 24 participants, sont présents 2 formateurs partageant l'organisation, l'animation et l'expertise.

Elle alterne travail en groupes et en plénière. Les travaux en groupes se feront à partir de :

- Cas apportés par les participants
- Analyse de pratique
- Meta plan
- Interview de groupe
- Vignettes et leur analyse
- Jeu de rôles et leur analyse
- Phillips 6x6

La formation se déroulera dans une salle de plénière et le couloir.

Programme synthétique :

- Première séquence : Analyse des pratiques à partir de cas apportés par les participants.
- Deuxième séquence : Les autres professionnels de santé
- Troisième séquence : Entretien motivationnel et Education Thérapeutique
- Quatrième séquence: Evaluation immédiate et à distance

Heure de début	**Heure de fin**	**Durée de la séquence**	**Titre de la séquence**
9h30	9h45	15'	Accueil des participants
9h45	11h15	90'	Travail sur les récits
11h15	11h40	25'	Présentation diététique en plénière
11h40	11h50	10	PAUSE
11h50	12h25	35	Méta plan professionnels de santé
12h25	14h00	95'	REPAS
14h00	14h35	35'	Vignettes

14h35	15h35	60’	PowerPoint entretien motivationnel et mise en situation
15h35	16h00	25’	Exposé-débat ETP séquentielle et PSP
16h00	16h10	10’	PAUSE
16h10	16h30	25	Evaluation du séminaire

Déroulé de la formation :

9h30 Accueil des participants.

Plénière de présentation par Delphine Le Goff :

- présentation du travail de thèse, le séminaire est né d’une difficulté dans ma pratique de stage de premier niveau en mg, présentation orale rapide des étapes précédant la réalisation du séminaire et des étapes ultérieures jusqu’à la soutenance (qui je suis ? Qu’est-ce que je fais ?), présentation de chaque formateur.
- Pré-requis : les internes se sont interrogés sur leur pratique avant la réalisation du séminaire
- But du séminaire : propositions concrètes pour une mise en œuvre de la diététique en médecine générale (Qu’allons nous faire ?)
- Timing de la journée donné aux internes : début 9h30, pause de midi vers 12h30 matinée destinée à rappel physiologique et travail autour des professionnels de santé qui sont un recours, reprise à 14h00 pour après-midi consacré à la mise en œuvre en pratique en consultation de médecine générale, fin vers 16h30 avec séquence d’évaluation immédiate et préparation d’une évaluation à distance du séminaire (évaluation du séminaire et pas des internes)
- Utilisation de méthodes interactives, (Comment allons nous travailler ?)**Séminaire sera validé pour les internes après réponse à l’enquête se déroulant en juin pour évaluation de mon travail de thèse.**

Première séquence : Analyse des pratiques à partir de cas apportés par les participants.

Pas d’objectif spécifique

Objectif pédagogique: Identifier ses compétences et ses limites dans les différents champs du savoir, du savoir-faire et du savoir être, de l’organisation professionnelle en matière de diététique.

9h45-10h45

Méthode pédagogique : 2 Phillips 6x6.

Scénario détaillé : Animation par ED

- Mise en 4 sous-groupes de 6

- Premier temps : Présentation de la méthode et détermination d'un animateur de table 5'

    - Présentation de la méthode de travail par un formateur, distribution de la liste des questions (Annexe 2) et des feuilles pour noter les réponses de chaque groupe (4 feuilles vierges par table).
    - Au sein de chaque sous-groupe, désignation d'un animateur-rapporteur

- Deuxième temps : Présentation des participants : 15'
    - Tour de table en sous-groupes: présentation de chaque interne et recueil des attentes de chaque interne, animation grâce à la trame de questions fournies à l'animateur
    - Présentation du groupe par le rapporteur : nombre d'internes par niveau, nombre d'internes en premier niveau, nb d'internes en stage de niveau 1, nb d'internes en SASPAS, attentes de chacun. Le premier présente son groupe et ses attentes in extenso, les suivants présentent leur groupe in extenso mais complète les attentes. Un formateur note les attentes au tableau.

- Troisième temps : Travail sur les récits : 20'
    - Tour de table en sous-groupes: Travail sur les récits proposés par les internes : un interne volontaire commence, présente rapidement le cas clinique qu'il a préparé et il répond aux questions fournies à l'animateur : pourquoi un abord diététique avec ce patient ? Comment s'est déroulée cette rencontre ? L'interne y a-t-il pris du plaisir ? Quelles difficultés a-t-il rencontrées ?
    - L'animateur structure les réponses en 4 feuilles (1 feuille par question). Pour les internes qui n'ont pas d'expérience en stage: Comment imaginez-vous mener une consultation de diététique, problème alimentaire ou de nutrition en médecine générale concernant le patient qui vous a posé problème?
    - **Limité à 20' :** selon durée des récits, soit chaque interne présente un récit, soit le groupe travaille sur 1 ou plusieurs récits qui posent question : **il est idéal qu'il y ait un récit qui soit exploré en profondeur, quitte à ce que les autres récits ne soient pas explorés ou plus succinctement.**

- Quatrième temps : Rapport de chaque table en plénière par les animateurs:15' rapports incrémentaux.

- Cinquième temps : Synthèse des difficultés rencontrées par les internes par le formateur DLG 10'

- Sixième temps : Interview de groupe par le formateur ED: 20'

- Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nos préconisations en matière de diététique ? Chaque table réfléchit 2 minutes puis présente oralement une synthèse (il est probable que les réponses des internes porteront sur les représentations des médecins, les représentations des patients, le savoir profane).
- Le formateur ED note les réponses au tableau.

11h15

Présentation en plénière par Delphine Le Goff: PowerPoint 25': PowerPoint ressource dont l'exploitation se fera selon les questions des internes recensées lors de l'interview de groupe. Avant les diapositives, synthèse de ce qu'il y a de positif dans les rapports des groupes.

- Partie justification biomédicale: Pourquoi faire de la diététique : recherche bibliographique en cours: pourquoi faire maigrir les gros, dans quelles proportions, intérêt du régime dans le diabète, dans l'hypertension artérielle

- Partie formation initiale :

  - rappel du VG d'endocrinologie (7) : Alimentation équilibrée= 50 % glu, 30% prot, 20% lip, privilégier glucides complexes, rapport oméga 3/oméga 6, calories conseillées pour adulte homme/femme.
  - Focus –group
  - Questions d'internat : Items de l'Examen National Classant abordant la diététique:
    - N°34. Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.
    - N°36. Retard de croissance staturo-pondérale.
    - N°61. Troubles nutritionnels chez le sujet âgé.
    - N°110. Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Évaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition
    - N°179. Prescription d'un régime diététique. (8)
    - Présentation du poly national de nutrition (9) (programme officiel de l'internat) : nb de pages, items abordés, contenu applicable en pratique de MG.

- Rappel de la liste des recommandations diététiques des recommandations de la Has (5) disponibles sur internet au jour du séminaire :
  - HTA : régime alimentaire riche en légume et en fruits… Diminuer la consommation de sel à 6g, perte de poids pour IMC < 25 ou 10% du poids corporel
  - Diabète : le traitement initial est le régime, la modification des habitudes de vie doit rester la pierre angulaire du traitement
  - Surpoids et obésité de l'adulte : note de cadrage, recommandation en cours.

- Partie alimentation et comportement :
  - Que représente l'alimentation pour les français ? santé, plaisir, corvée…Baromètre nutrition 2008 (10)
  - L'alimentation est un comportement basé sur une représentation (11)

- Comment apprend-on à manger ? (11)
- Comment utilise-t-on ses représentations pour s'alimenter ? (11)
- Quelle différence entre savoir et faire ? (11)
- Quelle place pour la prescription pour « soigner » un comportement ? (11)
- Comment fonctionne un patient atteint de maladie chronique ? Stades d'acceptation de Kubler-Ross, Prochaska
- Ethique et diététique : quelles limites éthiques à la prise en charge diététique ? (12)

- Question retournée vers la salle DLG: Une fois que l'on a vu ces problèmes, comment dans la pratique quotidienne d'un médecin généraliste s'occuper de la prise en charge diététique de tous ces patients sans avoir toutes les compétences requises ?

Messages-clés : La formation initiale et les recommandations traitent de connaissances scientifiques qui sont peu traduites en données pratiques et concrètes.

L'alimentation met en œuvre des phénomènes psychologiques, affectifs, culturels et des connaissances.

Aborder la diététique en excluant les champs psychologiques, affectifs et culturels est rarement efficace.

Il faut connaître ses propres limites à l'abord de la diététique et savoir passer le relais aux autres professionnels.

11h40 : pause de 10 minutes

11h50

Deuxième séquence : Les autres professionnels de santé

Objectifs spécifiques :

- Travailler en partenariat avec les professionnels et les structures qui font de la diététique dans son environnement professionnel.
- Orienter son patient en fonction de ses besoins identifiés et des spécificités des intervenants.

Objectifs pédagogiques :

- Connaître les différents professionnels et les structures qui font de la diététique
- Identifier les spécificités de chaque professionnel et structure.

Méthodes pédagogiques : méta plan, enrichissement du méta plan avec débat, interview de groupe.

Scénario détaillé : Animation ED et expertise DLG

Répartition en 6 groupes de 4 dans la même salle : Travail sur les représentations des internes des professionnels de santé et/ ou structures travaillant dans le domaine de la diététique

- 1ere étape : 5’ 1 formateur ED donne le mode d’emploi aux participants (méta plan) :

Lister les professionnels et structures de la santé qui s’occupent de diététique : 1 professionnel ou structure par petit papier. Le premier groupe met ses petits papiers au tableau puis les autres groupes complètent.

A terme, un formateur propose à la salle un complément si nécessaire (liste des professionnels et structures attendus: diététicienne, nutritionniste, réseau, clinique diététique, service hospitalier, psychologue, para médecine, spécialiste d’organe…)

- 2è étape : 15’Puis répartition des professionnels et structures (idéalement 1 professionnel et 1 structure pour chaque groupe) entre chaque groupe qui décrit comment ils travaillent. Rapport de chaque groupe et débat pour chaque rapport

- 3è étape : 10’ Interview de groupe: Un formateur ED montre successivement chaque papier et pose à chaque fois les questions : comment les prescrivons-nous ?, comment communiquons-nous avec eux ? (que leur donnons-nous comme info et quelle info en attendons-nous en retour)? Qui est remboursé ? Comment travaillons-nous avec le patient pendant ou après qu’il ait vu un professionnel ?.

Synthèse si besoin par un formateur DLG puis exposé sur les profils et les remboursements des professionnels : 5’ combien coûte une consultation ? Qu’est-ce qui est remboursé ? Par qui ? Comment les patients accèdent à ces professionnels ? Sont-ils soumis au secret professionnel (à aborder obligatoirement si cela n’a pas été fait précédemment)? ’

Message-clé: les professionnels ne sont pas équivalents, selon les besoins biopsychosociaux du patient, on peut choisir un type d’intervenant. Il faut se faire son propre réseau, il peut y avoir une approche différente avec un même type d’intervenant, par exemple certaines diététiciennes parlent de rééquilibrage alimentaire d’autres de régime…

Déjeuner

12h30- 14h00

Troisième séquence : Entretien motivationnel et Education Thérapeutique

Objectifs spécifiques:

- Mener une consultation de diététique en consultation de médecine générale en utilisant des techniques de l’éducation thérapeutique.
- Intégrer la diététique dans le projet de santé personnalisé avec son patient.

Objectifs pédagogiques :

- Expérimenter les techniques de l’entretien motivationnel (questions ouvertes, reformulations, empathie)
- Décrire la réalisation de l’éducation thérapeutique séquentielle dans sa pratique.

Méthodes pédagogiques : Vignettes, débriefing en grand groupe, exercice, mise en situation, exposé-débat.

14h00

Premier temps :

Objectif pédagogique :

Expérimenter les apports des questions ouvertes par rapport aux questions fermées.

Scénario détaillé :

- Un formateur DLG donne le mode d'emploi : répartition des internes en binômes, dans le couloir.
- Vignettes avec 1 médecin, 1 patient: 10' expérimenter deux phases : vignette avec une ambiance prescriptive, «paternaliste » puis vignette avec une ambiance motivationnelle.

Un scénario précis est fourni aux participants pour chacune des deux périodes (Annexe 3)

- Débriefing: ED 15'fait à partir du scénario (Annexe 4), en grand groupe dans la salle de plénière.
- Exercice à partir d'un PowerPoint par un formateur DLG avec échange avec les internes 10' (Annexe 3)

A partir de chaque diapositive, le formateur DLG demande aux internes : est-ce une question ouverte, est-ce une question fermée? A chaque question fermée, le formateur DLG demande aux internes des propositions de reformulation en question ouverte, puis montre une diapositive de propositions de reformulation des questions fermées en questions ouvertes.

14h35

Deuxième temps :

Objectifs pédagogiques :

- Associer les différentes techniques de l'entretien motivationnel
- Expérimenter la création de micro-objectifs.

Scénario détaillé :

- PowerPoint en plénière sur intérêt de l'entretien motivationnel : DLG 20'
    - lien avec diaporama précédent sur questions ouvertes et questions fermées,
    - présenter la reformulation, (développer répétition, reformulations avec différents niveaux, présenter phrases à reformuler et proposer à des internes de faire?)
    - Définition de l'entretien motivationnel et buts.
    - Prochaska : représenter cercle ou spirale et comment nous allons pouvoir intervenir à chaque étape. Prévoir échange avec la salle. Qu'en pensent les internes ? Est-ce qu'ils utilisent les stades de motivation de Prochaska pendant la consultation ? Est-ce qu'ils pensent que ça peut être utile ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ? Préciser que l'utilité n'est pas uniquement de comprendre où en est le patient mais que cela peut avoir des applications concrètes en consultation.

- échelles de motivation = stratégie d'action : coupler échelle de motivation et échelle de confiance en soi, présenter exemple, coupler dans un deuxième temps au Prochaska avec même exemple.
- présentation d'une fiche de recueil alimentaire et de la façon de l'utiliser mode d'emploi directif (5): les internes vont jouer une consultation où le patient vient avec la feuille de recueil alimentaire, ils vont se mettre en côte-à-côte, en maintenant une distance de non-intrusivité, avec angle de 45°.Le but est d'utiliser les questions ouvertes, de reformuler et de dégager un ou plusieurs objectifs partagés ou décidés avec le patient applicables au sortir de la consultation.

- Répartition en trinômes, mise en situation en trinômes : 15', selon disposition des salles, répartition sur 2 salles.
- en situation motivationnelle, 1 médecin, 1 patient, 1 observateur jouent la 2è consultation à laquelle le patient revient avec sa fiche de recueil alimentaire remplie (Annexe 5) : Les formateurs DLG et ED distribuent par groupe les 3 pages de recueil alimentaire, le scénario médecin, le scénario patient Les formateurs DLG et ED circulent entre les trinômes pour proposer leur aide si les internes ont des difficultés à mettre en place le jeu de rôle.
- Débriefing en plénière : 15'Les formateurs répartissent les internes en 3 groupes : Lancement par DLG un groupe réunissant les patients, un autre réunissant les médecins, le dernier réunissant les observateurs. Débriefing par DLG, par rôles en commençant par les patients, puis médecins, puis observateurs, un interne volontaire commence à donner son avis puis les autres internes complètent.

Débat avec la salle : 10'

Objectif pédagogique: Débattre des attitudes et des techniques d'entretien dans une séquence éducative.

Interview de groupe par un formateur DLG: qu'avons-nous fait ? Qu'avons-nous ressenti ? Faire le point des difficultés : problème du temps, de l'expérience, de l'articulation avec d'autres consultations, qu'est-ce qui nous manque ?

Exemple de questions pouvant être abordées : Cela prend trop de temps sur une consultation ; comment s'organiser par rapport aux consultations de suivi habituel ; ça rajoute des consultations ; en tant que stagiaire ou remplaçant, on ne revoit pas les patients ; en faisant des micro-objectifs on ne va pas assez vite ; comment faire si les objectifs ne sont pas réalisés, quelle est la place des médicaments…

Messages-clés : Il existe des techniques d'entretien, théorisées, qui permettent au patient d'agir sur ses comportements.

Ces techniques d'entretien apportent du confort au soignant en consultation.

15h35

Troisième temps :

Objectif spécifique :

- Intégrer la diététique dans le projet de santé personnalisé avec son patient.

Objectif pédagogique :

- Décrire la réalisation de l'éducation thérapeutique séquentielle dans sa pratique.

Méthode pédagogique : Exposé-Débat

Scénario détaillé :

Présentation de diapositives présentant différentes séquences successives en éducation thérapeutique séquentielle et son inscription dans un tableau de PSP par ED.

Débat avec la salle au terme du diaporama. 25'

Pause. 10'

Messages-clés : L'éducation thérapeutique séquentielle permet d'aider le patient à changer ses comportements dans un but de mieux-être.

C'est une forme réalisable dans l'exercice de la médecine générale.

16h10

Quatrième séquence: Evaluation immédiate et à distance

Evaluation immédiate :

Méthodes et moyens : Tour de table en grand groupe

Scénario détaillé :

Relecture par un formateur DLG des questions et difficultés recensées le matin :

- Un formateur énonce les questions recensées le matin
- Puis il demande à l'assemblée si une réponse à cette question a été apportée lors de la formation.

Tour de table par ED: Quel objectif réalisable se donne chaque interne pour ses consultations de diététique ultérieures ? Demander à l'interne de coupler son objectif aux échelles de motivation et de confiance en soi. L'interne doit noter sur une feuille le problème auquel il souhaite répondre par 1 objectif, il sera à reprendre lors de l'enquête à distance. Prise de notes par DLG 15'

Préciser par DLG qu'il y aura une enquête à distance pour la validation de ma thèse sous forme d'une contribution via internet, ouverte la première quinzaine de juin, d'une dizaine de minutes, qui permettra la validation pour chaque interne du séminaire.

Remise du questionnaire de satisfaction du DUMG à chaque interne par DLG et récupération du questionnaire avant sortie de la salle.

Fin de la formation 16h30

Evaluation à distance :

06/06/2011 au 19/06/2011 avec relance par mail une semaine avant.

Modalité à définir : questionnaire en ligne fait avec Google document

Le questionnaire doit recenser ce qui a changé dans la consultation des internes, quel bénéfice ont-ils tiré de la formation, chacun a-t-il réalisé une consultation de diététique ? Si non, pourquoi ? Qu'auraient-ils aimé trouver dans la formation après 3 mois de mise en pratique ?

Ont-ils réalisé l'objectif qu'ils s'étaient fixé ? Si non, pourquoi ? Attention, limite= pas forcément dans un stage ambulatoire

Ressources humaines :

Concepteurs : Une interne de médecine générale et son directeur de thèse.

Compétences requises des formateurs :

- Compétences en animation
- Compétences en organisation pédagogique
- Compétences en éducation thérapeutique
- Compétences en diététique

L'organisateur :

- Assure la coordination générale de l'ensemble de la formation
- Assure avec son directeur de thèse et le responsable de l'enseignement du DUMG la préparation du contenu pédagogique
- S'assure tout au long de la formation que le cursus correspond bien aux objectifs définis.
- S'assure en fin de formation que les objectifs définis ont bien été atteints
- Réalise l'évaluation à distance du séminaire auprès des internes
- L'ensemble de ces processus participe au contenu de sa thèse.

Les formateurs co-organisent, co-animent et assurent conjointement l'expertise de l'action.

Matériel et moyens :

- Salle pour 30 personnes permettant de répartir les chaises et tables en groupes de 6

- Une salle de sous-commission
- Tableau marqueur ou craie avec marqueurs ou craies de couleur
- Ordinateur portable
- Ecran et vidéoprojecteur
- Dossier participant comprenant :
    - Bibliographie
    - Programme du séminaire avec timing et nom des séquences (à joindre en annexe)
    - Scénario des vignettes
- Liste d'émargement
- Matériel pour chaque table première séquence:
    - 4 feuilles « questionnaire « pour les animateurs
    - 4*4 feuilles A4 pour les réponses
- Matériel pour métaplan :
    - Feuille kraft
    - Post-it
    - Marqueurs papier
    - Patafix et ou scotch
- Matériel pour mise en situation :
    - 24* 3 feuilles de recueil alimentaire pré rempli (recueil alimentaire réel d'une patiente)
    - 24 scénarii médecin
    - 24 scénarii patiente
- Questionnaire d'opinion

Bibliographie à l'attention des formateurs :

1.Charles M.-A , Eschwege E., Basdevant A. Epidémiologie de l'obésité de l'adulte en France. Les études Obépi 1997-2006. Obésité. [en ligne]2008. Décembre.[consulté le 05/06/09] ;vol. 3, no4, pp. 258-263 [6 page(s) (article)].

Consultable à l'URL:http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=20977774

*2. Kusnik-Joinville O., Weill A. , Ricordeau P., Allemand H. Diabète traité en France en 2007: un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. [en ligne]. 2008. Novembre.[consulté le 05/06/09]; numéro 43: [9 pages]. Consultable à l'URL: http://www.invs.sante.fr/**BEh**/2008/**43**/index.htm*

3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Modalités de dépistage et diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire. Paris: ANAES; 2000. Consultable à l'URL: http:// www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/doc/library/lipides/LIPIDES002.pdf

4. Arveiler D. et al. L'enquête de population MONICA-France. Site INSERM UMR 744. [en ligne].[consulté le 05/06/09]. Consultable à l'URL: http://www.pasteur-lille.fr/fr/recherche/u744/resultat/enqpop.html

5 .Recommandations citées:

–Diabète: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé/ Haute Autorité de Santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Paris: HAS; 2006.

–Dyslipidémie: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge du patient dyslipidémique. Saint-Denis: AFSSAPS; 2005.

–Hypertension artérielle: Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Actualisation 2005. Paris: HAS; 2005.

–Insuffisance cardiaque: Haute Autorité de Santé. Guide médecin ALD n°5 Insuffisance cardiaque systolique symptomatique chronique. Paris: HAS; 2007.

–Dénutrition de la personne âgée: Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Paris: HAS; 2007.

–Association des diététiciens de langue française. Consultation diététique réalisée par un diététicien. Saint-Denis : ADLF-HAS. Janvier 2006.

6. Données CNAMTS 2007. Discussion du plan de financement de la Sécurité Sociale 2009. Consultable à l'URL: http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2009/2009_plfss_pqe/2009_plfss_pqe_maladie_9.pdf

7. P. Fischer, E. Ghanassia. Endocrinologie Nutrition. Internat 2004. VG 2004.

8. Items de l'Examen National Classant abordant la diététique:

–N°34. Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.

–N°36. Retard de croissance staturo-pondérale.

–N°61. Troubles nutritionnels chez le sujet âgé.

–N°110. Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Évaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition

–N°179. Prescription d'un régime diététique.

9. Polycopié National de nutrition: Cahiers de nutrition et de diététique de langue française. Collège des enseignants de nutrition. 2001. Consultable à l'URL:http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/disciplines/Nutrition/nutrition.html

10. H. Escalon, C. Brossard, F. Beck (dir). Baromètre santé nutrition 2008. Collection "Baromètres santé". Inpes éditions ; 2009 424p. Consultable à l'URL : http://www.inpes.sante.fr/, consulté le 14/03/2011

11. Sciences humaines.com. Dossier web Manger : les nouvelles pratiques alimentaires, consultable à l'URL : http://www.scienceshumaines.com, consulté le 28/02/2011.

- *S. .Lahlou. La vraie valeur des repas : manger et imaginer. Rubrique « Les représentations mentales ». Sciences humaines mensuel n°128. Juin 2002*
- *I. Garabuau-Moussaoui. Comment se transmettent les pratiques alimentaires. Rubrique « L'enfant ». Sciences humaines hors série n°45. Juin-Juillet-Aout 2004.*
- *C .Fischler. Le paradoxe de l'abondance. Rubrique « Manger, une pratique culturelle ». Sciences humaines mensuel n°135. Février 2003.*
- *Anonyme. Trois profils de mangeurs. Rubrique « Manger, une pratique culturelle ». Sciences humaines mensuel n°135. Février 2003.*
- *Anonyme. Quand les sciences humaines décortiquent l'alimentation. Rubrique « Manger, une pratique culturelle ». Sciences humaines mensuel n°135. Février 2003.*
- *J-L.. Flandrin. Le goût a une histoire. Rubrique « Manger, une pratique culturelle ». Sciences humaines mensuel n°135. Février 2003.*
- *J-P. Poulain. Ces aliments bannis ou mal aimés. Rubrique « Manger, une pratique culturelle ». Sciences humaines mensuel n°135. Février 2003.*

12. Gérard APFELDORFER , Jean-Philippe ZERMATI. La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique.La Presse Médicale, 2001, 30, 32, 1575-1580 © Masson Editeur. Consulté à l'URL : http://www.gros.org/articles/restriction-cognitive-obesite.php le 12/03/2011

13.Drahi E. ETP séquentielle en médecine générale. La revue du praticien médecine générale. 2010 ; tome 24 : 539-41.

Annexes au scénario:

Annexe 1 : Mails aux internes pour la préparation du récit :

- **Premier mail, à envoyer un mois avant le séminaire :**

Bonjour !

Tu es inscrit à un séminaire de diététique organisé le 12 avril dans le cadre de l'enseignement théorique du DES de médecine générale. Ce séminaire est l'objet de mon travail de thèse, il est né de mon vécu de la diététique en consultation.

Pour être le plus concret possible, peux tu préparer pour ce séminaire soit :

- Si tu as fait un stage de médecine générale : ta dernière consultation où il a été question de diététique, tu peux rapporter aussi une consultation au cours de laquelle tu as rencontré des difficultés autour de la diététique.
- Si tu n'as pas fait de stage de médecine générale : une histoire de patient(e) hospitalisé(e) qui a posé un problème de diététique, soit au cours de son hospitalisation, soit à l'origine de son hospitalisation.

Tu peux ou non rédiger cette situation clinique. Il ne s'agit pas d'un RSCA (pas d'élaboration de question, pas de bibliographie), le but est de partir des expériences personnelles des internes pour apporter des éléments de réponse au cours de la formation.

A bientôt,

Delphine Le Goff

- **Deuxième mail, une semaine avant la formation :**

Bonjour !

Dans une semaine, tu participes au séminaire de diététique à la fac. As-tu déjà en tête ton cas clinique ?

A bientôt,

Delphine Le Goff

Annexe 2 : Planning horaire de la formation :

Séminaire de diététique	
9h30-9h45	Accueil
9h45-11h40	Analyse des pratiques à partir des cas apportés
11h40-11h50	Pause
11h50-12h25	Les autres professionnels de santé
12h25-14h00	Déjeuner
14h00-16h00	Entretien motivationnel et Education thérapeutique
16h00-116h10	Pause
16h10-16h30	Evaluation du séminaire

Annexe 3 : Questions distribuées aux internes :

Première séquence :

Etape 1 : En sous-groupe, faisons connaissance…

- En quelle année d'internat sont les internes du groupe ?
- Combien y a-t-il d'internes ayant réalisé un stage de premier niveau ? de deuxième niveau ? n'ayant pas réalisé de stage ambulatoire ?
- Quelles sont les attentes de chaque interne par rapport à la formation ?

Etape 2 : Tour de table en sous-groupe

Travail sur les récits proposés par les internes : un interne volontaire commence, présente rapidement le cas clinique qu'il a préparé puis il répond aux questions :

- pourquoi un abord diététique avec ce patient ?
- comment s'est déroulée cette rencontre ?
- l'interne y a-t-il pris du plaisir ?
- quelles difficultés a-t-il rencontrées ?

Annexe 4. Scénario vignettes

QUESTIONS OUVERTES
Expérimenter les effets des différents types d'entretien (persuasion et motivation)

Méthode : En face à face (ligne des A face à ligne des B)

Phase I

- A : Vous imaginez une situation que vous aimeriez (devriez) changer comme faire plus d'activité physique, travailler moins, changer de travail, arrêter de fumer, manger mieux, perdre du poids, être mieux organisé(e), être moins sous la tyrannie du stress, etc. L'idéal est que vous partagiez quelque chose de vrai, que vous pourriez entreprendre et que, pour toutes sortes de bonnes et mauvaises raisons, vous n'avez pas encore entrepris.

- B : Vous écoutez attentivement la situation puis vous chercherez à convaincre votre partenaire en suivant les points I à 5:

1 Expliquez à A pourquoi il devrait entreprendre ce changement

2 Donnez à A au moins trois avantages qui résulteraient de ce changement

3 Dites à A comment faire ce changement

4 Insistez combien il est important pour A d'entreprendre ce changement

5 Dites à A de faire ce changement

Pendant que B essaiera de persuader A, A pourra argumenter et débattre avec B.

Temps : 5'

Phase 2

Les A se lèvent et changent de place

- B : Vous imaginez une situation que vous aimeriez (devriez) changer comme faire plus d'activité physique, travailler moins, changer de travail, arrêter de fumer, manger mieux, perdre du poids, être mieux organisé(e), être moins sous la tyrannie du stress, etc. L'idéal est que vous partagiez quelque chose de vrai, que vous pourriez entreprendre et que, pour toutes sortes de bonnes et mauvaises raisons, vous n'avez pas encore entrepris.

- A : Vous écoutez la situation décrite très attentivement puis vous poserez les 3 questions suivantes:

1 Pourquoi aimeriez-vous faire ce changement?

2 Comment devriez-vous vous y prendre pour le réussir?

3 Quelles sont les trois bonnes raisons de le faire?

Temps : 5'

Quand vous avez terminé l'exercice répondez aux 2 questions suivantes

1. A: Quand j'étais celui qui exposait une situation comment ai- je vécu le fait que B essaye de me convaincre à changer? Pourquoi? B : Quand j'ai cherché à convaincre A, comment ai-je vécu ce type d'intervention ? Pourquoi?

2. B : Quand j'étais celui qu'on interrogeait sur un changement à faire et les raisons et l'importance de le faire, comment ai- je vécu cette intervention? A: Quand j'étais celui qui devait encourager le changement comment ai- je vécu cette intervention ? Pourquoi?

D'après B. GOLAY, département de médecine communautaire, Hôpitaux universitaires de Genève

Annexe 5 : Questions ouvertes ou fermées ?

O	1. Qu'est-ce que vous appréciez quand vous consommez de l'alcool ?
F	2. D'où venez-vous ? Modif : Pourriez-vous me parler de vos origines ? Quelle est votre histoire ?
F	3. Souhaiteriez-vous que nous nous revoyions dans 3 mois ? Modif : Comment envisagez-vous votre suivi ?
F	4. Trouver un sens à cela n'est-il pas le plus important pour vous ? Modif : Quelle importance a pour vous de trouver un sens à cela ?
O	5. Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?
F	6. Est-ce que vous avez envie de maintenir cette habitude ? Modif : Comment souhaitez-vous que cette habitude évolue ?
F	7. N'avez-vous jamais pensé à faire plus d'exercice physique, de la marche par exemple ? Modif : Que pensez-vous d'une reprise d'activité physique ?
F	8. Qu'aimeriez-vous faire par rapport à votre consommation de tabac : arrêter, diminuer ou ne rien changer ? Modif : Comment souhaiteriez-vous que cette consommation de tabac évolue ? Ou : Qu'aimeriez-vous faire par rapport à cette consommation de tabac ?
O	9. Dans le passé, comment avez-vous fait pour gérer cette situation ?
F/O	10. Quelles sont les conséquences du diabète qui vous inquiètent le plus ?
F	11. Est-ce que votre entourage vous parle de vos cigarettes ? Modif : Comment votre entourage vous parle-t-il de vos cigarettes ?
F	12. Votre alimentation vous préoccupe-t-elle ? Modif : Que pensez-vous de votre alimentation ?
O/F	13. Quelles sont les raisons les plus importantes pour vous qui font que vous souhaiteriez perdre du poids ?

F	14. Seriez-vous d'accord pour essayer ce traitement ? Modif : Que pensez-vous de ce traitement ?
F	15. Est-ce que ceci est une question ouverte ou fermée ?

Issu de « l'entretien motivationnel »- Rollnick et Miller

Annexe 6 : Scénario recueil alimentaire :

Scénario médecin :

Vous recevez Mme B. en consultation après ses 5 jours de recueil alimentaire.

Mme B a 55 ans, elle est employée de bureau, elle pèse 80 kg pour 1.60m, son dernier bilan biologique retrouve : Glycémie à jeun =1,40 g/L (il y a 1 mois 1,35), HDL= 0.40 g/L, LDL= 2.00 g/L, TA= 140/90.

Votre consultation va se dérouler en côte-à-côte, à 45°, elle a pour but de faire le débriefing du recueil alimentaire réalisé par Mme B. en utilisant des questions ouvertes, la reformulation avec une attitude empathique et qu'elle élabore un ou des objectifs diététiques.

Scénario patiente :

Vous êtes Mme B., vous avez 55 ans, vous êtes employée de bureau. Vous pesez 80 kg pour 1.60 m.

A la suite de votre dernier bilan biologique, vous avez appris que vous étiez diabétique (bilan : Glycémie à jeun =1,40 g/L et 1.35 g/L il y a 1 mois), HDL= 0.40 g/L, LDL= 2.00 g/L). Votre tension : 140/90.

Vous venez en consultation avec le relevé alimentaire dont vous aviez convenu avec votre médecin à la dernière consultation.

ANNEXE 6 : Recueil alimentaire de Mme B.

Nom – Clary

JOUR 1 : 3 mars

	Heure et lieu	Menu précis	Quantité consommée	Mode de cuisson Assaisonnement
PETIT DEJEUNER maison	7H30	2 tartines beurre confiture 1 café au lait 1 sucre		
Dans la matinée travail	11H00	1 petit paquet de chips		
REPAS de MIDI (déjeuner) self	12H30	Assiette de crudités Blanquette de veau Riz Camembert 1 pomme		
Dans l'après-midi travail	17H00	Thé + tablette		
REPAS du SOIR (dîner) maison	20H00	Sardines à l'huile 1/2 jambon (tranche) boîte petit pois Camembert + 1 orange		
Dans la soirée	21H30	3 carrés de chocolat		
Dans la nuit				
Autres prises alimentaires				

OBSERVATIONS : Boissons : 1/4 vin par repas

Marie-Claire

JOUR 2: 4 mars

	Heure et lieu	Menu précis	Quantité consommée	Mode de cuisson Assaisonnement
PETIT DEJEUNER maison	7H45	2 tartines beurre confiture 1 café au lait + 2 sucettes		
Dans la matinée Travail	11h00	2 Mars + 1 café		
REPAS de MIDI (déjeuner) Self	12h30	Feuilleté légumes Steack + Jardinière Camembert Tartelette citron		
Dans l'après-midi Travail	17h30	1 pomme		
REPAS du SOIR (dîner) maison	20h00	Poireaux vinaigrette Haché pommes Camembert Orange		
Dans la soirée maison	21h30	1/2 tablette chocolat		
Dans la nuit				
Autres prises alimentaires				

OBSERVATIONS : Boisson : 1/4 de vin à chaque repas

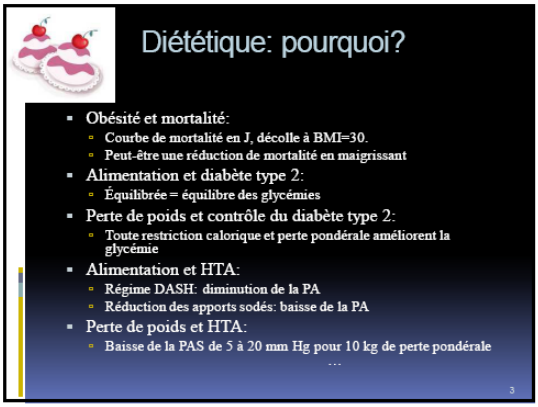
Marie Claire

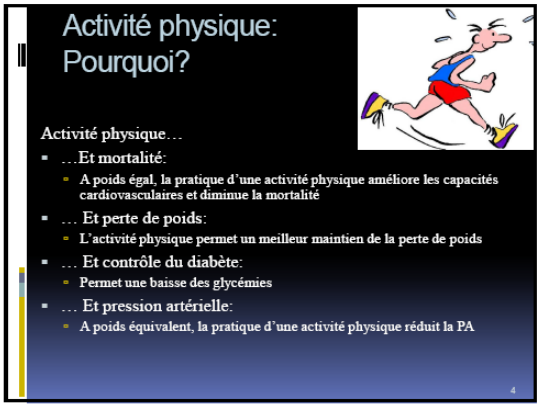
JOUR 3 : 5 mars

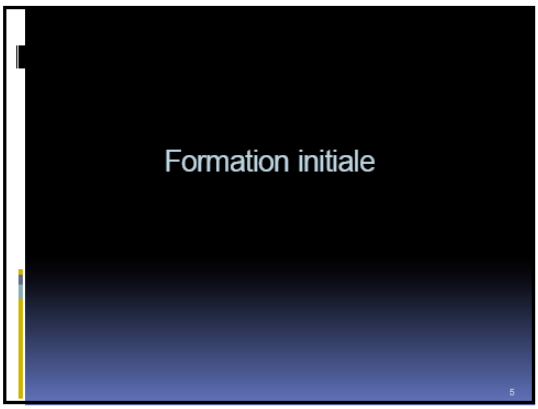
	Heure et lieu	Menu précis	Quantité consommée	Mode de cuisson Assaisonnement
PETIT DÉJEUNER	7H45	2 tartine pain beurre confiture 1 café au lait 2 recettes		
Dans la matinée	11H	1 sans chocolatée	1	
REPAS de MIDI (déjeuner) Self	12H30	Assiette de crudité tomates + beurre Frite Camembert - ~~tartelette~~ au fromage 1 café + 2 recettes 1 fromage		
Dans l'après-midi maison	18H30			
REPAS du SOIR (dîner) maison	19H00	Sardines à l'huile Poissons panés Pommes dauphine Camembert + 1 fromage	1 boîte 3	
Dans la soirée maison	21H00	Chips		
Dans la nuit				
Autres prises alimentaires				

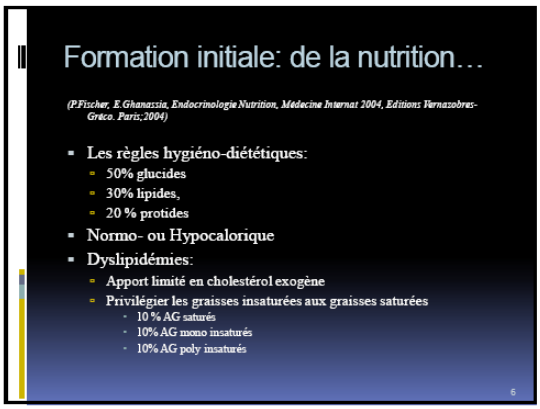
OBSERVATIONS :

ANNEXE 7 : Les présentations projetées lors du séminaire :









Formation initiale: 24 questions d'internat…

- N°16. Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte
- N°17. Principales complications de la grossesse.
  - Diabète gestationnel
- N°21. Prématurité et RCIU facteurs de risque et prévention
- N°24 Allaitement
- N° 34. Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.
  - Besoins nutritionnels/ prescrire le régime d'un nourrisson/ Prévention et prise en charge de l'obésité
- N°36. Retard de croissance staturo-pondérale.
- N°42 Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte
- N°45 Addictions et conduites dopantes
  - Alcool
- N°56 Ostéoporose
- N°61. Troubles nutritionnels chez le sujet âgé.
- N°73. Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation; toxi-infections alimentaires

7

- N° 110. Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Evaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition
- N°111. Sport et santé. Aptitude au sport… Besoins nutritionnels chez le sportif
- N°128. Athérome: épidémiologie et physiopathologie
- N°129. Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention
- N°130. Hypertension artérielle de l'adulte
- N° 139. Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers
- N° 179. Prescription d'un régime diététique
- N°222. Anémie par carence martiale
- N°233. Diabète de type I et II de l'enfant et de l'adulte. Complications
- N°253 Insuffisance rénale
- N°267. Insuffisance rénale
- N°295 Amaigrissement, orientation diagnostique
- N°297. Anémies, orientation diagnostique

8

Formation initiale: un polycopié national de référence

- 163 pages
- Reprenant chaque item de l'internat
- Données de nutrition et quelques propositions de mise en application
- Mais aspect peu opérationnel….
- … Et inconnu des internes…

9

10

Mesures nutritionnelles

La prise en charge diététique d'un patient diabétique de type II comprend plusieurs principes :

La prise en charge du surpoids ou de l'obésité
La ration calorique totale journalière prescrite n'est pas standardisée, mais elle est adaptée aux habitudes alimentaires, à l'état pondéral du patient et à l'activité physique. Cela impose de réaliser une enquête alimentaire. En cas de surpoids et d'obésité, une restriction calorique de 300 à 500 kcal/j environ par rapport à la consommation habituelle, ou de 15 à 30 % de l'apport calorique déclaré doit être proposée au patient (*cf. diététicienne*).

• L'apport glucidique
Sur le plan quantitatif, il doit correspondre à 50-55 % de la ration calorique totale, répartis en 3 repas.
Sur le plan qualitatif, les glucides simples (sucreries, bonbons, chocolats et autres sucres raffinés) doivent être évités au profit des glucides complexes, dérivés de l'amidon. En effet, les aliments contenant des glucides peuvent être classés selon leur pouvoir hyperglycémiant : c'est la notion d'index glycémiques.

• L'apport lipidique
Sur le plan quantitatif, il doit représenter 30 à 35 % de la ration calorique totale. Il importe de se méfier des graisses « cachées ». En effet, l'apport lipidique ne se résume pas aux graisses d'assaisonnement, mais comprend les graisses contenues dans les autres aliments.
Sur le plan qualitatif, on préconise un équilibre entre acides gras mono-insaturés, poly-insaturés, saturés de 2, 1, 1, soit un apport de graisses saturées inférieur à 10 % de l'apport calorique total.

• L'apport protéique
Sur le plan quantitatif, il doit représenter environ 15 % de la ration calorique totale.
Sur le plan qualitatif, il n'y a pas de conseil particulier à donner dans la mesure où une alimentation variée permet généralement d'obtenir un apport protéique de bonne valeur biologique.
Dans la situation où existe une néphropathie diabétique, l'apport protéique doit être restreint à 0,8 g/kg/j pour diminuer la pente de décroissance du débit de filtration glomérulaire.

- Glucides= 50 à 55%, éviter les glucides simples (exemples), notion d'index glycémique
- Lipides=30 à 35%, se méfier des graisses cachées (exemples)
- Protides= 15%, pas de conseil, une alimentation variée permet d'obtenir un apport protéique de bonne qualité

11

Que retiennent les internes des 1er et 2è cycles de Médecine?

- 2 focus-group réunissant 6 internes en médecine générale en février 2010
- Résultats:
  - Peu de souvenirs des cours théoriques
  - Des questions survolées pour l'internat
  - Polycopié de nutrition inconnu
  - Pas de TP ou d'ED
  - Contenu de la formation pas adapté à la pratique
  - Expérience de stage plus citée (suivi diététiciennes, pratique de maitres de stage…)

12

Recommandations de bonne pratique

13

RHD et recommandations HTA

- *Hypertension artérielle: Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Actualisation 2005. Paris: HAS; 2005.*
- Limitation de la consommation en sel à 6g/jour
- Réduction du poids pour IMC < 25 ou perte de 10% du poids initial
- Activité physique régulière
  - Adaptée à l'état clinique du patient
  - D'au moins 30 minutes environ, 3 fois par semaine
- Limitation de la consommation d'alcool
  - A moins de 3 verres de vin ou équivalent par jour chez l 'homme
  - A moins de 2 verres de vin par jour ou équivalent par jour chez la femme
- Arrêt du tabac
- Régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (graisse d'origine animale)

14

RHD et diabète de type II

- *Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé/ Haute Autorité de Santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Paris: HAS; 2006*
- Correction des principales erreurs alimentaires qualitatives:
  - réduction des lipides surtout saturés
  - réduction des sucres simples
  - réduction de la consommation d'alcool
  - régime modérément hypocalorique,
    - un amaigrissement même limité (5% du poids corporel) apporte un bénéfice glycémique très significatif
- Activité physique
  - modifications réalistes du mode de vie quotidien et autant que possible repose sur 3h d'activité plus intensive adaptée au profil du patient

15

RHD et dyslipidémies:

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge du patient dyslipidémique. Saint-Denis: AFSSAPS; 2005.
- Un traitement diététique adapté [….] doit pour cela être instauré avec la conviction du prescripteur et celle du patient
- Limitation de l'apport en acides gras saturés
  - (graisses d'origine animale) au profit des acides gras mono- ou poly-insaturés
- Augmentation de la consommation en acides gras poly-insaturés oméga-3 (poissons)
- Augmentation de la consommation de fibres et micronutriments
  - naturellement présents dans les fruits, légumes et produits céréaliers
- Limitation du cholestérol alimentaire, voire l'utilisation de stérols végétaux
- Limiter la consommation d'alcool
- Contrôler le poids
- Corriger une sédentarité excessive; exercices physiques réguliers

16

Surpoids et obésité de l'adulte

- Pour prise en charge médicale de premier recours
- Projet de recommandation de bonne pratique, 4 axes:
  - Prévenir la prise de poids supplémentaire chez les sujets en surpoids ou ayant une obésité
  - Prendre en charge la morbidité associée à l'obésité
  - Favoriser la perte de poids
  - Stabiliser le poids à long terme
- Publication prévue initialement en juin 2011.

17

Au total:

- Des maladies ET facteurs de risque cardiovasculaire
- Des règles hygiéno-diététiques identiques: activité physique et dérivé du « régime méditerranéen »
- Variantes: glucides et diabète, sel et HTA
- Mais pas de « guide » pour le mettre en œuvre…

18

Outils

19

Tableaux d'aide à l'analyse alimentaire

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. Paris:ANAES;2000
- ANSES = agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l' environnement et du travail
- Doctissimo, Gerblé…

20

Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications

Tableau 6. Teneur en glucides végétaux en grammes pour 100g d'aliments (extrait de « Répertoire général des aliments», Favier).

Désignation	Glucides végétaux en g
Sucre blanc	100
Miel	79
Biscotte sans spécification	74,4
Farine blanche	72,5
Riz cuit vs	40,2
Coulibiac, tout type	40
Pain blanc	49,8
Chocolat à croquer	47,5
Pain, baguette	46
Confiture	46
Pain de seigle et froment	45
Pomme de terre, chips, salées	42,4
Tarte aux fruits	41
Pomme de terre, frite, non salée	41
Hamburger	35,4
Riz blanc, cuit	28,2
Pizza, tomate et fromage	28,1
Pomme de terre, cuite	22,4
Dessert, pulpe, fraîche	21
Crème dessert, aromatisée	19,8
Pomme, compote, en conserve	19,1
Quiche lorraine	18,4
Wok doux, aspectée	18,2
Pomme de terre, cuite à l'eau	18
Haricot blanc, cuit	16,9
Pâtes, blanches	15,4
Pigne, fruit frais	15,3
Coles, fraîche	15,3
Tourte, assortiment	15,3
Lentille, cuite	15,1
Petit pois, appertisé	15,1
Naïs, non pelés, fraîche	15,1
Pomme, non pelée, fraîche	15,1
Pomme, pulpe, crue	15,1
Soda, cola, diet	15
Pomme, jus à base de concentré	15
Pêche, pulpe et peau, fraîche	15
Kiwi, pulpe et graines, frais	15
Cacahuète, grillée, salée	15
Orange, pulpe, fraîche	15
Mûrier, pulpe, frais	15
Boeuf cru, cuit	15
Pain, fraîche	15
Cerise, crue	15
Cidre doux	15
Bière ordinaire	15
Tomate, entière	15
Soupe poisson, pomme de terre	15
Lait semi-écrémé UHT	15
Haricot vert, cuit	15
Tomate, crue	15
Courgette, cuite	15
Chou-fleur, cuit	15

ANAES - Service des Recommandations et Références Professionnelles - Mai 2000

21

Tableau 2. Teneur en lipides en grammes pour 100g d'aliments (Viande, volaille, charcuterie) (extrait de « Répertoire général des aliments», Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Lard, cru	70	28,3	6,3	30
Rillettes	41,9	18,1	4,9	16
Saucisson sec	34,7	15,5	4,2	12,9
Saucisse de Strasbourg	27,7	12,7	3,3	10,2
Agneau, épaule, cru	25	9,5	1,2	12
Porc, travers, cru	23,6	10,7	2,2	9,3
Langue, bœuf, cuite	17,9	8,2	0,67	7,7
Agneau, côtelette, cru	16,5	6,3	0,77	8
Porc, échine, cru	15	6,9	1,5	5,6
Jambon sec, sans spécification	15	6,9	1,7	5,6
Bœuf, entrecôte, grillé	11,8	5,6	0,47	5
Bœuf bourguignon	8,2	3,5	0,6	3,4
Pot-au-feu	7,3	3,5	0,38	3,1
Veau, rôti, cru	7	2,9	0,8	2,6
Jambon cuit, tout spécification	6,5	3	0,75	2,3
Poulet, viande et peau, rôti	6,2	2,9	1,2	1,8
Bœuf, faux filet, grillé	6	2,7	0,27	2,6
Canard, viande, cru	6	1,6	0,76	2,3
Lapin, viande, cru	5,6	1,1	1,8	2,2
Foie, volaille, cru	5,5	1,3	1,1	1,9
Veau, filet, rôti	5,2	2	0,62	1,8
Porc, filet, rôti maigre, cuit	4,8	2,2	0,58	1,7
Cheval, viande, cru	4,6	1,5	1,1	1,7
Rognon, veau, cru	4,4	0,94	0,87	1,4
Bœuf, rosbif, rôti	4,1	1,9	0,16	1,7
Veau, filet, cru	3	1,1	0,37	0,95
Dinde, viande, crue	2,4	0,6	0,7	0,8

22

Tableau 3. Teneur en lipides en grammes pour 100g d'aliments (Laitage et fromage) (extrait de « Répertoire général des aliments», Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Chèvre sec	39,4	10,6	1,4	25,4
Crème de lait épaisse	33,3	8,4	0,82	21,1
Roquefort	32,8	9,1	1,4	20,6
Comté	31,3	8,7	1,1	18,8
Camembert et apparenté	25,8	7,5	0,75	16,2
Fromage fruit 40% MG/MS, nature	8	2,3	0,25	5,1
Yaourt au lait entier, nature	3,8	1	0,1	2,2
Lait entier UHT	3,8	1,1	0,11	2,2
Fromage fruit 20% MG/MS, nature	3,4	0,97	0,11	2,2
Lait demi-écrémé UHT	1,6	0,48	-1	0,95
Yaourt nature	1,1	0,31	-1	0,7

Tableau 4. Teneur en lipides en grammes pour 100g d'aliments (Divers) (extrait de « Répertoire général des aliments», Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Cacahuète	49	23,5	14	9,2
Chocolat à croquer	30	8,4	0,9	17,8
Quiche lorraine	26,2	10,2	2,2	11,7
Croissant	17,2	5,5	0,75	9,9
Croque-monsieur	16,2	4,9	1,2	8,5
Pomme de terre, frite, non salée	15	-2	-2	-2
Avocat, pulpe, frais	14,2	8,9	1,8	2,9
Œuf, entier, cru	10,5	4,2	1,5	3,1
Hamburger	8,6	4	1,1	3,3
Pizza, tomate et fromage	8,1	3,5	0,74	2,9
Glace	7,5	2,4	0,2	4,4

23

Tableau 5. Teneur en lipides en grammes pour 100g d'aliments (Poissons et crustacés) (extrait de « Répertoire général des aliments », Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Maquereau, cuit au four	20,9	8,2	5,2	4,9
Sardine, à l'huile, conserve	13,7	4,7	4,9	2,8
Saumon, cru	10,1	3,6	3,5	1,9
Crabe ou tourteau, cuit à l'eau	5,2	1,3	1,8	0,66
Poisson pané, congelé, cru	2	0,8	0,6	0,3
Huître, crue	1,6	0,51	0,38	0,4
Cabillaud, cru	0,7	0,1	0,3	0,12
Crevette, crue	1,3	0,19	0,5	0,25

24

ANSES: composition des aliments

Aliments riches en amidons

Teneur en amidons (g/100g)	Lait et produits laitiers	Céréales et dérivés	Produits sucrés	Fruits, légumes et autres végétaux	Oeufs et ovoproduits	Poissons, crustacés et mollusques	Autres
50 - 60		Maïs (8 mois)					
70 - 80		Riz soufflé non-gras Céréales de maïs sucrées Biscotte Semoule cuite Riz soufflé pour petit déjeuner Farine blanche					
60 - 70		Pâtes de céréales Pain noir Farine de blé complète					Brocoli sec
50 - 60		Pâtes alimentaires Baguette Petit grille diététique Biscotte diététique au son Pain de campagne Biscotte complète Céréales de petit déjeuner chocolatées Farine de seigle					Brocoli type petit beurre
40 - 50		Pain de mie Céréales de petit déjeuner sucrées Pain noir à l'huile Pain de seigle et d'avoine Maïs Pain complet					Chips Croissant Pain au lait noir Sablé au beurre Pâte brisée cuite Biscuits apéritif au fromage Fromage Pâte feuilletée salée

Exemples d'aliments riches en cholestérol

Aliments riches en cholestérol (mg/100g)

- Cervelle : 2 600
- Jaune d'œuf : 1 400
- Ragoût cuit : 520
- Oeuf cru ou cuit : 500
- Caviar : 440
- Oeufs brouillé au beurre : 390
- Foie gras : 380
- Omelette nature : 350
- Foie cuit : 320
- Rognon d'agneau ou de veau : 250
- Beurre : 250
- Beurre allégé : 216
- Gâteau de Savoie : 210
- Madeleine : 203
- Pâté de foie de porc : 200
- Sauce hollandaise : 200
- Soufflé au fromage : 185
- Crevette grise, cuite : 180
- Quiche lorraine : 180
- Eclair : 170
- Pâté de campagne : 170
- Mayonnaise : 165

- De Béatrice Monnanud,http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/cholesterol/sa_5449_cholesterol_teneur_aliments.htm

Alimentation des français

Que représente l'alimentation pour les français?

- *. H. Escalon, C. Brossard, F. Beck (dir). Baromètre santé nutrition 2008. Collection "Baromètres santé". Inpes éditions ; 2009 424p.*
- Enquête téléphonique auprès de 4217 ménages, 3è édition (1996, 2202, 2008):
  - rappel des 24 h,
  - modules complémentaires (habitudes alimentaires, perception de l'alimentation, connaissance des repères alimentaires, comportement d'achat…)

Que représente l'alimentation pour les français?

- Manger = plaisir
- Facteurs influençant la composition de repas: santé, budget
- Manger équilibré=
  - Manger varié
  - Favoriser les fruits et les légumes
  - Moins cité: éviter les produits gras ou salés
- Frein déclaré à la consommation des fruits et légumes: prix
- 80% des individus estiment être bien informés sur l'alimentation, par les médias
- Diplôme et revenu:
  - hausse= plaisir gustatif plus fréquemment cité
  - Augmentation de la consommation de viande, poisson, œufs
  - Augmentation de la consommation de fruits et légumes

Consommation des français

- Résultat du recueil alimentaire:
  - 11.8% avaient consommé 5 fruits et légumes
  - 24% au moins 3 produits laitiers
  - 82.7% 1 produit « viande et volaille, produits de la pêche et œufs »
  - 45% déclarent consommer du poisson 2 fois par semaine
- Boissons sucrées en hausse
- Consommation de « Snacks » en hausse
- Hausse de la consommation de « plat tout prêt »
- Modification de la consommation de matière grasse

Les repas:

- Structuration prise alimentaire en 3 repas:
  - 2 repas principaux conviviaux
  - 1 petit repas moins élaboré
- Structuration des repas en « plats »:
  - Vers simplification en 2 plats
- Diminution du grignotage
- Hausse des repas pris en extérieur
- Télévision et repas:
  - Pour la moitié des français au diner
- La durée déclarée des repas augmente

31

Alimentation: comportements et représentations

32

Comment mange-t-on?

- Avec son corps: champ biomédical…
  - capacité stomacale,
  - sécrétions enzymatiques, hormonales, leptine et autres…
- Avec sa tête: champ psychosocial…

33

Comment mange-t-on avec sa tête?

- L'alimentation est un comportement=action visant à la satisfaction d'une tension
  - Faim
  - Angoisse…
- Les comportements sont pilotés par des représentations
- Les représentations alimentaires:
  - Aliment=unité=Bon à manger/mauvais/ comment je le mange
  - Lien avec connotation culturelle, morale, esthétique

34

Une représentation= un modèle d'action

- Simple et prédictible
- Eléments de base
- Articulations entre chaque élément
- Permettent la réalisation du comportement (s'alimenter)
- Manger= incorporer= s'attribuer les qualités nutritionnelles et symboliques

35

Comment un enfant apprend-il à manger?

- Apprentissage contextuel
- Initialement familial
  - Puis crèches, assistantes maternelles, cantine, copains…
- 3 modalités: manger, observer, jouer
- Evolution des goûts: rites de passage et transgressions
- Un modèle structurant pour la vie d'adulte

36

Un aliment:

- Somme de 4 qualités:
- Qualité nutritionnelle:
  - Nutriments énergétiques
  - Éléments minéraux
  - Vitamines
  - Eau
- Qualité hygiénique (doit paraître consommable)
- Qualité organoleptique: sensations agréables
- Qualité symbolique: porteur de sens

37

Quelques représentations alimentaires:

V. Barthassat, G. Lagger, A.Golay. Représentations, comportements et obésité. Revue Médicale Suisse n°151. 2008

- On ne jette pas la nourriture
- On finit son assiette
- Mieux vaut avoir trop que pas assez
- L'huile d'olive ne fait pas grossir
- Les produits Light n'ont pas de calories
- Le chocolat, les desserts font grossir

38

Exemple des graisses

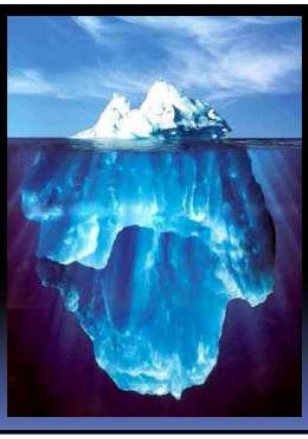
- Perception particulière mise en évidence lors des enquêtes nutritionnelles
- Pas des aliments, plutôt des ingrédients
- Entrent dans la préparation de la nourriture
- Problème des catégories au sein des représentations

39

Des représentations alimentaires…

- Mais aussi…
  - Des représentations corporelles
  - Des représentations sociales…
  - D'autres facteurs de modulation des comportement:
    - Des émotions
    - Des contraintes financières
    - Des contraintes professionnelles…

40



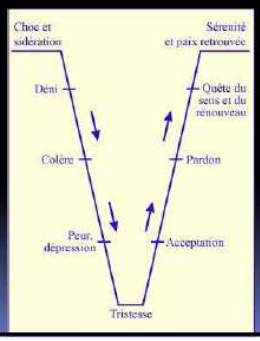
41

Le patient…

… n'est pas un être stable!

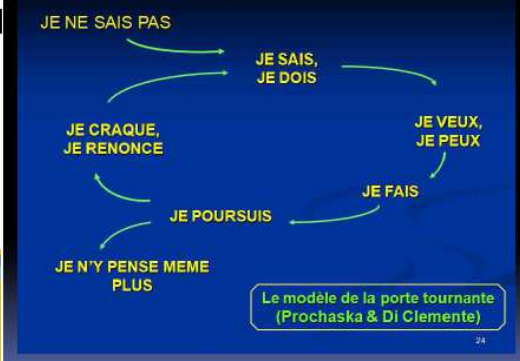
42

Stades d'acceptation de Kubler-Ross



43

Collège des Enseignants de Psychiatrie Université Paris Descartes



24

44

Ethique et diététique

45

Ethique et diététique: quelles limites?

- Au service de quelle norme sommes-nous?
  - Norme biomédicale: santé?
  - Norme sociale: objectif minceur?
- Notre intervention est-elle utile?
  - Effet Yoyo…
  - Baisse de la mortalité pas évidente pour les obèses
- Notre intervention laisse-t-elle nos patients indemnes?
  - Restriction cognitive

46

Vous avez dit « Motivation? »

1

Petit exercice…

- **Phase I** . Répartissez-vous en binômes: 1 « A » et 1 « B ».
- - A : Vous imaginez une situation que vous aimeriez (devriez) changer comme faire plus d'activité physique, travailler moins, changer de travail, arrêter de fumer, manger mieux, perdre du poids, être mieux organisé(e), être moins sous la tyrannie du stress, etc. L'idéal est que vous partagiez quelque chose de vrai, que vous pourriez entreprendre et que, pour toutes sortes de bonnes et mauvaises raisons, vous n'avez pas encore entrepris.
- - B : Vous écoutez attentivement la situation puis vous chercherez à convaincre votre partenaire en suivant les points I à 5:
- Pendant que B essaiera de persuader A, A pourra argumenter et débattre avec B.
- Temps : 5'

Phase 2

- - B : Vous imaginez une situation que vous aimeriez (devriez) changer comme faire plus d'activité physique, travailler moins, changer de travail, arrêter de fumer, manger mieux, perdre du poids, être mieux organisé-e, être moins sous la tyrannie du stress, etc. L'idéal est que vous partagiez quelque chose de vrai, que vous pourriez entreprendre et que, pour toutes sortes de bonnes et mauvaises raisons, vous n'avez pas encore entrepris.
- - A : Vous écoutez la situation décrite très attentivement puis vous poserez les 3 questions suivantes:
  Temps: 5 minutes.

Répondez aux 2 questions

- 1. A: Quand j'étais celui qui exposait une situation comment ai- je vécu le fait que B essaye de me convaincre à changer? Pourquoi? B : Quand j'ai cherché à convaincre A, comment ai-je vécu ce type d'intervention ? Pourquoi?
- 2. B : Quand j'étais celui qu'on interrogeait sur un changement à faire et les raisons et l'importance de le faire, comment ai- je vécu cette intervention? A: Quand j'étais celui qui devait encourager le changement comment ai- je vécu cette intervention ? Pourquoi?

Questions ouvertes ou fermées ?

Poser des questions ouvertes

- Encourager le patient à parler plus que l' intervenant
- Exprimer de l' empathie
- Accepter …
  - L' acceptation facilite le changement
  - L' ambivalence est normale

6

Questions ouvertes ou fermées ?

- Qu' est-ce que vous aimez dans l' alcool ?
- Où avez-vous grandi ?
- Est-ce que ce n' est pas important pour vous d' apporter du sens à votre vie ?
- Est-ce que vous êtes d' accord pour revenir à une consultation de suivi ?
- Qu' est-ce qui vous amène aujourd' hui ?
- Vous voulez conserver cette relation ?

7

Ouvertes ou fermées ? (2)

- Est-ce que vous avez déjà pensé que la marche était une façon de faire de l' exercice ?
- Qu'est-ce que vous voulez faire avec le tabac : arrêter, diminuer ou ne rien changer ?
- Dans le passé, comment avez-vous surmonté un obstacle important ?

8

Ouvertes ou fermées ? (3)

- Quel jour aimeriez-vous fixer pour arrêter ?
- Quelles sont les conséquences du diabète à long terme qui vous inquiètent le plus ?
- Est-ce que votre santé est importante pour vous ?
- Quelles sont les raisons les plus importantes pour vous pour arrêter de vous piquer ?

9

Ouvertes ou fermées ? (4)

- Ceci est une question ouverte ou fermée ?

10

L'entretien motivationnel

Que s'est-il passé lors de la séquence précédente?

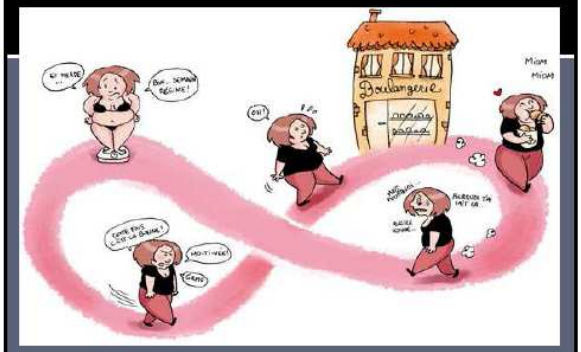
L'entretien motivationnel

- Echec des conseils médicaux=> entretien motivationnel développé par Miller et Rollnick
- Eviter la confrontation avec le patient
- Ne pas se centrer sur les priorités du professionnel
- Pour augmenter la motivation au changement
- Cela prendra parfois des mois ou des années

Pourquoi une méthode active?

Nous retenons :

- 10% de ce que nous lisons.
- 20% de ce que nous entendons.
- 30% de ce que nous voyons.
- 50% de ce que nous voyons et entendons en même temps.
- 80% de ce que nous disons.
- 90% de ce que nous disons en faisant quelque chose à propos de quoi nous réfléchissons et qui nous implique.



Le patient n'a jamais tort ou raison,

il pense différemment!

Explorer l 'ambivalence

- Conflit psychologique
- Entre changer ou ne pas changer
- Le choix présente des coûts et des bénéfices
- Rôle du soignant: faire explorer par le patient son ambivalence

La résistance

- = déni, négation.
- = intervention thérapeutique inadaptée
- Discours du patient particulier: rythme de discussion rapide, argumentation, interrompt son soignant
- = IL N'EST PAS PRÊT A CHANGER!!!

Les quatre techniques « OUVER »

- Poser des questions OUvertes
- Valoriser la démarche du patient, son efficacité personnelle et son estime de soi
- Ecoute réflective avec des reformulations empathiques
- Résumer des petites périodes de l'entretien

Les questions ouvertes

- Permettent d'explorer les représentations du patient
- Explorent un champ ignoré par les questions fermées
- « Quelle est votre consommation d'alcool? »
- « Que pensez-vous de votre consommation d'alcool? »

Valoriser

- la démarche du patient
- son efficacité personnelle
- son estime de soi
- « Vous avez honte parce que vous consommez trop d'alcool, pourtant vous osez venir en parler en consultation »
- « Vous n'avez pas réussi à arrêter le tabac, pourtant vous avez diminué votre consommation de moitié »

La reformulation

- Différents modes:
  - Reflet simple
  - Le double reflet
  - Le reflet amplifié
- Permet:
  - De montrer au patient qu'il est entendu
  - Au patient de s'entendre

La reformulation

- Reflet simple: sur le ton de l'affirmative, reprend les propos du patient mots pour mot
- « Il est hors de question que je prenne des médicaments pour l'hypertension artérielle car je ne suis pas malade »
- = « Vous ne voulez pas prendre de médicaments car vous ne vous sentez pas malade. »

La reformulation

- Le double reflet: mettre en évidence l'ambivalence présentée par le patient:
- « Bien sûr, je connais les risques du tabac sur la santé mais je n'ai pas envie de m'en passer… »
- = « D'un côté vous êtes conscient des dangers du tabac mais de l'autre vous ne souhaitez pas arrêter maintenant… »

La reformulation

- Le reflet amplifié: écho amplifié, non ironique, de ce que vient de dire le patient.
- Permet au patient de relativiser ses propres paroles.
- « Je n'ai pas le temps de faire du sport »
- =« Vous êtes surchargé, ce qui ne vous laisse aucun temps pour une activité physique… »

La reformulation

- Permet au patient d'entendre sa résistance
- Permet au patient d'objectiver son ambivalence
- Permet au patient de relativiser ses propos
- Resituer son discours permet de donner un nouvel éclairage à ses déclarations ou à sa situation

Ecoute active

- Identifier ce que dit et ce que vit le patient pour lui en faire prendre conscience
- Attitude:
  - Montrer son attention
  - Gestes, posture ouverte
  - Regard sur le patient… On ne touche pas à son ordi!!!
  - Synchronisation posturale

Résumer

- Des petites périodes de l'entretien
- Permet de vérifier que l'on est en phase avec le patient
- Permet au patient d'entendre une synthèse de ce qu'il pense, de rectifier ce que l'on a compris ou clarifier sa pensée

Le changement

- Présenter différentes options thérapeutiques et négocier un plan de traitement
- Changement=
  - 1 objectif
  - 1 succession d'objectifs…

Les échelles de motivation et de confiance en soi

- Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre motivation à faire ce changement?
- Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre confiance en vous à réaliser ce changement?
- Ouvre un espace de discussion, permet au patient de rendre son changement opérationnel

Un objectif

- Traduit une tâche
- Commence par un verbe d'action
- Décrit une action
- Action évaluable

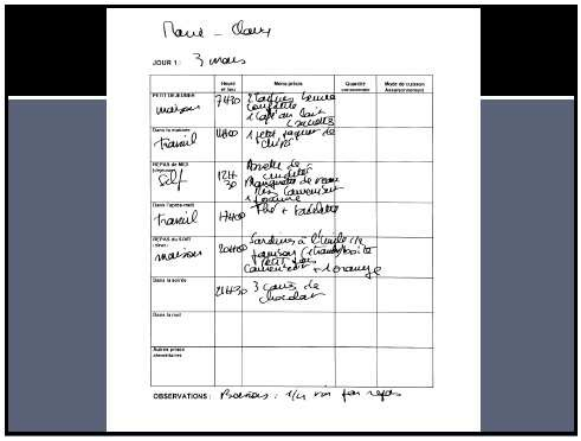
L'objectif doit être réalisable
Evaluation ne veut pas dire quantification!

Quelque soit l'issue de l'entretien…

Finir l'entretien
sur une note positive!!

A vous de jouer!

- Mise en situation en trinôme: 1 médecin, 1 patiente, 1 observateur
- Vous recevez Mme B. en consultation après ses 5 jours de recueil alimentaire.
- Mme B a 55 ans, elle est employée de bureau, elle pèse 80 kg pour 1.60m, son dernier bilan biologique retrouve : Glycémie à jeun =1,40 g/L (il y a 1 mois 1,35), HDL= 0.40 g/L, LDL= 2.00 g/L, TA= 140/90.



A vous de jouer!

- Règles du jeu: 15 minutes
- Utiliser:
  - Des questions ouvertes
  - Des reformulations
  - Des résumés
- Se mettre:
  - En côte-à-côte
  - Avec un angle de 45° entre médecin et patiente
- Déterminez un objectif à la fin de la consultation

Education Thérapeutique Individuelle, Séquentielle et Continue en Médecine Générale

Eric DRAHI

Médecin de Famille

Saint Jean de Braye

Conflits d'intérêts

- Trésorier de la SFDRMG
- Coordinateur du réseau DIABOLO
- Consultant pour le Laboratoire Merck (projet MotivDia).

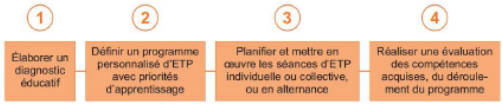
Education Thérapeutique du Patient

- Aider les patients à prendre soin d'eux
- Développer leurs compétences d'auto-soin et d'adaptation à leur maladie

ETP

- En groupe
- Individuelle

Les 4 étapes du guide méthodologique de la HAs



Rapport du HCSP 2009

Les 4 types de participation des soignants de premier recours

- Confier à une équipe/structure
- Réaliser le DE et confier à une équipe/structure pour l'ETP
- Participer à des actions d'une équipe/structure
- Intégrer l'ETP au soin (Educ'Attitude)

ETP Individuelle

- Les patients ne sont pas tous prêts à des travaux en groupes
- Les structures n'existent pas toujours
- Les besoins peuvent s'étager en:
  - De premier niveau (initiale)
  - De suivi
  - De reprise
  - Mais **TOUJOURS CONTINUE**

7

Continue

- Les besoins des patients:
  - Evoluent
  - Peuvent être réévalués à chaque consultation
  - Ou au décours d'évènements
- Le temps est une composante majeure de la médecine générale

8

Séquentielle

- Découpage de:
  - Mini diagnostics éducatifs
  - Micro-objectifs
  - Micro-réalisations
  - Micro-évaluation
- Programme découpé en micro-séquences
- Référentiel construit sur les compétences que doit acquérir le patient, mais aussi sur le soutien psycho-social.

9

Intégrée aux soins

- Une séquence éducative:
  - Consultation dédiée
  - Ou au cours d'une consultation « habituelle »
- Opportuniste ou prévue
- Tenant compte du contexte de soins et du contexte du patient
- Tenant compte des priorités.

10

Mais comment est-ce possible ?

11

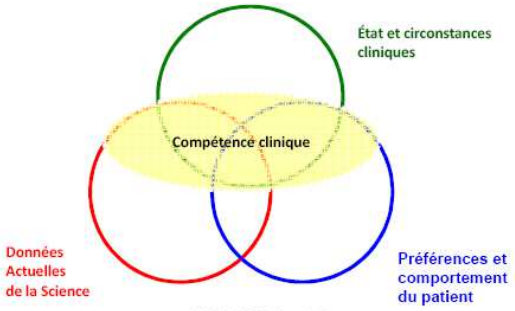
Exemple

Mme B, diabétique de type 2:

- Un référentiel d'éducation
- Une programmation des activités éducatives
  - Croyances, représentations, craintes, connaissances, comportements
  - Problèmes psychosociaux
  - Enquête alimentaire
  - Lecteur de glycémie
  - Activité physique
  - Pieds
  - Suivi
  - Observance
  - …

12

La Médecine Fondée sur les Preuves



Eric DRAHI. ETP intégrée aux soins de premier recours

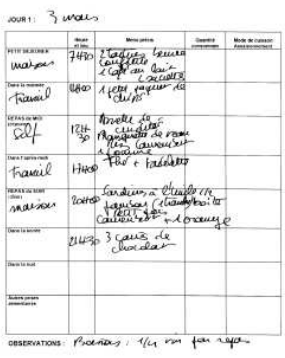
Haynes B & al. EBMJ 2002;7;2:36-8.

Consultation d'annonce (DE)

- Que pensez-vous de vos résultats?
- Qu'évoque pour vous le chiffre de votre glycémie?
- Connaissez-vous des personnes qui ont le même problème?
- Que pensez-vous devoir faire maintenant?
- Quel est le retentissement de votre maladie sur votre vie quotidienne?
- …

Enquête alimentaire

- Fiche de recueil remis à la consultation avec la justification:
  - Partir de votre alimentation et de ce qui vous fait plaisir
  - les consignes
- A la consultation suivante:
  - Que pensez-vous de votre recueil?
  - Dans ce que vous avez mangé cette semaine, qu'est-ce qui vous a fait le plus plaisir?
  - Que pensez-vous pouvoir améliorer?
  - Voyons maintenant en détail cette fiche (en côte à côte)



SFDRMG - ETP 5 - JNMG 2010

Lecteur de glycémie

- Prescription du lecteur en expliquant son intérêt
  - Identifier les situations hyper et hypoglycémiantes
- Mise en route du lecteur et consignes d'utilisation
  - À 5 horaires différents
  - Et après de situations particulières:
    - Repas de fête
    - « écart »
    - « repas sage »
    - Activité physique
    - …
- Débriefing à la consultation suivante:
  - Que pensez-vous de vos résultats?
  - Qu'est-ce qui vous a surpris ou au contraire conforté?
  - Voyons maintenant ensemble le détail (en côte à côte)

SFDRMG - ETP 5 - JNMG 2010

ETC…

- La possibilité de travailler en équipe:
  - Pharmacien pour le lecteur de glycémie
  - Diététicien pour l'enquête nutritionnelle
  - Podologue pour les pieds
  - Etc…
- Du plaisir pour le médecin
- Des consultations simplifiées
- Du confort pour le patient
- Une programmation simple à partir d'un petit référentiel de compétences.

19

Une programmation des séquences éducatives

- Inscrites dans le dossier médical:
- Problèmes identifiés
- Objectif
- Réalisation
- Évaluation
- Respectant les 4 temps de l'ETP.

20

Comment aider les patients à gérer leur maladie ?

- Les informer ?
- Définir leurs objectifs ?
- Aider les patients à identifier leurs difficultés ?
- Aider les patients à identifier leurs difficultés et à définir leurs objectifs ?
- Aider les patients à gérer le tableau de bord de leurs objectifs ?

Définir des objectifs

- Avec le patient
- Identifier les problèmes prioritaires
- Définir des micro-objectifs
- Définir des micro-actions
- Définir des micro- évaluations
- Les consigner dans un document patient.

Le PSP

Date	Problème du patient	Problème du soignant	Pathologie	Objectif	Action	Date de suivi	Commentaire

ANNEXE 8 : Bibliographie fournie aux internes lors du séminaire :

Outils utilisables en consultation de médecine générale :

INPES. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé du « Guide alimentaire pour tous », 2002. Consultable en ligne sur le site http://inpes.sante.fr, Dans « espaces thématiques », sélectionner « nutrition » puis dans l'espace « nutrition », sélectionnez « professionnels de santé »

ANSES. Composition nutritionnelle des aliments. Consultable en ligne sur le site http://www.anses.fr. Dans espace « alimentation humaine3, sélectionner « nutrition » puis dans espace « nutrition »sélectionner « composition nutritionnelle des aliments »

Recommandations de bonne pratique :

- Diabète: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé/ Haute Autorité de Santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Paris: HAS; 2006.
- Dyslipidémie: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge du patient dyslipidémique. Saint-Denis: AFSSAPS; 2005.
- Hypertension artérielle: Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Actualisation 2005. Paris: HAS; 2005.
- Insuffisance cardiaque: Haute Autorité de Santé. Guide médecin ALD n°5 Insuffisance cardiaque systolique symptomatique chronique. Paris: HAS; 2007.
- Dénutrition de la personne âgée: Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Paris: HAS; 2007.
- Association des diététiciens de langue française. Consultation diététique réalisée par un diététicien. Saint-Denis : ADLF-HAS. Janvier 2006.
- Education thérapeutique : Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Paris : HAS ; 2007.

Questionnement éthique :

Gérard APFELDORFER , Jean-Philippe ZERMATI. La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique. La Presse Médicale, 2001, 30, 32, 1575-1580 © Masson Editeur. Consulté à l'URL : http://www.gros.org/articles/restriction-cognitive-obesite.php le 12/03/2011

ANSES. Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Maisons-Alfort : ANSES ;2010. **http://www.anses.fr/Documents/NUT2009sa0099.pdf**

Entretien motivationnel et éducation thérapeutique :

Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. InterEditions Dunod, 2006.

Drahi E. ETP séquentielle en médecine générale. La revue du praticien médecine générale. 2010 ; tome 24 : 539-41.

ANNEXE 9 : Tableaux automatiques de l'évaluation à distance

Tableau 1 :

Réponse	1. Avez-vous eu un temps de consultation dédié à la diététique depuis le séminaire pour au moins un patient ?	2. Est-ce que vous avez utilisé au moins une fois un recueil alimentaire auprès de patients ?	3. Avez-vous utilisé au moins une fois un rappel des 24 heures ?	4. Avez-vous utilisé d'autres techniques que les deux précédentes ? Si oui, lesquelles?	5. En quoi ces techniques ont-elles influé sur la suite de la consultation ?
1	Non	Non	Non	non	
2	Oui	Oui	Oui	nutrition comportementale: recherche des affects liés à la prise alimentaire pour lutter contre un éventuel grignotage	travail d'écoute ++, le plus souvent, met en confiance le patient et ouvre des portes
3	Oui	Non	Non	je demande aux patients de qualifier leur alimentation > réponse quasi systématique "mauvaise" et je leur demande de lister ensuite les points qu'ils considère négatifs et comment ils peuvent y remédier	prise de conscience des patients et entretien motivationel
4	Oui	Oui	Oui	renforcement positif, entretien motivationnel, grille situationnelle de la prise alimentaire definition d'objectif "réalisables" en fonction du patientvec truc et astuces d'alimentation "vinaigrette avec de l'eau" "poser ses couverts entre les bouchées" "étaindre la télé" en partant des habitudes du patient	confiance patient consultation diet déclanchement de consultations dédiées
5	Oui	Non	Oui	non aucune	
6	Non	Non	Non	non	
7	Oui	Non	Oui	non	j'ai proposé le recueil alimentaire, mais je ne sais pas si le patient l'a fait car je ne l'ai pas revu. En ce qui concerne le rappel des 24 heures j'ai l'impression que ça permettait d'établir facilement la discussion sur la diététique avec les patients.
8	Oui	Oui	Non	j'ai utilisé l'entretien motivationnel	Le patient se prend en charge lui-même, on est juste là pour l'orienter et l'accompagner
9	Non	Non	Non	entretien motivationnel questions ouvertes reformulations	questions ouvertes et entretien motivationnel : meilleure compréhension des patients et meilleure adhésion au projet
10	Non	Non	Non	Non	
11	Oui	Oui		questions ouvertes+++	Base pour mise en évidence des erreurs dietetiques les plus flagrantes que peut constater le patient lui-méme et +/- corrigées Base pour discuter, communiquer sur les habitudes alimentaires du patient sans jugement a priori
12	Oui	Oui	Oui	non	le patient se rend compte de lui même les excès ou les améliorations à apporter

Réponse	6. Quel pourcentage de patients ayant un problème diététique pensez-vous avoir adressé à un nutritionniste ou à un diététicien ?	7. Comment avez-vous intégré les problèmes diététiques du patient à ses autres problèmes de santé ?	8. Qu'est-ce qui vous a paru important à l'issue de la formation ?	9. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées pour mettre en pratique une prise en charge diététique?	10. Qu'auriez vous envie de dire au sujet de cette formation ?
1	0				des éléments intéressants mais peu de choses concrètes à proposer aux patients en demande de conseils diététiques
2	1-25%	lié ttt des fdrcv + insisté sur bien être	insistance sur des moyens simples de dépister les anomalies alimentaires insistance sur la nécessité d'une discussion et d'une adaptation du discours au patient au lieux d'utiliser des "recettes" toutes faites	non motivation	merci
3	1-25%			manque de connaissance des interlocuteurs du secteur	
4	1-25%	explication de l'impact d'un surpoids sur les risques cardio vasculaire en partant des questions du patient, dépend du patient!!! prise de sang à trois mois (amélioration du bilan), consultation chirurgicale possible (pose de prothèse) baisse de la tension artérielle (prise tous les mois an m^me temps que la suivi, à permis de diminuer les traitements)	des mots clés : ecoute; partir des attentes du patient prise en compte de l'environnement socio professionnel, persévérance, implication du patient, technique pour comprendre la motivation ou la developper	problème financier et social (femme isolée) problème thyroidien associée entrenant une prise de poids malgré effort de la patiente, démotivation	bonne formation confirmation de mes connaissances (déjà importante en diététique). utile
5	1-25%	relation de cause à effet	fixer des mini objectifs écouter le patient, l'encourager entretien motivationnel questions ouvertes	le manque de temps	intéressante
6	0		-de proposer plus facilement une consultation dédiée à la diététique -d'utiliser des outils tel que le recueil sur une semaine		manque d'éléments concrets à mettre en pratique en consultation
7	1-25%	les problèmes diététiques ont été abordés surtout en consultation chez des patients en surpoids ou à risque cardiovasculaire qui revenaientt avec un bilan biologique et pour les enfants au cours d'un bilan de santé avec mesure poids taille.	de tenter une consultation	-Une des difficulté que j'ai rencontré était d'évaluer quand revoir le patient quand ce n'était pas lui qui était l'instigateur. Souvent j'abordai les problèmes de diététiques chez les patients à risque cardiovasculaire donc suivi tous les 3 à 6 mois. Je leur proposais donc d'en reparler au bout des 3 mois (mais pas revus). Sinon pour les enfants et ados en laissant le soin aux parents de revenir dans les 3 mois qui suivent je n'ai pas eu de retour. -Quand il y a avaient de grosses erreurs dietétiques et que le patient était prêt à en discuter c'était finalement facile d'envisager des modifications simples. Mais quand je ne voyais pas les erreurs diététiques apparentes et que ça semblait assez improbable vu le dossier médical j'étais nettement plus embarassée...(peut être que finalement c'est que le patient n'était pas prêt à en parler). J'essayais alors de ne pas trop m'étendre sur le sujet, mais la réponse "vous avez l'air de bien faire mais vous prenez du poids/ votre cholestérol monte", suivi de... rien, n'est pas très satisfaisante pour moi ni je pense pour le patient. Et je trouve que cette situation est très	
8	1-25%	Ce n'est pas facile car on ne peut pas tout aborder en ne consultation. L'idéal serait d'avoir une consultation dédiée	Celà nous permets d'avoir des outils pour donner des conseils diététiques aux patients et surtout leur donner des clés pour modifier de façon durable leur alimentation que celà est nécessaire.	Patients parfois peu motivés et qui ont déjà essayé plusieurs choses sans succès temps de la consultation trop court	Formation très intéressante et très pratique à poursuivre.
9	0	je n'ai pas eu l'occasion de le faire	l'application des recommandations par rapport à l'entretien motivationnel	le temps trop court dédié à la consultation	très intéressante astuces pratiques : recueil alimentaire, exemple, recueil des 24h astuces sur l'entretien motivationnel
10	0		Entretien motivationnel.		Désolée pour l'évaluation du séminaire. Je pense qu'il faudrait répondre à ce questionnaire après avoir fait le stage chez le part (peu d'occasion de prendre le temps de parler diététique dans les services de cancéro et urgences par exemple....)
11	25-50%	prévention des risques cardiovasculaires cibler éducation dietetique du diabetique, HTA, dyslipidémie.	poser des questions ouvertes, étre é l'écoute du patient et le laisser formuler lui-méme probléme et solutions possibles	ne pas essayer é tort de révolutionner les habitudes du patient! et convaincre le patient qu'il n'est bénéfique de vouloir tout changé mais mieux vaut changer petit é petit ses habitudes certains n'adhérent pas é la prise en charge malgré les apparences! (semblent y adhérer initialement mais finalement pas de retour par la suite!)	formation trés intéressante qui donne des outils utiles pour mieux communiquer avec ses patients de maniére générale, base de l'éducation thérapeutique et en particulier en diététique.
12	1-25%	repercussion poids-activité-HTA et diabète		difficulté chez les personnes agées de se rendre compte de leur excès alimentaire.	formation à poursuivre

ANNEXE 10 : Verbatim Evaluation immédiate

Evaluation immédiate séminaire « Diététique »
du 12 avril 2011

En quel semestre êtes-vous ? 5è semestre
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? oui
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ?
Commentaires :
Le métaplan est peut-être un peu lourd comme méthodologie à la phase « analyse »
Un rappel des petits trucs et astuces en diététique. Exemple « Comment enrichir l'alimentation »
- Œuf (jaune) dans la purée
- Rajouter un fromage « vache kiri »

Très bon séminaire
Très interactif
Bonne dynamique de groupe
Merci.

En quel semestre êtes-vous ? 1
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Non
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Pas de concret sur la diététique, la nutrition, plus de notions de base
Commentaires :
- Intérêt limité de la mâtinée
- Très bonne après-midi :
  - Interactivité, jeux de rôles
  - Sujet intéressant
  - Intérêt ++ en pratique
  - Mais non lié directement à la diététique

En quel semestre êtes-vous ? 1er
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui et non. Des éléments intéressants sur l'entretien motivationnel mais rien de vraiment concret sur la prise en charge diététique et nutritionnelle des patients.
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Du concret sur les conseils diététiques à donner.
Commentaires :
Séminaire vivant et intéressant malgré tout. Merci et bob courage à Delphine pour sa thèse.

En quel semestre êtes-vous ? 5è.
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Partiellement.
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Abord en plénière les pièges habituels, les choses à conseiller à la première consultation, avant de débuter l'entretien motivationnel, avant l'élaboration du projet thérapeutique.
Commentaires :

En quel semestre êtes-vous ? 5.
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui.
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Garder la structure du séminaire.
Commentaires: /

En quel semestre êtes-vous ? 3ème.
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui.
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ?
Commentaires :
J'aime bien l'entretien motivationnel et éducation thérapeutique.
Q. ouvertes (et j'aime bien preparer une séminaire spéciale pour faire pratique ++ de cet sujet)

En quel semestre êtes-vous ? 5è
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui. Très bien les ateliers entretien motivationnel
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ?
- Dénutrition et personne âgée
- Diversification alimentaire chez l'enfant

Commentaires :
Séminaire très intéressant.

En quel semestre êtes-vous ? 3è
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Dans l'ensemble oui.
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Ajout surtout la pédiatrie, quitte à en faire un séminaire supplémentaire.
Commentaires :
Intéressant mais de mon point de vue : jeu de rôle superflu.

En quel semestre êtes-vous ? 3è
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui, notamment sur l'attitude à avoir avec le patient. « La motivation »
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Plus approfondir enfant-adolescent.
Commentaires :

En quel semestre êtes-vous ? 5
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ?
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ?
Commentaires :
Très bien.
Bon timing
Connaissances OK.

En quel semestre êtes-vous ? 5è
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui.
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Un peu plus de « base » sur la diet avec quelques schémas. + Prise en charge de l'adolescent obèse ou en surpoids. + Dénutrition de la personne âgée.
Commentaires :
2 interlocuteurs très motivés, qui connaissent parfaitement bien le sujet et passionnés. Séminaire très agréable. Bonne entente et très interactif.

En quel semestre êtes-vous ? 5è semestre
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Partie sur les autres professionnels de santé un peu longue.
Commentaires :
Séminaire très intéressant = 2 intervenants très intéressés par le sujet et intéressant.

En quel semestre êtes-vous ? 1er
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Quelques rappels sur les bases de la diététique et sur leur application en pratiques.
Commentaires :
Séminaire très intéressant, interactif, bien rythmé.

En quel semestre êtes-vous ? 3
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ?
Commentaires :

- Très intéressant pour la prise en charge des patients (entretien motivationnel, éducation thérapeutique)
- Intervenants motivés et intéressants
- Dense

En quel semestre êtes-vous ? 2è
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui.
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? En +présenter les outils pratiques (recueil repas…)
Commentaires :
1er cours entretien motivationnel : très très bien.

En quel semestre êtes-vous ? 1
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Plus ou moins
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ?
Plus de théorie sur les enfants (diversification alimentaire)
Commentaires :
- Intéressant sur l'éducation thérapeutique et sur l'entretien motivationnel
- Interactif

En quel semestre êtes-vous ? 3
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Partiellement
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Les mises en situation me paraissent peu utiles
Commentaires :
- ⇨ Pas forcément de réponse à toutes les questions, mais poussent à se poser les bonnes questions
- ⇨ (conscient de la difficulté de pouvoir avoir une réponse à toutes les questions car diversité et singularité de chaque situation)

En quel semestre êtes-vous ? 3ème semestre
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui, en partie, et il a aussi répondu à des questions que je ne me posais pas, notamment sur l'entretien motivationnel
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Peut-être le scinder en 2 parties indissociables pour permettre d'aborder des aspects théoriques plus précisément, par exemple l'enfant, le sujet âgé etc., et de développer encore plus la part relationnelle. Une journée est trop courte ! Les ateliers entretiens motivationnels étaient très intéressants et m'ont donné envie et hâte d'essayer ces techniques.
En résumé : très très intéressant. Merci
Commentaires :

En quel semestre êtes-vous ? 5é
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Oui
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ? Peut-être donner des conseils sur la diététique des personnes âgées dénutries.
Commentaires :
- Bon séminaire
- La partie sur l'entretien motivationnel était vraiment bien. Ca permet de se rendre compte du vécu du patient dans cette situation et d'essayer d'adapter « au mieux » sa pratique pour faire adhérer le patient.

En quel semestre êtes-vous ? 3 ème
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? En partie
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ?
Donner quelques notions sur des types de régime à suivre selon les pathologies des patients (diabète, obésité, maigreur)
Commentaires :
Séminaire très agréable, vivant.
Séminaire centré sur l'obésité et la façon de l'aborder, peut-être pouvions-nous parler des autres prises en charge diététiques (enfant, maigreur) mais manque de temps sûrement.
Bon séminaire.

En quel semestre êtes-vous ? 5
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Pas celles ce pourquoi je me suis inscrite au séminaire.
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ?
Plus de conseils diététiques !
Commentaires :
Nous n'avons pas de formation en diététique mais le séminaire d'aujourd'hui ne m'a pas aidé sur quoi dire au patient en conseil de nutrition. Comme par exemple= 1 barre de Mars= 1 tranche de pain+ 1 pomme + 1 yahourt. Oui mais ensuite…
Le séminaire était très bien mais il n'a pas répondu à mes attentes. Je pensais combler mon manque de connaissance sur la diététique, avoir des outils, avoir des conseils concrets. Mais je ne suis pas déçue du séminaire pour autant.

En quel semestre êtes-vous ? 3ème semestre
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Pas totalement. J'avais espéré plus de conseils sur la diététique en elle-même. Je ne m'attendais pas à aborder l'entretien motivationnel. Mais cela a été intéressant quand-même.
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ?
Commentaires :
- Activité sur les autres professionnels inintéressante et trop longue, juste avant la pause déjeuner !!!

En quel semestre êtes-vous ? 3ème
Ce séminaire a-t-il répondu à vos attentes ? Non. Je ne m'attendais pas du tout à ce genre de séminaire. J'ai eu l'impression d'être là juste pour aider à la thèse.
Que souhaiteriez-vous modifier pour un prochain séminaire ?
- Conseils/Astuces pour équilibrer l'alimentation
- Connaitre des équivalences

Commentaires :
- Le séminaire ne répond pas globalement à mes attentes.
- Partie sur l'entretien motivationnel jamais abordée auparavant donc très intéressante
- J'aurais aimé plus de théorie, des astuces pratiques et pas seulement discuter de nos représentations en diététique.
- Intervenants intéressants et motivants.

ANNEXE 11 : Verbatim Focus-groups

Focus group 1 (96 min)

DLG : Mon Travail de thèse c'est parvenir à réaliser un séminaire de diététique à la fac, donc je vous interroge pour savoir quelle a été votre formation, quelle sont vos attentes, l'idée c'est après que je fasse une biblio et que je propose un séminaire et qu'il soit réalisé.
Voilà, j'ai un peu de mal à commencer…
CD : Ben de toute façon, on va faire un petit tour... . On fait une présentation. Qui c'est qui commence, bon ben moi je commence. Je suis CD, je suis chef de clinique en Médecine Générale depuis novembre 2009 et je suis actuellement en stage au centre d'investigation clinique au CHU de Bretonneau.
AF : AF.F, je suis interne en 6è semestre de médecine générale, je suis en stage chez trois médecins généralistes dans le 28.
MB : MB.B en 6è semestre en SASSPASS dans le 18.
ST : ST.T. Je suis médecin généraliste remplaçante non thésée à Orléans actuellement, enfin je fais des remplacements sur Orléans.
DLG : Du coup, je vous ai distribué les questions… Ah oui je voulais savoir quels étaient vos projets professionnels…
CD : Ben, re-chef de clinique l'année prochaine puis remplacements et puis activités de recherche si possible à coté.
DLG : Et rester avec une part ambulatoire ?
CD : Hum ! (*signe d'acquiescement*) Avec activité ambulatoire, plutôt en remplacement ou en association. Remplacement j'aime bien.
AF : Bon, moi je vais faire des remplacements pendant 1 ou 2 ans, pour voir un petit peu du pays et puis après en fonction des opportunités ben euh j'envisage de m'installer. Quelque part, entre Tours et Paris.
MB : Moi j'envisage de m'installer un jour… Quand, je sais pas. Selon euh, selon les épisodes de la vie, on verra… Semi-rural plutôt, après…
DLG : Et tu avais un projet de partir en Australie ?
MB : Non, Canada ! Je pars en stage en septembre-octobre en stage de médecine générale qui s'appelle Médecine Familiale là-bas et bon voilà, on sait jamais je pourrais peut-être rester mais ce n'est pas l'objectif pour moi.
ST : Moi aussi j'ai pour projet de m'installer mais quand ? Je ne sais pas. On verra. Déjà quand j'aurai passé ma thèse ça c'est sûr ! Et puis après on verra en fonction des opportunités.
DLG : Là où c'est possible…
ST : Ca c'est sûr !
DLG : Donc ma thèse c'est voir ce que vous faites à peu-près en diététique, quelle est votre formation, qu'est-ce qui pour vous bloque pour le faire ou pourquoi vous le faites pas, qu'est-ce que vous pensez des autre professionnels et quelle attitude vous avez en consultation par rapport au patient quand… Comment ça se passe, est-ce que vous êtes très directifs ou est-c e que c'est quelque chose sur lequel vous êtes ???
CD :Ben moi en tout cas je n'ai pas reçu de formation en tout cas concernant la nutrition proprement dit, que ce soit au sein du département de médecine générale ou en formation continue à côté, donc c'est vrai que au niveau formation , rien du tout. Ce que je sais sur la nutrition je l'ai plutôt appris sur le tas, surtout même plutôt en Pédiatrie, euh, lors de stages en effet, à condition que ce soit lors d'épisodes de diarrhée, de gastro, c'est vrai que on avait des choses toutes prêtes des conseils diététiques à donner mais c'est vrai que sur quelles bases ils se sont fondées j'ai jamais regardé, j'ai jamais pris le temps de faire ma propre formation en tout cas sur l'alimentation.

DLG : Faites-vous de la diététique en consultation de médecine générale ?
ST : Ouais !
? : Oui, ça arrive…
Approbation générale
AF : Par exemple les patients dyslipidémiques, dans certains cabinets où je faisais mes stages, les labos donnent des fois des espèces de petites brochures à découper et à donner aux patients pour des conseils pour les hypercholestérolémies ou alors les hypercholestérolémies mixtes ou alors seulement les hypertriglycéridémies ou alors pareil pour le diabète. Ca déjà c'est des petites choses et puis après il y a les diététiciennes par exemple il y a une prise en charge chez un médecin il faisait de la tabacologie : pour la prise en charge du sevrage tabac, ceux qui ont peur de prendre du poids, dans le 28, il y a prise en charge par le réseau de 3 consultations diététiques gratuites donc après, certains diététiciens qui font partie de ce réseau… Pareil, on a pas eu de formation à la fac ni pendant l'externat ni…
ST : Si, la seule fois où on a parlé un peu de diététique à la fac c'est à un séminaire de Pédiatrie pour ma dernière année d'internat, l'année dernière, où il y a eu un certain nombre de cas cliniques sur l'obésité de l'enfant, où il y a quelques trucs dits sur…
AF : Parce qu'on en a parlé un peu…
ST : …l'obésité de l'enfant, les choses à ne pas faire, les conseils à donner
AF : on en parlait un peu, si, les infarctus les choses comme ça, on disait quand même « Règles hygiéno-diététiques », Sport une demi-heure par jour et puis éviter…
ST : on avait un tableau, le même pour tous où…
AF :… voilà, c'était très succin, mais c'était éviter les graisses animales, plutôt les omégas 3 machin les matières grasses végétales, les choses comme ça…
MB : Moi, je suis d'Angers moi et nous on avait un… C'était en P2, je crois, en P2 ou en D1, on avait des cours sur la nutrition ouais. Alors c'était plus des généralités que plus des régimes adaptés à certaines pathologies mais toutes les généralités enfin du régime enfin de l'alimentation équilibrée, ça on l'a eu…
DLG : D'accord. Tandis que vous sur Tours, vous n'avez rien eu ?
ST : Quand même je suis passée en diabéto à Blois, dans le service de diabéto à Blois, il y avait quand-même de la diététique, j'ai regardé un peu, enfin voir un peu ce que faisait la diététicienne, je suis restée des fois en même temps avec elle avec les patients, du coup j'ai appris un peu plus de trucs, j'ai aussi fait une journée au réseau diabète de Blois où justement du coup j'ai assisté à des petits cours qu'ils faisaient à plusieurs personnes sur plein de choses dont des cours de diététique où ils essayaient aussi d'apprendre la ration calorique de chaque aliment pour les équivalences etc. pour calculer la dose d'insuline des trucs comme ça. Voilà mais…
DLG : Et toi MB., tu fais de la diététique en consultation ? C'est sous quelle forme, c'est de la remise de brochure… t'es plus dans le conseil ?
MB : Ben euh, j'aimerais bien quand je serai dans mon cabinet avoir des brochures et pouvoir en remettre mais là étant donné que je suis dans des cabinets que je ne connais pas forcément très bien où je remplace j'ai pas grand-chose sous la main, c'est plus des conseils d'accord d'ordre diététique que je donne au patient d'accord
DLG : Toi, ST., tu fais comment c'est des conseils ?
ST : Des conseils aussi oui, les rares fois ou j'ai donné des imprimés c'est pour des trucs très spécifiques genre régime sans résidus où là par contre je me suis imprimé des trucs pour des pathologies très précises…
DLG : Et toi CD., ça se passe comment quand tu parle de diet' en consultation à tes patients, t'utilise des supports ?
CD : Alors dans la plupart des cas des simples conseils comme ça après dans certains cas où justement c'est un peu plus compliqué comme par exemple la Listériose ou ce genre de choses où des fois enfin même si en tête on a les choses principales à dire souvent on oublie toujours une ou deux donc c'est vrai que dans ce cas là en plus le médecin chez qui je travaille a des imprimés déjà tous faits que je n'ai plus qu'à imprimer et ça c'est vrai c'est super pratique et c'est vrai que c'est plutôt dans ces choses-là où au final on va pas les adresser au diététicien ces patients…
ST : Moi, c'est sur la femme enceinte où je me suis dit qu'il fallait que je m'en fasse un ou que j'en trouve un tout fait que j'utilise parce qu'à chaque fois je me dis « bon alors, qu'est-ce que je vais pouvoir lui dire… » Euh…« vous avez des questions madame ? » *Rires*

CD : Voilà, c'est surtout dans ces cas-là… où on se sent un peu…
MB : En plus, c'est déjà une consultation longue
CD et ST: ouais…
DLG : Avec les patients en diététique, vous élaborez des objectifs avec eux, par exemple euh « manger plus de ceci avant la prochaine consultation » ou « perdre du poids » ou « faire de l'activité physique » ou c'est vraiment uniquement des conseils que vous donnez ?
MB : Moi chez les diabétiques je fais ça, un diabétique déséquilibré, ça m'est arrivé il y a pas… Deux semaines, une dame qui avait 10 virgule je sais plus combien d'hémoglobine glyquée, et qui me disait qu'elle faisait tout bien et à force de voir un petit peu et de la questionner un peu j'ai réussi à voir que ben non, il y avait quelques petites erreurs aussi
DLG : D'accord !
MB : Et du coup j'ai dit pour la prochaine fois essayez de supprimer ça et de remplacer ça par autre chose et euh du coup voilà, c'est peut-être pas moi qui vais la revoir la prochaine fois mais je l'ai marqué dans le dossier.
DLG : D'accord. Tu as fais une enquête alimentaire ?
MB : Oui, voilà, bon assez rapide mais je lui ais demandé ce qu'elle avait mangé la veille, par exemple ce qu'elle avait mangé au petit-déjeuner, au déjeuner, si elle avait mangé quelque chose entre les repas et voilà, pour essayer de voir s'il y avait des grosses erreurs qui me sautaient aux yeux euh et puis des petites questions un peu plus fermées : « est-ce que vous (*insistance*) mangez entre les repas ? » enfin, des trucs un peu plus dirigés pour me donner une idée vague et voir si je vois quelque chose tout de suite, une grosse erreur qui me permette d'en discuter directement. Si je vois que c'est compliqué, que ça va être très long, ben là j'ai plutôt tendance à dire « allez voir une diététicienne » pour refaire tout le point et je leur conseille avant d'aller voir la diététicienne de marquer sur un papier, 3 jours avant le rendez-vous, tout ce qu'ils mangent.
DLG : D'accord.
MB : Comme ça la diététicienne, elle a une base sur laquelle raisonner.
AF : Le problème c'est que c'est pas toujours… C'est pas remboursé une diététicienne ?
MB : Non.
ST : Non, Y a des fois des médecins (*insistance*) nutritionnistes et ça c'est remboursé qui eux sont des médecins…
CD : Je crois que j'en ai entendu (*moue perplexe*)
ST : Mais il y en a très peu
CD : J'en ai jamais… (*Nouvelle moue*)

DLG : Alors, c'est la deuxième question. Alors vous m'avez dit à peu près comment vous fonctionnez en consultation, si vous faisiez de la diététique, est-ce qu'il y a des choses que vous vouliez préciser sur des consultations diététiques…
ST : Non, un peu comme MB le disait, essayer de pointer l'erreur genre la collation, on va p't-être faire ça plutôt que ça…
DLG : D'accord
AF : Ca arrive qu'on leur demande qu'ils fassent un peu comme ils font à l'hôpital (*mime une feuille A4*)… un relevé
ST : Un relevé, une enquête alimentaire…
AF : Une enquête alimentaire, oui voilà…
ST : Ca m'est arrivé d'en demander par contre je n'ai jamais eu les résultats parce que généralement ils retournent voir leur médecin habituel… *Sourire de connivence avec CD.*
AF : Qu'ils notent sur la semaine… Mime un listing
DLG : AF, toi tu les as déjà fait noter…
AF : Oui.
DLG : Et tu as déjà eu les résultats avec eux pour analyser ce qu'ils avaient mangé…
AF : Oui, oui, alors euh, souvent c'est bien, alors on se demande si… (*Eclat de rire*) si ils nous ont pas menti !!!
Rires généraux
ST : Si ils sont honnêtes ou pas ouais… Ca par contre, je l'ai déjà fait faire chez les enfants parce que c'est les parents qui le notent et pour le coup, ils sont plus honnêtes en fait.
CD : *Rires.* Ah, ah, ah c'est méchant…
ST : C'est vrai, c'est plus facile d'être honnête quand tu regardes ce que quelqu'un d'autre mange… que quand c'est toi…
CD : Moi je trouve aussi…
DLG : D'accord, donc tu l'as utilisé plusieurs fois le fait d'utiliser des relevés alimentaires (*m'adressant à AF*)
AF : Non, ça ne m'est arrivé qu'une seule fois.
DLG : D'accord.
AF : C'était pour une personne de 65 ans qui aime bien manger et (*rires*) qui avait un bilan lipidique un peu perturbé, un mari et une femme qui étaient tous les deux en surpoids et puis bon qui cherchaient tous les deux à se motiver d'accord Et qui ont fait tous les deux leurs enquêtes alimentaire. Mais si, on voyait des petites erreurs quand même hein euh, sur le fromage…
CD : Ouais !
AF : Les choses comme ça, il y avait des choses à améliorer quand même…

DLG : D'accord. Donc là, c'est la manière dont vous faites. Si ce n'est pas vous qui vous occupez de la diététique, à qui est-ce que vous adressez?
Silence
ST : haussement de sourcils
MB : (*regard vers la gauche*) Moi à la diététicienne !
CD : (*négation de la tête*) Moi pareil !
MB : haussement d'épaule, je sais que c'est pas remboursé mais voilà…
ST : Moi aussi ou alors moi j'ai appris il y a pas longtemps qu'il existait une médecine nutritionniste et qu'il y en avait un à Orléans donc je leur dis « si vous arrivez à avoir un rendez-vous… »
AF : Enfin les médecins nutritionnistes ils sont souvent pas très branchés diététique pour les gens qui veulent maigrir ou les choses comme ça, après ils sont plus branchés pathologie donc euh…
ST : Chez les diabétiques en fait des fois, comme c'est important, ils me disent que la diététicienne ils n'iront pas pour des problèmes d'argent, je me dis qu'il faut peut-être mieux qu'ils y aillent quand même…
AF : voilà, hum…
CD : ouais !
AF : Et puis après (*en chœur avec MB.*), il y a les réseaux diabète !
ST : Hum (*hochement de tête*)
AF : A Chartres, il y a la Maison du Diabète où je pense que…
ST : Ben à Orléans, il y en a un aussi, à Blois aussi. Je sais pas s'il en existe un à Tours ou…
CD : moue dubitative.
AF : Ils peuvent aller directement là-bas…
DLG : Donc en premier vous diriez nutritionniste sachant qu'il y a un problème de coût, en deuxième médecin nutritionniste, en troisième réseaux, il y a d'autres personnes à qui vous adresseriez ? Infirmière ou…
ST : Non, comme ça, ou alors en cas de gros problème d'obésité ou de déséquilibre du diabète, il m'est déjà arrivé de prévoir une (*en chœur avec AF*) hospitalisation mais du coup avec une prise en charge globale… (*Acquiescement de CD., de MB.*)
CD : mais sinon…
DLG : D'accord. Qu'est-ce qui vous fait choisir un professionnel plutôt qu'un autre ? Par exemple une diététicienne plutôt que l'hospitalisation ou un médecin nutritionniste ? Qu'est-ce qui ferait que vous choisissez plutôt tel ou tel professionnel ?
Mouvement de perplexité général.
MB : La diététicienne, c'est son travail !
ST : c'est celle qu'on connait le plus aussi !
MB : elle fait ça tous les jours et… les gens ils savent qu'ils vont voir la diététicienne donc ça leur fait un objectif (*moulinet des mains*) donc si ils y vont, c'est déjà que ils ont peut-être une motivation derrière (*mouvement de mise à distance avec main droite*) et peut-être que déjà ça va peut-être un peu marcher (*mime un « temps mort » avec ses mains*)… Et puis après l'hospitalisation c'est vraiment si c'est un énorme problème, qu'il faut d'autres examens complémentaires, (*ouverture des mains qui disparaissent sous la table*) que c'est une prise en charge beaucoup plus lourde et variée et que la diététicienne ou moi, va pas pouvoir faire ça toute seule.
CD, AF : acquiescement.
DLG : Diététicienne, plutôt pour des gens qui seraient motivés et qui ont entamé une démarche ?
MB et CD : acquiescement.
DLG : Et hospitalisation, ça s'adresse plus, Toi, ST. tu parlais de gens qui ont de gros problèmes de santé ?
ST : Oui, enfin moi j'hospitalise pas si il n'y a que le problème de poids a moins que ce soit un grave problème de surpoids alors là vraiment, ou alors accompagné d'autres problèmes de santé à côté… Des diabètes très déséquilibrés où là tu as un gros problème nutritionnel

avec, qu'on sent qu'on va pas y arriver et qu'il faut tout recadrer, du coup ça peut être pas mal d'hospitaliser sur 1 semaine…
AF : La diététicienne il y a peut-être une approche plus hu… plus psychologique, plus humaine où elle prend plus de temps qu'avec un médecin nutritionniste, moi j'ai l'impression.

ST : moi je sais pas du tout…
AF : le médecin il doit être plus axé pathologies/médicaments etc., il va peut-être être moins dans le conseil, moins dans… C'est peut-être plus personnalisé quand on va voir une diététicienne qu'un docteur…
MB : Après c'est l'anorexique qu'on hospitalise plus facilement…
CD : haussement de sourcils et mouvement de recul sur sa chaise
MB : … mais ça c'est parce que la prise en charge est plus globale…
DLG : D'accord… Est-ce que vous connaissez la formation des nutritionnistes, des diététiciennes…
ST et MB : négation de la tête
AF : moue et ébauche de négation
DLG : Est-ce que vous savez comment ça se passe…
CD : je crois qu'il y a un DESC pour les médecins nutritionnistes…
MB : hochement de tête vigoureux
ST : oui, ça doit être ça probablement
MB : oui, il y a un DESC, il y a même un DU de nutrition aussi.
CD : D'accord, mais tu as le droit de le marquer sur ta plaque que tu as un DU…
MB : heu, je sais pas, je crois que c'est un peu comme tous les DU, tu peux pas…
AF : Ah bon ?
CD : oui, il y a une liste…
MB : non, il y a peu de DU qui sont reconnus par l'ordre.
CD : ouais
AF : Ah d'accord
MB : c'est quasi zéro, hein.
CD : tu vois, il y a l'acupuncture, ça tu peux (*trace dans l'air un gros titre*) mais nutritionniste, je sais pas. Surtout depuis qu'il y a le DESC, je sais pas. Et sinon les diététiciennes, je sais pas trop…
MB : Ca doit être une école… enfin je crois…
AF : Oui, une école de diététique…
ST : *haussement de sourcils et sourire*
MB : Elles doivent avoir un bout de formation médicale sur la pathologie aussi, j'imagine… Parce que j'avais discuté avec certaines, ça avait l'air de ressembler à ça, mais après…
ST : je crois qu'elles peuvent encore se spécialiser parce que il y en a qui sont un peu plus à l'aise avec le diabète qu'avec euh, d'autres problèmes comme ça…
DLG : Quand vous adressez à un autre professionnel est-ce que vous connaissez la structure dans laquelle il exerce ? La manière dont il exerce? La structure ?
MB : Hum-hum (*signe de négation de la tête.*)
AF : Ben disons que…
ST : non, pas forcément…
AF : Si on connait pas la région, on prend l'annuaire et on adresse à qui, on sait pas mais si on veut pas prendre au hasard, on demande aux confrères souvent, par exemple, chez qui on était en stage qui est-ce que tu me conseillerais, « untel est sympathique, il exerce là, dans une maison médicale, machin… » Comme ça, on a une petite idée…
ST : Hum-hum (*acquiescement*)
AF : Ou par le bouche-à-oreille.
ST : Ou alors si on a untel qu'on adresse au réseau diabète, alors là, on sait dans quelle structure c'est.
CD : Hum (*oui*)
DLG : (*A ST.*) D'accord, parce que toi, tu connais le réseau diabète de Blois ?
ST : oui, mais celui d'Orléans aussi, mais ça se passe un peu partout pareil je pense ? C'est plusieurs professionnels regroupés de toute façon… Je sais pas à Blois, quand j'y suis allée il y avait toujours sur place de toute façon une secrétaire puis après ça varie en fonction des jours mais la diététicienne, une podologue, y a des fois le médecin qui passait, enfin il y a plein de professionnels qui interviennent en fait au sein du réseau. Enfin, pas forcément tous en même temps mais… Il y a accès à tout le monde en fait…
AF : (*enthousiaste*) Et à Chartres, celle qui est dans le réseau Tabac…
ST : Y a une infirmière aussi…
AF : Elle met en évidence s'il y a par exemple des troubles du comportement alimentaire, par exemple une personne qui n'arrive pas à maigrir parce qu'elle est compulsive… Elle a des accès de boulimie, des choses comme ça, elle travaille parfois avec une psychologue aussi, dans la même maison médicale, qui fait plus de la thérapie comportementale pour analyser « qu'est-ce qui vous a poussé là à vous jeter sur un paquet de gâteaux », euh… etc., quoi. C'est… (*Mouvement de moulinet du bras droit*).
DLG : Et la psychologue, vous ne l'aviez pas citée au départ… C'est… Quand vous parlez de diététique, ça vous arrive d'adresser à des psychologues ou c'est un truc euh ?
CD : (*Regard vers ST, sourcils interrogateurs*) ça m'est pas arrivé…
AF : Ca m'est pas arrivé jusqu'à maintenant mais ça fait pas longtemps qu'on a (*rire gêné*), on a pas trop d'expérience encore ! Mais je sais que ça se fait !
DLG : D'accord… Est-ce que vous savez comment se passe la consultation d'une diététicienne ? La consultation d'un médecin nutritionniste ? Comment se passe l'accueil d'un réseau ?
CD : Moue, négation de la tête
MB : Ben… (*Coupée par ST*)
ST : Moi, j'ai juste vu au réseau ou à l'hôpital en fait où la consultation elle avait lieu à l'hôpital. Enfin, je l'ai surtout vu faire à l'hôpital où elle commence ses bilans dans les chambres (*hum hum*) et puis après elle prend les gens à part en fait. Ou en groupe, ça dépend des fois. Et du coup j'ai juste vu ce fonctionnement donc en cabinet donc je ne sais pas du tout comment ça se passe… J'en ai aucune idée…
AF : Moi, j'en ai testé une (*rire*)
ST : *rire*
CD : *sourire*
AF : Parce que, on va dire, pendant l'internat euh… Les gardes… Les gâteaux apportés euh… Bon, j'ai p't-être bien pris 10 kg, au moins, pour l'internat, voire même 15…Et donc ouais, je suis allée voir une diététicienne justement, conseillée par un de mes prats qui fonctionne dans le réseau tabac… D'ailleurs, qui est super, donc je peux dire un petit peu comment ça c'est passé. Euh, donc ben déjà elle dit bon ben voilà pourquoi est-ce que vous venez ? Pourquoi on veut perdre du poids, est-ce que c'est parce qu'on a grossi qu'on veut perdre ce poids, est ce qu'il y a eu une grossesse ou je ne sais pas quoi, est-ce qu'on a une maladie particulière etc.… Voilà… On dit son poids, l'objectif qu'on se fixe et puis on discute un petit peu euh… Qu'est-ce que vous mangez ? Elle fait une enquête un petit peu alimentaire : qu'est-ce que vous mangez le matin, le midi, le soir, est-ce que vous goutez, est-ce que vous grignotez entre les repas etc.… et puis euh, est-ce que vous avez une activité sportive ? Ca dure… euh, le premier entretien, il dure bien peut-être une heure voire plus. Alors après, ça dépend peut-être des diététiciennes hein, ou des diététiciens, c'est comme les médecins, y a des gens qui consultent toutes les demi-heures, d'autres toutes les 10 minutes, ça dépend un peu comment les gens travaillent, ça c'est… J'en sais rien ! Et puis après, elle donne, en fonction je pense, de la corpulence, de l'activité, de l'âge, elle fixe à peu près les besoins, est-ce qu'il faut… Quel type de régime il faut euh… Quel type en fait d'apprentissage de… De réapprendre à bien manger en fait ! Equilibrer, pas se priver, etc.… En fait pleins de conseils… et puis après voilà, on décide de se revoir par exemple euh… Tous les 15 jours, toutes les sem… Ou tous les mois par exemple, avec une pesée qu'on fait soi même à la maison par exemple et voir un petit peu ce qu'on a fait, est-ce qu'on a eu des craquages, des machins… Mais c'est plus un accompagnement voilà euh… Tous les mois un suivi pour se remotiver un peu etc.… Enfin voilà ! Après je sais pas…
DLG : Vous parliez tout à l'heure du coût des diététiciennes, vous savez combien coûte une consultation ?
MB et ST: Négation de la tête.
CD : C'et une bonne question…
AF : Je ne me souviens plus… Il me semble que la première c'est quand même assez cher parce que c'est long, genre 50 ou 55 euros et après c'est moins, c'est peut-être 30 euros ! Mais finalement, c'est pas si cher que ça parce que ça demande au moins ¾ d'heure, hein ! Donc, euh, par rapport à une consult' de médecine générale, c'est pas remboursé aussi mais c'est pas si cher que ça en fait. Après en effet, faut pouvoir se le payer quand même…
CD : Hum hum (*approbateur*)
MB : Ca représente un budget mais c'est comme toutes les psychothérapies euh…
AF : Hum (*approbateur.*)
DLG : Et au niveau efficacité, quand vous avez adressé un patient, que ce soit à un médecin nutritionniste ou à une diététicienne, vous avez trouvé ça efficace… Ou une hospitalisation, quelque soit le mode... Est-ce que vous avez des retours positifs, des retours négatifs euh… Qu'est-ce que vous en pensez ?
MB : ben je sais pas, j'ai pas eu de retour, donc je ne sais pas !

AF : Moi, j'ai vu une patiente à L…L…, qui étai obèse, qui avait vu une diététicienne, et qui était contente. Elle avait maigri, je crois, je sais plus, p't-être 15 kg hein déjà. Au bout de (*soufflement*)… elle avait p't-être perdu au moins 3 kg par mois, oui bien 3-4 kg par mois donc quand même… Parce que parfois les patients ils croient qu'il ne faut pas faire d'excès donc ils se restreignent, ils se restreignent mais après ils ont faim, ils craquent trop souvent alors que par exemple ils se disent les féculents ça fait grossir j'évite, les pommes de terre, les choses comme ça alors que finalement, manger équilibré, avec des féculents à chaque repas, ça empêche d'avoir faim et de craquer entre les repas ou des choses comme ça, il y a des erreurs qu'ils font… Donc cette dame-là, elle était surprise qu'on lui mette des féculents dans ses repas, elle était surprise de pas avoir faim et de pas avoir craqué, et d'avoir perdu du poids quand même. Parce qu'elle faisait moins d'erreurs à côté, avec je sais pas moi, des gâteaux, des trucs hyper gras, hyper sucrés qui font que…

DLG : Donc ça avait été efficace ?

AF : Ca avait été efficace, ouais !

DLG : D'accord, donc quand… Je pense qu'on a fait le tour sur qui vous adressez…A moins qu'il y ait des choses que vous vouliez rajouter sur quand vous adressez à des professionnels ?

MB : Pouvoir avoir un retour mais après, je ne sais pas s'il y a une communication possible entre une diététicienne et un médecin comme ça l'est entre deux médecins… S'il y a des courriers qui circulent ou pas, je pense pas qu'il y en ait qui circulent mais…

ST : En gros, je pense que si tu appelle…

MB : Je ne sais pas si le secret médical il joue, s'il rentre dedans. Je sais pas du tout… Je pense que ça pourrait être intéressant…

AF : De quoi ?

MB : D'avoir un retour de la diététicienne

CD : C'est vrai que les orthophonistes le font, on pourrait peut-être

DLG : Parce que vous disiez tout à l'heure que vous n'aviez pas de retour mais j'en ai conclu peut-être un petit peu trop vite que c'était parce que vous faisiez des remplacements trop courts, ou…

MB : moi c'est dans le stage…

CD : Moi, c'est ça, je consulte une fois par semaine quoi… Je consulte une fois par semaine du coup… Y a des patients… J'en ai pas adressé tant que ça hein…

DLG : C'est plus des perdus de vue que des patients dont vous pensez que les soignants ne vous donnent pas de contact…

CD : C'est ça, plus des perdus de vue…

AF : De toute façon, c'est dur de faire un compte-rendu à la semaine ou au mois… Il faut peut-être tous les 6 mois même si ça doit être long… D'ailleurs les règles hygiéno-diététiques, par exemple pour les dyslipidémies, on se donne 3 à 6 mois de « régime », entre guillemets, avant de penser à introduire un médicament.

ST : Par contre, j'ai déjà vu des patients qui avaient du coup un cholestérol qui avait monté, qui s'étaient inquiétés, qui en avaient parlé avec leur médecin, qui avaient suivi les conseils de base, euh, bah, comme tout le monde en général…

AF : Une alimentation normale…

ST : Juste les conseils de base et moi, je les revoyais trois mois après et c'était revenu normal. Il avait perdu du poids.

AF : C'est bien !

ST : Donc il était content.

CD : *rire*.

DLG : Donc la question d'après, c'est quand vous parlez de diététique en consultation, à quel patient vous en parlez ? Quel patient vous « choisissez » entre guillemets, pour parler de diététique ? Est-ce que c'est tous les patients ? Est-ce que vous avez des signes d'alerte ? Est-ce que…

AF : Moi, c'est basé sur le poids !

ST : Oui, déjà… Ceux qui ont noté l'IMC, L'IMC

AF : Les patients… voilà, diabétiques…

ST : les courbes de poids chez les enfants, quand on voit les courbes de poids qui commencent à décoller…

AF, CD, MB : hochement de tête d'approbation

MB : (*fait signe d'énumération*) Les diabétiques, au début, diagnostic et puis après quand il y a un déséquilibre…

ST : les dyslipidémies…

CD : les surpoids, voilà !

ST : Toutes les pathologies qui demandent un régime particulier, mais ça, ça prend… C'est plus rare ! *Rire*

MB : les enfants !

ST : les enfants c'est vrai qu'à chaque fois que je vois, j'en parle aux parents !

MB : les enfants dont la courbe d'IMC (*fait signe d'un avion qui décolle*)

ST : Pour les mettre en alerte ! Parce que des fois les parents ne s'en aperçoivent pas !

DLG : D'accord.

ST : Dire de faire attention…

DLG : Tu utilises quoi comme signe d'alerte ?

MB : les enfants dont la courbe d'IMC (*fait signe d'un avion qui décolle*)

ST : Pour les mettre en alerte ! Parce que des fois les parents ne s'en aperçoivent pas !

ST : Ou la courbe d'IMC

MB : Il y a la courbe de poids qui ne me plait pas par rapport à la courbe de taille, je fais la courbe d'IMC…

ST : Ou des fois, il y a la courbe de poids qui décolle franchement, c'est presque pas la peine de faire la courbe d'IMC…

AF : Alors après les enfants, ça doit être difficile à gérer parce que par exemple quand il y a un enfant qui a un surpoids et pas le frère ou la sœur…

ST : C'est pas facile…

AF : Comment faire alors que le frère mange pas un gâteau et grossit pas et ben que l'autre enfant il comprend pas, pour une prise de gâteau ou quelque chose comme ça…

MB : C'est peut-être qu'à la base, ils ne mangent pas la même chose aussi…

AF : Ouais (*avec grimace, acquiescement pas franc*)…

MB : Il y a forcément des erreurs…

AF : On est pas du tout formés pour ça alors est-ce que, euh…

ST : Non mais en général quand j'en parle avec les parents, on parle tranquillement, enfin c'est… Ca s'est toujours bien passé en fait ! Les parents au contraire d'un coup ça les inquiète, ou ça les inquiétait un peu et ils en avaient encore jamais parlé…

AF : Mais quels bons conseils leur donner pour qu'ils fassent ça sans brusquer l'enfant, sans qu'il se sente… Enfin c'est ça quoi…

MB et ST: Faut l'expliquer à l'enfant…

MB : Faut qu'il soit là… Qu'il comprenne…

ST : Des tout-petits ça m'est encore jamais arrivé. Des 9-10 ans, qui sont préado, des 12-13 ans, ben ils comprennent en fait ! Et souvent, ils complexent déjà eux-mêmes en fait.

AF : Hum hum et hochement de tête.

MB : Ils sont parfois… Ils savent même avant leurs parents…

DLG : Vous pesez tous vos patients ?

AF : Ouais…

ST : Pas à chaque fois, non… Quand ils viennent pour un rhume, je les pèse pas forcément, non !

AF : Ben moi, les enfants, même pour un rhume, je les pèse tous !

ST : Ah oui, les enfants, je les pèse tous ! Ca c'est clair !

AF : Et les adultes pour tous les renouvellements…

ST : Moi pareil… Mais quand ils viennent pour un rhume, je ne les pèse pas !

AF : Moi, les renouvellements, les chroniques, quoi !!

ST : Après si c'est un patient qui est jeune, qui vient jamais, qui vient pour son certificat de sport, je le pèse !

DLG : Vous parliez, enfin, on a beaucoup parlé du surpoids, est-ce qu'à l'inverse, est-ce qu'il y a des gens que vous trouvez… enfin… Est-ce que vous surveillez la maigreur ?

MB : Les personnes âgées, ouais !

CD : (*se relève de sa chaise*). Mais la maigreur, ouais, moi j'ai plutôt tendance à voir déjà, enfin, que ce soit TSH ou que ce soit médicaments, c'est vrai que ça fait un petit peu plus peur… Sauf s'il me dit clairement que là il ne mange plus, il se met à jeun ou je ne sais pas pour quelle raison, mais j'ai plutôt tendance, la diététique (*signe de refoulement des mains vers côté droit*)… à regarder si j'ai déjà tout éliminé, quoi.

MB : Moi, j'y ai déjà pas mal pensé pour des personnes âgées…

AF : Des néos…

MB : Euh, pas en fin de vie mais qui sont vraiment âgées, 4è âge, quoi… Et qu'ont pas mal de pathologies, qui sont souvent un peu des gens isolés, euh, qui ont de base, que je sais qui sont des gens pas gros, qui ont pas un appétit féroce et qui à force de prendre des quantités de médicaments, ben après avoir pris un verre d'eau et puis leurs médicaments ont plus faim. Et euh, voilà, d'essayer de voir quand leur poids diminue, ben alors pourquoi vous avez encore perdu du poids et ben souvent ils disent « je mange rien » et parfois être amenée à leur donner des compléments à marquer sur l'ordonnance, alimentaires…

DLG : Pour les autres, c'est quelque chose que vous faisiez aussi, surveiller le poids des personnes âgées ?
AF : Oui. Hochement de tête.
ST : Oui, aussi, oui.
CD : Hochement de tête.
DLG : D'accord.
AF : Et puis ceux qu'ont l'air un peu en mauvais état général, parce qu'ils ont perdu 7 kg en 1 mois. On aime pas trop non plus…
CD : *Sourire*.
DLG : D'accord. Donc comme signe d'alarme, il y a chez les enfants la courbe de poids et la courbe d'IMC et puis sinon pour les adultes, il y a un petit peu la « tronche » aussi ?
Hochement de tête général.
AF : Et puis la variation de poids…
DLG : Oui…
AF : Dans un sens ou dans un autre !
DLG : Vous regardez les poids sur les consultations antérieures ?
Oui général.
MB : Quand on les trouve…
Rires généraux.
AF : Avec les logiciels, c'est pas mal…
ST : Quand il y en a...
DLG : Quand il y en a…
MB : Ouais mais quand c'est rentré dans le logiciel, au bon endroit…
CD : Donc sinon on se fie… Ils nous le disent !
MB : En fait, maintenant, je leur demande parce que c'est trop chiant !
CD : Voilà, tu perds autant de poids…
MB : Chercher… (*Fait le geste de jeter des brassées d'objets par-dessus sa tête*) avec la souris… Ah, c'est quoi ça !!!
CD : Je dirais même, c'est souvent le patient qui aborde ça en consultation, c'est vrai que c'est pas, enfin…
MB : « Oh j'ai grossi… »
CD : Voilà, c'est pas moi qui tique en disant « oh ben tiens » ; c'est plutôt eux qui disent… Oh, c'est bizarre…j'ai grossi, pourtant je mange comme d'habitude euh… Ou alors au contraire. Et puis alors qui plus est quand ils ont envie de perdre du poids, c'est eux qui viennent justement à la charge, quoi ! « Ah j'ai pris 3 kg, euh… comment je fais, j'aimerais bien les reperdre euh…

DLG : Alors, je vais passer à la suivante…Quand est-ce que vous prenez le temps de parler de diététique ?Est-ce que vous faites au cours de n'importe quelle consultation, est-ce que vous prévoyez spécialement des consultations pour parler de diététique, est-ce que vous prenez un temps à la fin de chaque consultation ? Est-ce que vous utilisez les consultations de prévention pour en parler ?
MB : J'en profite au moment de la consultation s'il y a un signe d'alerte qui vient quand même de ce côté-là, j'en parle… Sinon, je n'en parle pas.
CD : C'est vrai que j'ai pas enfin je ne demande pas de consultation dédiée à ça. Je leur dis pas de revenir.
MB : sauf vraiment si c'est l'horreur dans le cabinet et qu'il y a 50 000 personnes dans la salle d'attente et que là c'est vraiment, que je suis vraiment à la bourre… Bon ben, je fais un truc vraiment rapide euh, en gros ! Et puis on en reparle la sem… enfin la prochaine fois qu'on se voit !
DLG : D'accord.
AF : Et puis moi un peu pareil, comme je suis encore interne, je donc euh…
MB : C'est pas facile, quoi, hein !
AF : Donc déjà, je fais une consultation toutes les ½ heures… *Rire*, 20 minutes, ½ heure. Donc, j'adore prendre le temps justement de discuter. De ça ou d'autre chose…Mais c'est vrai qu'après en pratique, euh…Quand je ne serai plus interne, salariée de l'hôpital et qu'il faudra que je gagne ma vie, p't-être que… Enfin je pense que je prendrai, oui, un temps de consultation d'au moins 20 minutes et que voilà…
DLG : Pour avoir le temps d'aborder, euh, la diététique par exemple ?
AF : Ouais. A chaque fois, si… Au cours de la consultation même si c'est pas prévu à l'avance, s'il y a quelque chose à dire… Quitte à reprogrammer après si c'est un petit peu long…
DLG : D'accord.
AF : C'est bien d'en parler, de battre le fer quand il est chaud, d'en parler tout de suite, quoi ! Au moins d'aborder les grands axes, quoi !
MB : Commencer quelque chose pour que ça tilte !
AF : *En faisant signe d'écrire*, ou ne serait-ce que de dire : notez moi pour la prochaine fois, ce que vous mangez etc.
ST : Oui, ça, ça permet de les faire revenir de la même chose
AF : Ca permet de les faire revenir…
ST : Ca permet de les faire revenir pour ça et d'en reparler complètement après… Je l'ai jamais fait pour l'instant mais…
DLG : Toi, tu parlais aussi des consultations de sport où tu pesais les patients (*en m'adressant à ST.*)Tu en as profité parfois pour faire aussi des consultations de diététique ?
ST : Oh oui, d'autant plus chez les patients qui sont en surpoids et qui reprennent le sport hein ! Pour leur dire qu'il faut qu'ils fassent attention ! Et pour parler du poids et puis souvent quand ils reprennent c'est aussi pour perdre du poids alors ils en parlent en même temps…
AF : Tous les patients qui viennent pour douleur… De genou ! *Rire*. Il y en a souvent qui ont des surpoids, quand même !
ST : Oui, c'est peut-être moins facile quand-même quand eux en parlent pas du tout et d'introduire le sujet sans vexer…
AF : Moi j'en parle, j'en parle…Naturellement !
ST : D'introduire le sujet quand on est le remplaçant et pas le médecin habituel, c'est pas toujours évident ! Il y a des gens qui le prennent pas toujours très bien ! Moi, ça m'est déjà arrivé de dire que euh… Le surpoids pouvait jouer et… voir le regard… Bon ben ça c'est bon (*en faisant signe de se détourner*). Je pense que je ne vais pas en reparler ! Hop là !
CD : Moi, j'enveloppe : »Je pense que ça augmente l'impact de la…je sais pas quoi… » Mais euh, en gros, ça permettrait de soulager encore mieux. *Rire*.
AF : Bon, même s'ils ne le prennent pas très bien, c'est bien de le dire quand même, hein !
ST : Des fois, ils aiment pas, il y en a qui disent « ah ben oui, c'est vrai »…
AF : Quitte à en reparler à la prochaine fois !
ST :… Donc là ça permet d'en parler, et d'autres qui veulent pas, ce sont quand même des gens qui sont pas du tout ouverts à la discussion… (*Sifflement et mouvement de recul.*)
CD : C'est qu'il y a quelque chose, oui.
MB : Les moments où je suis mal à l'aise c'est quand les enfants qui sont, qui ont un problème de surpoids, les parents qui sont déjà en surpoids et que je ne connais pas, donc je ne connais pas leur position par rapport à ça…
ST : Ah oui, ça c'est pas facile…
MB :… Et là je vais dire à l'enfant, tu vois, il faut que tu fasses attention et là tu as la mère, je me suis faite fusiller du regard par une mère un jour parce que j'avais mis le doigt là où il ne fallait pas, quoi…Là où elle ne voulait pas que je le mette !
ST : Mais c'est vrai que c'est pas facile quand on les connaît pas des fois ! Mais bon…
MB : Et… Elle est sortie fâchée de la consultation !
CD, MB, ST : Hum hum (*songeur, affirmatif ?*)
MB : Soupir. Ca fait drôle, mais bon…après voilà, j'ai fait mon taff, mais bon, c'est pas agréable !

DLG : On va en reparler de ça… Bon euh, quand vous parlez de diététique en consultation, là vous commenciez à parler de ce qui bloquait… De la part des patients, qu'est-ce que vous trouvez comme frein ? Qu'est-ce qui vous gêne pour faire de la diététique avec les patients ? Tu parlais, (*m'adressant à MB.*) pour cet enfant-là…
MB : Le Tabou…
DLG : Du tabou !
MB : Et encore un tabou… Il y a certaines personnes, la personne en question dont je parlais, la mère, elle était obèse et définitivement, ça ne la gênait pas du tout à ce que sa fille soit en surpoids et c'était normal, et c'était très bien comme ça et, euh, voilà ! Complètement fermée, opposée à toute discussion. Après, voilà, je l'ai peut-être pas abordé de la bonne façon, c'était peut-être pas forcément le bon moment, mais euh… Mais il y a quand même euh… quand on en parle on sent qu'il y a certains mots qu'il ne faut pas utiliser, que des fois on va les vexer, qu'on risque de les… qu'ils se mettent… D'avoir un affrontement parce… c'est tabou, il faut pas en parler, qu'ils ont eu des difficultés avec ça et que… Et voilà !
AF : C'est pas la majorité quand même !
MB : Non, mais il y en a pas mal quand même !
ST : Non, pour la majorité, ça se passe bien, les gens le savent, ils le reconnaissent même s'ils ont pas forcément envie de faire des efforts…
CD : Hum hum ! (*approbation.*)
ST : Ils le reconnaissent ! Ca m'est déjà arrivé quand même une ou deux fois de sentir que là, j'abordais un sujet… Glissant ! (*rires*

généraux) Voilà, que ça allait pas du tout suivre de l'autre côté et que c'était mal venu ! Et encore, c'était que en parlant euh (*fait un signe sinueux de la main droite*), justement comme tu disais d'un problème de genou en disant que « ah, ça peut… participer… au problème ! »…
MB : De toute façon, on voit que tu es contre, voilà !
ST : … Mais… je n'ai pas insisté ! Parce que du coup, c'est vrai que c'est pas facile d'insister dans ce sens là…
AF : …Oh non !
ST :… Si on sent que la personne en face est complètement fermée ! Et je me dis que de toute façon, si elle est fermée, ben…
AF : C'est contre-productif !
ST : Voilà, ça va faire l'effet inverse de ce que j'aurais voulu, donc euh… J'en parle pas !
CD : Non, et puis il y en a qui sont réfractaires à tout changement…
AF : C'est source d'anxiété !
CD :…Regarde des diabétiques euh, qui sont à 11 d'hémoglobine glyquée de toute façon !!
ST : Ah les diabétiques, les diabétiques, j'en parle quand même parce qu'ils…
CD : Ah ouais (*affirmatif*)
ST :…savent…
CD : Mais de la part des patients en gros euh…
ST :...mais j'insiste quand même parce qu'ils savent que pour leur diabète, c'est pas bon !
CD : Il y en a qui n'ont pas envie quand même, quoi !
ST : Non, ils n'ont pas envie…
AF : Ouais, il faut qu'ils soient acteurs, quoi ! Faut la démarche, quoi !
ST : … Mais par contre, on en parle ! Même s'ils ne veulent rien faire, ça les gênent moins en sachant que ça fait partie de leur maladie, en fait ! Comme ils le savent, ils savent qu'on va leur en parler et que seulement si je lui dis… Mais c'est vrai qu'il y en a par contre qui vont faire aucun effort, ça c'est certain !
AF : C'est un peu comme le conseil minimal au tabac, quoi ! Il y a un conseil minimal diététique, bon après, en effet, il faut que le patient soit acteur, enfin, actif dans la démarche…
ST : Ben sinon, c'est peine perdue, hein ! C'est s'épuiser ! J'ai eu pas mal de médecins d'ailleurs qui m'ont dit que, eux, ils avaient laissé tomber quasiment, quoi ! Que…
DLG : Parce que c'était la motivation des patients qui manquait.
ST : Voilà ! C'est ça. C'est qu'ils en avaient marre de parler dans le vent pour que derrière, rien ne soit fait et puis qu'il n'y ait aucun changement et puis que, finalement, ça serve à rien !
AF : Parce que ça demande des efforts, la diététique…
ST : Ils avaient l'impression de perdre leur temps en fait !
AF : … Et qu'il ya des patients qui préfèrent prendre 1 comprimé contre un… Une statine et puis continuer à manger du saucisson !
CD : Carrément ! Carrément ! En même temps, je les comprends !
MB : Voire manger double ration de saucisson…
AF : Voire manger double ration de saucisson…
CD : Voilà, c'est…
MB : Du coup, c'est mieux…
CD : Et puis la petite pilule magique pour pouvoir rester mince et pouvoir faire de l'asthme !!!
AF : Quoique les statines, ça donne des douleurs musculaires et quand même, il y en a pas mal qui… Dodelinement de la tête et moue.
ST : Il y a pas mal de fois des patients qui m'ont demandé s'il y avait des médicaments pour aider à maigrir ! Ca c'est une question qu'on m'a posée plusieurs fois dernièrement ! A chaque fois je réponds non ! (*mime un dialogue avec un patient*) « Ah ben il existait à un moment un médicament… » « On l'a supprimé ! » « Ah bon ? » « Ah non, il était dangereux ! » « Ah bon ? » « Non, il n'y a pas de médicament ! »
AF : Les gens sont assez fainéants, ils veulent pas faire de sport, euh…
ST: Hum-hum! (*approbation*)
AF: … En général !
ST : Donc après du coup, on parle du reste mais c'est vrai que sur le coup, il y en a qui me demandent des médicaments !
CD : Oui et puis des fois c'est vrai qu'on est heurté au contexte social ! Pour les patients… Ca c'est vrai que… Ca coûte cher quand même de bien s'alimenter !
ST : Ouais !
AF : Oui ça coûte cher!
CD : Ca coûte cher, ça prend du temps et…
E DLG : st-ce que le niveau de connaissance des patients peut-être un frein à la diététique ? Est-ce que vous avez l'impression que dès fois, en gros, ils ont pas assez de connaissances pour pouvoir comprendre de quoi vous leur parlez ?
AF : Faut leur expliquer !
CD : Je sais pas, non je pense pas…
MB : Moi, ça m'est arrivé une fois !
ST : Non, je pense pas parce que si on leur explique…
AF : si on leur explique bien ils comprennent…
MB : Ou alors, (*index levé vers le ciel*) qu'ils ont des idées fausses ou des…
CD : Oui, ça par contre…
MB : …Je me suis heurtée une fois avec une maman euh… C'était à l'hôpital, pour son gamin qui avait une gastro ! Et qui ne voulait pas comprendre que… On pouvait donner tout à son fils du moment qu'il mangeait, c'était bon ! Pour elle, il fallait donner de l'eau de riz, des carottes, des machins et à l'hôpital, on donnait de tout. Et définitivement, j'ai beau lui avoir expliqué (*mouvement des 2 bras*) dans un sens, dans l'autre, euh n'importe quoi, de toute façon elle avait décidé que c'était comme ça et que ces idées qu'elle avait étaient correctes… Et que !
AF : En même temps, si elle veut lui donner du riz !...
MB : … Oui, sauf que là, il était à l'hôpital et que du coup, il mangeait ce qui était à l'hôpital ! Et que du coup, elle nous reprochait de lui avoir donner une… Une purée de haricots verts !
AF : Ah, elle vous le reprochait !
MB : Et que ça faisait tout un scandale !
AF : hochement de tête.
MB : Et les relations devenaient vraiment difficiles…
AF : D'accord !
MB : Presque conflictuelles, quoi…Parce que elle avait des idées reçues et euh… Et que c'était comme ça et que…
DLG : Vous avez touché à la représentation qu'elle avait de la nourriture, en fait !
MB : Et de la tante à Jules, qui avait dit que…Machin et que…
CD et ST : *Rires*
MB : Et que la sœur, et que la voisine, l'infirmière… Voilà ! Tout ! (*grand geste d'écartement des mains*)
CD : Ca me fait penser au lait !
MB : Et même son médecin traitant !
CD : … Au lait chez les bébés. C'est vrai qu'au niveau diététique, c'est vrai que les différents laits qu'il y a entre les laits premier âge, les laits sans protéine, bon sans protéine de lait de vache, ça c'est bon mais euh… Il y a pleins de types de laits et euh…
ST : Tu sais qu'il y en a plein de sorte avec un petit peu plus de ça, un petit peu de ça… On y connaît pas grand-chose !
CD : Et c'est vrai que les parents qui arrivent en général, surtout ceux qui sont très à cheval… « Alors docteur, je lui ai déjà donné tel type de lait, tel type de lait… »
AF : Tant de millilitre et tout !
CD : « …Il continue de pleurer, il a des coliques, il a des machins » et là ! Vous avez déjà pris tout ça, vous ? Bon, qu'est-ce que je peux vous proposer ?
Rires généraux

CD : Et ça c'est vrai que… Il y a un frein déjà de la part des patients parce que souvent du coup pareil avec les habitudes, c'est difficile de remuer et… puis parce que peu de connaissances vis-à-vis du lait !
AF : Finalement, c'est aussi un peu les labos qui nous apportent des connaissances, c'est triste à dire mais… Ils font des plaquettes aussi pour les laits…
ST : Qui permettent de s'y retrouver un peu…
AF : … Quel lait il existe de telle gamme pour telle patho…
ST : « Ah, c'est celui-là ! », « ah oui, c'est ça que vous avez donné, bon d'accord ! »
CD : Haussement de sourcil. Ben ouais…
DLG : Est-ce que par rapport à la diététique, les repas en extérieur ça vous pose problème pour les patients?
AF : Oui !
MB : Oui, les VRP !
CD : Le déjeuner, oui…
AF : … Qui mangent tous au resto, ils sont tous gros !
CD : *Rire*
MB : Et qui mangent des frites tous les midis. Et les routiers, qui bouffent des sandwiches ! Et les diabétiques routiers alors là, c'est les pires ! Parce qu'ils mangent tout le temps, ils ont des horaires, c'est pas forcément les horaires de vie normale !
ST : Ils bougent pas, ils sont toujours dans leur camion…
AF : Pas de repas régulier… A l'office…

MB : Ils bougent pas et… Un coup ils vont se lever à 5 h du mat', le lendemain ça va être 2 h du mat', ils vont rouler toute le nuit et puis euh… Voilà, 'fin c'est un bazar monstrueux ! Et ça ! Ca c'est compliqué enfin…
ST : Ouais…
AF : Quoique enfin, de plus en plus, enfin, c'est à la mode, il y a quand même dans les restaurants des formules euh…
ST : Salades !
AF : … Salades !
ST : Oui, mais c'est pas forcément ce qui les attire, il faut les motiver !
MB : Ouais, encore faut-il les motiver !
ST : C'est une question de motivation…
AF : Ouais, c'est tentant, c'est comme au resto du personnel du CHU, quand on est aux urgences et qu'on bosse toute la journée, bon euh…
CD : On en a marre, on a pas envie de se mettre une salade verte, quoi !
AF : On arrive, on fait une pause à 14h, bon ben on prend un éclair au chocolat qui euh… (*Eclat de rire*).
Sourire et approbation générale.
CD : Ouais voilà!
AF : … Qui est proposé, et pas trop yaourt nature, quoi ! Ouais…
CD : C'est…
AF : Ca dépend après le profil du patient, quoi ! Est-ce qu'il est gourmand… ou pas… *Rire.*
MB : Enfin, dans beaucoup de sandwicheries, c'est quand-même Steak-frites ou euh… Les sandwiches euh…
AF : Ou les formules « sandwich et viennoiserie en dessert », on se prend le sandwich plus le pain au chocolat en dessert ! Ca c'est l'horreur, quoi !
MB : Enfin, ça, c'est quand même, ils font, quoi !
AF : Donc pour suivre des conseils, il faut avoir un…
MB : Pour avoir une salade à la place du sandwich, euh…
CD : C'est dur !
MB : … Surtout les mecs… Faut y aller hein !
AF : Ca calle pas assez en fait...
CD : Ben voilà !
MB : Et puis la salade, faut se poser, faut prendre l'assiette …
CD : Ouais !
MB : … (*Mime la montée d'un couvert à la bouche*), il faut prendre la fourchette, tandis que le sandwich, tu peux conduire en même temps que tu bouffes ton sandwich…
CD : Ouais ouais…
MB : … La salade, c'est un peu plus dur !
ST : Tu peux trouver des sandwiches avec des crudités !
MB : Oui…
AF : Disons que la malbouffe, comme on dit, euh…
MB :… avec la mayonnaise… C'est souvent la mayonnaise qui reste !
AF : … Ca vient aussi des conditions de travail !
MB : …les sandwiches sans mayonnaise, c'est difficile à trouver !
DLG : Les conditions de travail, c'est quelque chose que vous explorez quand vous parlez de diététique avec le patient ou pas ?
MB : Oui, soit ils disent tous seuls…
ST : Oui, quand on leur demande où ils mangent.
MB :… Ouais !
ST : Quand on demande où ils mangent le midi. Ca c'est une question que je pose par contre !
MB : Ou ils disent « mais Docteur, je peux pas faire ce que vous me dites parce que euh… Quand je bosse, euh… C'est pas possible ! »
De ce que vous disiez, c'est surtout la motivation chez l DLG : es patients… Finalement la compréhension, vous arrivez plutôt à expliquer… à expliquer ce qui se passe, euh…Par contre, des fois les représentations des patients c'est un gros frein pour vous…
ST : Ca c'est clair !
Et le niveau socio-économique et les conditions de travail c'est aussi des problèmes mais ça vient quand-même derrière la motivation…
MB : Ouais !
ST : Je pense quand même que le premier truc c'est la motivation. Parce que s'ils ne veulent pas, de toute façon, je vois pas ce qu'on peut faire. S'ils ne sont pas motivés, on ne peut pas les aider là-dessus. Enfin…à mon avis clairement effectivement, s'ils ne veulent pas, ils ne feront pas, hein !
AF : Disons que ça peut être des freins, un petit peu, quoi !
DLG : Est-ce qu'il y a d'autres freins par rapport aux patients que vous ressentez ? Des choses qui vous sont arrivées en consultation où ça a bloqué ?
CD : Je repense à ce qui m'est arrivé à … Je n'en ai pas qui me reviennent. Après, ça vient plus de moi !
ST : *Rires*
DLG : Ah, ça, on va y revenir…
ST : Des fois, tu sais plus trop quoi dire !
CD : Il y avait des sujets où franchement, je savais plus quoi dire ! Bim !
DLG : De votre côté à vous, qu'est-ce que vous avez comme frein en consultation… Pour parler de diététique en consultation ? Qu'est-ce qui vous manque pour euh…
CD : Ben des f… Manque de connaissance déjà pour commencer ! Clairement ! Euh… Moi, je suis souvent gênée, par exemple, pour les AVK ! Quand ils me demandent euh, voilà… A part le chou, je ne me souviens plus de tout les aliments…
ST : Tu veux dire les feuilles de chou ! *Rire*.
AF : Mais en fait, on peut tout manger, hein !
MB : Les pots de tomate !
AF : Moi je suis un petit peu moins stricte !
ST : Moi, ce que je leur dis, c'est qu'il faut manger équilibré…
MB : Tout euh…
ST : … Mais pas changer brutalement d'alimentation !
AF : C'est ça, tout mais avec modération ! Pas de cure d'un aliment particulier pendant 1 semaine…
ST : S'ils se mettent à faire une cure de choux pendant 1 semaine, c'est…
AF : Voilà !
ST : Mais manger…
CD : Voilà, mais à part une alimentation équilibrée, un peu de brocolis, mais bon… Mais moi, je connais plus ça par rapport à tout ce que j'ai entendu à la télé…
ST : Voilà…
CD : … ou ce genre de chose, euh… Plutôt que ce qu'on m'a appris… Dans le cadre de mes études ! Oui, mais c'est surtout ça ! Le manque de connaissance, euh… C'est vrai que dans certains cas, ça serait pratique d'avoir une petite fiche récapitulative… En fait, qu'on peut faire nous-mêmes ! Mais bon… C'est juste que pour l'instant j'ai eu la flemme de le faire mais euh !
AF : Y a p't-être des logiciels où il y a déjà aussi déjà des ordonnances enfin des trucs pré-faits, non ? (*Se retourne vers ST et MB*)
CD : J'sais pas !
ST : Non, j'ai pas d'idées !
MB : Pas forcément dans le logiciel mais sur Internet !
ST : Ouais, sur Internet ça peut se trouver…
AF : Moi, j'avais entendu parler de logiciels…
ST : Mais c'est pas facile, après… En fait, ce qu'il y a c'est que, moi ce que je trouve, c'est que j'ai des connaissances très globales donc c'est très global, je donne des conseils de base, des choses assez logiques en fait…
CD : Ouais, ben oui !
ST :… Que les gens, quand on leur dit, ils le savent, mais ils ont besoin de le réentendre !
CD : Voilà !
ST : Ca par contre, ils ont besoin de le réentendre…
CD : C'est vrai, t'as raison !
ST :… Qu'on réexplique, qu'ils comprennent l'intérêt de faire comme ça ! Mais après, c'est vraiment des choses de base, de l'alimentation équilibrée mais si on me pose une question en particulier, je vais pas savoir…
CD : Voilà !
ST :… forcément quoi leur dire euh…
AF : Après, moi je note sur l'ordonnance !
ST : … Les quantités, forcément, je m'en rends pas compte, euh… C'est bon, en quantité ? Je sais pas…
MB : Après, il y a certaines pathologies où euh…
ST :… Donc je propose du coup la consultation avec la diététicienne, parce que, elle, par contre, elle va pouvoir beaucoup plus cadrer que moi là-dessus!
DLG : D'accord !
ST : S'ils ont des questions très précises je saurais pas y répondre !
MB : Et puis il y a certaines pathologies où c'est pas forcément notre job parce qu'il y en a pas beaucoup comme la phénylcétonurie, des trucs comme ça…
ST : Ah oui alors ces trucs là, euh ça…
MB : Les trucs comme ça, c'est pour les spécialistes…
CD : Et puis, en général, ils savent les gens !
MB : c'est clair !

E DLG : st-ce que vous avez l'impression que le temps vous manque en consultation…
MB : Ca prend du temps !
DLG : … Pour faire de la diététique ?
AF : Pour rentrer dans les détails, justement euh… Comme le ferait une diététicienne, les rations… Tant de grammes de lé… Tant de féculents et tout ça, on n'a pas trop le temps.
MB : Et puis même, sans aller jusque là, il y a une enquête diététique toute simple, savoir ce qu'il a mangé la veille chez le jeune, ça va à peu près mais chez la personne âgée, pour que tu obtiennes quelque chose de précis…

AF : Et puis, elle parle de trente mille choses entretemps !

MB :… Et, et parfois euh… Parfois ça prend du temps, on perd facilement 10 minutes-un quart d'heure euh… Pour juste savoir ce qu'ils ont mangé la veille, quoi !
AF : Ouais !
MB : Et pour tout savoir !
MB : c'est-à-dire pour pas qu'il oublie que ben oui, il s'est mangé un pain au chocolat à 4 heures, quoi !
AF : Faut faire des consults spéciales dédiées pour certains !
MB : Et moi aussi, je sais que… enfin je pense, qu'à certains moments, j'ai un à-priori sur la personne avant de lui en parler, savoir : « celle-là, elle va pas vouloir que j'en parle… ». Alors, du coup, (*baisse le ton*) peut-être que euh… La façon dont je vais le présenter est pas forcément… Ca se ressent et du coup… Ca fait…
ST : *Rire*. Ca fait pas…
MB : … *rire*… Ce que j'attendais se réalise forcément parce que la façon dont je l'ai présenté était pas forcément très adéquate ! Mais, ouais, parfois, je suis pas forcément à l'aise devant… Un obèse, depuis longtemps… Je vais en remettre un cran au dessus et… Je me dis que c'est perdu d'avance et… voilà, mais… (*AF à nouveau baissé le ton*) je sais pas, je suis peut-être pas assez optimiste parfois !
AF : *Rire*.
DLG : C'est ta motivation à toi qui manque, ou…
AF : Ouais !
MB : Ouais, peut-être !
ST : Pour le coup, là oui !
DLG : D'accord. Est-ce que le fait que ça puisse être des consultations… des fois… tendues, où… L'on va à l'encontre des gens, ça peut être un obstacle de votre part qui fait que… Vous le faites pas ?
MB : Après avoir vécu un épisode où je me suis… Où ça a été vraiment dur avec… Les deux fois, là, en l'espace de 6 mois, j'ai deux épisodes où je me suis pas sentie très bien à la fin de la consultation et c'est sûr que… (*Grande inspiration*) Ca me met pas trop euh… Dans une vision positive de la chose, quoi ! Et du coup, je me repose des questions sur comment il faut que je l'aborde, quels mots prononcer… du coup quand j'en parle au patient, je suis très dans… Je suis presque en train de regarder le patient pour voir la tête qu'il fait, pour voir comment il va réagir, et presque… Presque trop, je crois !
DLG : Hum-Hum.
MB : Et d'avoir peur de me remettre face à des… Face à des perceptions qui sont complètement euh… Complètement erronées et… Et voilà ! D'être face à un mur et sans pouvoir aller plus loin…
DLG : Vous avez déjà… Expérimenté ça…
AF : Moi j'ai pas eu d'expériences pour l'instant ! Trop traumatisantes, euh… en fait, j'essaye d'être le plus naturelle possible, euh… (*Sourire gêné*) Pour l'instant c'est passé ! (*rire*)
Rires généraux.
AF : Pour l'instant c'est passé, euh…
ST : Non, à part ce que je disais tout à l'heure, c'est… Où si je vois que dès que… Le sujet ça coince, ben euh…
AF : Ouais, euh, on insiste pas !
ST :… OK, là je continue pas !
DLG : D'accord !
ST et MB: Je change de sujet !
CD : Ouais !
ST : D'une, parce que je pense que ça va être inefficace et de deux parce qu'effectivement je me dis que c'est décourageant parce que je vais dire va partir droit dans le vide ! En fait ! (*rire*)

DLG : Hum.
ST : en fait sinon, non, j'essaye d'en parler ! Si je pense qu'il y a besoin mais…
CD : Moi, c'est pareil, rien de particulier quand on a abordé la question…
DLG : Vous prenez du plaisir à ce type de consultation ? Quand vous parlez de diététique, ou pas ?
CD : Moi, sans plus, hein !
AF : Moi, j'aime bien, c'est ce que je préfère, la relation médecin-patient, discuter (*rire*) !
ST : Oui, moi j'aime bien discuter aussi, après, comme je suis pas forcément toujours à l'aise pour aller plus loin, euh…
MB : Moi, oui, sauf quand ça se passe mal !
AF : Non, c'est pas trop non plus une corvée, quoi ! Sauf, évidemment, on est humain, les jours où on est fatigué, pff !
MB : Y en a un juste avant qui vous a énervé, c'est pas forcément le bon moment…
AF : On a pas trop… Ouais, on… Ou on a du monde à voir ou on est déjà en retard par une consult' difficile avant… Après, il y a plein de paramètres, quoi !
DLG : Vous parliez du manque de connaissance, vous avez l'impression que c'est quelque chose qui vous a manqué en formation initiale, ou…c'est… simplement que vous ne vous y êtes pas intéressées en formation initiale ?
CD : Oui, clairement !
AF : Ouais, ça me manque !
CD : Clairement !
DLG : Toi, Marie, tu disais que tu avais eu des cours de diététique en P2… (*M'adressant à CD, ST, AF*)Vous 3, vous êtes de Tours…
CD, ST, AF : Oui !
DLG : Pour vous 3, comment ça c'est passé en formation initiale ?
ST : Sur la diététique ?
AF : Y en a pas eu !
ST : Non, à part dans les bouquins qu'on achetait « les grandes règles » (*mime un tableau*), c'est toujours la même, « hygiéno-diététiques »… Voilà…
AF : 3 lignes !
ST : 3 petites phrases, euh… C'est tout !
AF : En fait, il aurait fallu déjà : comment aborder la diététique avec le patient, quelque chose d'un peu… De l'ordre de…
ST : Ouais, de comment aborder le sujet…
AF : … De la communication !
ST :… comment aborder le sujet, parce que c'est pas facile !
AF : De l'ordre de la communication ! Et puis après, quelques fiches pratiques, justement, la dyslipidémie, le… Sachant qu'évidemment, ça évolue j'imagine, les recommandations, comme toutes les recommandations, ça évolue avec les années…
ST : Je me demandais si…
AF : … Le diabète, le…
ST : …Je me demandais si on avait pas eu un cours de diététique, enfin… Sur l'obésité de l'adulte… (56 :32) On a du avoir un truc quand même un jour ! Mais ça me dit rien…
AF : Dans le bouquin endocrino-métabolisme…
ST : Dans le bouquin, ouais, mais en direct…
AF : … il y avait un truc sur la nutrition…
MB : Dans le dernier chapitre.
AF : … Un truc très… Très barbant, en fait…
ST : Chez l'enfant par contre, je sais qu'on en a déjà parlé !
AF :… Pas du tout ludique, euh…
ST : Par contre, je sais que chez l'enfant, j'ai déjà eu des cours, alors je sais pas si c'était des cours dans les services ou… P't-être dans les services, mais bon Maurage elle est quand même très attachée à la diététique et à l'alimentation…
CD : Voilà ! Après l'allaitement, voilà !
ST : …. Donc on a forcément eu des cours de diététique ! Et puis en plus pendant mon externat, je suis passée en Pédiatrie R, donc la diététique, on en a pas mal parlé, chez l'enfant ! Après, pendant mon internat, je suis passée en Pédiatrie A, où Despert fait aussi beaucoup de…
AF : Croissance !
ST :… Croissance, de machins… Donc c'est pareil, on en a reparlé pas mal ! Mais, après je sais plus si on avait un cours à la fac là-dessus !
CD : Non, non, c'était dans les services, c'est marrant sur les laits et l'allaitement, c'est Clocheville !
ST : Sur les laits, j'ai jamais vraiment eu de…
CD : … Sur les quantités…
ST : … Ah ouais, sur les quantités ! Ca j'ai appris sur le tas aussi !
CD : … Les rations… Et voilà ! Sinon, pff !
AF : Plus chez l'enfant alors…

CD :… Et pourtant,
AF : … Apparemment !
CD :… Enfin je vais te dire, justement, les enfants que tu vois à 2 mois ou ce genre de chose euh…
AF : Plus chez l'enfant apparemment ! (*en s'adressant à MB.*)
CD : … A chaque fois, t'es…
ST : Comment tu calcules…
CD : les mères, euh… demandent :…
ST : « Il en est à combien normalement ? »
CD : … « Mais est-ce que vous pensez pas qu'il mange trop ? » euh… Machin…
AF : Je sais pas…Oh ! La vache !
CD : … C'est… C'est vachement difficile !!!
AF :… Si une mère arrive en consultation et me demande : « Il a tant de mois, qu'est-ce que je peux lui donner à manger ? »
CD : Ben ouais, la diversification !
AF :… Est-ce que je peux introduire… La diver… Alors là, je ne connais rien ! La diversification, c'est !!!
ST : Moi, c'est pareil, je connais que pareil, les trucs de base, hein !
AF : Heureusement, c'est marqué dans le carnet de santé !
ST :… Et pourtant, je suis passée en Pédiatrie, hein !
AF : … Il y a quelques trucs !
CD : Par expérience, quoi !
ST : Que les trucs de base !
CD : Alors que ça, on en voit vachement, quand même, enfin!
ST : Et ça, je sais que je me le suis re-noté dans un coin, il faut que je me reforme là-dessus ! Sur…
AF : Ouais, moi aussi !
ST : … Sur ces trucs-là et que…
Sur la diversification ?
ST : Ouais, sur les laits, déjà, comme disait CD., bon après j'ai des plaquettes pour regarder déjà, le lait par les labos mais…
AF : Après voilà, la diversification, quand est-ce qu'on introduit l'œuf, euh…
ST :… Mais sur la diversification, je, je sais pas par cœur !
AF :… Les aliments, les petites purées de légumes ensuite les… Les fruits…
ST : après, ça on l'a fait une fois ici, justement, en cours de pédiatrie ! En formation de pédiatrie en séminaire ! Ouais, ouais ouais ! Justement, il y avait eu un peu de diététique sur l'obésité et aussi sur la diversification, je me souviens qu'il y avait noté des trucs au tableau, on savait plus … L'œuf, pff ! Quel âge ? Pff ! *Rire*. Pourtant, on adore ça ! On savait plus du tout !
DLG : Quand on a passé l'internat, il y avait des items de diététique. C'était des choses que vous aviez travaillé euh… Vous aviez travaillé ces questions-là spécifiquement ou pas ?
ST : Non.
CD : Au même titre que voilà…
ST : Non, voilà, le truc classique de l'ENC…
CD : Non, les trucs dont on se disait qu'ils allaient tomber à la rigueur… A l'internat !
DLG : C'est-à-dire ? Il y avait des choses qui te reviennent en tête ? Des choses que tu avais travaillées ?
CD : Euh, oui, par exemple la listériose… Enfin les trucs à piège ! Où on se dit « oh ben tiens, s'il y a une mère enceinte… » Enfin, c'était des trucs plutôt à question d'internat, on va dire !
DLG : D'accord !
CD : Après, les trucs du genre la diversification ou ce genre de chose, qui ne serait pas tombé à l'internat, ben… Pfutt !!! J'ai… j'ai zappé, quoi !
ST : Ouais, moi aussi ! C'est après que tu te rends compte que c'est pas…
MB : Moi, j'ai pas mal bossé et c'est vrai que le prof de nutrition qu'on avait là, à Angers, c'est un mec génial, qui a une façon de te transmettre de l'énergie qui est impressionnante et du coup, du coup c'est un cours que j'ai beaucoup aimé ! Et c'est quelque chose que je travaillais avec plaisir ! C'était aussi un de mes centres d'intérêt, donc euh…
DLG : Tu te rappelles à peu près du nombre d'heure, du volume horaire que ça représentait ?
MB : Je sais pas, 5-6.
5-6 heures ? Et pour l'internat, tu as travaillé des choses spécifiques, des items particuliers ?
MB : Non, avec ce qu'il y avait dans les bouquins, il y avait dans le bouquin d'endoc' un gros chapitre à la fin !
DLG : D'accord…
MB : Plus ou moins bien fait…
AF : C'était horrible ces chapitres-là !
MB : Et puis… Mais le problème, c'est que c'était que c'était vraiment que sur les généralités !
CD : (*en aparté à ST.)* C'est un chapitre que j'ai pas beaucoup lu ! *Rire*.
ST : Moi non plus…
MB : Et après dès que j'avais vraiment un… Un… Il y avait le calcium qui m'avait pas mal intéressée aussi donc euh… Voilà ! Mais bon après c'est aussi parce que c'est des intérêts qui sont mélangés avec personnels, machin, tout ça, quoi !
DLG : Vous travailliez sur quel bouquin d'endoc' ?
MB : Le Vernet… Le VG, là !
AF : Hum, hum !
DLG : D'accord ! Vous avez utilisé… Il y a un poly national de nutrition et de diététique pour la préparation de l'internat. Vous l'avez utilisé ?
MB : Non.
AF : Non.
CD : Non.
ST : Pas du tout, non ! Je ne savais même pas qu'il existait !
CD : Tend la main vers ST. pour souligner ses propos. Idem !
MB : Moi non plus !
DLG : Je l'ai découvert, il fait 170 pages…
AF : Mais est-ce que c'est des choses pratiques ou…
CD : Il y a des trucs pratiques ou pas ?
AF : … Est-ce que c'est tant de milligramme de potassium, les apports journaliers conseillés, machin… Des trucs indigestes ?
ST : Parce que ça, ça devait p't-être y être dans le bouquin justement ! J'ai lu ça, j'ai fait bon, ça c'est mort…
AF : Parce que ça, ça y était !
ST : … J'apprendrai jamais ça…
CD : Voilà ! *Rire*.
ST : … C'est pas possible, hein ! Donc euh !
DLG : Il y a peu de trucs pratiques !
AF : Voilà ! Ca y est ! Donc c'est pas utile…
ST : Parce que tant de milligrammes de potassium, on s'en fout, hein !
AF : … Parce qu'on va pas dire ça au patient ! On va pas lui dire : les apports journaliers conseillés pour vous c'est tant de milligramme de potassium, de ça, de ça, machin ! Concrètement, qu'est ce qu'on va lui dire de manger ?
ST : Allez-y, hop-là ! Y en a un peu dans la banane, un petit peu dans le chocolat, débrouillez vous maintenant !
CD : Moi, ce qui m'intéresse, c'est quelque chose qui tient en 5 minutes, quoi ! Des trucs pratiques à intégrer en fin de consultation ! Parce que c'est vrai qu'après, selon les goûts de chacun…
AF : A mon avis, euh…
CD : … Il y en a qui aiment bien avoir des consultations dédiées, que ce soit à la diététique, ou que ce soit à la dépression ou ce genre de choses… Ca dépend après de tes goûts !
AF : A mon avis, les…
CD : Mais c'est bien d'avoir un truc rapide et… Message clair !
AF : Les diététiciennes, elles ont plus ça comme formation !
CD : Ca, ça doit être bien d'avoir, de savoir quoi dire, euh…
MB : Moi, c'est vrai que ce qu'il me manque, qui me manquait et puis qui me manque toujours, c'est d'avoir par exemple: celui qui est en anémie, ben voilà, qu'est-ce que je lui conseille de manger…
CD : Voilà !
MB : … Celui qui fait des coliques hépatiques à répétition, qu'est-ce qu'il faut pas que, qu'il mange ! Celui qui a la goutte, machin ! Et, j'ai deux, trois idées comme ça ! Mais euh… Mais je suis sûre que je passe à côté de pleins de trucs ! Hum-hum ! De pleins de conseils, et qui seraient faciles à donner et que j'ai pas !
MB : C'est plus… Parce que le régime équilibré, évidemment, à force, on finit par connaître et savoir à peu près les grandes règles, même s'il y a deux-trois trucs qui évoluent, euh… Bon ! C'est toujours à peu près pareil ! Mais les régimes adaptés à telle ou telle pathologie, qu'on a pas forcément tous les jours, les rectocolites et tout ça, les maladies de Crohn et machin, les intolérances au gluten et machin !
AF : Mais…
MB : C'est des trucs qui sont parfois hyperspécialisés mais c'est quand même des patients qu'on voit et qu'on pourrait être amené avec eux de…
AF : Oui, ils peuvent nous demander des conseils !
MB : … Voilà ! De parler de ça, et que… Que moi je me sens complètement démunie… Voilà !

AF : Alors je sais pas si dans un séminaire dédié à ça, on peut aborder chaque pathologie, quoi !
MB : C'est peut-être un peu long quand-même !
C : Peut-être pas forcément chaque…
ST : Les plus courants peut-être !
CD : … Ouais voilà…
ST : Oui, parce que la phénylcétonurie c'et peut-être pas la peine, quoi !
AF : Après faut peut-être un travail personnel !
ST : … Où ça t'en verra…
MB : Ou des adresses où… Je pense que ça existe sur Internet des endroits où ben il y a des fiches pratiques de régimes… Je suis quasiment sûre que ça existe !
AF : Oui, où on peut trouver des pistes, quoi !
MB : Il y a certains prats qui se font une banque, euh…
DLG : Une dernière chose sur votre formation initiale ! Donc toi (*m'adressant à MB.*), tu parlais de tes cours, c'était des cours, euh…
MB : Des cours en amphi…
Des cours magistraux ?
MB : Des cours magistraux, ouais !
DLG : Vous n'avez pas eu des TP ou des mises en situation pour parler de diététique ?
AF, CD, MB : Signe négatif de la tête
ST : Non, non à part ce que je disais…
DLG : Le réseau ? Toi, tu parlais du réseau à Blois ?
ST : Non, non, là, la formation de pédiatrie l'année dernière ici!
DLG : D'accord !
ST : C'est la seule fois où on a parlé un peu de diététique en petit groupe !
AF : Des cours de service, quoi !
ST : Ou alors des cours de service !
DLG : Si je me rappelle bien, on avait fait des courbes d'IMC pour les enfants, on avait analysé des cas cliniques pour des enfants obèses… Et puis on avait fait des post-it…
ST : Sur l'éducation alimentaire !
Essayé de classer les aliments par année…
MB : Ah ! Exact !!

ST : D'ailleurs, on était pas très, très bons !
MB : Exact, le séminaire quand …
AF : Par mois ?
MB : Le séminaire de pédiatrie ici !
ST : A partir de quand tu introduis pour la diversification !
AF : Pour la diversification !
ST : On était pas très très bons ! *Rire*.
DLG : Donc pour cette partie-ci, pour les freins… Il y aurait d'autres freins que l'on n'aurait pas abordés ? On a parlé du temps, de vos freins personnels…
AF : Manque de connaissance !
DLG : Manque de connaissance, vécu ! Euh, de la part des patients on a parlé des freins aussi, est-ce qu'il y a autre chose que j'aurais…
CD : Enfin, je pense aussi pour certains, pour la diététique juste ou ce genre de choses, quand le patient dit « voilà, je viens pour perdre du poids ! », il y en a que ça peut juste pas intéresser !
DLG : Hum-hum.
CD : en fait dans ces cas-là, ils envoient directement à la diététicienne !
Hum-hum !
DLG : CD : Mais … Je pense que comme tout…
AF : Oui, les médecins qui ne sont pas intéressés par le sujet !
DLG : Tu montrais quelque chose (*m'adressant à ST. qui pointait une ligne sur la liste des questions*) ?
ST : Oui ! Non ! Je voyais manque d'outils ! Donc oui, manque d'outils, ça c'en est un !
DLG : Euh... En pratique… Je voudrais aborder l'organisation matérielle en consultation de diététique. Qu'est-ce que vous utilisez comme support ? Vous en avez déjà cité: les courbes de poids… La courbe d'IMC (*en chœur avec ST.*)… que vous utilisez en deuxième intention si je comprends bien, c'est d'abord la courbe de poids puis après le courbe d'IMC si c'est pas bon…
ST : Chez l'enfant ! Chez l'adulte, je fais pas de courbe !
DLG : … Chez l'enfant ?
ST :… Je fais l'IMC direct !
CD : Ouais, moi aussi !
ST : Le chiffre, en fait, de toute façon, c'est à peu près…
DLG : L'IMC, vous le calculez tout le temps chez les adultes ?
ST : Euh… Quand ils sont en surpoids, moi, je le calcule facilement, sachant que la plupart des logiciels que j'utilise, chez les médecins où je remplace, le font automatiquement quand je renseigne taille et poids donc euh !
AF : Oui, ça c'est bien !
DLG : D'accord. D'accord.
ST : C'est pratique !
CD : Non, moi pas à chaque fois ! Effectivement je vois qu'il est en surpoids ou qu'il est trop maigre, voilà !
AF : Puis on voit à l'œil, hein !
ST : Sinon, j'ai une réglette qui donne l'IMC!
AF : On se doute à l'œil, hein, qu'il est au dessus de 25 !
ST : C'est facile de savoir !
MB : Parfois, on se fait avoir!
CD et ST : *rire*.
DLG : Et donc euh… Ben bien ! Vous avez parlé de l'informatique qui vous calcule l'IMC euh… Tout seul. Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous utilisez, euh… Vous parliez de plaquettes de lait, c'est quel labo qui t'a donné ça (*m'adressant à ST.*)?
ST : Euh…
AF : Gallia peut-être ?
ST : Ca doit être Gallia, c'était en même temps qu'un probiotique… Pour les coliques du nourrisson, il parait que ça serait génial !! J'ai pas osé !!
Rires
ST : Je ne sais pas si c'est efficace ou pas ! Ca doit être Gallia, ouais !
AF : et justement, il y a un labo aussi, qui… Donne un CD-ROM avec des fiches que l'on peut imprimer. Et donner.
D'accord !
ST : Oh, euh !! Quel labo ?
CD : C'est pratique, ça !
AF : Je me souviens pas ! Je l'ai peut-être dans mon sac… (*Se met à chercher*)
CD : Ca, c'est vrai que c'est quelque chose de pratique !
ST : Il y en a qui peuvent être utiles ! Moi, je les lis toujours avant pour vérifier parce qu'on sait jamais !
AF : Et donc il y a tout, quoi !
MB : Il y a le conseil général d'Ille-et-Vilaine qui fait des brochures sur l'alimentation de l'enfant, de tout-petit jusqu'à l'ado ! Euh… Qu'est pas mal mais alors y a des conneries quand même dedans, hein !
Rire. C'est quel genre ?
MB : euh, ben en fait des trucs qu'étaient dits avant… D'accord ! …Sur l'alimentation du petit puis que… En fait, je suis passée juste là à Clocheville et il y a eu des changements récents et qu'il y a pas du tout en fait !
DLG : C'était par exemple sur quoi ? Sur l'âge de la diversification ? Ou sur la façon de diversifier ?
MB : Euh, oui… Et sur la conduite à tenir dans les troubles digestifs aussi… Gastro et tout ça !
D'accord !
MB : 'fin, y a encore des trucs qui datent de l'an 40…
ST : Oui, oui…
MB :… Des trucs à la tante à Jules, des trucs qui sont là dedans, quoi !
ST : J'ai vu sur l'ordinateur d'un médecin que je remplace comme ça… D'arrêter le lait habituel et donner à la place je sais plus quel truc…
MB : Un lait sans lactose !
ST : Ouais… Oui, ça doit être ça ! Alors qu'en fait, on fait plus ça maintenant ! On arrête l'alimentation 6 heures éventuellement…
MB : Vraiment quand…
ST : … Quand ils vomissent beaucoup ! Voilà ! Beaucoup, beaucoup, beaucoup !
MB : Le lait sans lactose, c'est vraiment quand c'est sévère !
ST : Oui, quand c'est sévère sinon tu donnes plus maintenant… Si tu laisses rentrer à la maison et que tu l'hospitalises pas c'est que ça va pas mal…
CD : T'as l'impression qu'il y a des effets… Des effets de mode !
DLG : Comment est-ce que vous actualisez vos connaissances en diététique ?
CD : Hum-hum !!!
ST : Je ne les ai pas actualisées pour l'instant ! Je n'ai pas de réponse !
AF : Non !
CD : Par hasard sur Internet quoi… Quand tu tombes… Là-dessus… Ou que… Tu as envie… De regarder…
AF : Suite à une consult'… particulière !

ST : Quand tu as une question, et que tu cherches, voilà ! Moi, c'est souvent comme ça que j'actualise mes connaissances ! Tiens, ça je savais plus ! J' suis pas bonne là-dedans !
CD : Non, c'est vrai qu'il y a des choses après, tu te dis… Les preuves scientifiques, regarde, sur nos livres (*prenant ST. à témoin*), le VG ou ce genre de choses, tu as vraiment l'impression que c'est des effets de mode ! Et puis euh…
ST : Oui, y a pas vraiment de réelles preuves que ça change quelque chose !
CD : Voilà !
CD : Voilà ! Donc au final, tu sais pas quoi, euh… tu sais pas quoi faire ou quoi proposer et puis en effet, tu as un labo qui va passer et qui va te proposer des trucs… Mais alors… Supers !
« Et ça c'est sans truc, sans machin, sans machin ! » Et puis au final, c'est celui-là que tu vas finir par conseiller parce qu'il n'y a que ce nom là qui te vient à la tête !
DLG : Hum-Hum…
CD : Alors qu'il n'y a pas de preuve, que tu sais pas trop non plus euh… Et après, tu te fies au retour des parents !
DLG : Hum-hum !
MB : Au cours des stages, aussi !
CD : Ouais, quand il y en a encore, ouais ! *Rire*
DLG : Vous avez entendu parler du Programme National Nutrition Santé ?
CD : PNNS ? Acquiescement.
MB, AF, ST : Ouais !
Silence.
DLG : Vous êtes allées voir sur le site internet ? Vous utilisez des choses du PNNS ? Des brochures, des…
MB : J'suis allée voir quand j'étais externe… Depuis…
AF : J'ai pas entendu parler de ça, moi !
ST : Alors, moi, j'ai entendu par hasard euh… Entendu parler de ça par une patiente ! *Rire*.
DLG : D'accord !
CD : Hum ! Mais oui, je n'ai pas pris le temps, moi, d'aller voir… Mais c'est vrai qu'il parait qu'il est bien et que… Enfin…. En tout cas il y a pas mal de choses et tout ça et puis là, pour le coup, avec une vraie base en tout cas scientifique à priori parce que c'est tous les médecins spécialistes de leur domaine qui ont mis les recommandations ! C'est gros… enfin c'est important je crois, il y a un grand nombre de pages…
MB : Ouais, c'est un ! Mime un livre très épais.
CD : Faut avoir le temps d'y aller, quoi !
DLG : Donc finalement, vous utilisez l'informatique… Les courbes de poids… Euh… Est-ce que vous avez… On parlait tout à l'heure de recueil alimentaire, de rappel des 24 heures… Vous avez des feuilles par exemple, pour qu'ils… Pour préparer les recueils alimentaires ou euh…
CD et MB : Signe négatif de la tête
MB : On leur dit « Vous notez Matin, Midi et Soir et puis entre les repas… »
AF : Oui, ils peuvent faire leur feuille !
M : C'est pas très compliqué à faire !
ST : Oui, moi, je leur fais en fait ! Je leur fais en leur expliquant, vite fait je leur fais parce que, si moi je leur donne, noté, ils rempliront plus facilement !
AF : Hum !
ST : Parce que si je leur dis « Vous prenez une feuille, vous notez ! »… Pff…
AF : Oui, c'est vrai ! C'est possible, ouais !
MB : Ouais, c'est pas bête ! C'est comme pour la tension et…
ST : C'est pareil ! Pour la tension, je m'embêtais avant à les faire et puis y a un labo qui m'en a donné des toutes remplies ! C'est beaucoup plus pratique ! *Rire*, je leur donne pour les auto-mesures de tension mais pour les auto-mesures de tension, si je leur donne pas un truc écrit…
CD : Ils le font pas !
ST : Alors que si je leur donne, ils le remplissent !
MB : Hum ! Ca pour avoir plus de retour, euh…
ST : Ca, j'ai l'impression qu'il y a plus de retour si le papier est fait !
MB : C'est pas grand-chose mais…
ST : Ben oui, mais… Sinon, ils vont être là… « Bon ben, comment je fais (*chantonne*) wof, wof, ça m'embête, je fais pas ! »
Rires.
DLG : Et à ce moment-là, tu utilises ce qu'ils ont noté sur une deuxième consultation ?
AF : Acquiescement de la tête.
ST : Oui !
DLG : D'accord.
ST : Oui !
MB : Oui, ils le remplissent pas pendant la consult, sinon, à minuit, on y est encore !
DLG : Mais à l'autre consultation, tu fais que ça ?
ST : Ben, ça, ça m'est pas arrivé de le faire encore, le retour…
DLG : D'accord. Ca t'est arrivé de donner la feuille…
ST : Ca m'est déjà arrivé déjà de faire ça pour un enfant en fait, une fois surtout !
DLG : Ouais… D'accord !
ST : Mais euh… J'ai pas eu le retour ! Après, quand tu restes une semaine ou deux, des fois, ils reviennent plus tard et puis, ben, t'es plus là, donc euh… Je sais pas !
DLG : OK ! Vous, est-ce que y a … Comment vous utilisez les supports ? Donc au cours de la consultation, les courbes de poids, les IMC, ca vous sert de signe d'alarme finalement, pour parler de diététique ou pas. Le recueil c'est plus une porte vers une autre consultation. Est-ce qu'il y a d'autres supports que vous utilisez en consultation ? Tu disais le lait, les fiches sur le lait pour savoir quoi conseiller aux parents…
ST : Ben, je l'ai pas encore utilisé en fait !
AF : Voilà ! Les feuilles toutes prêtes, imprimées…
DLG : Hum ! Ca tu en as, toi ?
AF : Oui ! Il y en a ! En fait un de mes prats m'en avait filées, le… Le dossier sur une clef USB…
DLG : D'accord !
AF : Donc en fait, voilà, tout ! Le régime alimentaire amaigrissant, le régime pour les dyslipidémies mixtes, pour le cholestérol, pour le diabète de type 2, pour euh… Y a tout, tout, tout ! Pleins de trucs !
DLG : Et à ce moment-là tu l'utilises comment cette feuille ? Tu la remets en fin de consultation après avoir donné des conseils ou….
AF : Voilà, je donne des conseils etc.… Et puis voilà en même temps que je suis en train de remplir… Je dis « Tiens », en même temps que je rends le renouvellement d'ordonnance ou quoi que ce soit, je dis je vous tire aussi une petite feuille
DLG : D'accord !
AF : Avec les conseils, déjà ça vous donne une première idée etc.… Et puis on en reparle la prochaine fois euh…

DLG : D'accord ! Sur une consultation où euh…
AF : Ca c'est rapide !
DLG : … La dominante principale c'est la diététique…
MB : Quand tu sais la lire !
DLG : …Comment est-ce que vous faites ? Est-ce que pour vous c'est comme une consultation où vous allez prescrire un médicament…
MB : Ouais !
DLG : … Ou est-ce qu'il y a des spécificités propres à la diététique ?
Silence.
DLG : Est-ce qu'il y a des choses que vous faites différemment parce que c'est de la diététique ?
MB : 'fin, c'est de la prévention, c'est…
CD : Acquiescement. C'est plus ça, oui.
DLG : Ca arrive finalement à une prescription pour vous… Une prescription de régime ou des conseils, ou…
CD : Ouais, plus des conseils, ouais ! Mais ça change quoi…
MB : Ouais, des conseils, c'est une prescription pour moi !
Mm ! Quand…
MB : J'écris pareil sur l'ordonnance « paracétamol » que « boire 2L d'eau par jour » ou euh…
AF : Ouais, voilà ! Ils ont besoin les gens…
MB : Ou « arrêter le croissant et prendre du pain à la place » !
AF : Ils ont besoin les gens d'avoir un papier, quoi !
MB : Je le marque, sur une ordonnance !
DLG : Tu as l'impression qu'ils ont besoin qu'il y ait une euh…
AF : Ouais, parce que sinon, si on dit juste comme ça à voix haute !
MB : Et puis le français, il a besoin d'une ordonnance !
AF : Voilà !
MB : Il a besoin de sortir de sa consultation avec une ordonnance, quoi qu'il y ait marqué dessus, il lui faut son ordonnance ! S'il a pas son ordonnance, ça sert à rien qu'il soit allé chez le médecin !
DLG : Bon ben d'accord !

MB : Donc, ben il repart avec son ordonnance avec des conseils !

AF : Exactement !
DLG : Donc vous….
MB : Tant pis pour lui, il a pas de médicament ! *Rire*.
DLG : C'est… Il y a pas de modification du déroulé de la consultation si vous parlez de diététique par rapport à une autre consultation pour une prescription d'un renouvellement de traitement ou…
MB : Non (*signe de négation de la tête*)…
CD : signe de négation de la tête.
ST : Ben, ça dépend… La seule chose c'est si on l'a déjà pesé avant, on va pas forcément l'examiner ou…
DLG : Hum, d'accord…
ST : … Enfin, j'sais pas !
DLG : Hum hum !
ST : Si ils viennent parler que de ça, je vais pas forcément les examiner, écouter le cœur, prendre la tension si je les ai examinés il y a pas longtemps !
MB : Oui !
ST : Je ne fais que parler ! *Rire*.
MB : Sauf si c'est pas moi qui l'ai vu la dernière fois !
ST : Euh…
MB : Si c'est moi qui l'ai vu la semaine d'avant…
ST : Hum hum !
MB : … Et que… Là, il vient parler diététique et que je l'ai vu, là je l'examinerais pas forcément mais si c'est quelqu'un d'autre je pense que je le ferais quand même !
ST : Non pas forcément ! Par contre s'il y a déjà eu un examen pour autre chose, la semaine d'avant, qu'il y a déjà une tension etc. Je ne vois pas l'intérêt de forcément le réexaminer…
CD : Ouais, puis ça dépend….
ST : Alors qu'il vient plus parler et demander des conseils en fait euh…
CD : Ca dépend…
ST :… Il m'arrive de faire des consults où je n'examine pas les gens mais bon…
CD : S'il te dit « oh, ben j'ai pris 2 petits kilo, là… » Et que… En effet je ne vois pas l'intérêt, quoi… Mais par contre il te dit « je perds trop de poids », « j'ai perdu 5 kg », là c'est différent !
ST : Ouais ! En plus pour une perte de poids je vais forcément les examiner, et chercher comme tu disais un truc organique ! Avant de me dire non, c'est juste parce qu'il n'a plus faim !
DLG : Vous donnez des objectifs à la fin d'une consultation de diététique à vos patients ?
Style : améliorer l'hémoglobine glyquée, perdre autant de poids… Vous leur donnez des objectifs à tenir ?
MB : J'essaye à la fin de la consultation de conclure en choisissant 3 trucs ! Les trois plus importants !
D'accord ! Tu… c'est-à-dire par exemple : perdre du poids, améliorer l'hémoglobine glyquée ou alors ?
MB : Non, ça peut être par exemple arrêter de manger le croissant le matin…
DLG : D'accord !
MB : … Prendre euh… les 2 litres d'eau par jour… Et puis… et puis aller marcher une demi-heure le mercredi avec son chien… Ca peut être ça !
D'accord, est-ce que tu as pu le mettre dans le dossier ?
MB : Mais pratiques ! Pas forcément du biologique ! Pratique !
DLG : Hum ! D'accord !
MB : Du… (*Moulinet des mains*) Voilà !
DLG : C'est noté dans le dossier, ça, ce que… Les objectifs que tu leur donnes ?
MB : Ouais, j'essaye !
AF : Alors ça, non plus on est peut-être pas assez formés sur l'entretien motivationnel ! En fait, c'est ça qu'on fait…
ST : Ouais, c'est ce que j'allais dire ! C'est que quand tu dis donner des objectifs, il faut que ce soit défini avec le patient, l'objectif ! Parce que sinon il va pas le faire !
MB : Ouais ! Ouais !
ST : Toujours ! C'est toujours la même chose, si tu leur dis : « Faites comme ça », euh… Pff !!!
MB : C'est la conclusion de la discussion, en fait !
ST : Parce que si ça lui plait pas, il va pas le faire !
MB : De conclure à des trucs simples et qu'il repart avec dans la tête deux-trois idées claires (*mouvement vertical descendant des deux mains*).
ST : Ouais et puis il faut qu'il soit d'accord pour que ces objectifs-là soient les premiers à mettre en pratique, à réaliser…
AF : Les connaissances…
ST : …qu'il se sente capable de la faire !
AF : … diététiques, c'est une chose, le scientifique ! Mais après la manière dont il faut en parler et l'entretien motivationnel et tout, c'est autre chose ! C'est difficile ! On est pas formé non plus pour ça !
ST : Moi j'ai eu une fois une formation autre, de FMC où j'avais accompagné une de mes maîtres de stage sur l'éducation du patient diabétique… On avait parlé de diététique justement ! Et… Sur euh… Essayer de poser un maximum de questions ouvertes et euh…
DLG : Hum-hum !
ST : Et ben c'est pas facile en fait !
CD : *Rire*.
ST : C'est très dur !
Silence.
ST : Souvent, je me prends à recommencer, à faire comme d'habitude et là je me dis « non, non, non ! Laisse-le dire des trucs, là ! Il faut qu'il me dise des trucs au fait, là ! »
DLG : Toi, MB. Tu essaye aussi de négocier avec le patient ?
ST : Par contre, quand je parle de trucs comme ça, j'essaie vraiment d'entendre ce que eux, ils ont à me dire ou ce que eux, ils pensent qu'ils ne font pas bien !
DLG : Hum-hum !
ST : Parce que eux, déjà si ils pensent qu'il y a des trucs qu'ils savent qu'ils font pas bien, c'est le premier truc qui vont être corrigés. Ceux qui se rendent pas compte, ça va être plus difficile ! On va essayer de la faire après… *Rire*.
MB : Je pense que j'essaye de discuter mais je sais que je suis assez directive…
DLG : T'es assez directive…
MB : Hum-hum ! J'ai tendance à être trop directive !
Silence.
DLG : D'accord !
ST : Mm, je ais pas, je m'étais dit au cours de ce truc-là que vraiment, effectivement, si tu fais participer, que lui, il participe à définir…
AF : Qu'il soit acteur !
ST : … Les objectifs qu'il faut qu'il fasse pour que… Pour perdre du poids ou pour euh… améliorer son truc !
AF : Demander ce qu'il en pense !
ST :…Euh, c'est vrai qu'en fait après cette formation, je m'étais dit c'est vrai que c'est probablement beaucoup plus efficace ! Puisqu'ils sont complètement inclus dans le… Projet !
AF : Qu'est-ce qu'il en pense, quelles sont ses attentes…
ST : On avait fait, tu sais, des entretiens, des mises en situation où on faisait chacun notre tour le patient, le médecin et c'est vrai que la conversation est complètement différente…
AF : Mm !
ST : Quand tu fais d'une façon et d'une autre…
C'est quelque chose que tu fais aussi, négocier avec le patient ?
ST : Après c'est pas toujours facile ! C'est même hyper-difficile, même !
AF : Je sais pas si c'est quelque chose que je fais ! *Rire*.
DLG : Et toi, CD… C'est quelque chose que…
CD : Hum ! Honnêtement, je sais pas trop, parce que… J'y passe pas beaucoup de temps ! C'est, 'fin, les rares fois où j'ai eu… J'ai eu à y faire face enfin bon, les petits conseils que ce soit pour des viroses, que ce soit la grossesse, ou que ce soit pour les petits enfants, bon ben ça… au cours de la consultation, il y a des choses, ça ça va ! Mais c'est vrai que quelqu'un qui vient justement parce qu'il a un peu de poids en trop ou ce genre de chose, c'est vrai qu'en général, je laisse venir… Enfin, c'est pas moi qui vais l'alpaguer ! Et euh… Je lui dis des choses, déjà un, pour le rassurer, deux, pour essayer de le motiver un peu… Mais j'ai pas l'impression que… Je dois pas forcément… Je dois être plus sur son vécu vis-à-vis de ça et si après je sens qu'il y a vraiment besoin d'une grosse méthode, dans ces cas-là j'envoie chez la diététicienne !
DLG : D'accord !
CD : Mais c'est vrai que de là à prendre… A commencer moi-même la diététique, disant « là, ça serait bien de faire plus ci, plus ça », c'est vrai que… Moue.
DLG : Et c'est parce que ça ne t'intéresse pas ou que tu as l'impression que c'est quelque chose que tu ne maîtrises pas ?
CD : Euh… Un peu des deux, en fait ! Le régime, juste pour perdre quelques kilo, non seulement ça ne m'intéresse pas mais en plus euh… 'fin à partir du moment où j'ai donné les trucs de base, enfin après… J'ai l'impression, en tout cas quand les patients viennent me voir pour ça que c'est vrai que j'ai plutôt tendance à euh… Explorer un petit peu toute la sphère autour !

DLG : Mm !
CD : Le moral, euh… Ce genre de choses, c'est plus là-dessus… Je suis plus à l'aise sur le moral, moi !
Rires.
CD : Que sur la diététique euh… En tant que telle !
DLG : Et en consultation, comment ça se passe ? Vous restez en face-à-face, chacun d'un côté du bureau ?
AF : Oui !
CD : Oui, je reste derrière le bureau, oui ! Le patient en face... Ou on en discute lors de l'examen clinique quand…

DLG : D'accord. OK. Bon, alors, la dernière chose qui est pour moi la plus… Peut-être la plus compliquée pour vous en faire parler parce que c'est quelque chose que j'ai du mal à maîtriser. Je sais pas... Est-ce que vous avez déjà entendu parler des attitudes de Porter ?
ST: Non…
CD : Pas du tout !
DLG : Donc c'est des attitudes de communication qu'on a par rapport aux patients donc je vous ai fait un petit mémo parce que moi euh… je les connais pas très, très bien ! Euh… Ca explore la manière dont vous êtes avec les patients quand vous leur parlez de diététique. Donc il y a 6 stades, donc il y a 6 niveaux où vous pouvez être… Est-ce que vous avez conscience de la manière dont vous parlez au patient et où est-ce que vous, vous vous situeriez ? Il y a la décision où on est dans l'ordre, dans l'impératif : « vous ferez ça la prochaine fois », « j'ai décidé qu'il faut que vous perdiez 2 kg »… Enfin bon, j'exagère le trait mais c'est un petit peu comme ça… Il y a l'évaluation, où on analyse ce qui se passe et où on… On… On dit « c'est bien », « c'est mal ». Le soutien où effectivement, c'est plus : « je comprends que ça soit dur pour vous », » je suis avec vous », « vous allez y arriver », voilà… Il y a l'enquête, on est plus dans aller explorer, avoir du quantitatif, doser, euh… peser, ce genre de chose ! On a l'interprétation, où on chercher à, euh… A reprendre ce que dit… Enfin, quand le patient vous dit quelque chose, à essayer d'aller plus loin en proposant une interprétation de ce qu'il nous a dit, c'est par exemple le patient qui vous dit « je suis fatigué, je suis mal » et vous qui dites « ah oui, je pense que vous êtes mal parce que votre maman ne va pas bien… » Enfin, qui amène déjà un élément pour avancer ! Ou euh l'écoute compréhensive où il n'y a pas de jugement, c'est-à-dire qu'on est juste dans la reformulation, le renvoi de ce que vous dit le patient, mais où il n'y a pas d'attitude jugeante et finalement c'est le patient qui fait la démarche et qui crée son objectif mais où nous, finalement, on impose rien. Vous, vous diriez que vous êtes…
MB : Ca doit gazer/ gaver le plus, ça ! *Rire* (*incompréhensible*)
DLG : Vous diriez que vous êtes à quel niveau quand vous parlez avec les patients de la diététique ?
ST : Ca dépend complètement de la situation !
DLG : Ouais !
ST : Je me sens…
MB : Moi, je suis entre suivant le patient et aussi au fur et à mesure de… De la consultation, je suis entre décision, soutien et enquête !
AF : Oui, il y a enquête, ça c'est sûr !
MB : Je pense que je commence par enquête, je dois avoir un peu de soutien et puis à la fin, décision ! Je… Je décide !
DLG : Hum-hum !
AF : Moi, j'ai un peu de tout mais euh…
MB : Moi, j'évolue à peu près comme ça…
ST : Ouais, il y a, on dirait, un peu de tout ! Il y a un peu de tout parce qu'il m'arrive en fait de… D'interpréter ce qu'on me dit…
AF : Ben ouais, moi aussi !
ST : … Ou de reformuler ce qu'on m'a dit pour être sûre d'avoir bien compris et de voir ce qu'il me redit après derrière en fait !
Hum-hum !
ST : Donc euh… Quand je sais pas quoi dire ! Je ne sais pas quoi dire : « Ah donc en fait vous me dites ça ! » Et Bleubleubleuh….
CD : donc quand on comprend pas ce qu'il dit…
ST : Et il parle derrière. Très bien… Parlez, parlez, parlez !
MB : Pendant ce temps-là, je réfléchis !
ST : Non, je sais pas en fait, ça dépend ! Après j'en ai pas fait non plus beaucoup, hein ! De la diététique…
MB : Ah, l'écoute compréhensive, euh, c'est méga-dur !
ST : … Alors te dire comment je suis exactement, hein !
ST : L'écoute compréhen… Faire que ça, c'est dur !
ST : Ca c'est clair que je fais pas que ça !
MB : C'est dur et puis c'est super long !
AF : Ca suffit pas !
MB : Et puis il faut quelqu'un… Faut un patient bavard, quoi !
AF : S'il a pas toutes les notions…
MB : Faut qu'il ait envie de parler !
AF : Si le patient a pas toutes les notions, l'écoute compréhensive suffit pas !
MB : Non !
AF : Parce que justement et puis…
ST : Souvent, ils posent des questions, quand même ! Donc au final tu te retrouves forcément à un moment donné à donner un conseil ou à… A enquêter !
DLG : En consultation, c'est sûr, on passe de l'un à l'autre, après, souvent il y a une dominante ! Dans comment se passe la consultation… Toi, CD. Tu dirais que tu es où ?
CD : Moi, je suis entre le soutien et l'enquête, plus le soutien je pense ! En tout cas, quand on parle de consultation diététique dans le sens… Voilà ! Quelqu'un qui a un petit problème avec son poids, qui cherche des conseils pour autre chose… Vu que moi, à part les trucs de base, que lui sait aussi… Et puis essayer de comprendre pourquoi lui il veut m'en parler, pourquoi il va pas voir une diététicienne ! Parce que quelque part, une diététicienne ça se fait pas sur prescription du médecin donc euh… J'essaye de comprendre pourquoi il vient me voir, voilà ! Donc oui, plutôt soutien et puis enquête dans le sens où j'essaye de voir s'il n'y a pas quelque chose derrière… Donc voilà ! Ces deux là !
AF : Moi, l'enquête déjà ! Le questionnement, les renseignements, comment il fait, à quoi il pense, ses points de vue euh… voilà ! Enquête, écoute mais bon il y a aussi de la décision dans le sens où je donne des conseils, quoi ! Après, je menace pas et j'ordonne pas !
Rires
DLG : D'accord !
AF : Sauf euh… si, ça peut arriver ! Un patient polyvasculaire qui fait n'importe quoi, des fois euh, ça peut arriver de vouloir lui faire un peu peur ! En lui disant « est-ce que vous vous rendez compte que si vous continuez comme ça, euh… Vous pouvez faire un AVC et être paralysé ! » Ou des choses comme ça ! Quoique, ça peut…
ST : Ca, ça m'est plus arrivé à l'hôpital qu'en consultation de faire ça !
AF : … quoique ça peut renforcer l'anxiété et être négatif au final parce que le patient il est anxieux et après ben il va encore plus boire, plus fumer et plus … *Pouffement de rire*.
MB : La personne un peu bornée, un peu brute de décoffrage, j'ai tendance à crac ! (*fait signe brusque de la main*)
AF : Ca dépend du profil du patient !
MB : … A y aller à fond dedans, à fond dans sa figure !
ST : Ca dépend du patient, ça dépend comment le patient arrive, ça dépend de ce qu'il a à dire, ça dépend s'il a des questions et…
AF : Ca dépend du profil !
ST : Ca dépend ! De comment ça se passe, en fait je pense !
Ca dépend de ce que le patient vous renvoie, un petit peu, non ?
CD : Hum !
ST : Ben oui !
AF: Comme dans la mesure où on fait des remplacements et qu'on les connaît pas très bien, les gens ! On est plus à mon avis dans l'écoute et… L'enquête !
MB : Et puis il y a quand même une différence entre je menace et je conseille ! (*critique le schéma du power point qui donne une définition de l'attitude directive*)
AF : Oui !
ST : Oui, c'est sûr ! Quand même !
DLG : La diapositive est là pour essayer d'illustrer un petit peu ce qu'on sous-entend par les sous-types !
MB : Il y en a que je menace et d'autres que je conseille !
DLG : Tu es plus directive !
MB : A la fin, souvent, ouais !
ST : Par contre, ça, je fais pas moi ! (*montre la diapositive sur l'ordinateur*) Je juge pas. « J'évalue, c'est bien, c'est mal. » Non, je leur demande ce qu'ils en pensent plutôt ! C'est eux qui disent c'est bien, c'est pas bien ! Mais pas moi ! *Rire*.
DLG : Oui.
ST : Moi je leur dis pas ça, je… Si, « c'est bien », éventuellement ! « C'est pas bien », c'est pas moi en général ! Par contre, s'ils me disent un truc où plus ou moins ils sous-entendent qu'ils savent que c'est pas bien… Mais qu'ils me posent la question, je leur demande ce qu'ils en pensent !
DLG : Hum-hum !

MB : Moi je tourne autour…
ST : … En fait ! En général, c'est eux qui me le disent et après je suis d'accord avec eux !
ST : C'est pas moi qui l'ai dit ! Sauf pour dire si c'est bien alors là je peux.
DLG : Et tu leur dis que tu es d'accord !
AF : Même si c'est pas bien !
ST : Ben des fois oui, ils me disent « c'est pas bien »… « Ben oui, effectivement… Il vaudrait mieux éviter, quoi ! » Mais c'est eux qui me le disent d'abord, en fait ! Parce que j'aime pas trop dire « c'est pas bien »… Ca peut être vachement mal pris aussi… Vachement mal perçu de l'autre côté… J'essaye… Par contre « c'est bien », ça m'arrive de le dire enfin après…
AF : Oui ou alors…
ST : « C'est bien », c'est sûr que c'est un jugement mais… Jugement dans le sens positif…
MB : Quand tu le dis, c'est que ça encourage !
DLG : On est presque dans le soutien !
ST : Ouais ! Peut-être !
CD : Acquiescement.
DLG : OK. Dernière question, question de la mort qui tue… Est-ce que vous vous sentez efficace quand vous faites de la diététique ?
CD : Ah c'est clair, la question qui tue, là !
AF : On a pas trop de recul, là, hein !
CD : Vu qu'on a pas trop de retour, c'est vrai que…
ST : Non, non, clairement, je pense que… C'est difficile à savoir !
CD : Non, il y a beaucoup de situations où je me suis dit « si là ! Je pouvais savoir d'un seul coup ! Quel lait… »
ST : La réponse à la question : piouhh ! (*fait le geste d'une étincelle*)…
CD : … L'illumination ! (*monte les bras au ciel*) C'est vrai que ça serait bien ! Je me le suis souvent dit !
MB : J'ai jamais eu de retour. Jamais. J'ai pas eu l'occasion, enfin, la possibilité de … Revoir la personne…
Mais à la fin de la consultation, vous avez l'impression que la personne, le patient est satisfait ou… Fâché ou… Parce que toi, tu as parlé de consultations où… Conflictuelles, enfin de relations conflictuelles…
MB : Il y en a où ça s'est très bien passé, d'autres ça c'est très mal passé.
AF : Efficace, c'est en termes de résultat ou en terme…
MB : D'écoute ?
AF : … de compréhension de l'issue de la consultation, de…
Toi, qu'est-ce que tu en penses ?
AF : Ouais…
CD : Et puis c'est « Vous sentez-vous ? » c'est même pas…
AF : Parce que vu qu'on est interne ou médecin remplaçant, on a pas trop de recul en terme de résultat, après c'est vrai qu'on peut évaluer comment…
ST : … Comment on sent le patient à l'issue de la consultation…
AF : … A l'issue de la consultation : « Alors, est-ce que ça vous convient, euh, ce dont on a parlé, est-ce que ça vous donne quelques pistes, est-ce que vous allez essayer ça ? » etc. Déjà on peut voir, se rendre compte déjà, si ils sont satisfaits ou pas, en effet !
MB : Moi, ça m'est arrivé de poser la question…
ST : Après savoir si ça a marché, si ça va changer quelque chose, je sais pas !
MB : … Est-ce que vous êtes d'accord avec la… Avec les 3 trucs que je dis à la fin !
DLG : Hum-hum !
MB : Bon, il y a des fois, c'est vrai, des réponses évasives où là je me dis : « là, c'est pas gagné ! » Et puis d'autres fois, c'est plutôt oui, donc je me dis bon, j'aurais peut-être un dixième de ce qui a été décidé ! Mais c'est quelque chose qui est jamais… qui est vachement lent et qui est… Dont on a jamais le résultat tout de suite ! Et les gens font jamais tout ! Loin de là, donc euh !
Silence.
MB : Faut savoir être en échec ! Là-dedans…
Silence.
MB : Faut pas vouloir que ça marche tout de suite ! Enfin je pense !
DLG : Est-ce que vous pensez qu'une formation de diététique pourrait vous être bénéfique ?
MB/CD/AF/ST : Oui.
ST : Ca c'est clair ! Pour qu'on recale un peu nos connaissances.
MB : Fait un geste de hourra.
ST : Et puis nous préparer un peu à comment aborder le sujet !
AF : Surtout que là, un séminaire en fin d'internat, c'est un petit peu plus près de…
ST : Ouais, à la limite !
AF : L'échéance où, euh… On va commencer les remplacements parce que oui, en effet, le cours qui date de P2 et qui est dans un carton, il est à la poubelle, j'en sais rien ! *Rire*.
CD : Et puis c'est de la théorie, y a pas forcément…
AF : C'est très théorique !
CD : … Il y a pas forcément des choses qui sont utiles !
AF : C'est vrai qu'un séminaire, ça serait indispensable, je pense !
DLG : Et d'un séminaire, vous attendriez quoi, plutôt qu'il soit sur des choses pratiques ?
AF : Oui.
MB/ST/CD : Oui.
DLG : Qu'il vous permette éventuellement d'avoir des…
MB : De trouver des sources pour faire des fiches !
AF : Hum !
DLG : Pour faire… Du matériel utilisable en consultation…
ST : Pour renouveler les connaissances… Il y a des choses qui changent !
MB : Ouais !
ST : A part, dans les nouveaux laits qui sortent, euh… Je suis pas sûre qu'il y ait grand-chose qui change dans le reste de la diététique mais bon !
MB : La diversification, ils ont changé !
ST : Oui, à part pour les enfants !
DLG : Et en diététique, ce qui vous intéresserait, vous avez beaucoup parlé des enfants et… Des laits, de la diversification… Des quantités ! Par rapport aux adultes, est-ce qu'il y a des choses particulières qui vous posent problème, où sur par exemple la dyslipidémie, les patients diabétiques…
MB : La dyslipidémie, les différents régimes en fonction de… De la dyslipidémie !
DLG : D'accord !
MB : En fonction du type euh… Parce que moi, je mets tout à la même sauce ! Je suis quasiment sûre que c'est pas ça qu'il faut faire mais j'ai pas assez de notions pour…
ST : Je pense qu'on fait tous ça, hein ! On est tous pareils !
CD : Toujours, les diabétiques au quotidien, entre une insuline rapide et une collation… Est-ce qu'il vaut mieux…
MB : Surtout qu'il y a des trucs qui changent ! En plus, dans la prise en charge du diabétique, les insulines entre il y a 10 ans et maintenant !
CD : C'est vrai !
MB : … C'est pas la même chose, hein ! Et puis entre le diabétique de type 1, le gamin qui a droit à sa collation et qu'est sous pompe à insuline, et le diabétique de type 2 qui a 80 ans et qui a sa Lantus, euh… C'est pas le même régime !
CD : Après personnellement, après c'est des fiches qu'on peut sortir ! Listéria et tout ça ! Il suffit d'avoir sa fiche ! Sinon, après…
MB : après faut les trouver ! C'est pas toujours évident !
DLG : Savoir comment faire en pratique, sur quelles sources se baser et après des choses plus spécifiques, sur l'enfant, sur l'adulte…
AF : sur la personne âgée…
ST : La personne âgée dénutrie aussi !
CD : Ouais !
ST : C'est pareil, on en a pas trop parlé mais il existe des trucs, des compléments alimentaires…
CD : Des compléments, ça c'est clair !
AF : De toute façon, il faut faire une rotation, hein euh !
ST : Faut choisir lequel ! Pour chaque labo, qui ramène sa fiche en disant qu'il faut donner celui-là, qu'il faut donner celui-là !
AF : Ils sont vite dégoutés par les trucs donc de toute façon il faut tourner, hein !
CD : Ouais !
AF : Les parfums, les consistances, tout ! Le liquide, la crème, le milk-shake…
ST : Lequel est le plus adapté ? C'est vrai que là, euh… Ils sont plus ou moins hypercaloriques, plus ou moins enrichis en protéines, plus ou moins enrichis en d'autres trucs !
AF : Ouais !
MB : Mm!
MB : C'est pas toujours facile et puis on risque de faire des conneries en plus !
AF : Hum, pas trop !
ST : Moi je pense pas qu'on puisse faire des conneries …
MB : Mais donner des trucs pas du tout adaptés et qui vont pas forcément arranger la situation !

AF : Hum… Moi, ce que je sais des stages que j'ai fait en gériatrie, c'est qu'ils sont tous dégoutés par ces produits ! ST : C'est vrai qu'au bout d'un moment ils en ont marre en fait…
AF : … Donc, du coup euh… Il faut faire tourner le plus possible, changer les produits, quoi ! Parce que la même crème à la vanille tous les jours, c'est… C'est une catastrophe !
CD : *Rire*
ST : En même temps, on se met à leur place, hein !
AF : Ouais !
ST : On aimerait bien aussi…
AF : Et puis c'est écœurant ces machins-là !
ST : J'ai jamais goûté, j'ai jamais eu envie…
DLG : En termes de temps, en séminaire, vous seriez capable d'y consacrer… Combien de temps ? Une journée de 7 heures, 2 journées…
CD : Une journée !
AF : Ben, au moins une journée !
MB : Une journée, je pense que c'est déjà pas mal !
ST : Une journée…
MB : Vu le nombre de séminaires qu'il y a… C'est déjà pas mal !
AF : Parce que c'est vrai qu'après, il faut que ça soit compatible ! Avec les stages, tout ça !
DLG : Est-ce que vous avez d'autres choses à dire auxquelles je n'aurais pas pensées, sur la diététique, sur euh… sur votre vécu de la diététique, sur euh des choses que vous auriez trouvé qu'il vous manque euh…
AF : Non, je pense qu'on a fait le tour…
MB : Ouais, je crois aussi !
DLG : On va s'arrêter là alors ! Merci !
CD : Merci Delphine !
Rires.

Focus group 2 (110 min)

DLG : Mon travail préparatoire, c'est euh… Savoir, en gros, quels sont vos besoins, quelles sont vos attentes, euh… Comment vous faites pour l'instant et qu'est-ce que vous ressentez comme besoin.
Silence.
Donc c'est des questions pour explorer un peu euh… Comment ça se passe quand vous parlez de diététique en consultation. Voilà !
Donc en fait, là vous êtes le deuxième focus group, et après avec le travail des focus group, je vais orienter ma biblio pour savoir quoi mettre en contenu en théorie dans le séminaire, je vais aussi faire de la biblio de pédagogie pour voir comment on organise le séminaire et voir quels out… Enfin, quelles méthodes utiliser pour que ça convienne à vos besoins ! Et puis je vais aussi passer des entretiens semi-dirigés avec des professionnels de santé de diététique, voir comment eux, ils exercent et si il y a des choses qui pourraient être utilisables en médecine générale, en consultation, pour que vous puissiez les utiliser.
Voilà.
AD : Ouf !
DLG : Une fois que j'ai fait tout ça, je monte le programme et le séminaire se passe à la fac, donc, euh… J'espère fin d'année calendaire et puis après je soutiens et puis après !
BC : Tu soutiens après le séminaire ?
DLG : Je soutiens après le séminaire…
AD : Fin d'année 2010, là ?
DLG : Et ma discussion c'est comment c'est passé le séminaire et euh… Qu'est-ce qu'on en retire et voilà !
AD : En fin d'année, à la rentrée, tu veux dire ?
DLG : Oui.
AD : Ah oui !
DLG : Au début ça devait être en juin…
BC : Oui, tu feras toute la rédaction après !
DLG : Oui, oui-oui ! Et en fait, je présente une communication orale au congrès de Nice, au congrès de Médecine Générale sur le début de mon travail ! Le 27 juin !
AD : Ah ouais !
DLG : Donc je ne suis pas particulièrement en avance ! Bon, en gros le PowerPoint, c'est juste pour vous rappeler les questions… J'ai pas une maitrise de l'outil informatique euh… Voilà ! Focus group diététique !
Donc, du coup, je vous ai remis les questions, en gros c'est savoir, ouais, ça marche… C'est comment vous faites, quand est-ce que vous faites, qu'est-ce que vous avez comme freins… Grosso Modo… Voilà ! Ce dont on va parler ! Euh… Ben je vous laisse vous présenter ! Savoir où est-ce que vous avez fait votre formation premier et deuxième cycle, euh… Ben qu'est ce que vous faites actuellement, qu'est-ce que vous comptez faire dans les années à venir… Installation, pas installation… Je sais pas qui veut commencer…
BC : BC.C, j'ai fait toutes mes études à Tours, actuellement, je fais des remplacements, et puis je compte m'installer ! Dans la région, à priori ! En libéral à priori aussi ! A priori, voilà !
AD : AD.D, j'ai fait mon externat à Amiens, l'internat à Tours, et là je remplace dans le Loir-et-Cher depuis… J'aurai remplacé un an en tout ! Et donc après, je vais avoir un poste d'assistant à l'hôpital de Libourne en Médecine Polyvalente… C'était pas du tout prévu à la base ! Et au final, moi, mon souhait c'était de m'installer en libéral en semi-rural ou en rural et euh… Peut-être faire un petit peu de … 'fin, je fais un DU de gynéco, je veux aussi faire un DU de pédiatrie ! Donc peut-être faire un mi-temps de vacations à l'hôpital pour pas faire que du libéral non plus ! Mais, bon, mon but c'est quand même de m'installer… Au final ! Et sûrement dans l'Aquitaine, par contre ! Du coup !
DLG : Ca fait du chemin !
AD : Oui ! Ca fait voyager mais bon, voilà !
DLG : Ok. Toi, (*m'adressant à BC.*) tu comptes faire uniquement du libéral ou tu as des projets…
BC : Pour l'instant c'est essentiellement de l'activité libérale… En fonction de comment je trouverai mes remplacements, j'aimerais peut-être bosser au planning familial ou en PMI… Par vacation ! 'fin, pour me former plus spécifiquement… Mais bon voilà ! Après ça ne sera pas… Pour l'instant c'est plutôt prévu libéral !

DLG : Ok ! On va commencer par la première question… Est-ce que vous faites de la diététique en consultation de médecine générale ?
AD : Ben… Un peu ! *Rire*. Comme on peut !
BC : Pareil !
DLG : Et si… Vous m'avez dit tous les deux que vous le faites… Vous le faites sous quelle forme ? C'est en fin de consultation, plutôt sous forme de conseils, vous êtes plutôt dans l'élaboration d'objectifs avec les patients… sous quelle forme vous utilisez la diététique, vous faites de la diététique en consultation ?
BC : Alors, moi, ça vient, ça va venir… C'est en fonction de comment se dirige la consultation ! C'est très rare que j'oriente la consultation directement dessus ! Euh… Je peux pas dire que je donne des conseils, quand on vient dessus, j'essaye de faire le point un petit peu avec les patients que je vois… Voir un petit peu où ils en sont, qu'est-ce qu'ils veulent faire et euh… Peut-être leur donner des conseils si je sens que ça peut passer à ce moment-là ! Euh… Voir leur motivation aussi à ce moment-là à peu près et puis… et pus après me débrouiller avec le peu de connaissance que j'ai ! C'est –à-dire que je vais surtout être pratique, voir un petit peu ce qu'ils pensent, comment ils pensent qu'ils pourraient faire mieux, c'est vrai que c'est plus simple de parler sport… Donc c'est vrai que je parle peut-être un peu plus d'activité physique ! Euh… J'essaye aussi un petit peu de dédramatiser ! De bien montrer que je suis là pour les aider mais pas pour leur dire « faut perdre du poids ! » « faut perdre du poids ! », que… Voilà en gros… Plus qu'ils s'acceptent et qu'ils soient capables d'agir que les culpabiliser ! J'ai très, très peur de les culpabiliser ! Quand… Quand je parle de ça ! Et puis… Et puis… Je pense que d'un côté, je ! Vu que je peux manger ce que je veux et que je prendrai jamais de poids euh… C'est pas toujours simple pour moi de me mettre à leur place donc ça me demande beaucoup de boulot mais je fais ce que je peux, quoi !
DLG : D'accord ! Toi, AD, comment…
AD : Ben en fait, plus quand ils viennent pour un renouvellement, 'fin avec un résultat de prise de sang ou alors des gens qui étaient fatigués ou quoi que ce soit, que je leur ai fait faire une prise de sang et qui reviennent avec les résultats ! Donc, s'ils ont un peu de cholestérol… Ou une glycémie un peu élevée… C'est plus souvent le cholestérol, en fait ! Un petit peu limite ! Euh… souvent c'est très limite donc ça vaut pas le coup… On met pas de traitement directement ! Mais j'essaye de leur expliquer pareil, avec le peu de connaissance que j'ai, de voir un peu euh… Enfin, je leur dis qu'il faut limiter certains aliments et selon leur réaction, ils disent « ah, oui ! »… Moi, je leur sors un peu les trucs banaux et eux ils me disent « ah, oui, c'est vrai que ça j'en mange beaucoup, ça jamais » et… Et donc à partir de là, euh… J'essaye de

leur dire de manger plus de… Je sais pas… De bons acides gras, des choses comme ça ! Mais je parle vraiment, pareil, jamais d'objectif de poids. Enfin, j'ai jamais demandé aux gens de maigrir, c'est plus les enfants où je suis en… En rural pur, quoi ! Et y a pas mal de gens du voyage, tout ça, avec des enfants un peu costauds et euh… Et donc les enfants, ça m'arrive parfois, 'fin ça m'est arrivé aujourd'hui de peser, mesurer une petite fille… J'ai pas fait son pas BMI mais son… Elle pesait 35 kg pour 1.30 m … donc c'est… Quand même pas mal et… Et donc essayer de lui demander ce qu'elle avait mangé le midi, c'était une grosse assiette de frites et elle venait consulter pour mal au ventre ! Donc j'en ai profité en fait là pour lui dire : « Faut que tu manges le matin ! » Parce qu'elle déjeunait pas, « Faut que tu manges moins en quantité… » Et tout ça, parce que là, il faut grandir sans prendre de poids ! Voilà, des trucs comme ça ! Mais c'est vraiment…
BC : Ca les enfants, c'est vraiment particulier !
AD : Ouais, c'est vrai que jamais j'ai… Les gens viennent jamais que pour ça en fait ! Ou si ! Une fois, il y a une fille qui est venue que pour ça parce qu'elle voulait un anneau et donc elle voulait juste se faire poser un anneau en fait ! Et elle pensait qu'elle était pas assez grosse donc elle voulait grossir jusqu'à ce qu'elle… En gros elle me demandait quel poids il fallait qu'elle atteigne pour avoir un anneau ! Donc j'ai essayé de lui donner aussi des conseils… Et puis aussi j'essaye de voir psychologiquement s'il n'y a pas un facteur psychologique mais c'est pas toujours évident ! Et moi, je les oriente rapidement. S'ils viennent pour ça je les oriente vers quelqu'un ! Je fais ce que je peux et après je les oriente vers euh…
DLG : D'accord !
AD : Vers quelqu'un !
BC : D'autant qu'en… Enfin moi surtout, en tant que remplaçant, j'ai pas beaucoup de suivi ! Donc, je peux pas inscrire ma stratégie… C'est pas en 15 minutes, voire même si je prends 30 minutes, si je dépasse sur la consultation d'après… Soit je dis plein de choses et il y a rien qui va passer, soit j'insiste mais on va pas forcément se comprendre ! Déjà, comprendre la… Le patient qu'il y a en face, ça prend une consult', au moins ! Et, et je me vois plus comme quelqu'un… Plutôt que donner des conseils, quelqu'un qui est là pour soutenir la motivation !
DLG : M-m !
BC : Que comme quelqu'un qui donne des conseils ! En fait !
DLG : D'accord !
BC : Pour l'instant ! Comme j'ai pas beaucoup de conseils à donner en plus ! C'est vraiment les soutenir, les encourager, et… Sans les culpabiliser !
DLG : Et vous parlez tous les deux des enfants, et…. C'est une problématique qui est aussi assez souvent revenue dans le groupe précédent, euh… La diététique et les enfants, ça vous pose problème ?
BC : Pff ! Je sais pas quoi faire ! En plus avec l'autre, là, qui est venu au truc... A la semaine de septembre de FMC… Je sais même pas quoi faire, quoi !
DLG : C'est un parisien qui est venu faire une… Pas un cours magistral mais une présentation ! Sur l'obésité de l'enfant et qui disait que grosso modo, c'était un programme génétique qui était… C'est des enfants qu'il faudrait mettre en permanence en restriction ! Si je résume !
BC : Que, en fait, ils sont… C'est parce qu'il y a plus à manger, quoiqu'ils mangent, ils seront plus… Ils sont faits pour stocker !
AD : Ouais, c'est sûr ! *Rire*. N'importe quoi !
BC : Moi, je sais pas si c'est n'importe quoi ! Moi je…
DLG : On te le raccourcit mais la manière dont c'était présenté…
AD : Mais je crois que j'en ai entendu parler en fait, parce que, comme je fais ma thèse sur l'obésité, du coup, j'ai fait de la biblio là-dessus, et puis il y a le réseau obésité, à Tours, là ! qui prend en charge les enfants et les adultes… Et la dernière fois, il y avait Mme Maurage qui parlait d'un article justement…
DLG : D'accord !
AD : … De ce médecin-là ! Et dons, elle, elle disait que… enfin effectivement, il y a un facteur génétique et enfin, héréditaire mais… Comme le diabète, comme plein de trucs mais elle dit que c'est surtout… en fait pour les enfants, le problème, c'est que il y a trop de … Enfin, la société de consommation fait que ben, ils sont beaucoup plus tentés qu'avant ! Que avant, il y avait aussi toute la famille où… Enfin, une espèce d'ambiance familiale où on se transmettait de génération en génération euh… Ce qu'il fallait manger, les bons plats et tout ça ! Et en fait le problème c'est que maintenant, les gens ne savent plus ce qu'il fat donner à leur enfant et elle dit il y a des gens qui donnent 3 steak hachés à leur enfant avant d'aller au… Parce qu'ils vont faire un match de rugby ! Ils ne se rendent même pas compte qu'à 5 ans ou 7 ans c'est trop 3 steaks hachés pour un enfant ! Que à 1 an, un enfant a pas besoin de 4 petits suisses à un repas ou… Que, en fait, c'est juste par… Parfois par … Les gens ne savent pas, quoi ! Ils ne savent pas la quantité qu'il faut manger, ils sont complètement perdus et les enfants sont gros, pas parce qu'ils sont génétiquement faits pour être gros, juste parce qu'on les gave parce que les parents… Par ignorance, en fait !
DLG : Le résumé de ce qu'il disait…
AD : Enfin, je suis pas dans sa tête !
DLG : Enfin, c'était pas contre le fait que ces enfants-là étaient trop nourris ! Il disait qu'on était tous trop nourris et que du coup les gens qui devaient… Les enfants qui devaient être gros sont gros, alors que les maigres même s'ils sont trop nourris, eux, ils ont un profil à pas prendre…
AD : Ah, ouais, c'est sûr, ouais !
DLG : Mais que les gros du coup, eux, ils sont gros ! Alors qu'ils mangent pareil que leurs copains qui sont maigres !
AD : Mais disons aussi qu'avant, ils pouvaient moins manger aussi ! Forcément, ils étaient pas gros ! c'est sûr !
BC : Enfin, moi, ça me parle particulièrement, parce que je sais que je fais un poids que je peux pas dépasser, quoi que je fasse ! Et donc, c'est vrai que c'est des arguments qui… enfin si ! Ce qu'il voulait dire, c'est qu'il faut pas culpabiliser… Enfin voilà, moi c'est ce que…
AD : Oui, on est toujours dans cet euh…
BC : Il faut pas culpabiliser les gens, que… Il reprenait tout à l'envers en fait ! Ils font pas moins de sport parce qu'ils… Ils sont pas gros parce qu'ils font moins de sport, ils font moins de sport parce qu'ils sont gros en fait ! D'ailleurs, si on les restreint, ils font encore moins de sport parce que pour maintenir le poids, il va ralentir tous les organes… En fait et… donc euh, bon ! Ben après c'est son avis, c'est d'autres avis ! Mais moi, comme je sais pas, euh… Surtout, je trouve qu'on est dans une société super-culpabilisante sur le poids, on entend à la radio tout le temps : « faites attention, mangez des omégas 3, mangez de l'actimel, mangez des… » Tout ça… « Evitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé »… Ca c'est… On culpabilise tout le monde alors que pour l'instant, on sait rien faire ! C'est comme dépister le cancer de la prostate, c'est… Ca dépend des avis ! Mais j'aime pas faire des trucs dans le vent ou culpabiliser les gens pour rien ou leur faire peur pour rien, quoi, je… C'est vrai que je trouve qu'on est un petit peu trop hygiénistes, on devient… Très carrés donc je… J'essaye déjà de rassurer les gens et après… On va travailler… C'est vrai qu'un enfant j'en ai vu un hier, il a tout au dessus de la dernière courbe (*mime le tracé d'une courbe de poids ou taille*)… Mais sauf que ça fait plein de points qu'il a comme ça, que l'autre médecin je savais pas trop ce qu'il avait fait… Celui que je remplaçais, donc j'étais un peu… Un peu coincé ! Il m'a… L'enfant il avait 2 ans, il m'a montré une photo de lui sur les genoux de sa grand-mère, quelques mois avant… Il ressemblait à Guy Carlier avec euh… (*mime le double menton*) Le jabot et tout et là, il… J'avais vu qu'il avait des bonnes cuisses et des… Mais il avait l'air moins gros, donc euh… J'ai plutôt rien dit ! En fait, j'ai plutôt rien dit, j'ai juste montré aux parents que je l'avais vu, que bon, que il fallait être attentif mais j'ai rien… Osé dire de plus, quoi !
DLG : Mm ! Et concernant les enfants, avec les filles, on disait des problèmes pour les laits, la diversification… Vous, c'est des choses qui vous posent problème en consultation ou…
BC : dodelinement de la tête
AD : (*pincement de lèvres*) Pas trop ! Quand ils me demandent quand diversifier… Je dis vers 6 mois, d'abord quelques fruits, après des légumes et… Voilà ! J'ai pas vu de problème de poids à cet âge-là !
Et du coup… Elles, trouvaient qu'elles n'avaient pas assez de connaissances pour pouvoir bien conseiller !
BC : Moi… Dans le carnet de santé, il y a déjà le diagramme, je copie dessus, ça fait déjà quelque chose qu'ils remmènent à la maison… C'est vrai que moi, je pense rechercher d'autres choses... Quand j'aurai le temps… Quand ma thèse sera finie !
AD : Ca c'est pareil, comme mon copain, il est en pédiatrie, il a un truc (*mime un grand tableau*) avec l'alimentation par âge, et je regarde des fois en fait !
DLG : Mm !
AD : Je m'aide de ça !
BC : Et puis je suis pas très règles… Les pédiatres, je trouve qu'ils sont trop à vouloir dire « tel âge, tel truc » !
AD : Acquiescement de la tête
BC :… Toujours euh… Tant de grammes ! Là, il y a une recommandation sur la société française de pédiatrie sur l'alimentation

que j'avais déjà lue… Ben c'est bien, ça donne des idées ! Moi, je m'en sers comme idée mais après, dire, appliquer à la lettre, euh… Pff !
AD : Moi aussi, je suis d'accord !
BC : Au final, on n'en sait rien !
DLG : Mm !
BC : Je suis sûr que le ¾ des choses, c'est pas prouvé, je préfère que ça se passe bien et que ça heurte pas sur l'alimentation ! Sur les laits, moi je reste très basique, euh…
AD : Moi, je dis juste qu'il faut pas changer de lait tous les 4 matins !
BC : Voilà, exactement ! C'est surtout ça !
AD : … C'est ça que j'ai appris à Clocheville, faut juste… Quand t'as un lait qui te convient, il faut juste le garder le plus longtemps possible et puis voilà !
BC : Mais ensuite, je pense que moi, en tant que mec, on vient moins… Enfin, on m'apporte les enfants mais pas pour des… J'ai pas tant eu… J'ai pas eu l'impression d'avoir tant eu des problèmes spécifiques de lait ! Des problèmes de régurgitation, des problèmes… Mais spécifiquement des problèmes de lait ou de poids… Ou alors, c'est que je tombe jamais dessus !
AD : *Sourire.*
BC : Ou je sais pas !
DLG : Si… Je pense qu'on a fait un petit tour pour ces deux questions-là ! Si vous ne parlez pas de diététique avec vos patients ou si vous l'adressez, vous l'adressez à qui ?
AD : Moi, j'adresse à… En fait dans le cabinet où je travaille, il y en a une qui est nutritionniste !
DLG : D'accord !
AD : Donc euh… Je dis souvent aux gens de prendre rendez-vous avec elle ! Parce qu'elle s'occupe aussi bien des adultes que des enfants et elle adore ça et voilà ! Plus elle en fait, plus elle est contente donc euh… Ca a de bons résultats ! J'adresse souvent à elle et puis, surtout que c'est remboursé ! alors qu'une diététicienne, c'est pas remboursé, c'est le problème pour pas mal de gens à la campagne ! Où il y a pas des diététiciennes partout et en plus c'est pas remboursé… Avec le trajet, ça pose souvent problème ! Si j'étais en ville, je pense que j'adresserais plus à une diététicienne !
BC : Moi, j'ai pas de réseau particulier…Et puis encore une fois, je pense que dans ma démarche, qu'est pas claire dans ma tête mais euh… Avant d'adresser forcément directement, j'aurais tendance à faire connaissance avec les gens !
DLG : Mm !
BC : Donc c'est pas toujours simple et puis c'est vrai que… Mais, euh, en fonction, c'est vrai que je propose… Si je sens la personne un peu prête ou… Je vais avoir tendance à proposer, je peux avoir tendance à proposer justement parce que je suis remplaçant, pour pouvoir assurer un suivi que je peux pas assurer moi derrière ! Mais après dire quand je le … Ou pour quelles raisons je le fais… C'est un peu si les gens se sentent prêts et si ils trouvent pour eux que ça va être une solution mais…
AD : Et ça serait à une diététicienne que tu adresses ? Une nutritionniste ou…
BC : Euh… Peu… Peu importe ! Peut-être diététicienne mais bêtement parce que ça va être le premier mot qui vient à l'esprit ! Je dois avouer ! Mais parfois oui ! Ca m'est arrivé de proposer un médecin nutritionniste en pensant « c'est remboursé » ! Mais… Mais… Ca m'est pas arrivé suffisamment souvent d'adresser pour savoir ce que… Où est-ce que je vais envoyer en priorité ! Après, je sais pas… Avantages/inconvénients de l'un ou de l'autre ! A part le remboursement, je sais pas… Je vois pas !
DLG : Dans l'autre groupe, elles avaient parlé de réseau ! Ca vous arrive d'orienter les patients vers des réseaux diabète… ou obésité… Par rapport à des problématiques de diététique ou non ?
AD : En fait, je remplace dans un département que je ne connais pas ! J'étais en stage mais c'est vrai que je ne connais pas… Je suis jamais passée à Blois ! Qui est… La grosse ville à côté c'est Blois ! Je connais pas l'hôpital, je connais aucun médecin et … Je connais aucun réseau ! Donc, j'adresse jamais à un réseau ou qui que ce soit !
BC : non, moi non plus ! Je pense, encore une fois, euh…Comme je connais pas les réseaux, tout ça, euh… J'aurais tendance à vouloir faire connaissance…
DLG : Mm !
BC : Savoir un peu ce que eux, ils disent, avant d'adresser, quoi ! Ca m'embête toujours de dire « allez voir untel, allez voir untel » alors qu'en fait je sais pas du tout comment ça va être pris… Et euh… Pour quelque chose qui est… Qui a besoin… C'est pas comme envoyer pour un… un… Problème de boutons ! Ou n'importe quoi ! Je me dis n'importe quel dermato fera à peu près l'affaire, quoi ! En tout cas en saura plus que moi ! Euh… Je trouve ça tellement compliqué que je préfèrerais connaître les gens avant et en fait, je connais personne, pour l'instant !
D DLG :'accord ! Et…Dans l'autre groupe aussi, on avait parlé d'hospitalisation… Pour certains...
BC : Ecarquillement des yeux en bascule de la tête en arrière
DLG : Pour des diabètes très déséquilibrés notamment ou euh… Des obèses avec complication… Vous c'est quelque chose qui vous vient… Enfin, que vous avez déjà fait ? Qui vous viendrait à l'esprit en consultation ?
AD : Moi j'ai bossé dans un… Pendant que j'étais externe, dans un hôpital à Palavas-les-Flots ! Qui prend en charge des enfants obèses donc ça me viendrait à l'esprit, je pense, plus facilement mais ça m'est jamais arrivé ! De tomber sur quelqu'un… Qui nécessite ça ! Enfin en tout cas euh… En tout cas, c'était pas le problème de la consultation et c'est vrai que… Non, ça m'est jamais arrivé et je pense qu'avant de l'adresser pour hospitalisation ou quoi, je l'enverrais d'abord voir une nutritionniste ou une diététicienne ! Pareil, comme je suis remplaçante, je ne me permettrais pas moi-même d'envoyer quelqu'un sans en parler au médecin euh… 'Fin au médecin qui s'en occupe d'habitude !
DLG : Mm !
BC : Acquiescement de la tête.
AD : si ça m'arrive, je pense que je poserais la question avant mais euh…
BC : Moi, je suis assez d'accord avec toi là-dessus ! Et puis encore une fois moi je… Comme je suis remplaçant, moi j'ai pas de suivi ! Je vais pas assurer une première consult' et leur proposer ça, c'est pas !
DLG : Mm !
BC : C'est pas possible, il faut… Faudrait vraiment que ce soit difficile et que j'estime que ça soit vraiment nécessaire !
DLG : Mm ! Euh… Donc là, on a parlé un peu… Il y a d'autres personnes à qui vous pourriez envisager d'envoyer vos patients par rapport à une prise en charge en diététique à part nutritionniste, diététicien, réseau, hôpital…
AD : Euh… Non ! Ou un psy ! J'sais pas, selon l'origine mais… s'il y a eu un facteur psy déclenchant, quoi ! Un psychologue ou un psychiatre ! Mais…
BC : C'est vrai qu'il y a une fois j'ai eu une formation par une nutritionniste, dans le Loir-et-Cher ! Si j'avais du temps… Plus de temps que ce que j'ai là… Ou en fonction… J'ai pas eu l'occasion jusqu'à présent mais euh! Par rapport aux complications ou, comme tu dis les effets favorisants sur l'obésité qui peuvent relever de la sphère du spécialiste, comme… Est-ce que c'est proposer, comme si quelqu'un a mal au genou l'orthopédiste ou le rhumatologue…
DLG : Mm !
BC : … Pour les soulager du genou ! Je pourrais l'envisager dans ce sens-là pour euh… Pour favoriser la perte de poids… Et prendre en charge en même temps le reste !
DLG : Mm !
BC : Pour, euh…Pour ce qui pourrait être un obstacle et qui relèverait d'autres spécialistes ! Voilà !
DLG : Mm ! Des professionnels qu'on a cités là, qu'est-ce que vous connaissez de leur formation ?
Silence.
BC : (*Négation de la tête et moue*) Aucune idée.
AD : (*Négation de la tête et moue*) Euh… Aucune idée ! Je sais même pas, une diététicienne, quelle école il faut faire ! J'en sais rien ! Je pense que c'est une école spéciale mais combien de temps ça dure… Nutritionniste, je pense que c'est un DU !

BC : Oui, doit sûrement il y avoir un DU, une chose comme ça !
AD : Je crois que c'est un DU de nutrition, quoi ! Je crois que ça dure 2 ans, pff ! Après, je sais pas !
DLG : Est-ce que vous attendez certaines choses plus spécifiques de la part de… d'une diététicienne par rapport à une nutritionniste ou inversement ? D'un réseau par rapport à une diététicienne ?
AD : Je sais pas la différence entre les deux !
BC : (*Négation de la tête*). Non !
AD : Un réseau… Un réseau c'est plus global donc euh… 'Fin ! Par rapport au réseau de l'obésité, c'est… Y a des psychologues qui sont là ! Et en fait, je crois qu'il y a 120 patients et il y en a 1 ou 2 qui sont allés voir 2 ou 3 fois la psychologue ! Tout le reste, ils sont allés voir que des nutritionnistes ! Mais apparemment, en interrogeant les médecins, c'est que beaucoup sont déjà suivis par un psy euh… Un psychiatre en général ou un psychologue… Mais euh… Bon ! J'sais pas !

BC : Moi, je fais pas forcément beaucoup de différence ! Je… Je sais pas là-dessus ! Faudrait que je fasse connaissance ! Je pense que je privilégierais plus l'humain que la formation ! En fait ! Le relationnel ! Donc… Donc…
AD : Ouais ! Voilà ! S'ils s'entendent bien avec l'un ou l'autre, c'est plus important !
BC : Comme pour toutes les spécialités !
AD : Moi je leur dirais plus d'aller voir quelqu'un, par exemple une diététicienne, et puis s'ils ne s'entendent pas avec, de pas rester bloqué là-dessus et je les enverrais voir quelqu'un d'autre !
BC : Tout à fait !
AD : Et puis, si il y a trop… S'il y a un facteur psychologique trop important, un réseau… Global… Ca peut être pas mal ! Ou alors… Si ça existe ! Ou alors euh… Voir en plus un psychologue ou un psychiatre, pareil, sauf si ça bloque avec l'un, en voir un autre ! Mais c'est vrai que pour ça, il faut avoir le temps ! Faut les revoir euh…
DLG : Ouais ! Est-ce que vous savez comment se déroule une consultation chez un nutritionniste ou chez une diététicienne ?
AD : Moi, j'étais en stage avec elle donc du coup, j'ai vu ! *Rire*. J'ai vu un petit peu ! Bon c'est voilà ! Ils mesurent le poids, avec une balance spéciale, qui fait un petit peu… Qui mesure la masse grasse, la masse maigre ! On prend le tour de taille ! Euh… Discuter de ce qui a été… Enfin, elle, elle fixe des rendez-vous à l'avance ! Une fois par mois mais elle le fixe avant qu'ils quittent, avant qu'ils s'en aillent, c'est pas les patients qui rappellent ! Pour être sûre qu'ils reviennent ! Et puis elle leur demande ce qui a été, ce qui a pas été… Et elle fait pas mal de psychologie, en fait ! Ben, moi, c'est ce que j'ai vu !
BC : Hochement de tête.
AD : Des fois des patients, du coup, ils ont peur de… Quand ils ont repris du poids et qu'ils ont rendez-vous avec elle, ils prennent rendez-vous avec la remplaçante, du coup, c'est moi ! Parce que ils ont honte et du coup, ils veulent plus… Il y en a aussi qui veulent plus retourner la voir à cause de ça, 'fin ! Mais c'est des consultations d'une demi-heure, par contre !
BC : Acquiescement.
AD : Donc faut pouvoir le faire !
Mm !
AD : Diététicienne, j'ai jamais vu !
BC : Moi, comment ça se passe, je pense qu'il y a plusieurs façons de faire… Je sais pas ! Il me semble, j'en ai entendu d'autres qui pesaient pas trop parce que pour éviter plus… Favoriser la dynamique que le pouvoir des chiffres euh ! Voilà ! Faire connaissance, comprendre un peu mieux le patient… Les origines, quels sont les freins, voir où sont les motivations… Mais j'en sais pas plus que ça ! C'est vraiment des idées très globales, c'est peut-être comme ça et je me suis pas vraiment posé la question !
AD : Ouais, et moi c'est juste elle se sert du poids mental, c'est Insudiet, c'est un programme canadien…Ou un truc comme ça ! Et donc il y a un poids mental, les gens vont sur Internet et ils répondent à 50 questions et moi, elle me l'a fait faire pour voir… Et moi, j'ai trouvé ça très intéressant parce qu'il y a des questions euh… Sur notre caractère en général, des trucs de la vie de tous les jours, enfin voilà ! En répondant on se rend pas du tout compte de l'analyse qu'ils font et en fait, il y a des traits de caractère qui ressortent : confiance en soi, confiance aux autres, euh… Tristesse, tout ça ! Et il y a pas mal de critères ! et donc, ça fait des diagrammes en barres, rouges ou bleues en fonction de là où ça se trouve pour les gens et donc elle leur demande de le faire tous les mois et elle compare l'évolution, elle essaye de suivre. Et en fait, grâce à ça, elle regarde sur son ordinateur en parlant avec les gens et donc elle arrive à trouver des trucs, euh… 'Fin des problèmes psychologiques qu'ils ont jamais… Parfois jamais dits ! Alors, c'est pas forcément leur médecin traitant cette médecin-là et ils ont parfois jamais dit ça à personne, des viols, des incestes, des… Evènements vraiment graves ! Et ils se rendent compte que c'est dû, 'fin à l'origine de leur prise de poids alors qu'ils avaient jamais réalisé avant ! J'ai vu ça en consultation ! Et je trouvais que c'était pas mal… C'était pas mal ! Mais bon ! C'est la seule… Il existe sûrement d'autres trucs mais bon ! Ca, je trouvais ça pas mal en fait ! Voilà !
BC : *Hochement de la tête.*
DLG : *Hochement de la tête*. D'accord ! Et finalement, oui, elle était beaucoup dans l'approche psychologique et euh…
AD : Ouais !
DLG : Et pas uniquement sur ce qu'il y avait dans l'assiette…
AD : Voilà, non, non !
DLG : Les quantités euh…
AD : Voilà, c'est plus psychologique après, euh… Elle leur donne des conseils dans l'assiette mais à la limite, ça, elle a des fiches ! Qui sont déjà faites ! Elle leur distribue euh…Ca je pense qu'au DU de nutrition, ils doivent avoir des trucs un peu tout faits ! Donc elle le donne au patient en expliquant en gros ! Mais elle passe plus de temps à parler vraiment qu'à leur expliquer ! J'ai pas vu trop de conseils purement diététiques et euh… Pratiques ! A moins que les patients le demandent vraiment mais sinon c'est vraiment discuter, voir l'évolution, essayer de comprendre ce qui s'est passé, quoi !
DLG : Mm !
AD : Moi, je trouve ça plus interess… 'Fin ! Ce que j'ai vu, ça avait l'air de donner des résultats pas mal parce que finalement les gens ils perdent pas forcément du poids tout de suite, mais au moins, ils arrivent à réaliser des trucs sur eux-mêmes… Parfois même ils se rendant compte qu'ils ont besoin d'un suivi ! Parfois, ils perdent du poids quelques mois plus tard, quand ils… Ils ont réalisé certaines choses !
DLG : Mm !
AD : J'ai trouvé ça intéressant ! Je m'intéressais pas du tout à la diététique avant ! *Rire*. Mais du coup, ouais !
BC : Je pense que c'est surtout… C'est plus intéressant et c'est surtout ce qui porte ses fruits, je suis assez d'accord ! Ca fait juste, pour revenir à quels conseils je disais, ça m'est revenu : j'essaye de pas leur… qu'ils ne fixent pas de objectifs inatteignables ! Ca par contre, c'est vraiment quelque chose que j'essaye de faire ! Que… Y aller doucement, ça c'est c qu'on m'apprenait quand je suis passé en diabéto à Tours, en tant qu'externe, donc y aller doucement et… Plutôt maintenir dans la durée… Ca c'est un des conseils que je donnerais le plus souvent ! Voilà, c'est... C'est un retour en arrière mais euh… Mais ça c'est vrai que c'est un des conseils que je donnerais assez… Facilement !
DLG : Bon ! Complètement autre chose ! Qu'est-ce que vous connaissez du coût des consultations chez… Médecin nutritionniste, diététicienne, réseau ou…
BC : *Négation de la tête*
AD : Diététicienne, c'est pas remboursé ! Mais je sais pas combien ça coûte ! Nutritionniste, je crois que c'est 5 euros de plus ! Euh… P't-être plus cher la première consultation euh… Genre 10 euros de plus, puis après 5 euros à chaque fois, de plus… A peu près, 'fin ! Voilà !
BC : Par rapport aux 22…
AD : Par rapport aux 22 !
BC :… Du C !
BC : (*geste de la main droite*) Aucune idée !
Rires
AD : Je sais pas ! Après…
DLG : Et qu'est-ce que vous pensez de l'efficacité des… Médecins ou des diététiciennes à qui vous avez adressé ou que vous connaissez dans votre entourage ?
Silence.
Toi (*m'adressant à AD.*), tu parlais de la nutritionniste qui était dans ton cabinet !
AD : Au niveau perte de poids ça fonctionne… Enfin, ils finissent… De ce que j'ai compris, la plupart du temps, ils finissent par reprendre !
BC : Hochement de tête.
AD : Euh… Bon ! Ils sont tous… Bon, encore pour la bibliographie de ma thèse, j'ai lu pas mal… La prise en charge de généralistes et des nutritionnistes des gens obèses… Et en général, ils sont tous assez déses… Pas désespérés mais comment dire…
DLG : Pessimistes ?
AD : Ouais !
BC : Découragés ?
AD : Découragés ouais voilà ! Ils disent que souvent les gens ils perdent un petit peu de poids, ils sont contents, et après ils reprennent… Bon !
BC : C'est ce que disent le peu de généralistes avec qui j'en ai parlé, c'est vrai qu'ils sont… Il y en a qui n'en faisaient plus parce que pff ! C'est pas gratifiant ! Mais… La nutritionniste qu'était venue aux journées de formation dont je parlais tout à l'heure… C'est… Effectivement elle disait que l'efficacité c'était très minime ! Voilà ! C'est un peu ce que j'ai retenu, c'est que c'est pas très efficace ! J'en reviens à ce que je disais tout à l'heure, ça m'énerve de culpabiliser les gens en disant qu'on va révolutionner leur poids alors que ça marche pas ! Je préfère qu'ils se sentent bien, qu'ils s'acceptent ! Que… Et puis qu'après ils perdent du poids plutôt que faire l'inverse et tout dépendre du poids etc.

DLG : Là, on est très centrés sur le poids mais… Sur la dyslipidémie, sur la tension… Est-ce que vous avez l'impression que la diététique … Ca marche ou…
AD : Ben, souvent, la prise de sang, quand je leur donne des conseils, je la refais faire 2, 3, 6 mois après et là, je mets un traitement ! La plupart du temps ! Y a quoi, 2-3 fois où… Où ils ont réussi à rentrer dans la norme… Pour combien de temps, je sais pas ! Mais… La plupart du temps… Non !
BC : C'est parce que tu as plus de suivi que moi si tu vas tout le temps au même endroit !
AD : Oui, c'est vrai que moi, je remplace que à ce cabinet et…
BC : Moi, j'ai aucun suivi ! Je sais que souvent, ça marche pas ! Mais j'en ai aucune idée ! J'ai vu quelques uns chez qui ça a marché, qui stabilisaient le cholestérol comme ça, que… Mais c'est vari que… que… Que j'en ai aucune idée en pratique, dans ma pratique, si ça marche ou pas, si les conseils que je peux donner ça marche et puis en tant que remplaçant ponctuel, je vois des gens qui sont traités la plupart du temps ! C'est super –rare que je vois des gens qui me ramènent leur bilan bio avec du cholestérol qui va pas, alors qu'ils ne sont pas traités !
DLG : Mm !
BC : Et c'est… C'est difficile pour moi de répondre à cette question !
DLG : Est-ce que chez des patients qui sont déjà traités, vous redonnez des conseils nutritionnels ou diététiques ?
AD : Pour le diabète, oui !
DLG : Chez des gens…
AD : Pour le cholestérol, oui !
DLG : Un patient qui prend déjà une statine quelconque et dont la prise de sang est mauvaise, est-ce que vous…
AD : Ouais !
DLG : Ou pas d'ailleurs ! Je dis mauvaise mais… Est-ce que vous donnez des conseils ?
AD : Si elle est bonne, je demande pas grand-chose, si elle est mauvaise, ouais, j'essaye de leur demander le fromage, tout ça… La charcuterie… Souvent ils en mangent beaucoup ! Donc, euh, de réduire un peu, quoi ! Et puis je leur dis toujours de réduire les quantités, je leur dis jamais de ne plus en manger! Et puis tout dépend de l'âge et… Je repensais tout à l'heure à un patient diabétique de 90 ans, moi, franchement, je vais pas l'embêter, quoi ! S'il a 90 ans et qu'il a 8 d'hémoglobine glyquée, euh… Je vais pas lui demander de faire un régime…
DLG : Mm !
AD : Après, tout dépend du contexte ! Enfin, de l'âge et puis… De l'état général, quoi !
BC : Mm ! Oui, je suis tout à fait d'accord ! Tout à fait d'accord là-dessus ! Moi je vais en parler parce que de toute façon, le choles… Ca amène de toute façon, ça… après, je suis pas à l'aise ! Est-ce que… Après je suis pas à l'aise, à part les œufs, la charcuterie, limiter… Ce que j'aime bien c'est quand ils me disent : « Ah, ben là, j'ai fait quelques excès… » Euh…
DLG : Ah, ben, oui ! Ca va rentrer dans l'ordre !!
BC : Là-dessus… non, mais au moins on peut travailler sur ce qu'ils mangent alors ! S'ils disent…
DLG : Mm !
BC : J'ai toujours l'impression quand je balance de base que ça va pas être écouté !
DLG : D'accord !
BC : Ce que je dis, donc euh… Je préfère qu'ils me sortent eux même, et puis on fait un contrôle dans 3 mois, de toute façon, on est jamais à l'urgence près, et puis… voir comment c'est ! Mais j'avoue que je suis pas super au point et que … J'bidouille, j'bidouille, quoi !
DLG : Mm !
BC : J'bidouille en fonction de ce qu'ils me disent, essayer de me débrouiller, des trucs de base, est-ce qu'ils grignotent, est-ce qu'ils mangent des repas fixes, est-ce qu'ils, est-ce qu'ils… Les triglycérides, je suis encore plus perdu ! Vu qu'à priori, les fruits, ça augmente les triglycérides et qu'on doit conseiller de manger des fruits…
AD : C'est pas mal l'alcool, des fois !
BC : Oui ! C'est pas mal l'alcool mais j'ai déjà vu des patients…
AD : Ah ouais ?
BC : … Des patients…
AD : Les fruits ça augmente les triglycérides ? Je savais pas !
BC : J'ai vu des gens qui mangent 10 pommes par jour et qui ont 9 de trigly' !
AD : Ah bon ?
BC : Ouais ! Parce que le fructose… Enfin les di-sucres, ça donne facilement des trigly' ! c'est ce que j'ai appris en … Pareil, au stage de diabéto ! A priori, ça donne facilement des triglycérides !
AD : Ah ouais…
BC : Ce qui fait que ça rajoute à ma… A ma…
DLG : Perplexité ?
BC : A ma perplexité face aux conseils diététiques, comme les omégas 3 qui à priori augmentent le risque de cancer, si je me souviens bien ce qu'on nous disait en P1, que pff !!!
DLG : C'est confus !
BC : … Que, manger équilibré, voilà, quoi !
AD : Un peu de tout !
BC : Un peu de tout ! Mais je pense que c'est ça, hein ! Faut pas ! y a rien qui est bon, rien qui est mauvais ! C'est… Faut pas être en excès, c'est un peu ça mon état d'esprit en tout cas !

DLG : Pour quels patients vous abordez la diététique en consultation ? Est-ce que c'est… Potentiellement tous les patients, est-ce que c'est les patients uniquement sur signe d'alerte, est-ce que c'est des patients, ben dont vous renouvelez un traitement euh… qui implique une diététique ? Tension, diabète, cholestérol… Quand est-ce que vous abordez… Quels patients vous choisissez pour parler de diététique ?
AD : Ca peut être potentiellement n'importe qui, hein ! S'il en parle ! *Rire*.
BC : Voilà ! (*en pointant AD. du doigt*)
AD : Je vais pas aborder… Je vais jamais aborder le thème comme ça, euh… Même quelqu'un qu'est gros, s'il en parle pas, je vais pas…
BC : M ! (*Hochement de tête*)
AD : … Je vais pas lui en parler !
DLG : Mm !
BC : D'accord. Soit c'est sur la biologie, (*fait signe d'énumération avec la main*) soit c'est eux qui en parlent, ou soit ça vient parce qu'on en a parlé… Enfin, c'est venu tout seul, mais…
AD : Ouais !
BC : … Je vais pas forcément orienter dessus… Sûrement parce que c'est pas facile et que…
AD : Ouais !
BC : … Je m'estime pas très compétent dedans !
AD : Ouais ! (*Acquiesce de la tête*)
BC :… Et que je vais pas aller les embêter ! Parce que toujours ! Je garde mon fil conducteur ! (*Fait signe de trancher du bord de la main*) Je vais pas aller les embêter sur quelque chose auquel je ne crois pas !
DLG : Mm !
BC : … Alors que si j'y crois pas, je doute d'être convaincant !
DLG : Mm !
BC : Et encore une fois, moi je vais parler du sport, parce que c'est plus facile de faire augmenter l'activité physique… Mais visiblement pour les enfants, c'est pas très efficace ! D'après ce que j'ai compris ! C'est plus la diététique en elle-même ! Mais euh… Pff !
DLG : Euh… Est-ce que vous pesez tous vos patients ?
BC : (*Signe de négation de la tête*)
AD : (*Pincement de lèvres*) Non, pas tous, euh… Tous les enfants, oui !
DLG : Mm !
AD : Pour les ordonnances ! Et euh… Les renouvellements, les adultes, ouais, je les pèse aussi ! C'est vrai que ça permet d'aborder le poids, en fait !
BC : Mm !
AD : Mais c'est vrai que je les pèse, en fait ! Quasiment tous ! Sauf quand j'ai vraiment pas le temps… Ou que j'y pense pas mais en général, c'est un réflexe, (*trace un circuit du doigt*) ils passent devant la balance, euh… Voilà !
BC : Principale réflexion ! C'est pour ça…
AD : Qu'ils le font ! *Rire*.
BC : C'est qu'elle est pas toujours devant là où je suis ! Et que j'ai pas cette routine… J'ai besoin de me faire des routines (*reproduit avec la main le geste d'AD.*) pour faire des choses en systématique…
DLG : Mm !
BC : … Et euh… Et euh, là cette semaine, la balance, elle est à l'autre bout du cabinet, ben les gamins, là c'est sûr, je vais pas les peser !
DLG : Mm !
BC : Là, j'ai même vu une gastro, chez un pas très grand ! Je l'ai pas pesé parce que… Il allait bien et que je me suis pas cassé la tête, quoi ! Mais, sinon, je pense… Alors, peser à chaque renouvellement, je sais pas si je le ferais ! Mais bon, après (*se retourne vers AD.*), c'est le meilleur moyen de ne pas oublier ! Je suis d'accord !

AD : Ouais, moi, je fais à peine attention, mais je le marque dans l'ordinateur, comme ça, ça donne une idée globale, c'est vrai que c'est vraiment une habitude, en fait !
BC : Mais j'aurais tendance, en tant qu'installé, je pense que j'aurais tendance à le faire assez systématiquement ! Et peut-être à limiter si je sens… s'ils me font sentir que c'est quelque chose qu'ils appréhendent, de venir sur ma balance !
DLG : Mm !
BC : Peut-être que je les limiterais, par contre !
AD : Moi, je pensais ça, en fait, et j'ai l'impression que les personnes âgées, ils sont contents, en fait, les personnes âgées ! Et ça m'est arrivé d'oublier et…
DLG : Ils réclamaient ?
AD : « Ah oui, c'est bizarre, vous m'avez pas pesé, euh… »
BC : Tout à fait !
AD : Et en fait, ils ont l'impression qu'on s'occupe d'eux, quand on les pèse ! Et bon !
BC : C'est dans ce…
AD : 'Fin, moi, je regarde même pas forcément le poids qu'ils faisaient avant, ils me le disent…
BC : Parfois, je regarde ! Mais pas la balance, aussi, je leur laisse dire ce qu'ils veulent !
AD : Ouais, moi aussi ! Ben, je leu dit : « Allez-y, vous pouvez vous peser… »
BC : Je me dis, peut importe, je leur fait confiance ! Je pense que ça change rien, même s'ils me disent des cracks, c'est leur responsabilité ! Euh… Mmm… Parfois je les laisse faire, mais voilà ! Je suis assez d'accord, s'ils me le réclament, pas de souci, c'est juste que parfois… Et puis p't-être que… Alors ça je sais pas ! Mais euh… Parfois, ça les gêne !
AD : Mm ! (*Acquiesce de la tête*)
BC : Franchement, ça les gêne !
AD : Moi, ça m'est arrivé avec des jeunes, de leur proposer, ça les gênait, je leur ai dit « ben non, non ! », je m'en fiche, quoi ! « Vous avez pas envie, vous vous pesez pas ! »
BC : Parfois, je leur dis (*paume tendue en avant*) « Est-ce que vous voulez, ou… » Je leur propose comme ça (*fait le même geste*). Que ça soit un peu ouvert, plus essayer de leur faire sentir que s'ils veulent dire non, ils peuvent dire non, tu vois… De toute façon, s'ils veulent dire non, c'est que c'est pas le moment ! Je pourrais dire qu'est-ce que… Ce que je veux derrière, euh…
AD : Mm (*Acquiesce de la tête*)
BC : C'est… Ca ne marchera pas !
DLG : Vous comparez les poids d'une consultation à l'autre ou pas ?
BC : (*clignement de paupière marqué, rire*)
AD : Moi, parfois je jette un œil, et… Parfois, non ! Ben, en plus, comme c'est pas souvent reporté, parce que moi je le fais mais au cabinet…
BC : (*Hochement de tête prolongé et vif*)
AD : A part la nutritionniste, les deux autres le font jamais !
BC : (*hoche la tête et tend la main vers AD.*)
AD : Dons, il y a des patients, si c'est … S'ils étaient suivis par un des 2 autres, c'est jamais marqué ! Donc je leur demande pas systématiquement s'ils ont grossi ou maigri… Des fois oui, des fois non !
Silence.
AD : Mais bon en général quand c'est oui, ils me le disent, quand c'est 2-3 kilo, ils me disent : « Oui, c'était les fêtes ! On est beaucoup sortis, on a beaucoup été invités mais on va faire attention… » et puis voilà… Ils vont faire attention ! Sinon pff ! Je dis rien de plus !
BC : Moi, est-ce que je compare, ouais, pas trop… Encore une fois, je suis pas dans une démarche de suivi, donc euh… C'est difficile, après… Ca dépend du logiciel de suivi, du logiciel médical ! J'sais que chez Hello Doc', je peux le faire facilement par exemple, euh… Je peux sortir le tableau, ils vont tous s'afficher ! Chez Mediclick, sauf si je sais peut-être pas le faire mais… Non, ça s'affiche pas clairement, donc euh… Je vais pas faire toutes les consultations donc euh… Toutes les consultations pour contrôler !
DLG : Et vous utilisez d'autres ou… D'autres mesures en consultation ? Tour de taille, ou…
BC : Non (*signe de négation de la tête*).
AD : (*Signe de négation de la tête*) Non !
BC : C'est pas rentré dans nos habitudes ! Mais… enfin si je peux continuer là-dessus, pourquoi pas… Donc à priori, il y en a qui perdent pas de poids mais qui perdent… Ils perdent du tour de taille, ça peut être un moyen de les motiver ! De leur montrer qu'ils sont efficaces, je pense que je pourrais le faire mais c'est pas encore rentré dans mes… Dans mes pratiques et dans mes raisonnements !
Mais… Voilà ! C'est…
DLG : Donc, si je résume, vous parlez pas forc… Facilement de diététique ou de poids à vos patients, c'est plutôt quand eux, vous le demandent ou quand ils ont une pathologie chronique de type dyslipidémie ou diabète qu'à ce moment-là, vous abordez le sujet !
BC : Mm ! (*Hochement de tête*)
AD : Ouais !
DLG : Et toujours en essayant… entre guillemets, de « tâter le terrain » et de leur en parler quand ils sont prêts !
AD : Ouais ! Pas les brusquer ! Ouais, (*se retourne vers BC.*) pas les culpabiliser ! Parce qu'il y en a déjà qui culpabilisent eux-mêmes, si on en rajoute…
BC : Je trouve ça effrayant comment on les fait culpabiliser ! Je préfère qu'ils vivent bien !
AD : En plus, ça ne fait que renforcer les choses, je pense !
BC : Je pense que ça ne fait qu'empirer les choses et après leur gâcher la vie, enfin ! Ils osent pas aller à la piscine, pas oser… Enfin c'est terrible, quoi ! Je pense… (*yeux perdus dans le vague*)

DLG : Quand, quand… J'aborde la question organisation temporelle, dans la consultation ! Comment vous vous organisez pour parler de diététique ? Est-ce que vous prenez… Est-ce que vous les faites reprendre une consultation pour parler que de ça, est-ce que vous prenez du temps en fin de consultation…
BC : (*Signe de négation de la tête, amusé*)
Rire
BC : Ca va toujours être la même chose, pas de suivi donc euh… Je prends du temps ! Je prends le temps qu'il faut s'ils ont envie d'en parler !
DLG : D'accord !
BC : Après, peut-être que quand je serai installé, j'essaierais de les pousser dehors mais ! Euh… Pas les pousser…
Rires
BC : Pas les pousser dehors mais… De les faire revenir mais en ayant peur que… Je pense que si… Si ils veulent en parler, je vais avoir tendance à leur sauter… Enfin à leur sauter… Entre guillemets ! Évidemment ! Mais à en profiter tout de suite, plutôt que… J'ai peur qu'ils s'échappent, qu'ils osent plus en reparler la prochaine fois, quoi ! C'est vrai que… Au moins en parler un petit peu, fixer ce qu'on peut faire, et leur montrer comment j'envisage travailler avec eux ! Essayer de les motiver à revenir à un autre moment pour les revoir, avant de fixer une autre consultation, ce qui fait que ça dépasse !
DLG : Ouais !
AD : Moi, c'est pareil, quand ils viennent avec une prise de sang, parfois, ils sont en couple, à deux, donc je prends le temps qu'il faut mais…
BC : (*Pointe AD. de l'index*)
AD :… Souvent, ça me met en retard, je… Enfin je réponds leurs questions, après j'ai pas non plus énormément de choses à dire, j'y connais pas grand-chose donc euh… Quand je sens que ça prend trop de temps ou que ça me dépasse, je leur dis : « Ben, vous faites ce que vous pouvez, on recontrôlera et puis si ça va pas, il faudra voir quelqu'un de plus spécialisé que moi pour revoir !» Mais… Donc je sais pas, ça peut prendre 5-10 minutes, voilà ! Quand ils viennent exprès pour ça, ça prend pas forcément plus de temps parce que j'ai pas plus de choses à dire ! Donc… J'essaye de prendre tout le temps qu'il faut quand même !
DLG : Vous utilisez… Toutes les consultations… Les consultations pour renouvellement, les consultations pour certificat de sport… Par exemple, ça vous arrive de parler de diététique ou pas ?
BC : (*signe de négation de la tête*)
AD : Non, pas trop, non !
BC : Moi, j'avoue que le certificat de sport, c'est la consult' qui va m'aider à récupérer mon retard !
Rires.
AD : Ouais, moi je pose plus des questions sur les antécédents familiaux, les signes fonctionnels à l'effort…
BC : Signes négatifs !
AD : Ouais ! Voilà !
BC : Hier, j'ai signé un certific…
AD : Voilà, pas de risque de mort subite ou de choses comme ça !
BC : Voilà !

AD : Ou pas de problème de dos, de genou mais euh… Après, Je pars du principe que s'ils ont un certificat de sport euh… C'est plutôt bon pour leur poids ! Donc il y a pas… J'ai pas vu de… (*Se retourne vers BC.*) tellement d'obèses euh…
BC : C'est ce que j'étais en train de penser !
AD : Tellement d'obèses pour un certificat de sport, en fait !
BC : C'est ça, je crois pas !
AD : C'est que j'ai jamais eu l'idée d'en parler, en fait !
DLG : Ben, ou d'autres soucis en fait ! Cholestérol ou… C'est vrai qu'ils viennent rarement avec leur prise de sang quand ils viennent pour leur certificat de sport !
AD : Ouais ! Moi, certificat de sport, je crois que j'ai jamais dû en parler, en fait !
BC : Non ! Moi non plus !
AD : A part de pas trop boire, la veille ! Une compétition ou un truc comme ça mais bon l'alimentation, non !
DLG : D'accord ! Alors, on va aborder l'épine question ! Quels sont les freins que vous ressentez en consultation pour parler de diététique ? De la part des patients ?
Silence.
Qu'est-ce que qui fait que c'est difficilement abordable, que vous avez l'impression que ça va pas marcher ?
AD : Euh…
BC : Mon fil conducteur ! J'ai l'impression qu'il va se dire : « Ah, il va encore me culpabiliser » ou « je sais que je fais mal », « j'ai pas envie d'en parler, laissez moi tout seul dans mon truc ! » Moi, c'est un petit peu cette impression-là que j'ai, qui va rejoindre (*pointe le power point*) le « de votre part », après ! Où j'ai peur qu'ils pensent ça, et que ça va me déprimer aussi !
DLG : D'accord, donc c'est la peur… 'Fin, de la part des patients, la peur que toi, tu sois intrusif ?
BC : Que je sois jugeant, critiquant, que j'impose mes idées sans rien comprendre ! 'Fin ! Même pas ! Que je vais encore les juger incapables, qu'ils sont pas capables de perdre du poids, en plus, comme je suis pas gros, c'est facile pour moi… Moi, c'est plus ça, quoi ! Euh… Dans les freins !
AD : Moi, je sais pas… De la part des patients, ben, c'est plus les bons vivants ou je sais pas…
BC : Après, ça, voilà !
AD : Les bons vivants, il pro… Qui viennent pas pour ça, par exemple, on leur a fait faire le cholestérol, parce qu'on leur fait faire une prise de sang une fois par an et qu'eux, ils ont rien demandé, on trouve du cholestérol, on leur dit, il faut manger ça…
BC : (*hoche la tête vigoureusement*)
AD : … Ils mangent au resto' ou alors, ils aiment bien manger telle ou telle chose ! Ils demandent pas de maigrir, c'est juste nous qui leur faisons une prise de sang et qui leur disons « vous avez trop de cholestérol »… Donc ben ces gens-là, à la limite, ils nous demandent rien !
BC : (*hoche la tête vigoureusement*)
AD : … Donc moi, je veux pas aller les agresser ou les faire culpabiliser, voilà ! J'essaye un peu sur le ton de la rigolade de leur dire « il faut faire un petit peu attention ! » Mais si je vois qu'il y a pas de réponse en face, qu'ils s'en fichent complètement, euh…
DLG : T'as l'impression que ça arrive un petit peu comme une punition, euh… Pour certains patients ?
AD : Ah… Même pas ! Je pense qu'il y en a, ils s'en fichent royalement !
BC : Que c'est normal de manger comme ils mangent !
AD : Voilà ! Après…
BC : Je pense que c'est ça !
AD : Après, il y en a par contre, dès qu'ils… Il y a des gens qui ont hyper-peur, ça y est, ils ont 2.03g de cholestérol, ils vont faire un régime draconien, ils vont demander pleins de conseils, tout ça euh… Ces gens-là, je leur dis « mais vous savez, vraiment, c'est rien du tout ce que vous avez ! C'est pas la peine de vous restreindre comme ça ! » 'Fn, je vais pas du tout les pousser à… a faire un régime non plus ! De la part des patients ça dépend des fois… Ca dépend… C'est vraiment…
DLG : Est-ce que le niveau de compréhension des patients peut être un frein pour leur parler de diététique ?
AD : Euh… Oui, je pense !
BC : Euh…
AD : Là où je suis, il y a pas mal de gens du voyage, ils sont tous… Ils ont tous de l'embonpoint ! Ils ont bien comme ça, je pense que… Ils s'en plaignent pas ! Ils mangent tous ensemble des choses, je pense, très grasses ! C'est, bon ! Les enfants sont gros aussi et je pense que voilà, ils sont…
DLG : Mm ! Mais j'ai l'impression que ce dont tu parles, on est plus dans la représentation corporelle ?
BC : Ou les représentations tout court, de la société !
AD : Ouais, voilà ! 'Fin ! Eux, ils se plaignent de rien et ils viennent pas pour ça ! Donc c'est un frein parce que du coup, je me vois pas aller leur dire…
BC : C'est plus des représentations ! Après…
AD : J'aime pas m'introduire dans la vie des gens !
BC : La nutritionniste qu'était venue nous voir, elle nous disait que c'était plus les gens avec un niveau de compréhension peut-être un petit peu plus fiable, qui étaient les plus efficaces en fait ! Enfin, j'ai pas eu l'occasion de constater plus ou moins… Mais que… Ils appliquaient les consignes qu'on leur donnait (*fait signe de trancher avec la main*)… Scrupuleusement, euh… Sans se casser la tête ! Ils se disaient… En gros… « Faut faire comme ça, ben je vais faire comme ça ! » Et puis, et puis, c'est ceux avec qui ça marchait le mieux ! Donc, euh… Voilà ! Après, au niveau compréhension… Plus un souci de représentation ! Au niveau de compréhension, moi j'ai… De ma faible expérience, je dirais ça !
DLG : Le niveau socio-économique, est-ce que vous pensez que ça peut être un frein ? Au… A l'abord de la diététique, euh… L'application de règles diététiques ?
AD : Ben, je suis un peu biaisée par ce que j'ai fait comme bibliographie pour ma thèse, mais ils disent que oui, c'est un frein ! Quand-même, les gens qui n'ont pas beaucoup d'argent, ils font les courses en gros, pour toute la famille, ils font que des trucs en gros ! Les légumes et les fruits, c'est cher ! Quand on va en grande surface, je sais plus où j'ai vu ça, mais… C'est plus cher d'acheter, je sais plus, c'était pas du jus d'orange, mais c'est plus cher d'acheter 3 oranges que du jus d'orange ! 'Fin, il vaut mieux acheter 1 L de jus d'orange que, qui va être plus sucré… Et je pense pas que les gens qui n'ont pas beaucoup de moyens se fassent du poisson et des légumes vapeur pour toute la famille quand ils ont 5 enfants ou… Donc je pense que c'est un… Je pense que ça joue, hein ! 'Fin, il y a aussi toute une culture ! Je pense que la culture joue plus que le niveau socio-économique ! Mais euh… Parce qu'il y a des cultures où on va manger plus, plus gras, où… Où ça les dérange absolument pas de pas avoir 1 BMI à 18, quoi !
DLG : Mm !
AD : Mais… Je pense que ça coûte cher de bien manger ! 'Fin, de manger sainement en tout cas ! 'Fin, pour faire les courses, régulièrement, je m'en rends compte quand même ! C'est vrai que… Du poisson pané, ça coûte moins cher que du poisson, hein !
BC : Je pense que assez… Je pense que j'ai des idées moins claires sur la question mais je serais assez d'accord sur ce que tu dis ! Ca peut être un frein, après c'est peut-être l'organisation, savoir où aller acheter, comment faire aussi… Pour trouver des solutions pas chères… Parce que ce qui est pas trop… Ce que tu dis… Ce qui est pas trop cher, c'est facile d'accès ! Mais peut-être qu'il y a moins cher… On peut faire manger pour pas trop cher mais bien mais que c'est difficile d'accès aussi ! Y a pas que la question de moyen ! Pff ! Après, il y a toujours le truc de septembre où il disait qu'on pouvait donner ce qu'on voulait aux gamins, ils seraient quand même… Mas ! Voilà ! Mais sinon, oui, en gros, je serais assez d'accord avec toi, c'est que c'est sûrement plus cher… 'Fin, en tout cas, en supermarché ! En tout cas ! Qui permet d'acheter en gros !
DLG : Est-ce que le fait que les gens mangent à l'extérieur, par exemple les repas en cantine ou au restaurant, est-ce que ça vous pose souci ?
Silence.
DLG : Quand on parle de diététique avec le patient ?
AD : (*Tout bas*) Oh, ben ouais, un peu…
BC : Je pense que ça peut arriver, ouais…
AD : Quand ils sont obligés de manger au restaurant ou à la cantine scolaire, moi, il y a pleins de mamans qui me disent ça en fait… Parce qu'elles sont obligées de payer la cantine mais… Moi, il y en a une hier qui me disait : « Nous, de notre temps, on nous obligeait à finir notre assiette, à prendre entrée, plat, dessert ! Maintenant, les enfants, ils aiment pas l'entrée ou ils aiment pas le plat, ils le prennent pas, ils le mangent pas, tout le monde s'en fout ! » Et, résultat, ils ont mangé un petit suisse, et ça, j'aime… Après je sais pas, ça c'est ce que les gens disent ! Mais apparemment, ça gène pas grand-monde ! Donc, ils ont hyper-faim, donc parfois les parents, ce qu'ils ne devraient pas faire, ils leur mettent des sucreries ou des barres… Je sais pas quoi… Dans leur cartable, donc ils vont manger ça en classe, donc après à la récré

ils vont reprendre un truc ! Ils rentrent chez eux, ils se jettent sur un énorme goûter… Donc les parents, ils disent qu'avec la cantine, c'est pas toujours évident parce que c'est pas bon ! 'Fin, c'est pas toujours bon ! Ou alors, même quand c'est bon et équilibré, les accompagnateurs font pas attention à ce que mangent les enfants… Et donc, ils font ce qu'ils veulent, les enfants ! Et puis après les gens qui vont au resto pour leur boulot, c'est pareil !
BC : (*Geste de la main vers AD.*) Ouais !
AD : Ils sont tentés, quoi ! 'Fin, on a beau leur dire de pas prendre de… De pas manger de pain, quand t'attends ½ heure avant d'être servi au resto, les gens, ils ont faim à 13 h, ils mangent du pain…
BC : Il y en a ils disent qu'ils ont pas toujours le choix de trouver des choses équilibrées… Non plus, dans les restos eux-mêmes !
AD : Et puis c'est dur de résister !
BC : C'est sûrement dur de résister…
AD : Entre poisson-légumes vapeur ou entrecôte-frites euh…
BC : quand tu pèses euh... Et que tu fais…
AD : Voilà ! Je pense que c'est pas tous les jours, tous les jours, évident !
BC : Mm !
AD : A moins d'être fan de poisson !
BC : Tout à fait ! C'est vrai qu'il y en a pour qui ça pose souci ! Comme la femme qui peut… 'Fin, dans le couple, comme s'il y e a un qui veut pas faire d'efforts et l'autre qui fait des efforts ! C'est un peu dans le même genre, quoi !
AD : (*hochement de la tête*)
DLG : Ca c'est un frein ! *Rire*. Je pense !
BC : Oui, je pense que c'est un frein !
AD : Ca, la tentation, c'est un frein, quoi ! Ca c'est sûr que…
DLG : Les filles parlaient des formules… Des formules qu'on pouvait prendre… Où vous avez sandwich-viennoiserie ou euh… Sandwich-boisson sucrée ou euh…
AD : Ah, ça c'est sûr !
DLG : Et les routiers qui mangeaient des sandwiches ! J'étais pas consciente de ce problème-là mais apparemment, les routiers mangent beaucoup de sandwiches !
BC : Mm ! C'est probable, effectivement, je m'étais jamais posé la question mais… (*Soupir*)
DLG : Et de votre part, qu'est-ce que vous identifiez comme frein pour faire de la diététique ? Euh… Au niveau de votre formation, est-ce que votre formation initiale vous a permis de faire de la diététique en consultation ?
AD : (*Négation de la tête*) Très basiquement ! *Rire*. Enfin, moi…
BC : Ben, c'est ce qu'on a dit, pas assez de connaissances, je pense surtout…
AD : Ca dépend surtout des stages qu'on a faits !
BC : Voilà ! Que… Pas assez de connaissances mises en pratique, je pense ! Ca arrive qu'on ait des cours sur l'alimentation, ce genre de chose, des trucs comme ça mais… Eloignés de la pratique ! Je dois dire, je serais incapable de ressortir, même en l'apprenant par cœur, je vais l'oublier euh… Le jour J, je vais être incapable de le ressortir ! Nous, notre formation, c'est partir de cas réels, pas dire, je veux tant de gramme de… Mais vraiment… Et puis voilà ! Manque de connaissance, manque de pratique, (*énumère sur ses doigts*) et puis… Ce qu'on disait, la peur de culpabiliser les gens ! Non ? (*Se retournant vers AD*) Après, euh…
Silence.
DLG : Qu'est-ce que tu avais eu, toi, en formation initiale en diététique, BC. Tu étais à Tours ?
BC : J'étais à Tours…Ben, j'ai lu il y a pas longtemps, en diététique ?
DLG : Alors, il y a des questions d'internat…
BC : Oui ! Mais oui… C'est pas regroupé dans un module ?
DLG : Alors j'ai cherché… Alors vous, ce serait en même temps que l'endoc' que vous l'auriez eu… Les filles du groupe précédent ont parlé d'à la fin du bouquin d'endoc'…
BC : Pour l'internat, oui, le vert…
AD : Oui, oui !
DLG : Un chapitre sur la diététique !
AD : Ouais !
BC : Moi, je me souviens pas !
AD : Moi, j'avais lu ça avec le reste, quoi, comme pour l'internat
BC : C'est pas utile (*fait signe de jeter par-dessus son épaule*) !
AD : Et ça, c'est des trucs que voilà, on a appris pour l'internat et que voilà ! Je pense que ça serait tombé le jour de l'internat, je pense que j'aurais pas été capable de répondre à 3 questions, quoi !
BC : J'ai à peine dû faire ce… J'ai à peine dû l'apprendre, d'ailleurs !
AD : Ouais ! *rire*. C'était assez…
DLG : Toi (*m'adressant à AD.*), tu as été formée à Amiens, t'as eu des cours à Amiens de diététique ?
AD : J'sais pas ! *Rire*. En tout cas, j'y étais pas ! Mais euh… Je pense qu'on a eu aucun cours en endoc', on a… Pff ! S'il y en a eu un, je n'en ai aucun souvenir ! Moi, j'ai juste appris sur le KB, là ! On a le même livre que tout le monde, l'inter-mémo, les quelques pages à la fin, sur l'obésité, le régime, tout ça ! Après, par contre, je suis passée en stage, mon dernier stage d'externe en endocrino… Dans le service de médecine interne-endocrino à Compiègne, c'était un périphérique, en fait ! Donc, c'était pas au CHU, on y avait pas… J'étais la seule ! Avec que des internes, tout ça ! Et… Et j'ai fait une semaine de formation… De stage de diabétiques ! 'Fin, en fait, c'était une semaine pour les diabétiques, où tout au long de la semaine, on leur expliquait tout sur leur maladie, donc il y avait des diététiciennes qui venaient pour le diabète ! Donc en fait, je pense que c'est là que j'ai appris pas mal de trucs ! 'Fin pas mal… Je me souviens pas du tout… Je me souviens pas de grand-chose mais bon ! Mais au moins les bases, déjà pour les diabétiques, ce qu'il faut faire, quoi ! Moi, j'avais pleins d'idées avant qui étaient fausses ! donc déjà, qu'il fallait manger de tout, que le meilleur aliment pour un diabétique en cas d'hypoglycémie à avoir sur lui, c'est un petit beurre ! J'aurais jamais dit ça ! Enfin j'y aurais jamais pensé… Des trucs comme ça ! Après, j'ai enchaîné sur mon premier stage d'interne où c'était Châteauroux en médecine interne, où j'étais dans l'aile diabéto ! Donc j'ai refait après 6 mois de diabéto avec un peu de (*fait un moulinet avec sa main*)… Donc ça m'a… Ca m'a un peu entretenu les connaissances ! Puis après pendant 2 ans, j'en ai plus fait du tout ! J'ai tout oublié ! Voilà ! Et puis après j'ai assisté en stage, mon dernier stage prat', là, le SASSPAS, j'ai assisté à des consult' avec la médecin nutritionniste. Mais finalement, comme elle s'axe beaucoup sur la psychologie, ça m'a pas appris tant de trucs que ça, sauf que je mange chez elle le midi, donc finalement, elle fait pas mal de trucs relativement diététiques mais bon ! C'est plus juste de manger avec elle qui m'a…
DLG : Mm !
AD : … M'a appris des choses mais… Pas forcément les consult' !
BC : Mm ! Ca aussi le stage médecine interne-diabéto, à Tours, le truc des fruits, qu'augmentent les triglycérides, c'est de là que ça vient ! Après, j'ai quasiment rien de plus !
DLG : D'accord ! Il y a un poly national pour la préparation de l'internat de nutrition. Est-ce que vous le connaissez ?
BC : Pff !
AD : Non (*négation de la tête*).
BC : Mmm, peu probable que j'aille regarder dedans comme ça mais… Ca vend pas du rêve mais !
Rires.
DLG : C'est vrai ! Ceci dit, c'est pour (*inaudible*) parce que je trouve qu'il est pas très exploitable, mais… il existe !
BC : Voilà, parce que moi, ce genre de truc, je me dis ça va jamais être en rapport avec ma pratique, je vais jamais pouvoir l'exploiter ! J'irais plutôt chercher dans Internet voir si je trouve des trucs intéressants, et puis… Et puis… Et puis voilà !
DLG : Est-ce que vous avez l'impression que le temps de la consultation, c'est un frein pour parler de diététique avec les patients ?
AD : Un peu !
BC : Humm ! (*hoche la tête*)
AD : Un peu quand on est installé. Quand on est remplaçant, c'est peut-être pas pareil mais… Quand on est installé, ça prend plus d'un quart d'heure, on… Bah, si tu fais ça à chaque fois euh… Avec tous les patients, soit tu vois 15 patients par jour, soit…
BC : Mm !
AD : Soit il y en a que tu vois en 5 minutes ! Moi, je pense que c'est dur… Ou alors il faudrait qu'il y ait, comme c'est à la mode en ce moment, ils parlent de réunions… 'Fin, tu sais, de te payer plus si tu fais de la prévention, de te payer plus si tu fais ci ou ça ! Et de prendre en compte ça ! Ou j'en sais rien mais…
AD : Moi, pour le moment, en fait, j'ai un salaire fixe, on va dire ! Donc, je suis pas payée au nombre de personnes que je vois, donc je m'en fiche en fait de prendre le temps qu'il faut ! Alors, je le prends ! Mais je sais pas le jour où je serai installée, où j'aurai 3 emprunts, ou j'en sais rien ! Je pense que je vais pas passer ¾ d'heure, 1 heure par patient, euh… Déjà que je suis lente à la base ! Donc, euh… Même pour un renouvellement, je prends plus d'un quart d'heure en général ou 'fin… Ca dépend mais…Je pense que je vais pas passer ¾ d'heure à 22 euros, euh…

BC : Surtout si tu te rends compte que ça marche pas, quoi !
AD : En plus, si ça marche pas, oui ! Ou si ça sert pas à grand-chose, voilà !
BC : Je pense que clairement, le temps, oui, c'est un frein. Après c'est pouvoir… après je peux pas répondre dans le sens… 'Fin c'est difficile pour moi de répondre parce qu'encore une fois, j'ai pas de suivi et je pense qu'après, j'essayerai de l'inscrire dans plusieurs consultations, p't-être que… J'y arriverai pas, hein ! Parce que j'ai aucune idée de comment je m'organiserai ! Mais… c'est d'aller plus vite au départ, de trouver le moyen qu'ils reviennent, d'approcher et puis d'y aller petits bouts par petits bouts pour faire message par message et puis d'arriver à bien les connaître ! Pour gérer le temps, sinon… En une consult', en 15 minutes, c'est pas… C'est pas faisable ! On va faire que des petits bouts, on va… On risque de recommencer la même chose la fois d'après ! Sans s'en rendre compte ! Le temps c'est pas… C'est jamais simple, effectivement ! Pour moi qui suis, par contre, qui suis payé au pourcentage du nombre de consult', effectivement… Après, quand il faut prendre du temps, je prends du temps parce que j'aime bien discuter avec mes patients malgré tout ! Et puis, je trouve ça plus intéressant que de balancer des règles, des conseils mais euh… Pff ! Je sais pas ! Clairement c'est une contrainte et clairement si c'est en fin de journée, que je dois aller faire je sais pas quoi ou que j'en ai marre ou… Je vais essayer de raccourcir et puis… Faut (*fait signe d'énumérer avec les doigts*) : 1. Que lui il la demande et que 2. Moi, j'aie le temps ! Donc ça, c'est clairement ! Sinon bah…
AD : Moi, c'est pareil !
BC : On va raccourcir parce que je peux pas faire attendre non plus les gens derrière ¾ d'heure tout le temps, quoi ! Et puis en plus, j'ai plus la disponibilité d'esprit à plus d'une ½ heure de retard ! *Rire*.
AD : Ah, moi c'est pareil ! Si j'ai trop de retard et que tu sens que ça va tomber sur la table, je dis : « ben, vous reviendrez et la prochaine fois, on parlera de ça.. » ou la mère qui t'amène son enfant, tu le vois et à la fin « Oh, puis au fait, euh ! », ben là, vous reviendrez, là… Je prends pas forcément le temps au moment où ils le demandent, quoi !
BC : Mais après, c'est vrai que sur les renouvellements, c'est pas forcément quelque chose auquel je pense à parler ! Autant, quand je vois passer une benzo, euh… qu'ils prennent depuis longtemps, même en tant que remplaçant, j'essaye de leur en parler, comme hier (*geste de pointer de la paume*) où elle était contente que je lui en parle ! Pour une fois ! Mais, j'a mes dadas, et c'est pas forcément dans mes dadas !
DLG : Mm !
BC : De parler de ça, de parler de diététique, à part les gens qui prennent une statine ou qui sont diabétiques…
DLG : Tu amène très bien ma nouvelle question ! Qui est : « est-ce que vous prenez du plaisir ou du déplaisir à ce type de consultation ? »
AD : (*Moue et haussement d'épaule, regarde vers BC.*)
Silence.
DLG : Ah, la question qui tue, hein !
AD : Ca dépend des jours ! Ca dépend si j'ai le temps, c'est surtout ça, en fait ! Le jour où t'as le temps, où t'es de bonne humeur, t'as envie de parler, euh… Je vais plus leur poser des questions ! Chercher savoir ce qu'ils mangent, ou ce qu'ils aiment bien ou tout ça… Que les jours où j'ai pas le temps, où j'ai un train, où… Où, voilà, j'en ai marre ! Où, voilà, il y en a déjà eu 4 avec qui j'ai passé une demi-heure auparavant et là, euh… J'ai pas envie de passer une demi-heure ! Enfin, bon, c'est vraiment… Moi, c'est quand même plus… C'est pas un déplaisir en règle générale !
BC : Non ! (*négation de la tête)*
AD : Ca me dérange pas du tout d'en parler et… Ca peut être un plaisir et des fois, ça m'est égal ! Un déplaisir, non quand même !
BC : Moi, je pense, ça fait… C'est plutôt… C'est pas un déplaisir, on va dire ça de cette manière-là ! Mais comme je l'ai déjà dit d'autres fois, j'aime bien ce travail sur la communication, faire connaissance, essayer de motiver… Donc euh… Tout ce travail-là, c'est quelque chose que j'aime bien, mais donc… Faut avoir le temps effectivement… Ca dépend de la personne qu'on a en face de soit, ça dépend si on sent que ça marche de l'autre côté ou pas donc… Mais c'est pas... C'est plus que je vais me sentir inconfortable parce que sur les conseils diététiques, je vais être coincé que… Que le fait d'en parler, c'est pas ça qui… Ca me gène pas, c'est que je suis pas assez formé, c'est plutôt ça ! Il faut que je me forme ! Mais c'est de l'inconfort, plus de l'inconfort qu'un déplaisir ! Je serais formé dedans, je saurais ce que je fais et dans quel sens je vais… Globalement, mais ! Ca me gênerait pas du tout je pense ! Je pense pas que ça me gênerait, au contraire !
DLG : D'accord !
AD : C'est pareil, je pense que plus tu maitrises ton sujet, plus tu prends plaisir à…
DLG : Oui !
AD : … A en parler, en fait !
BC : En consultation, en fait en général…
AD : Quand tu maitrises pas, en fait, soit t'essayes de zapper, soit, euh…
BC : Un trouble de l'érection, euh…
AD : Tu sais pas quoi dire…
BC : *Rire*. Tu peux être un peu coincé, par exemple !
AD : C'est sûr !
BC : Voilà !
DLG : Au niveau organisation matérielle, est-ce que vous utilisez certains supports, même si c'est sur le logiciel calcul automatique de l'IMC, les courbes de poids pour les enfants…
AD : Ah… Les courbes de poids !
BC : Les courbes de poids ! Enfin, sauf si on reporte pas les poids ! Ce qui parfois m'arrive, mais euh…
A : Oui ! Moi aussi !
Rires.
AD : Mais quand ils viennent pour un examen systématique, tout ça, tu reportes !
BC : Oui ! (*hochement de tête*) Ca c'est sûr, comme le support, moi, euh, je dis merci au carnet de santé pour les enfants, pour les conseils alimentaires ! Ca c'est vrai que c'est ma… J'aurais peut-être… J'étais avec une prat' quand j'étais en stage premier niveau, qui utilisait beaucoup des trucs sur Internet, donc quand j'aurai mon ordinateur, il est possible à probable que j'aie des supports sur euh… Un peu travaillés dessus qui m'aident à faire comprendre les choses, même le calcul de LDL, comment on calcule les facteurs de risque, pour leur réexpliquer, au moins que ce soit clair parce qu'à mon avis, à chaque fois que je leur en parle, ils comprennent que dalle à ce que je leur dis ! Pourquoi untel, c'est 1.3 ou 1 et d'autres je dis rien parce qu'ils sont à 1.9, euh…
DLG : Mm !
BC : Je pense que j'aurais ce genre de support parce que… Voilà ! Ca aide, ça aide à travailler, c'est… Sachant que c'est qu'une aide et… Je les testerai ! Mais parfois, pour m'aider à me faire comprendre, je suis peut-être pas toujours compréhensible, ça peut être utile ! Mais j'ai rien de précis, faudrait que je recherche, quoi !
DLG : D'accord !
BC : En dehors du carnet de santé, quoi !
AD : Moi c'est pareil, j'ai aucun support à part les courbes de poids mais je pense que plus tard, si je m'installe, je me suis toujours dit que… J'aurais les ordonnances toutes prêtes pour les gastro, les ordonnances toutes prêtes pour ceci-cela et… Si je peux avoir des supports pour que les patients visua… Enfin moi, j'ai une mémoire assez visuelle et les gens, je pense qu'il y en a beaucoup, c'est pareil ! Quand on leur parle, ils retiennent rien et si on leur montre un schéma des fois, ils comprennent mieux… Donc si je trouve des trucs intéressants…
BC : Il y a des trucs qui existent !
AD : Ca peut être bien !
BC : Des trucs sur mal de dos qui sont assez intéressants !
AD : Sur ?
BC : Sur le mal de dos, ça n'a rien à voir, c'est pas en rapport…
AD : Mal de dos, ouais ! Ben moi, j'ai jamais eu trop de généralistes qui… Avaient des supports informatiques ! Donc euh…
BC : Après faut prendre le temps mais euh… Je pense que ça me correspondrait assez d'aller chercher mes petits trucs sur euh… Après, je me disais que je garderais peut-être un écran pour en mettre deux ! Pour pouvoir faire ça ! Donc, euh… Pour pouvoir passer sur…
DLG : En avoir un pour la consultation et un en face du patient !
BC : Pour moi, oui ! Peut-être que je ferai ça !
DLG : Est-ce que vous utilisez le PNNS, le site internet du PNNS ?
BC : Non…
AD : Pour ma thèse…
Rires
BC : Le quoi ?
AD : Le Plan National Nutrition Santé
BC : Ah ben non !
AD : Moi, j'ai appris ça il y a 3 mois, hein ! c'est en faisant la biblio de ma thèse, et je savais pas que ça existait avant, et j'avoue que… Je m'en sers p… J'ai lu ce que c'était mais je m'en sers pas… Je sais même pas de quoi on peut se servir là-dedans en fait ?

DLG : C'est surtout… Enfin, moi, je le connais pas très, très bien mais il y a surtout des conseils, il y a une partie patients, une partie professionnels…
AD : Ah oui, c'est que je suis pas allée voir la partie « patients », en fait !
DLG : Avec certains objectifs pour les professionnels, notamment une chose dont on a pas parlé, la dénutrition de la personne âgée !
AD : Ouais !
DLG : Vous, vous surveillez les poids des personnes âgées ?
BC : (*lève les yeux au ciel, bascule la tête en arrière et ouvre grand la bouche*)
DLG : Dans l'optique de la dénutrition ?
BC : Toujours la même chose, ça c'est comme la nutrition, je me suis dit qu'un jour, je prendrais du temps pour me former sur comment surveiller les patients, notamment en maison de retraite, au lieu de passer signer l'ordonnance, les trucs qui servent à rien et où tu te sens pas très utile !
AD : Quand tu as un labo qui passe te voir avec je sais pas trop, Cetornan ou quoi : « Vous savez ce que c'est ? » Euh… Ca me dit quelque chose…
BC : J'ai renouvelé ! J'ai renouvelé Cetornan hier ! Mais…
AD : On m'a dit que c'étai des comprimés pour euh… Eviter la dénutrition… Qui sont mieux que les briques à boire, là !
DLG : C'est sensé stimuler la production d'acides aminés ! Voilà !
AD : Ah, d'accord !
BC : (*tend la main paume vers le haut vers moi*) Hier, j'ai eu une consult' là-dessus justement ! Une visite ! Je lui disais connaissant… Ah, j'ai appris d'autres choses en gériatrie, en fait !
Rires.
BC : Quelques petits trucs ! Mais… qu'on pouvait utiliser des yaourts à la place de l'eau gélifiée ! voilà ! Ca va pas très loin mais… Mais… Le Cetornan, j'en ai aucune idée, la dénutrition parfois je regarde le premier espace inter euh… (*Montre l'espace interdigital entre le pouce et l'index*) mais euh…
AD : C'est pas évident je trouve ! Parce qu'autant à l'hôpital ils sont, ils sont à moitié nus…
BC : Voilà !
AD : Donc tu te rends plus compte de la dénutrition ! Ils viennent nous voir, 'fin les personnes âgées, elles ont 50 couches de robes, de trucs…
BC : C'est pas facile de les faire se déshabiller !
AD : … elles mettent 3 heures à se déshabiller… Et en plus, là où je suis, ils sont pas particulièrement dénutris ! J'ai pas de personne qui me revient particulièrement dénutris.
BC : Et puis après, évaluer la quantité de muscle qu'ils ont et s'ils ont pas que du gras, j'en ai aucune idée ! Faut que les plis, les machins ! Le pli « je sais plus quoi »… Pf !
AD : Moi, franchement, j'ai pas de notion sur la dénutrition !
BC : J'avoue que oui… Puis après, à part mettre du Fortimel ! *Rire*.
AD : Oui, voilà ! Je savais qu'à l'hôpital, ils mettaient du Fortimel, des trucs comme ça pour éviter les escarres, tout ça ! Mais pou les… Les chimios… Les cancéreux mais à part ça !
BC : Ben voilà, la directrice fait remplacer Fortimel par des soupes du commerce mais bon ! C'est trop cher !
AD : Par exemple, Fortimel, tout ça, je sais même pas si c'est remboursé par la Sécurité Sociale !
BC : J'en ai aucune idée ! Il me semblait que c'était un peu remboursé mais je sais pas ! Pff ! Je sais pas !
AD : C'est vrai que ça pourrait être intéressant, parce que… D'avoir une formation là-dessus !
DLG : Mm !
AD : Parce que c'est vrai quand on apprend ça, qu'on est externe, qu'on a une formation avant l'internat, ben franchement, t'apprends par cœur des trucs bêtement, t'as aucune idée, t'as jamais vu une personne âgée dénutrie ! Enfin, en tout cas, les gens, t'as jamais été en contact… enfin, c'est pas toi qui gère ! Donc du coup, tu t'impliques pas pareil et… Et… Moi, j'ai rien retenu de ce que j'ai appris avant ! Donc une fois que t'es… Enfin, qu'on est interne ou en remplacement, c'est vrai que c'est beaucoup plus concret… Et ç peut être beaucoup plus intéressant !
BC : Et moi, j'y penserais pour les personnes en perte d'autonomie ! Mais pour les personnes âgées qui viennent me voir en consultation, je crois que ça ne me traversera pas… Enfin, ça ne m'a pas traversé l'esprit et je pense pas que ça soit près de me traverser l'esprit pour l'instant en tout cas ! Sauf si on me met vraiment le doigt dessus, euh ! et puis après, encore une fois, à part le Fortimel, je vais pas savoir quoi leur proposer d'autre !
DLG : Alors…
BC : Il y a l'ostéoporose dont on peut discuter aussi !

DLG : Ah oui ! Euh… Comment se passe une consultation où vous donnez des conseils diététiques ? Est-ce que c'est comme une consultation standard, c'est-à-dire descendant, aboutissant à une prescription, vous restez en face-à-face chacun de votre côté du bureau… Est-ce que c'est des consultations que vous menez un petit peu différemment, par exemple en côte à côte…
BC : (*Ecarquille les yeux*)
DLG : Oh là ! J'ai le droit aux gros yeux !
BC : Côte à côte… Euh… côte à côte, non ! C'est très rare que je me mette en côte à côte, pour quelqu'un que j'ai fait pleurer quoi, mais sinon…
Rires
AD : Ouais !
BC : Après organisation… C'est compliqué parce que souvent, ils viennent pas que pour ça ! Si les patients ne venaient que pour une chose, ça serait facile ! C'est... ; Je pense, je suis le rythme du patient, en gros ! Je sis le rythme du patient et si je suis obligé de faire un examen clinique à côté, je fais un examen clinique ! sinon, je discuterais d'abord, discuter si c'est possible… Mais, je vais pas me mettre à côté de lui ! C'est sûr, je vais pas changer mes habitudes de discussion spécifiquement pour ça !
DLG : Bon, BC. pour toi, je sais que c'est un petit peu biaisé car je sais déjà que tu fais de la reformulation, que tu es intéressé pour l'entretien motivationnel, donc je sais que tu utilises certaines choses euh…
BC : Ben, j'essaye ! Après c'est « un peu d'effet pour phadon » (*peu audible, pas compréhensible*)
DLG : Est-ce que toi, (*m'adressant à AD.*) tu as l'impression que c'est une consultation comme les autres, que finalement, tu as la même attitude que pour prescrire un médicament ou est-ce que tu as l'impression que tu utilises des choses un petit peu différentes…
AD : Non, moi je sais pas, je reste face au patient, euh… Pareil, je suis leur rythme, je réponds à leurs questions… J'essaye de les orien… Enfin… Je laisse pas de blanc mais… J'ai pas de formation à l'entretien motivationnel et apparemment, c'est très, très, enfin, Jean Robert m'a dit que c'était très, très intéressant ! donc, ça, c'est un truc qui m'intéresserait de faire par contre ! Pas que pour la nutrition mais pour plus tard, je pense que c'est intéressant de…
BC : (*hochement de tête*)
AD : … De savoir comment mener un entretien avec les gens et… Ouais, moi j'ai pas du tout… J'ai pas eu de formation pour ça, donc à priori, pour moi, c'est une consultation comme les autres, quoi ! Je vois pas de différence enfin… Tout dépend du patient encore, quoi mais… Que ce soit pour la nutrition ou pour autre chose, ça dépend toujours du patient, quoi ! Faut s'adapter à chaque personne mais… C'est tout, quoi !
BC : Ce que j'utilise tout le temps, en fait ! Pour toute demande, je vais utiliser plus ou moins la reformulation, les questions ouvertes, laisser de l'espace… Même un renouvellement je commence par « Ca va ? » ou « Comment allez-vous ? » (*Mime le geste d'un entonnoir à l'envers*) pour laisser le maximum de place pour parler, donc euh…Ca va pas être spécifique ! Après, je vais être particulièrement attentif à ce que…'Fin, plus attentif à ce que je dis et à ce qu'il dit pour essayer de pointer, essayer de renforcer ce que je veux ou… Mais… Je l'utilise ailleurs aussi !
DLG : Est-ce que tu conviens à la fin d'une consultation, par exemple pour une consultation diététique, tu conviens d'objectifs ou de… En fin de consultation, pour la consultation suivante ?
BC : Moi, je dirais que ça dépend du patient ! Alors, sans dire que je peux essayer d'évaluer son… C'est pas son degré de motivation mais… Où est-ce qu'il en est (*mime un cercle de la main*), ou utiliser le cercle de Prochaska, je pourrais si je veux ! Euh… Des choses comme ça et donc savoir si… Où est-ce qu'il en est, je le fais pas forcément texto, consciemment, Mais euh… Je vais pas convenir d'objectifs si lui, il se sent pas prêt à faire des objectifs, en fait. C'est…
DLG : Mm !
BC : On va essayer de faire émerger des objectifs ensemble, s'il y en a qui émergent, on va se les fixer effectivement en disant on fait le point et on voit comment ça se fait mais… Parfois, c'est juste une discussion et… sur qu'une consultation ça va être de travailler… Ca va être voir

quels freins… Voir qu'est-ce qui pourrait le motiver et… Et puis juste faire germer dans sa tête que… Le faire basculer vers le positif mais je vais pas sortir d'objectif comme ça, vu qu'il est pas prêt au changement… Euh, enfin si j'utilise l'entretien motivationnel, c'est que j'estime qu'il est pas prêt au changement, je vais pas lui fixer… Lui fixer des objectifs !

DLG : Toi, tu fixes, AD, des objectifs à tes patients ?

AD : Non ! Pour les enfants je peux parfois dire que ça serait bien qu'ils ne prennent pas de poids, c'est tout !

BC : Mm ! (*hoche la tête et tend la main paume vers le haut vers AD.*)

AD : Qu'ils grandissent sans prendre de poids ! Mais après, je vais pas forcément les revoir ou quand je les revois, il faut que j'y pense, euh…

DLG : C'est pas quelque chose que vous notez, l'un et l'autre, dans le dossier ?

AD : Les… Les objectifs ? Euh, moi je les note… Il faudrait que je le fasse mais je les note pas toujours en fait, parce que souvent, on parle comme ça mais comme ils viennent pas pour ça ! Bon, c'est un logiciel où on marque pas forcément grand-chose parce ça apparaît, la ligne principale… Après on peut noter en dessous, on peut développer, mais… C'est la première ligne qui apparaît donc… La première ligne, je vais noter pourquoi ils sont venus, donc après ça m'arrive souvent d'aller voir la consultation précédente ! Je le fais quasiment à chaque fois…

DLG : C'est quoi comme logiciel ?

AD : Euh… Happy santé !

DLG : D'accord ! Je le connais pas…

AD : Donc là, si j'avais marqué à la consultation précédente, je verrais, je vais y penser quoi mais… Les adultes, non… Mes seuls objectifs, ça peut être les dyslipidémies : « Vous faites le régime 3 mois et puis on recontrôle » et puis eux, leur objectif, c'est que ça soit diminué, quoi ! Mais… C'est pas très concret, quoi ! Enfin, pour les gens, je pense pas que ça veut dire grand-chose ! Et… En termes de poids, jamais !

BC : Ce que j'aurais tendance à noter, c'est le pourquoi de l'objectif, plutôt ! 'Fin, si vraiment, j'ai le temps de noter après toute la consult' ! C'est plutôt tout le cheminement, tout ce que j'ai découvert pour pas avoir à le redécouvrir après…

DLG : Mm !

AD : Ouais, ouais ! C'est clair, ouais !

BC : (mime un mouvement de roulement avec ses mains) Si, j'ai quelque chose à noter, c'est toute la dynamique… En termes de RSCA, c'est plus toute la complexité, l'analyse systémique que j'ai pu porter sur le patient ! Euh… Pour pas avoir à… Pour m'en souvenir et euh… Plus que l'objectif en lui-même où… Toute façon, l'objectif, il est là pour… Enfin, si on le réussissait bien ! Enfin, si on le rate ! Voilà, enfin, y a aussi ça ! Si on rate l'objectif, c'est démotiv… 'Fin ! J'aurais trop peur que ce soit démotivant alors que moi, mon objectif, c'est plutôt de mettre les patients (*mime à nouveau, les mains jointes, un mouvement de roulement puis tend la main paume vers le haut vers AD.*) dans une dynamique, tout ce que tu disais là, juste !

AD : Ouais, ouais…

BC : C'est de perdre du poids, pas énormément de poids ! Où je peux fixer des objectifs de poids, c'est aux gens qui me disent « je veux avoir perdu 20… », Enfin j'exagère, « 20 kg dans 2 mois » ! Donc là, je vais fixer un peu des objectifs mais pour leur redress… Pour leur raccourcir quoi ! (*fait le geste d'un espace rétrécissant entre ses 2 paumes puis jusqu'à taper ses paumes l'une contre l'autre*) Et… Tout doucement, et… « Je comprends que vous vouliez perdre du poids, tout ça… Mais… On va y aller doucement ! » Et ça va être ça mes objectifs ! Après, effectivement, enfin j'veux dire, pour un enfant, de grandir sans se mettre dans la prise de poids, des choses comme ça… Des objectifs… Chiffrés… Les patients… Toujours peur…

DLG : Sans être forcément sur la prise de poids mais c'est…

BC : Non !

DLG : Mais sur augmenter les légumes verts, ou… Faire le tour du jardin deux fois par jour…

BC : Tu vas le re-quantifier comment ? Ah, oui ! Après…

AD : Oui, moi, pour l'activité physique, oui, plus ! Je peux leur dire, vous essayez de faire ça ! Et je leur dis : « Vous essayez de faire ça ! » Après, ils font ce qu'ils veulent ! Je vais pas aller vérifier la prochaine fois… Ca, je le note pas par exemple !

DLG : Mm !

AD : Je le note pas dans l'ordinateur, euh… « Faire trois fois le tour du pâté de maison »…

DLG : Mm !

AD : C'est vrai que…

BC : Mais je… C'est vrai que je suis parti sur les objectifs quantifiables ! Ben, oui, après, toujours essayer de faire comme ça, j'en ai un qui… On cherchait un sport, un sport qui pourrait passer, qu'il pourrait bien aimer… Où il pourrait se faire plaisir… Enfin, qui soit pas trop désagréable, proposer de le faire ! Effectivement, est-ce que je vais le noter ? Plus ou moins ! J'aime quand-même bien les logiciels où il y a les cases conclusions où…

DLG : Mm !

BC : Où ça, par contre, je pourrais être amené à le noter malgré tout, effectivement ! Pas des… Ou alors avoir casé « aime bien la marche », « finalement, aime bien la natation » incompréhensible… Des trucs qui vont me… Mais… On peut essayer ! C'est…. C'est plus le terme « objectif après, moi, qui me …

DLG : Qui te chiffonne ?

BC : Peut-être… C'est peut-être là-dessus que ça bloque… Des améliorations ? Des essais à améliorer ? Je sais pas… C'est… Des choses qu'on a convenues, qu'il serait pas mal de faire ! Mais… J'emploie pas de terme ! (*sourire*)

DLG : D'accord !

DLG : Alors, je vous montre les attitudes de Porter, je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler, donc c'est 6 types d'attitude qu'il a définis comme étant les attitudes qu'on peut avoir en consultation… 'Fin, en communication, d'une manière générale ! Donc, en consultation ! Et puis… Une des premières attitudes qu'on a, ça peut être la décision, on est dans quelque chose de très directif, j'ordonne, je menace, je dis : « Il faut faire ci… » En gros, c'est la manière de fonctionner et « à vous de le faire !» Il y a l'évaluation, on est dans… Le jugement… La quantif… Enfin, on donne une valeur à ce que nous dit la personne avec qui on parle notamment le patient ! Donc, « c'est bien, c'est mal », enfin, des jugements de valeur. Il y a le soutien, où là, par contre, on est dans une attitude qui est assez maternelle, assez : « je vous soutiens, je vous comprends », enfin, voilà ! Euh… Il y a l'enquête, où l'idée c'est d'analyser, voilà : chercher à analyser ce qui se passe, essayer de comprendre… Mais sans porter de jugement ! Euh, l'interprétation ! Où quelqu'un vous dit, dit quelque chose e on le reformule mais en disant ce que nous, on a compris, euh, par exemple : « Je vais pas bien, je suis triste ! » Et l'autre personne, le médecin qui répond : « Je vois bien que vous êtes triste, parce que votre maman est très malade ! » Il a une explication euh… Qui n'est pas forcément l'explication du patient ! Et la dernière, le, le dernier item c'est l'écoute compréhensive, où là, on est dans la reformulation, dans la question… Plus dans les questions ouvertes, on ne porte pas de jugement ! Vous, dans une consultation de diététique, vous diriez que vous vous situez plutôt dans quelle dominante ?

Silence.

BC : C'est difficile…

DLG : C'est difficile, hein ! Est-ce qu'il y aurait deux…

BC : C'est difficile ! Moi, j'avais déjà un peu vu ça dans le modèle de Caliguri-Cambridge…

DLG : Mm !

BC : Euh… Fff ! Je sais pas trop quoi en faire pour moi ! Euh… Où est-ce que je me situe ? C'est compliqué parce que il y a des trucs c'est très frontière… Euh… J'essaye d'être dans l'écoute compréhensive, on va dire, forcément ! Parfois, je vais être trop… Je vais être dans le soutien, peut-être trop, je sais pas ! C'est difficile de s'en rendre compte ! Je suis pas… J'essaye de pas les culpabiliser, alors du coup, je passe trop dans le soutien excessif, je les maternise… Je suis pas sûr que ce soit ma manière de fonctionner mais peut-être ! Après parf… L'interprétation je l'utilise parfois mais… Dans l'entretien motivationnel, il y a des moments, ils nous encouragent à interpréter, à rajouter pour faire réagir le patient voir ce qu'il en pense ! Enfin je suis très, ou je minimise… Parfois, je vais plus vite, 'fin, je sens que ça sort pas alors je teste, par exemple, « est-ce que votre mère est malade ? », comme t'as dis ou… Et puis qu'ils me disent oui ou non, mais que… Au moins, ça me permet de me situer, donc euh… Je l'utilise plus pour voir comment il va réagir… L'enquête, ben je sais pas, ça peut arriver, en médecine, il y a des phases comme ça… Mais c'est difficile de me situer là-dessus !

AD : Moi, c'est… Pareil, j'essaye d'être dans l'écoute compréhensive, je pense que je suis trop dans le soutien, c'est sûr ! Je pense que des fois je suis pas du tout assez euh… 'Fin, pas « assez dure », mais je pense pas que je sois très… Euh, je sais pas comment dire ! Quand j'essaye de dire aux gens…

BC : Convaincante ?

AD : Ouais, voilà ! Je pense pas que je sois très convaincante ! A cause de ça ! Et puis sinon, pareil, je suis quand même des phases d'enquête, pour essayer de comprendre, 'fin de savoir, se poser des questions ! Je vais poser des questions mais j'évite, j'ai tendance à tellement pas les culpabiliser que… Effectivement…
BC : 'Fin, en même temps, si tu veux qu'ils reviennent…
AD : Ouais…
BC : Moi, c'est ça que je me dis, j'établis d'abord un lien de confiance et puis après on pourra… Mais je pense que… (*pointe le PowerPoint puis moi*) Ta description est meilleure que ce qu'il y a marqué sur le soutien, c'est maternel ! Qui doit ressortir de soutien et…
DLG : C'est « support » en anglais…
BC : … Et je sais pas si… Je suis pas non plus à (*fait le geste d'enlacer*)…
AD : Faut pas exagérer non plus, on fait pas la mère !
BC : Voilà ! Je pense pas !
DLG : 'Fin voilà, après les descriptions sont assez tranchés pour euh… essayer de se déterminer ! C'est pas forcément !
BC : Non mais voilà !
AD : On est disons, plus compatissants, en fait ! Ils sont bons vivants et… Parce que nous aussi, on est des êtres humains ! Et je sais pas, quand tu as un gâteau au chocolat, tu vas pas cracher dessus, 'fin…
DLG : Mm !
AD : 'Fin, moi je sais que… Voilà, je suis gourmande aussi, quand les gens me disent « Ah, bin je suis gourmand », je compatis parce que je vois ce qu'ils veulent dire, quoi !
DLG : Mm !
BC : Ca fait une différence entre sympathie et empathie.
AD : Ouais !
BC : C'est… Mais dans « j'accepte », c'est je soutiens, je suis compatissant, il y a jamais de limite !
DLG : Mm !
BC : Bref, on tend tous les deux vers l'écoute compréhensive !
AD : (*hochement de tête*) Mm !

DLG : *Rire*. Est-ce que vous pensez qu'un séminaire de diététique à la fac pourrait être utile pour les internes en médecine générale ?
BC : Mm ! Enfin, c'est sûr qu'il faut que ce soit pratique !
AD : Oui, avec des cas cliniques ! Et ce qui est bien, c'est leur… Jeu de rôle ! Parce que du coup, quand tu te retrouve à faire le médecin, face aux autres internes, et que tu sais pas quoi dire, euh… Je trouve que… C'est marrant !
BC : Il y a des internes qui vont mal le vivre ça…
AD : Oui, mais tu peux le faire sur tout l'internat, parce qu'il y en a toujours qui vont… Enfin, je pense qu'il y en a que ça dérange pas trop !
DLG : Enfin, ça, ça peut être fait en petits groupes, parce que c'est vrai que le faire devant tout le monde…
BC : Mais, c'est ça ! Enfin, c'est… Ce qu'ils font, essayer de trouver d'autres moyens, c'est bien mais après c'est vrai que de ce que moi, j'en entends, c'est pas très bien perçu ! Chez les internes, de faire des trucs très pratiques ! Enfin en même temps, si on fait… Parfois, les jeux de rôles, ça peut être intéressant aussi…
AD : C'est aussi intéressant quand c'est eux qui le font aussi, moi je trouve !
BC : Mais euh… Ouais ! Coller des post'it sur un tableau ! Ca, ça a fait un tabac chez les internes !
AD : Ah ouais ? J'ai pas trop apprécié, moi…
BC : Non mais je…
Rires
BC : Je sais que ça a pas trop marché, ça ! Je sais plus… Le « méta-je-sais-plus quoi »
AD : Le « méta-concept » ?
DLG : Le métaplan !
BC : Métaplan !
AD : Le méta-concept de la méta-analyse de la… (*Inaudible*)
DLG : Mais ça avait pas été utilisé à très bon escient, on l'a refait pour la diversification chez les enfants, les gens avaient vachement apprécié !
BC : C'est sûr que… en médecine générale
DLG : Mettre les post-it en mois : Tu mets « viande »… Où je le mets… 4 mois, 6 mois ?
AD : Ouais…
DLG : C'était très bien !
Silence.

Et sur un séminaire sur la diététique, vous seriez prêts à y passer combien de jours ? Un jour, Deux jours ? En durée ?
AD : De toute façon, un séminaire, c'est toujours ça de stage en moins ! Enfin, un jour, c'est déjà pas mal je pense!
BC : Un jour, c'est pas mal, deux jours euh…
AD : Faut trouver quoi dire pendant 2 jours, quoi !
BC : Moi, parce … Oui, voilà, faut trou… Y a sûrement de quoi dire ! Y a sûrement quoi dire !
AD : Oui ! Mais si on nous en dit trop, après dans la pratique, tu es perdu !
BC : Je préfère avoir 4 messages simples, 4 messages mais qui m'aident que 36 messages qui m'aident pas ! Donc, euh, pourquoi pas avoir des trucs de motivation, enfin, mais ça, on est sur mes trucs… Pourquoi pas avoir des trucs d'entretien motivationnel, ou de motivation, parce qu'il y a pas que l'entretien motivationnel qu'en parle ! Euh… D'un côté ! Et puis… Et puis… Et puis quelques messages rapides ou avoir une nutritionniste qui vient, mais choisir… Bien la choisir ! Avoir un peu de nutrition, des conseils simples ! Ou des fiches, comme ce que donne ta…
AD : Et puis, on a tous des notions, même de base, de nutrition ! Du style, lipides, voilà, on sait tous ce que c'est ! Faire donc juste un rappel sur… 1 heure !
BC : Sans trop insister !
AD : voilà pour la nutrition et plutôt faire de l'entretien motivationnel, sur la façon d'aborder le sujet… Je pense que ça, c'est vachement plus intéressant concrètement pour nous ! Tu peux pas arriver en consultation et dire les lipides, c'est ça, les glucides c'est ça… Les gens, ils s'en foutent quoi ! 'Fin ! Ca serait plus, ouais…
BC : Voilà ! Sans trop insister, mais avoir des fiches qui fassent qu'on soit plus confortable quand on va arriver au truc pur et dur de diététique quand on en discute… qu'on ait des trucs sur lesquels s'appuyer ! Bon, ben y a ça qu'est conseillé, moi je… 'Fin, je l'ai facilement sous la main ! Après, je pense que d'avoir un support, ça peut bien m'aider ! Et euh, nous fournir quelques supports, nous les expliquer un petit peu, dans quel esprit ils ont été faits, dans quel esprit éventuellement la personne l'utilise pour en revenir à sa pratique à elle ! Elle peut être plus ou moins d'accord ! Et puis après, passer le reste sur… Après, ce qui est embêtant, c'est que… C'est compliqué… De ce que j'ai compris, moi, c'est que les internes, quand c'est… Quand on vient sur des trucs plus d'entretien motivationnel ou des choses comme ça, c'est vite perçu comme ésotérique et ça accroche pas non plus ! (*sourire embarrassé*)
DLG : Ah, ouais, je sais pas, ça dépend euh… Ca dépend des internes mais ça dépend des possibilités de chacun, il y en a qui sont prêts à le faire, il y en a que ça heurte !
BC : C'est possible (*signe de négation de la tête*) ! Oui mais non ! Il y en a qui attendent des cours… Mais personne n'a raison ou tort !
AD : Oui, mais ceux qui attendent des cours, ils les ont déjà eu donc de toute façon, s'ils le savent pas là, ils vont pas le savoir plus apr… 'Fin !
BC : Ah, non, non ! Sur les cours, j'ai pas de…
AD : Autant faire quelque chose de différent !
BC : Mm (*hoche la tête*) !
AD : Enfin, moi, je sais que j'accrocherais beaucoup plus à…
BC : Cent pour cent d'accord !
AD : Enfin, pour avoir fait… Enfin, c'est pas tout à fait pareil, les groupes de pratique, au moins l'après-midi, enfin le mercredi, dans chaque département…
BC : Les groupes de … Les groupes de pratique, oui !
AD : Pour les avoir faits dans l'Indre, où c'était purement de la médecine générale, euh… Alors moi, j'étais en 3è semestre, j'avais jamais quitté l'hôpital, ils nous faisaient parler de cas cliniques et sans nous dénigrer, ils nous disaient… Ils nous parlaient du contexte familial et tout ça… Ben forcément, tu te posais jamais la question ! A l'hôpital, on pensait jamais à ça ! Et du coup, après, on y pensait plus et on en parlait ! On faisait de la médecine générale pure ! On en avait jamais fait, et là on avait trouvé ça hyper-intéressant ! Et en fait, c'est pas parce que t'as jamais fait d'entretien motivationnel ou… C'est vrai que si on, si on attaque pas les gens, 'fin nous, ils nous laissaient parler et puis ils nous posaient la question : « Est-ce que tu lui as demandé ça ? » « Non ! » « Ah, ben c'est normal, parce que tu es à l'hôpital, c'est normal que tu n'y aies pas pensé mais tu sais après, quand tu seras en consultation en médecine générale, ça c'est des trucs auxquels il faudra penser… C'est des choses que tu vas voir, tout ça ! » Et j'ai trouvé ça vachement intéressant, et on a compris mais tellement plus de choses comme ça ! Et après, j'avais eu un autre groupe de pratique dans un autre département que je ne citerai pas…
BC : Mm ! Tu peux le citer, hein !

AD : Ouais ?
BC : Enfin, bon, tu fais comme tu veux !
AD : Franchement, c'était nullissime, j'y suis allée une fois, j'y suis jamais retournée parce que… Par exemple, les AVC, les recommandations, c'était « il y a eu telle publication, dans telle revue… » (*Mime un tas de feuilles de papier*) avec ça de bibliographie !
BC : C'était quelqu'un du département de médecine gé…
AD : Euh, oui !
BC : enfin, on s'écarte !
AD : Oui, c'est (*inaudible*), c'est un groupe de pratique sur Blois ! Mais voilà ! C'était que de la biblio, c'était pas du tout dans la pratique, enfin moi, j'ai trouvé ça pas intéressant du tout et j'y suis jamais retournée et parce que la biblio, je sais pas, enfin, je trouve que c'était pas ce moment-là pour… T'es pas là pour apprendre à faire de la biblio ! Je trouvais que dans l'Indre, c'était mieux !
BC : Il y en a qui se plaignent que dans l'Indre, on fasse pas assez de biblio !
AD : Ah bon ??
BC : Oui !! (*Hoche vigoureusement la tête*)
DLG : Mais je…
BC : On s'écarte !
DLG : Oui !
AD : Ouais !
DLG : Mais quand tu es interne à l'hôpital, je pense que la biblio te rassure parce que c'est un fonctionnement d'hospitalier et que voilà… C'est…
AD : Après voilà ! Il y a certains internes qui sont un peu heurtés au début parce que les séminaires, c'est pas comme d'habitude ! Il y en a toujours qui seront pas réceptifs à ça !
BC : Tout à fait !
AD : Si on fait un séminaire comme d'habitude, il y en aura toujours la moitié qui…
Oui, puis bon après, c'est pas un séminaire obligatoire donc ça sélectionne aussi… Il y a des gens qui veulent venir !
BC : Il faut leur donner où chercher aussi, dans le séminaire, si on a besoin d'information, nous donner des pistes : « Ben, là c'est pas mal, là c'est pas mal… »
DLG : Oui, comme le CRAT quand tu veux préciser un truc du point de vue gynéco…
BC : Oui, voilà, comme le CRAT… C'est vrai que ça c'est… Ce site-là, une fois que tu le connais, c'est plus… T'es plus à l'aise avec les médicaments tout d'un coup ! Mais euh… Voilà, donner des pistes comme ça, c'est très intéressant ! Parce que, encore une fois, malgré tout, la recherche bibliographique, pour adapter, enfin… La pseudo-bibliographie, c'est trouver… Ca… Quand on a eu un problème et qu'on est tout seul, c'est pas mal ! Rechercher et trouver quelque chose d'adapté ! Après, effectivement (*signe de la main vers AD.*)…
AD : Faut un peu des deux je pense !
BC : Faut un peu des 2 ! Faut du partage d'expérience, des groupes de pratique, des groupes de pairs, effectivement…
AD : Mais la nutrition, c'est plus intéressant si c'est un peu partage d'expérience…
BC : Il y a des trucs aussi, on les saura que… Comme toi, tu vois, avec ton médecin… tu sais des trucs !
AD : C'est en la voyant faire que ça m'a intéressé !
BC : Tout à fait !
AD : Je n'étais pas intéressée par ça avant, hein !
BC : Tout à fait !

DLG : Ca va être la fin je pense… Ah non ! Est-ce que vous vous sentez efficace, quand vous faites de…
BC : Holà, on en a déjà parlé…
DLG : Parce qu'on en a parlé un peu quand on a parlé par rapport aux autres… Quand vous adressiez au spécialiste, on a un peu dévié sur vous… Mais vous, est-ce que vous vous sentez efficace ?
AD : Personnellement, pas trop !
BC : Impossible à savoir, et puis je revois pas les patients, pour moi, mon efficacité viendra si je revois les patients ! Si j'ai un suivi ! Je pense, en les voyant une fois, que mon objectif, c'est qu'ils viennent revoir le médecin que je remplace ! Ca, après, éventuellement, après, pour en reparler mais… Au moins de les rassurer… J'ai aucune idée de mon efficacité, qu'est sûrement pas très bonne mais de toute façon, je m'estime pas efficace ! Donc, euh… (*Se retourne vers AD.*)
AD : Moi, c'est pareil, même si j'en revois certains, euh… En général…
BC : Et puis je gère pas assez !
AD : … Je m'y connais pas suffisamment… Enfin, si quelqu'un a un problème de poids, je considère pas que je suis efficace !
BC : Par contre…
AD : Je crois pas que je pourrais être efficace...
BC : Tout dépend de ce que c'est efficacité, quoi ! Parce que si on le prend en termes d'atteinte des objectifs…
AD : BMI !
BC : BMI ou cholestérol euh… Je sais pas du tout, après…
AD : Etre bien dans sa peau !
BC : Voilà, j'essaierais d'obtenir des objectifs « être bien dans sa peau », de dédramatiser ou qu'ils comprennent ce qu'ils font sans se culpabiliser ou sans en rajouter, ça c'est d'autres objectifs donc… Ou des objectifs « être efficace », c'est qu'ils osent m'en parler ! En confiance aussi ! Que ce soit un travail sur des années, c'est aussi ça être efficace !
DLG : Mm !
BC : Parce que si on se fie que sur le BMI, ça c'est sûr, efficace, de ce que j'ai compris, on sera rarement efficace ! Donc ce sera trop désespérant ! Donc moi, j'essaye de me fixer des objectifs, au moins qu'on en parle, qu'ils sachent qu'ici, dans mon cabinet, ils peuvent en parler, que… Des choses comme ça !
DLG : Tu as des choses à rajouter ? (*m'adressant à AD.*)
AD : Ouais, moi je suis d'accord, je pense que de toute façon, on a pas la même implication quand on est remplaçant que quand on est installé, moi, il y a plein de choses, je me dis, « il faudra que je fasse ça, il faudra que je fasse ça ! » Mais pour le moment, je pose même pas la question… Enfin, il y a certaines pathologies où on se pose la question d'être efficace ou pas… Là, je me la pose même pas ! En tant que remplaçant, à moins de faire 10 ans au même endroit, je suis pas sûre qu'on puisse savoir si on est efficace ou pas ! (*se tourne vers BC.*) Bon, après c'est plus une sensation d'avoir réussi à parler de quelque chose à quelqu'un qui, on va dire : « au moins, on a réussi à débloquer ça, à parler de ça ! » Mais même moi, ça m'arrive pas souvent parce que c'est rare que les gens se livrent au remplaçant, c'est vrai !
BC : Mm ! (*hoche de la tête*) Tout à fait !
AD : C'est quand même vraiment exceptionnel, en général ils sont très attachés à leur médecin traitant ! Donc euh… Moi, ça m'est arrivé qu'une femme fasse un gros travail avec la nutritionniste, vienne me voir pour autre chose, et me ressorte « Je me suis faite violer par mon père, j'ai eu la mort de ma mère, ma sœur écrasée… » Elle m'a sorti tous ses problèmes psy d'un coup parce qu'elle en avait parlé avec ma collègue, « donc vous comprenez, c'est pour ça, je suis un peu grosse… » Donc là, tu dis… (*Lève les yeux au ciel*) Bon ben… De toute façon, c'est pas moi… Je vais rien faire, quoi ! Ca me concerne pas, c'est vraiment… Et j'espère que plus tard, ça se passera pas pareil ! En tant que remplaçant, c'et vraiment trop difficile ! Je sais que je vais partir, je vais pas proposer à quelqu'un de le suivre alors que je serai plus là dans 5 mois…
DLG : Ouais…
BC : Il faut toujours associer la psychologie analytique et comportementale, parce que, au final, ça l'avance peut-être pas de savoir pourquoi elle est grosse ! Des moments, je sens, chez les patients, il fau passer à l'action ! Ils ont fait que… Ils se contemplent, ils réfléchissent…
AD : Ils se trouvent des excuses, aussi !
BC : Bah, et puis après, ils ont raison d'avoir des excuses !
AD : *Rire*
BC : Mais… C'est pas parce que… Une fois, j'ai vu une patiente qui m'a expliqué pourquoi elle fumait mais alors elle e était revenue à des trucs… à son accouchement quand elle était née en disant qu'elle avait mis du temps à sortir… Donc elle manquait d'air… Donc (*mime le geste de tirer sur une cigarette*) c'est pour ça qu'elle aspirait de l'air… La technique de la fumée, de l'encens, ça faisait… Ca montait au ciel ! La spiritualité… Et j'ai fini, 'fin, je lui ai pas dit comme ça mais, au final, comment on fait pour que vous arrêtiez de fumer !!
Rires.
BC : Parce que au final, voilà, elle me disait tout ça mais « j'arrive pas ! » Oui, mais peut-être qu'il va falloir travailler sur les actions ! Ca c'est quelque chose qu'on nous apprend pas non plus pour euh… (*Fait un geste de boucler un cercle de la main droite*) La motivation ! Travailler… Ca marche pour la cigarette mais pour la diététique aussi ! C'est… Savoir pourquoi, c'est pas… C'est pas toujours suffisant ! Je voulais dire autre chose mais je sais plus… Je voulais rajouter, mais c'était avant ! Bon ben non !
DLG : Ca te reviendra peut-être demain !
BC : Je t'envoie un texto, tu rajoutes…

AD : Rajouté, euh…
BC : Voici un texto, reçu à 14 h 14…
Rires

Ajout BC. Après avoir coupé la caméra : un autre frein : pas persuadé qu'on va améliorer la santé des patients en les faisant maigrir.

ANNEXE 12 : entretiens avec les professionnels de santé

Entretien MS1 (35 min)

DLG : Ma première question, c'était quelle est votre formation en diététique ?
MS1 : Alors, ma formation en diététique ! Dans mon cursus en effet en deuxième cycle, on avait un certificat de nutrition. Ben, à l'Hôtel Dieu c'était le temple de la diabétologie, de l'éducation avant l'heure donc je pense aussi qu'on a bénéficié de ça ! Ensuite et ben… Quand on est interne, on n'a pas tellement de formation de nutrition si on va pas chercher les renseignements de nous-mêmes… Donc en fait, moi j'ai été voir un peu les diététiciennes dans les services de diabéto dans lesquels je suis passée ! Notamment à la Source parce que j'ai commencé là-bas ! Mais c'est vrai que… Ben on apprend un peu sur le tas ! A l'époque il y avait pas d'outil internet, pas de réseau, il n'y avait pas tout ça ! Donc euh… Ensuite j'ai fait un DU de nutrition en plus de ma formation à Nancy ! Qui était à la fois théorique et un peu pratique ! Donc c'était sur deux années ! Avec un mémoire à la fin donc ça m'a aidée. Après je suis revenue assistante à Orléans, donc … Après c'est… On connaissait les bases via l'expérience pratique, le DU de nutrition et puis les diététiciennes ! Donc à l'hôpital, ben c'est vrai que c'était pratique car on consultait, les gens, ils venaient, on prenait un rendez-vous avec la diététicienne et ! On se déchargeait des choses ! Bon, et puis après comme on connaissait les données, quand on revoyait les gens en consultation, on pouvait les interroger un peu sur comment ils mangeaient, sur la manière… On pouvait leur demander de noter aussi ce qu'ils mangeaient pour voir un peu l'équilibre et ré insister sur les choses qui convenaient pas ! Puis quand je me suis installée… En ville… en là, il n'y avait plus de diététicienne, y'avait plus rien, surtout que le problème des diététiciennes, c'est que c'est pas remboursé, donc y'a beaucoup de gens qui ne veulent pas y aller ! Et euh… Ben là j'ai fait à mon avis ce que fait un peu la diététicienne, j'ai fait des enquêtes alimentaires toute seule ! En interrogeant les gens sur leurs habitudes alimentaires ! Et donc ça, des enquêtes alimentaires, je crois que le mieux pour apprendre à en faire… C'est d'aller avec une diététicienne et de voir comment ça se fait pour éviter les pièges, là vraiment c'est de la pratique et je pense que l'on peut donner plein de notions théoriques ! Tant qu'on a pas fait de pratique à ce sujet les gens vont dire : « bah non je mets… » Il faut vraiment être… Inquisiteur ! Je dirais, sans l'être ! Parce que si vous avez l'impression de cuisiner votre patient, il va pas vous répondre ! Mais il y a beaucoup de gens qui ne se rendent pas compte de ce qu'ils font, donc c'est sûr que il faut… Faut vraiment… Ca prend du temps ! Donc c'est pas toujours facile à faire en ville ! Mais il y a des choses quand même ! En ce qui concerne le diabète, il y a des choses simples : des légumes, des féculents, ça c'est des choses ! Il y a des basiques qu'on peut dépister, tout le monde ! Sans avoir une formation particulièrement développée. Ca c'est… Donc moi, ma formation ça a été à la fois pratique « sur le tas » entre guillemets avec notamment… Avec des diététiciennes pour voir comment elles faisaient ! Et puis aussi un peu dans notre DU nutrition et puis dans notre DESS d'endocrino-diabéto, on avait quand même des travaux à faire et on a fait des choses sur l'alimentation qui étaient pas… Qui étaient dans notre cursus si vous voulez.
DLG : Et c'était comment du coup, c'était des mises en situation ?
MS1 : Alors non, non ! On avait pas ! A l'époque ça se faisait pas tout ça. On avait des travaux, des recherches biblio et on présentait nos exposés, on avait ces fameuses réunions sur l'inter-région, il y avait des thèmes définis ! Donc ça pouvait être le diabète. On avait… Donc en fait la nutrition était pas abordée… Parce que c'était pas un DESC nutrition c'était un DESS d'endocrinologie- maladies métaboliques et on avait la nutrition qui était abordée dans la diabétologie, dans la dyslipidémie ! On a fait un peu de truc sur le poids mais pas beaucoup parce que… Il y a 25 ans c'était pas des choses… On en parlait moins que maintenant !
Et donc on avait…On avait de la biblio à faire et des exposés ! Et après on était corrigés et y'avait des autres internes qui participaient mais on n'avait pas de jeu de rôles, on avait pas de mise en scène ! Tout ça, ça se faisait pas à l'époque ! Alors ça, c'est devenu maintenant, dans les formations où je vais aujourd'hui il y a des mises en situation, de jeux de rôles, mais ça fait10-15 ans, ça ! J'ai fini mon internat en 1991, donc c'était déjà il y a quelques temps, on faisait pas ça ! Du tout ! C'était beaucoup plus bibliographique ! Et puis après, avec les patients !
DLG : Oui !
MS1 : En consultation ! On apprend un peu sur le tas ça c'est sûr ! Mais moi, je crois que passer, faire des enquêtes et assister à des enquêtes faites par la diététicienne c'est un très bon moyen aussi de compléter la formation théorique qu'on a !
DLG : Il y a des internes effectivement qui me l'ont rapporté…
MS1 : Ah c'est ! Vraiment, je crois que c'est très enrichissant, c'est la vraie vie, hein ! Elles connaissent les pièges, elles connaissent un peu comment les gens mangent donc il y a des questions qui reviennent assez facilement… Il y a plein d'habitudes qu'on retrouve chez tout le monde donc c'est pas compliqué non plus, une fois qu'on connait les mécanismes… On apprend ça, ça se dépiste assez facilement ! Les grosses erreurs, ça se dépiste vite après !
DLG : D'accord ! Quels patients recevez-vous pour des problèmes diététiques ?
MS1 : Alors ! J'ai des gens qui viennent pour perdre du poids parce qu'ils veulent maigrir sans forcément de raison autre que le poids ! J'en ai pas beaucoup parce que comme on n'est pas nombreux, le fait qu'on a beaucoup de délais, il faut vraiment que ça soit des gens motivés ! Parce que les kilos des maillots de bain, ça on les voit pas.
Rires
On a beaucoup de diabète… Et on a un peu de dyslipidémie ! Et… Quelques fois, quelques personnes qui ont des problèmes digestifs, des colopathies ou… Oui, des colopathies pour des régimes sans résidus etc. Mais on en a pas beaucoup, ça ! Par contre c'est vrai qu'en médecine générale, là, vous devez en avoir donc c'est bien de connaître les principes ! Parce que ça change la vie des gens !
DLG : Mm ! Quel âge ont à peu près les patients que vous recevez ?
MS1 : Alors là on a tous les âges !
DLG : Tous les âges ?
MS1 : Même le poids, même le poids ! Bon, moi le poids quand ils sont d'un certain âge je ne veux pas qu'ils maigrissent parce quand ils sont trop âgés… Ils risquent…Mais sinon on a des gens, je dirais… Des gens de 20 à 70 ans, à la limite ! On a vraiment toutes tranches d'âges. Les gens pour le poids seuls, c'est souvent des gens jeunes, mais pas toujours… Parce qu'il y a souvent des prises de poids à la ménopause ! Le diabète… Ben, euh…On a le diabète gestationnel aussi donc elles, il leur fait des conseils simples et vite ! Et alors là, on se fiche de ce qu'elles ont fait avant c'est très clair c'est tout de suite et ça dure pas mais voilà ! Donc on fait pas d'enquête on leur dit il faut faire ça, ça et ça et pas autre chose ! Mais c'est les seules fois où on est…
DLG : Directif ?
MS1 : Directif et c'est pas négociable ! Il y a le bébé et c'est pour le bébé qu'on fait ça. Euh…Et puis on a des diabétiques type 1 aussi donc on essaie eux de les conseiller, alors on s'aide beaucoup pour ceux qui sont à l'insuline avec toute la structure hospitalière, l'insulinothérapie fonctionnelle etc. Puisque maintenant ils ont une nourriture beaucoup plus… Entre guillemets « standard » par rapport aux gens de leur âge et ils adaptent leur dose d'insuline en fonction de ce qu'ils mangent et pas l'inverse ! Donc là ça s'est beaucoup développé sur les diabètes de type 1 donc moi c'est vraiment… Ils vont à l'hôpital de temps en temps donc on profite pour aller voir la diététicienne et ceux qui sont motivés c'est bien de faire l'insulinothérapie fonctionnelle où on leur apprend leur dose d'insuline qui leur faut pour vivre et après leur dose d'insuline qu'il leur faut en fonction des grammes du sucre qu'ils mangent en fonction des heures de repas parce que c'est pas forcément la même chose ! Mais ça c'est vraiment de la spécialité ! Je dirais, c'est plus… Sur l'insulinothérapie fonctionnelle je dirais même un diabétologue en ville, il peut faire la suite mais il ne peut pas l'instaurer c'est trop compliqué parce que… Donc là ça dépasse à mon avis largement le domaine de la médecine générale, sans être absolument désagréable… C'est… C'est… Et puis ça ne concerne pas grand monde au final. Non c'est le diabète de type 2 surtout !
DLG : Le diabète de type 2 surtout !
MS1 : Ouais, ouais ! Le diabète de type 2 on a… C'est sûr que les conseils alimentaires sont des fois donnés… Des mauvais conseils sont

parfois donnés par des médecins qui pensent donner des bons conseils !

DLG : Mm !

MS1 : Et ça c'est catastrophique ! Parce que des fois en mangeant mieux, ça suffit à équilibrer un diabète ! Donc c'est ceux là qu'il faudrait qu'ils soient au moins adressés dans une structure où il y a de la diététique que ça soit un spécialiste, que ça soit une diététicienne, que ça soit un réseau parce que ça… Dans le diabète de type 2, euh, la diététique et l'activité physique c'est 70% de la glycémie donc c'est quand même, la balle est dans leur camp, à condition qu'on leur donne les moyens… Et les connaissances pour y arriver.

DLG : D'accord… Ca vient à la question suivante : quels sont les patients qu'un médecin généraliste devrait selon vous, vous adressez ?

MS1 : Et ben euh…C'est sûr que les… Alors les types 2 je pense que c'est bien…Alors ça dépend ! Un médecin généraliste s'il y a des connaissances au niveau de la diététique, qu'il a des trucs pour stimuler les gens pour qu'ils bougent, il fait bien… Le travail est fait ! S'il a pas de connaissances suffisantes en diététique, qu'il s'y perd un peu, vaut mieux qu'il passe la main pour que nous on redonne les consignes éventuellement, qu'on conseille le réseau ou éventuellement une hospitalisation quand les gens aiment bien une hospitalisation de jour ou de semaine et après on les renvoie au médecin qui aura aussi des données puisque la diététicienne aura noté des choses qui permet après de voir ce qu'on leur conseille ! En pratique parce que quand on met au régime à 400 calories et 180 grammes d'hydrate de carbone ça doit pas vous parler beaucoup ! Alors que si vous avez tout ce qui est écrit ! Avec les équivalences ! Ca vous permet après de discuter avec le patient avec les conseils alimentaires qu'on leur a donné et donc ça après c'est pas compliqué à mettre… Non ! Ça peut être compliqué de mettre en application mais c'est pas compliqué de vérifier si c'est fait ou pas parce qu'il suffit de demander un peu aux gens comment ils mangent et puis on peut les faire noter aussi donc après voilà. Mais c'est vrai qu'il y a des … Il y a longtemps j'avais fait une formation il y a quelques années sur… Vers Châteauneuf et j'avais dit parce qu'ils me disaient « enlever les féculents » c'était… C'est vrai qu'il y a 25 ans, on ne mettait pas de féculents donc les médecins généralistes qui ont été formés il y a 30 ans, quand ils voient des diabétiques, ils conseillent : « il faut arrêter les féculents ». Alors maintenant on en met ! Ca a changé ! Ils avaient pas forcément l'information. Et j'avais dit il faut arrêter de leur dire de pas manger de féculents, faut mettre des patates ! Et alors ils avaient dit « ah oui faut patater » J'ai dit voilà ! Et ben ils patatent. C'était… Voilà ! Et vraiment ça avait été une révélation parce que ils étaient restés aux conseils d'il y a 30 ans !

DLG : 30 ans !

MS1 : Et c'est indispensable de mettre des sucres lents et des légumes ! Donc faut pas dire aux gens des féculents faut leur dire ce que c'est. Donc ça prend du temps, donc faut que le médecin ait le temps, quel qu'il soit ! Il faut qu'il connaisse… Etsi vous avez un médecin généraliste qui a des connaissances diététiques pour ça, il est pas obligé de venir voir le diabétologue ! Les diabétiques, nous, on les voit quand les médecins arrivent pas les équilibrer, donc si c'est parce qu'ils connaissent pas la diététique donc voilà, s'ils connaissent la diététique et que le traitement de base ça va pas et qu'ils savent pas lequel choisir après, c'est là où on intervient, on sera plus sur un avis médical mais on vérifiera quand même la diététique ! Et l'activité physique !

DLG : Et est ce qu'il y a des pathologies où… Que vous pensez qui ne sont pas du ressort du médecin généraliste ?

MS1 : Pour la nutrition ?

DLG : Oui.

MS1 : Pff ! Vraiment euh… Il faut des choses extrêmement rares oui : des gens qui n'ont plus d'estomac donc des trucs compliqués mais c'est pas le quotidien… Les gens qui n'ont plus d'estomac généralement ils ont été opérés donc ils savent que… ils ont vu que… Les gens qui ont un problème pancréatique important et qui ont des régimes très spécifiques mais…Euh… La majorité des patients, à mon avis, peut passer par un médecin généraliste ! Le problème du médecin généraliste c'est qu'il a pas de temps ! En fait, nous quand on écoute nos confrères, ils disent « moi j'ai pas le temps ». Tu dis il faut vérifier. Evidemment nous des fois les diabétiques ils restent plus d'une demi-heure en consultation !

DLG : C'était ma question : quelle est la durée de vos consultations ?

MS1 : C'est le problème, un diabétique qui arrive, moi généralement euh je peux pas tout faire car entre l'examen clinique, rechercher toutes les complications… Est-ce qu'il a eu tous les examens… La diététique et l'activité physique, on peut y rester trois heures ! Donc de toute manière au bout d'un certain temps il imprime plus rien, donc c'est pas la peine... Donc en fonction de l'état, on va cibler plus une urgence et après on revient dessus ! Mais un diabétique on y passe une demi-heure ! Une diététique, quelqu'un qu'on voit pour un régime seul on en a bien pour une demi-heure, et on les revoit, moi, je leur demande de noter ce qu'ils mangent ! Quand c'est que pour le régime, que c'est que pour perdre du poids, je leur demande de noter ce qu'ils mangent, alors éventuellement pas tout le temps mais de me tenir un cahier alimentaire sur une quinzaine de jours avant que je les revois ! Pour qu'on rediscute de ça et qu'on voit avec eux en fonction de ce qu'ils mangent, leurs habitudes alimentaires, comment ils arrivent à concilier les conseils ! Et les conseils quand c'est que pour du poids, les conseils, c'est de se rapprocher d'une alimentation plus équilibrée, mais c'est pas forcément tout faire bien ! Ca sera pas les mêmes conseils à un diabétique où c'est sa santé qui va être en jeu ! Que c'est si parce qu'il veut perdre 10 kilos parce qu'il a pris 10 kilos en 20 ans ! On ne sera pas sur les mêmes objectifs. Donc… Et puis un diabétique doit toujours associer des légumes et des féculents ; quelqu'un veut juste perdre du poids, il peut juste éventuellement prendre des féculents à un repas et des légumes le soir ça c'est pas gênant pour sa glycémie, puisqu'elle est normale. Donc après… Et puis pour les gens qui ont des problèmes de cholestérol et de triglycérides, c'est vrai que… le cholestérol pur je sais bien qu'on a des médicaments qui sont hyper efficaces mais quand ils mangent beaucoup, beaucoup d'apports… Il serait quand même intéressant de demander aux gens, mais ça je pense que n'importe qui peut le faire : combien de fois par semaine ils mangent de la charcuterie, combien de fois par semaine, ils mangent des œufs, combien de fois par semaine ils mangent du fromage ! Parce même si on a des médicaments qui sont très efficaces, ils peuvent peut-être réduire un peu ce qu'ils mangent ! Parce que des fois c'est éloquent ! Mm, mm, parce que moi, j'ai des gens qui arrivent à 80 ou 100 gramme de fromage par jour. Bon ! Peut-être qu'avant de donner un médicament s'il n'y a pas d'autre… Et ça c'est des questions qu'on peut poser. Alors le cholestérol, alors les triglycérides, c'est vrai qu'il y a le poids, le sucre, le gras c'est compliqué… Les triglycérides c'est mixte, y'a l'apport … y'a si on perd du poids ça fait baisser, si on réduit l'alcool ou les choses sucrées ça fait baisser. Donc il y a ces trois paramètres là c'est un peu plus compliqué, ça ressemble plus au problème des diabétiques donc le médecin pff… Ca le gonfle un peu ! Mais le cholestérol, quand même, des fois… On se dit quand même… Le médicament…Ca veut pas dire qu'on le mettra pas mais quand même. Faudrait peut être revoir des notions de bases, parce que là, moi ça me fait hurler ! Je ne dis pas, évidemment, s'il a fait un infarctus, c'est sûr qu'on se pose pas la question !Mais la statine en prévention primaire quand les gens mangent vraiment n'importe quoi, faudrait peut-être quand même commencer par manger un peu mieux, je trouve… Et ça…

DLG : Normalement c'est ce qu'on nous a appris.

MS1 : Oui ben ! C'est ce qu'on vous a appris mais c'est pas ce qu'on fait. Donc c'est pas …. Parce que ça prend du temps ! Bien sûr, on l'apprend toujours ça ! C'est la théorie. Et puis après quand y'a plein de monde dans la salle d'attente pff… aller voilà aller hop et c'est vrai que le cholestérol il va bien.

DLG : Quel est le coût d'une consultation ?

MS1 : Le coût ? Euh 46 euros, euh ça dépend, euh c'est compliqué. Une CS c'est 46 euros. Donc euh oui c'est 46 euros.., parce que ça dépend mais là les C2 on les revoit pas donc c'est pas des gens comme ça. Les C2 c'est 44 maintenant. Moi je suis en secteur 2.

DLG : D'accord.

MS1 : En sachant que quand les gens ils ont pas beaucoup de sous, quand ils sont à 100%, on les prend à 100%... Donc dans ce cas-là, ils payent même pas… Avec la carte vitale ! On débourse rien !

DLG : D'accord et pour les gens qui sont…

MS1 : Si vous voulez, voilà, pour les gens « standards », c'est 46 euros !

DLG : D'accord ! Et sur cette partie-là, qu'est-ce qu'ils ont de remboursé ?

MS1 : Euh… C'est sur un montant de 23 euros !

DLG : D'accord !

MS1 : Voilà ! Alors, après, me demandez pas combien ils en ont de remboursé parce que entre le 1 euro qu'est prélevé de je sais pas quoi… Le pourcen… Voilà !

Rires.

DLG : Et il faut qu'ils viennent, déclarés par leur médecin traitant !
Le téléphone sonne.
DLG : Allez-y…
MS1 : Non, non, c'est le fax, ça ! A cette heure-là, je suis plus là ! Tant pis, vous aurez un doux bruit de fond ! C'est pas grave !
DLG : Comment se déroule une première consultation ayant pour thème central la diététique ?
MS1 : Alors, déjà, en général les gens ils viennent, c'est par un médecin, hein ! Je veux dire, c'est exceptionnel que je voie des gens qui arrivent spontanément ! Donc, déjà, je refais le tour des antécédents médicaux, familiaux… Savoir s'il y a pas de diabète dans la famille… S'ils ont pas fait de diabète gestationnel… Euh… Les médicaments qu'ils prennent ! Et puis après, ben… On les fait un peu raconter leur histoire pondérale ! Depuis quand ça date, à quel âge c'est arrivé ? Les régimes qu'ils ont faits, les évènements qui ont marqué… Et puis après, moi, je m'interroge… Je les interroge sur comment ils mangent ! Généralement quand ils prennent rendez-vous, on leur demande de noter avant sur une semaine comment ils mangent ! C'est sûr que quand on note, ça fausse ! Quand vous notez, vous faites plus attention que quand vous notez pas ce que vous mangez !
DLG : D'accord !
MS1 : Donc, on sait qu'on a tendance à sous-estimer parce que les gens vont avoir tendance à ne pas manger certaines choses en se disant : « Ah, bé, là, quand même, ça fait peut-être beaucoup…. » C'est pas qu'ils notent pas, c'est qu'ils réduisent leur alimentation quand ils prennent conscience de ce qu'ils mangent ! Ca, ça arrive ! Et après, j'essaye de leur modifier leur alimentation en tenant compte de leurs goûts, de leur mode de vie… C'est-à-dire que si vous commencez à 6 heures du matin et que vous déjeunez à 2 heures, c'est pas pareil que si vous déjeunez à 8 heures-midi-18 heures… De leur mode de vie… C'est aussi leur métier, est-ce qu'ils ont des enfants, pas d'enfants, est-ce qu'ils sont mariés ? Est-ce qu'ils vivent seuls ? Ils mangent pas de la même manière ! DE leur activité physique éventuelle ! Mais je leur donne pas un régime tout prêt, tout fait ! JE le fais avec eux, en fonction de ce qu'ils ont mangé et de ce qu'ils mangent d'habitude, en fonction de leur goût, en changeant petit à était et d'essayer d'améliorer les choses, les plus grosses erreurs ! Alors, les plus grosses erreurs habituellement, c'est : pas de repas le midi ou pas assez ! C'est : du grignotage parce qu'ils ont faim parce qu'ils ont pas mangé assez ! C'est tout ce qui va être riche en matières grasses parce que ça apporte pleins de calories et que ça prend pas de place ! C'est pas forcément un régime équilibré !
DLG : Mm !
MS1 : Et après, au fur et à mesure, j'essaye petit à petit d'améliorer les choses… Mais ça sert à rien de changer d'un coup toutes les habitudes des gens, ils ne le feront pas ! Parce que les habitudes alimentaires à 20 ans c'est foutu ! Donc vous voyez ! Déjà, même pour vous ! On est conditionné, toute notre enfance de ce que représente la nourriture, la nourriture, c'est pas que de se nourrir pour pas mourir de faim ! Il y a pleins, pleins de choses derrière et il faut en tenir compte ! Sinon, c'est pas la peine ! Et il y a des fois, je dis aux gens, le problème, c'est pas votre nourriture, c'est votre tête ! C'est le psychiatre !
DLG : Mm !
MS1 : Des fois, je leur dis : « Non, vous ne maigrirez pas ! Ou alors ça ne tiendra pas ! » Moi, ce qui m'intéresse c'est qu'ils perdent du poids, un peu de poids pas forcément autant qu'ils veulent … Alors ça, je le marque dans le dossier combien ils veulent perdre. « Je vous dis ce que je pense, moi ! Je le note ! Et puis dans quelques mois, on en reparlera ! » Comme par hasard, mes objectifs, ça leur plait bine après ! Parce qu'il y en a, ils veulent perdre 30 kg, il y a pas de problème ! La vie est belle ! Or, moi, ce qui m'intéresse, on sait que quand on perd… Quand vous perdez 10% de votre poids, si 5 ans après, vous l'avez pas repris, ce poids-là ! Pratiquement, vous êtes sauvé ! Et il y en a 90-95% qui le reprennent ! Ce qui m'intéresse, moi, c'est qu'ils adoptent une meilleure hygiène de vie, même si elle est pas parfaite, et que ça dure ! Voilà ! Donc, c'est pas les régimes protéinés, c'est pas du tout ça ! Très clairement ! Moi, c'est : rééquilibrer un petit peu, limiter la casse ! Pour d'autres… Ca dépend comment vous mangez ! Mais là, il suffit déjà de peu de choses pour que ça aille mieux !
DLG : Donc, à la fin de la première consultation, vous avez analysé avec le patient ce qu'il mange, essayé de rectifier certaines choses…
MS1 : Oui, voilà, je leur écris à la main les conseils que je leur donne pour le petit-déjeuner, le déjeuner, le diner… Eventuellement les collations etc. Et puis, je les revoie généralement au bout d'un mois ! Avec au moins 15 jours d'enquête alimentaire ! Après, ça dépend, il y a des gens qui travaillent en trois-huit, alors je leur demande 3 semaines ! Pour voir comment faire en fonction de leurs horaires ! Et puis, on refait le point parce que des fois, ils ont besoin… Il leur manque des choses ! Je leur dis de noter au fur et à mesure s'ils ont des questions ! Auxquelles on peu répondre ! Parce qu'on pense pas à tout, hein ! Il y a trop de choses ! Et puis petit à petit, on travaille là-dessus ! Et on fait le ménage généralement, au fur et à mesure, ils arrivent à gérer leur truc ! Au final, ils en ont un peu assez et c'est eux qui réclament la stabilisation ! Des fois c'est moi, je dis : « Bon, là, ce serait bien, on avait dit que ! Etc. » Et, en fait, la stabilisation elle est simple parce que, pendant toute cette période-là, on a travaillé sur l'équilibre alimentaire ! A chaque consultation ! Donc après, ils savent que s'ils ont mangé un truc un peu riche… Ils peuvent rectifier le tir s'ils ont mangé une quiche, c'est gras, donc ils peuvent réduire la matière grasse sur le repas d'après ! Mais qu'il faut quand même manger ! Ils acquièrent au fur et à mesure des bases ! Après, s'ils sont bien dans leur tête et bien généralement les choses… Ils arrivent à stabiliser leur poids sans trop de difficulté ! Ca m'arrive de les revoir plus tard s'ils ont repris parce qu'il y a eu un évènement, parce qu'il y a eu un deuil, il y a eu… un licenciement… un divorce… des choses comme ça ! Donc ! Ca peut bouger sur le poids ! Ils ont besoin d'être de nouveau encadrés ! Mais… C'est pas des objectifs énormes, ils perdent pas beaucoup au final ! Mais généralement, ils reprennent pas !
DLG : Mm !
MS1 : Sauf ceux qui reviennent pas ! Parce qu'ils sont pas contents parce que ça va pas assez vite ! Moi, je leur dis : « Ca ira pas vite ! Le but, c'est de rééquilibrer votre alimentation ! »
DLG : Les durées de suivi, vous diriez que c'est à peu près combien de temps ?
MS1 : Six mois-un an ! A peu près !
DLG : Mm !
MS1 : On en a quelques uns, exceptionnels, qu'on voit une première fois, qu'on revoit six mois après pour la stabilisation : « Ben, vous m'aviez dit de faire comme ça ! »Ils disent : « J'ai suivi ! » C'est tellement rare que quand… D'autres : « Vous m'aviez dit qu'il fallait que je voie un psychiatre parce que c'était dans ma tête que ça allait pas ! Ben voilà, ça y est, c'est fait ! Ben oui, ben maintenant, je suis là pour perdre du poids ! » On en a quelques uns quand même, ça fait plaisir ! *Rire*. Voilà !
DLG : Utilisez-vous des outils en consultation de diététique ? Vous avez parlé du semainier…
MS1 : Alors le semainier ils font ça sur des feuilles à eux, hein ! Ou alors sur Internet… Moi je suis ouverte à tout, je suis pas figée ! Donc il y a même des gens, ils m'envoient ça par internet ! Ils me le mailent et puis moi, je regarde ça et puis je leur dis ce qui va, ce qui va pas ! Euh… Souvent, ils viennent avec leur petit carnet, machin ! Sinon, après, moi, sur la diététique pure, j'ai pas de régime tout prêt, de choses comme ça ! Du tout !
DLG : D'accord !
MS1 : On a des fiches pour les gens : Cholestérol, hypertriglycéridémie ! Cholestérol, c'est bien parce qu'on a tous les aliments riches en… Et… Ca peut aider en médecine générale ! Je pense que quelqu'un qui a un cholestérol, si vous avez pas beaucoup le temps, vous lui donnez une fiche ! C'est les labos qui le font en général ! Au moins contre le cholestérol ! Elles sont pas mal faites… Et ça permet déjà de voir comme ça ce que ça donne ! Les triglycérides, le problème c'est qu'il faut voir la glycémie avec, il y a le glycérol…
DLG : C'est un peu plus compliqué !
MS1 : Oui ! Parce que s'ils ont les triglycérides et le cholestérol et que vous mettez les fiches, ils mangent plus rien ! Donc, faut se méfier ! Hein !
DLG : Donc, finalement, le régime, vous l'établissez au fur et à mesure… A la fin de la consultation, vous remettez une ordonnance avec vos conseils ?
MS1 : Oui ! Voilà ! Tout à fait !
DLG : D'accord !
MS1 : Et pas de médicaments ! Et puis de conseiller aussi de bouger ! Puis de leur dire, voilà ! Qu'en fait, ils viennent de leur propre gré, c'est pas pour … On est pas flic, hein ! Donc il faut pas qu'ils me racontent des choses pour me faire plaisir ! Moi, je veux dire… On est pas là pour les juger ! Parce que les gens ils ont toujours peur du jugement ! Des fois, ils disent : « Oh, j'ai failli annuler parce que j'avais honte de venir vous voir parce que j'ai pas maigri ! »
DLG : Mm !

MS1 : Tout ce qu'il y a dans le poids, c'est ! A la fois du psy et de la diététique ! C'est impressionnant !

DLG : Au niveau de la relation, vous diriez que vous travaillez comment avec ces patients ? Par rapport à la diététique ?

MS1 : C'est-à-dire ?

DLG : Est-ce que vous êtes plutôt directive…

MS1 : Moi, je conseille ! J'explique que c'est leur vie, pas la mienne ! Bon, je le dis pas comme ça ! Et que… S'ils y arrivent pas, il y a pas de honte ! Faut essayer de trouver des solutions ! Non, je suis pas directive, je suis pas là à les engueuler parce qu'ils ont pas grossi ! Parce qu'ils ont grossi, pas maigri… C'est pas mon genre ! Quand je râle très fort, c'est quand le diabète va pas !

DLG : Mm !

MS1 : Donc, quand le diabète va pas parce qu'ils font n'importe quoi ! Là, je peux très bien monter le ton ! Mais quand on a le droit de pas y arriver parce que… Il y a pleins de raisons ! Parce que… Mais quand on en a pas envie, qu'on fait aucun effort et qu'on est à 3 g de glycémie et qu'on attend que ça vous tombe dessus ! Là, faites-moi confiance que le ton change… Et c'est marrant, généralement, ces gens-là y réagissent très bien ! Donc je leur dis : « Ecoutez, vous avez peut-être passé l'âge, hein ! Moi, je sui spas vos parents pour vous donner une fessée ! » Mais voilà ! Il me dit : « Ah, vous étiez pas contente ! » Mais ça, c'est pas pour les gens qui ont du poids, c'est vraiment pour les gens qui ont un diabète et qui font n'importe quoi ! Les gens diabétiques qui mangent des cochonneries ! « Ah, ben oui, mais il y a machin qui est passé… Ah ben oui, ben oui ! » Moi, je dis : « Ben oui mais le jour où votre diabète, il sera passé dans vos yeux, dans votre cœur et dans vos reins, vous direz pas que c'est la faute à personne ! » Là, la santé est en jeu, c'est pas le même discours !

DLG : Je comprends !

Rires.

DLG : De ce que vous m'avez dit, il y a déjà des choses qui recoupent ma question mais qu'est-ce que vous faites qui est transposable à une consultation de médecine générale ?

MS1 : Oh, ben ce que je fais, c'est… Tout le monde peut faire ça, je veux dire ! Mais ça prend du temps ! DE demander aux gens leur mode de vie, comment ils mangent, quels sont leurs horaires, qui il y a à table, je pense que c'est pas une qualification particulière d'avoir fait de la diabétologie ! C'est tout à fait faisable ! Ca prend du temps… Ca prend de l'énergie ! Parce que c'est des gens qui sont souvent en souffrance psychologique les gens qui ont un problème de poids ! Et… Ben… Il faut beaucoup d'énergie ! Mais ça, je crois pas que ce soit donné forcément à tout le monde ! Mais… A partir du moment où vous êtes pleine de bonne… La bonne volonté suffit pas ! Faut quand même cadrer ! Mais après, n'importe qui peut… enfin, n'importe qui ! A partir du moment où vous avez des connaissances médicales, on peut le faire, hein ! A la limite un cardiologue, il pourrait le faire aussi ! S'il le voulait ! Bon, il est peut-être un peu rigide le cardiologue dans l'absolu… Encore que ! Ca change ! *Rire*. Mais je veux dire, de faire une enquête alimentaire, de donner des conseils… Même de donner des conseils simples au début ! Quelqu'un qui se plaint de son poids, vous pouvez dire éventuellement : « Je peux pas approfondir mais déjeunez, mettez un petit peu de protéines donc un petit peu de viande, un petit peu de poisson, ça, faites plutôt cuire à l'eau ! Réduisez un petit peu la matière grasse quand vous cuisinez ! Au lieu de prendre la bouteille, au pif, prenez la cuillère et versez et réduisez un petit peu ! La vinaigrette, mettez-en un petit peu moins ! Evitez de manger le fromage, mangez le qu'une fois par jour ! Mangez pas des crèmes desserts ! Mangez plus de féculents et de pain si vous avez faim ! » Parce que les gens ont tendance à enlever les féculents et en fait ils ont faim et après ils grignotent ! Ca, c'est des conseils que l'on peut donner sans avoir fait une grosse enquête alimentaire ou pas d'enquête alimentaire si les gens demandent simplement des conseils ! Leur dire : Manger un peu de tout ! Fromage, une fois par jour ! Charcuterie, éviter ! Mettez plutôt moins de sauce et mettez toujours des féculents et des légumes et puis 1 fromage ou 1 yaourt et puis 1 fruit ! Rien que ça ! Réduisez les boissons sucrées… Réduisez le vin ! Ca, déjà ça, pour plein de gens, de savoir qu'ils ont de droit de manger des féculents, que le volume n'équivaut pas aux calories ! Les gens disent : « Mais, je mange rien, Docteur ! » et je me suis fait avoir une fois avec une patiente il y a pas longtemps… J'étais avec son médecin traitant au téléphone, qui est diabétique ! Et je dis : « Ouais, mais elle mange mal ! » Et pour moi, elle mange mal, c'est que le soir elle mangeait pas assez et qu'elle mangeait du genre une soupe, un bout de fromage et au lit ! Avec l'insuline, c'est pas terrible ! Et la fille était là, je l'ai revue et elle m'a agressée, elle m'a dit : « Oui, vous dites que ma mère, elle mange mal, mais c'est pas vrai, elle mange pas beaucoup ! » Et tout, et tout ! Mas j'ai pas dit qu'elle mangeait beaucoup ! Justement ! Elle mange mal ! Il manque des choses ! Et vous voyez comment… Il faut énormément se méfier de ce qu'on dit ! Alors ça, évidemment, vous avez beaucoup plus d'enseignement nous ! Nous, on avait pas, c'était sur le tas ! Et tous nos préjugés qu'on a, nous, nos aprioris, faut les enlever quand vous êtes dans ce genre de choses ! Pas avancer à leur place ! Et il faut se méfier de ce que l'on dit, de bien être sûr qu'ils ont compris ce qu'on voulait leur dire et pas qu'ils aient interprété ce qu'on a dit ! Donc toujours essayer de faire reformuler… Cette phrase qu'on vous sort à toute les sauces mais c'est vrai que… Cette fois-ci je l'ai pas dit dans le sens : « Vous mangez trop ! » Mais vous mangez mal, c'est vous mangez trop dans la tête des gens ! Or le volume, c'est pas les calories Or les gens vous disent : « Mais je peux pas tout manger ça ! Tout ce que vous m'avez donné ! » Alors je leur dis : « Réduisez les quantités si ça fait trop mais gardez l'harmonie de ce que j'ai donné ! » Parce que ça, c'est équilibré ! Et le volume, ça cale ! Et le dire de mâcher ! Ca, le fait de mâcher, de mastiquer… Il faut au moins mâcher 20 minutes pour avoir de la satiété ! Faut expliquer ce que c'est que la satiété ! Les gens ils savent pas ! Le mot satiété, ils vous regardent… Sachez-le ! C'est pas… Faut expliquer que bah… Il faut un certain temps pour comprendre que le corps, il a plu faim et puis qu'on ait vraiment une impression agréable d'avoir bien mangé ! Ca, ils comprennent ! Mais la satiété, pff ! Non ! Beaucoup de gens savent pas ce que c'est !

DLG : Vous parliez des habitudes de vie, ça… Comment est-ce que vous l'avez découvert, c'est l'habitude ?

MS1 : Ah ben ça, c'et du bon sens ! C'est-à-dire que quand vous avez trois gamins le matin à préparer et que vous avez l'heure et qu'il faut tout faire ! Ben, souvent, le petit déjeuner, il saute parce qu'il faudrait se réveiller un quart d'heure plus tôt et que quand on se lève à 6h30, on a pas envie de se lever à 6h15 ! Ca, c'est la vie je dirais ! *Rire*. Je crois que c'est tout simplement ça, il y a des moments, on manque de temps pour soi aussi donc euh… Et puis je pense que les diététiciennes m'ont… Les diététiciennes s'intéressent au mode de vie des gens ! J peux pas vous dire de quand je sais ça, mais… Ca fait longtemps ! Mais je pense aussi que c'est… Les diététiciennes, elles demandent toujours le travail, qui fait à manger… Si c'est la personne qu'on a, si c'est le mari, si c'est la femme ! Si c'est les deux etc. Parce que c'est important, ça !

DLG : Est-ce que vous, vous adressez des patients ?

MS1 : Oui, j'adresse des patients aux diététiciennes ! De ville ! Pour ceux qui ont… Pour ceux qui peuvent éventuellement se prendre en charge etc. J'en adresse au réseau Diabolo ! L'hôpital, elles sont saturées, donc euh ! J'adresse les patients diabétiques qui ont déjà été hospitalisés et éventuellement pour revoir une diététicienne de l'hôpital ! Parce que sinon, elles prennent pas de… Voilà !

DLG : Et qu'est –ce que vous attendez des professionnels à qui vous adressez ?

MS1 : Alors quand j'oriente vers de diététiciennes, moi, je leur fais un mot, hein ! Ben justement parce que c'est des gens qui ont besoin d'être plus cadrés, avoir plus de conseils pratiques ! Moi, je peux pax leur dire, leur faire les menus de la semaine ! Il y a des gens qui ont besoin… Qui savent pas manger ! Qui savent pas cuisiner ! Qui ont vraiment besoin de recettes, de conseils ! Et ça les diététiciennes, c'est vraiment leur travail, je veux dire ! Mais je leur dit : « Voilà, il faut un régime autour de tant de machins, tant de trucs, aux trois repas, bidule… » J'explique un peu le contexte et après, elles suivent ! Il y a des diététiciennes qui font des ateliers de groupe aussi à Orléans ! Donc… Les gens, ils savent même pas éplucher des légumes, hein ! Donc le problème, il est… Basique ! Les surgelés, ça va, c'est déjà épluché ! Ouais… Mais…Non, c'est assez impressionnant ! Donc les gens savent pas faire la cuisine, de moins en moins donc il faut des fois apprendre des choses simples ! Et ça, c'est voilà ! Ils ont besoin de beaucoup plus d'aide et beaucoup plus de rendez-vous qu'on va donner… Voilà ! Et le réseau, il y a des gens qui ont vraiment besoin d'être encadrés !

DLG : Mm !

MS1 : C'est leur mécanisme, ils ont besoin… Il y a l'effet de groupe avec le réseau ! Mais il faut qu'ils laissent la place, après !

DLG : Oui, pas toujours évident !

Rires

MS1 : Non, pas toujours évident !

DLG : Est-ce que vous prescrivez des régimes ? Vous avez un peu répondu tout à l'heure…

MS1 : Oui, je leur prescris… Mais je préfère dire… J'en prescris pas vraiment ! Je préfère parler de rééquilibrer l'alimentation ! Le mot « régime » c'est un peu restrictif dans le terme ! C'est plutôt équilibrer l'alimentation… Donc ça m'arrive de faire des calorimétries parce qu'à l'hôpital, de la même manière, on a possibilité d'en faire ! Des gens, on a l'impression qu'ils mangent pas grand-chose, on trouve rien ! C'est des fois intéressant parce que des fois leur métabolisme il est vraiment très bas ! Donc ces gens-là, j'aurais tendance à dire on fait déjà un maintien du poids ! « Parce que vous avez un métabolisme qui est faible, essayez d'avoir de l'activité… Mais ce sera toujours difficile pour vous donc il faut pas vous mettre en tête de… » Voilà ! Ca permet de relativiser ! De rassurer les gens aussi ! Qu'on dise pas : « Ouais, si t'es gros, c'est que tu manges ! » Association qu'on a tous en tête !

DLG : Et on mange mal, on mange beaucoup !

MS1 : Voilà ! C'est pareil !

DLG : Comment est-ce que vous faites pour parler de votre travail aux médecins généralistes ?

MS1 : Eh ben euh… Il y a eu des réunions avec Diabolo, on a fait des réunions avec des laboratoires… On a des laboratoires qui ont fait des réunions, des FMC qui font des réunions… Donc, dès qu'on parle diabète ! Moi, les régimes pour maigrir, je fais pas de pub parce que… Je le fais parce que ça fait partie de ma spécialité ! Mais on est tellement peu nombreux, on a tellement de travail ! Que je cours pas après.

Interruption par appel téléphonique

MS1 : Donc pour la diététique, oui, ça c'est quand on parle du diabète, on leur rabâche toujours, on leur dit toujours : « appelez-vous, les règles hygiéno-diététiques ! Vous savez !»

DLG : Ouais, ça on en a beaucoup discuté…

MS1 : L'activité physique, vous savez ?

DLG : Et les patients que vous suivez, il y a un rythme auquel vous renvoyez des courriers au médecin généraliste par rapport à ce que vous faites?

MS1 : Oh, ben généralement, pour les régimes seuls, au premier, puis de temps en temps ! Les diabètes, c'est à chaque fois ! Moi, je rédige un courrier à chaque consultation ! Les patients en général, pour les régimes, quand c'est que de la diététique pure ou du poids, je leur écris pas tous les mois parce que ça devient pas très intéressant… Sauf s'il y a un événement majeur ! Mais les autres patients, c'est à chaque consultation que je fais un courrier, moi !

DLG : Bon, c'est vrai que c'et une question plus prévue pour les diététiciennes dont les internes se demandent comment on fait le retour !

MS1 : Oui, tout à fait !

DLG : C'est vrai qu'entre médecins c'st des choses qui sont plus faciles, plus…

MS1 : Non, non ! Mais c'est systématique, hein !

DLG : Est-ce qu'il y a des choses que je n'ai pas abordées qui vous partiraient ?

MS1 : Ben, écoutez, je crois pas parce que je vous ai déjà dit des choses avant… Ce qui est logique, hein ! Non ! A priori je pense qu'on a vu à peu près… L'ensemble des choses !

DLG : Donc les médecins généralistes peuvent faire de la diététique s'ils en prennent le temps et…

MS1 : Complètement ! Si ça les intéresse ! Si ça les intéressent pas, il faut pas qu'ils en fassent ! Quand vous faites un truc qui vous intéresse pas, c'est pas la peine ! Quelque soit… On peut pas s'intéresser à tout ! Et la médecine générale, ça touche à tout ! Il ya des gens qui aiment mieux des choses… Il faut pas faire des choses qu'on fait sous la contrainte ! Parce que le poids, c'est déjà une contrainte pour les patients, si en plus pour le médecin, c'en est une… A mon avis, l'échec est très vite atteint ! Mais oui… Faut vraiment… Faut être motivé !

DLG : Et après au niveau des techniques, vous diriez que ça peut aller du simple conseil à des choses plus poussées ?

MS1 : Complètement, complètement ! Ca dépend du caractère des gens, ça dépend du poids à perdre, ça dépend de la santé ! Et puis ça dépend… Oui, je veux dire, enfin voilà ! Ca dépend du temps qu'on a aussi ! C'est sûr que les diététiciennes, bon pas à l'hôpital parce qu'elles sont débordées ! Mais en ville, elles ont plus le temps ! Le problème, c'est qu'elles sont pas remboursées ! Ca, ça bloque beaucoup de gens ! Cela dit, ça les bloque pas d'aller faire une couleur chez le coiffeur ni d'aller s'acheter un paquet de cigarettes tous les jours ! Donc ça, je leur dis des fois aussi qu'il faut…

DLG : C'est des questions de priorité…

MS1 : Oui, c'est des questions de priorité ! Complètement ! Des fois, il faut peut-être se dire que… Faut peut-être relativiser ! Les gens, tout leur est dû aussi ! Alors, ceux-là, pour les faire maigrir ! C'est difficile !

Entretien D0 (47 min)

DLG : Ca explore… Donc, je commence par la première : Quelle est votre formation en diététique ?

D0 : Alors moi, j'ai fait un BTS diététique, donc, c'est après un bac scientifique, de préférence, de toute façon, c'est mieux pour l'obtenir ! Euh, il existe aussi un DUT !

DLG : Mm !

D0 : Je pense que vous êtes au courant… Euh, voilà, en fait il y a deux métiers qui amènent … Deux diplômes qui amènent au même métier, voilà… Bac plus deux.

DLG : D'accord, donc le DUT est accessible… Il faut avoir fait…

D0 : Alors, le DUT… Il est avec un bac scientifique aussi !

DLG : Mm !

D0 : Euh, sur dossier !

DLG : D'accord !

D0 : Euh, le plus proche est à la fac de Tours ! En fait, c'est un DUT biologie option diététique, enfin, biochimie option diététique. Euh, voilà, c'est sur dossier, donc c'est les meilleurs dossiers qui passent ! Donc ça commence à avoir le vent en poupe, la diététique, donc il y a beaucoup de dossiers, peu d'élus ! Mais du coup, celles qui arrivent, euh… A être sélectionnées… Ont leur DUT !

DLG : Mm !

D0 : Euh, en BTS c'est plus compliqué parce qu'en fait, il y a deux types de… Enfin, deux moyens de se former ! Soit en Lycée d'enseignement supérieur, euh… Qui sera gratuit et qui sera sur le même mode de fonctionnement que l'IUT, à savoir, sélection sur dossier, assez sévère, et donc avec d'excellents taux de réussite à l'examen ! Et après, une multitude d'écoles privées qui euh… Qui proposent des BTS avec une formation… De plus ou moins bonne qualité et donc avec des résultats aussi de plus ou moins bons… Avec de plus ou moins bons taux de réussite ! Euh, pour ma part, moi j'ai fait avec le CNED !

DLG : D'accord !

D0 : Euh, puisqu'en fait, c'est une reprise d'études ! Donc, moi, je l'ai fait avec le CNED ! Euh, donc, formation à la maison avec des bouquins à étudier et euh… Des stages obligatoires à faire comme dans l'autre cursus normal… Euh… Que j'ai faits et voilà ! Ça s'est bien passé, je l'ai eu !

DLG : D'accord ! Euh, quels patients recevez-vous pour des problèmes diététiques ? Quels types de patients ont reçoit ? Quel âge, quelles pathologies est-ce qu'ils…

D0 : On reçoit alors… On reçoit de tout !

DLG : Mm !

D0 : Ca va de l'enfant à l'adolescent qui commence déjà à présenter des surcharges pondérales plus ou moins fortes ! Avec lesquels il faut revoir un peu les bases de la diététique ! Ce que c'est que l'alimentation équilibrée, les quantités adaptées à l'âge, adaptées à l'activité physique etc. Euh, après, on va avoir euh… Une population euh… D'adultes ! Type, euh, allez, de la jeune femme de 20 ans jusque un monsieur de 48… Voilà, jusqu'à même des personnes âgées ! Euh… Plus de femmes que d'hommes ! Et à chaque fois… On va dire dans 95% des cas, c'est dans une démarche d'amaigrissement !

DLG : Mm !

D0 : Euh, avec une surcharge pondérale plus ou moins forte ! Alors, en général, c'est une surcharge pondérale assez simple… Enfin, assez simple ! Tout est relatif bien sûr ! On va dire, 10-15 kg ! Mais ça peut être juste 2 kg !

DLG : Mm !

D0 : Donc c'est plus de l'amaigrissement de confort et d'esthétisme ! Il y a pas… Pas de but de santé ! Après, c'est parfois… Il y a parfois une démarche… Dans les 5% qui restent, il y a parfois une démarche associée avec un but de prévention de santé… Donc ça peut être : éviter le diabète, ça peut être un peu baisser son cholestérol, ça peut être limiter son hypertension, ou éviter l'apparition de l'hypertension ! Voilà ! Extrêmement peu de régimes spécifiques euh… De type maladie cœliaque, rectocolite hémorragique euh… C'est extrêmement rare ! Euh, ça m'est arrivé mais c'est extrêmement rare ! Euh… Très, très peu de cas de prise en charge d'anorexiques…

DLG : Mm !

D0 : Là, en général, il y a tout un réseau de praticiens en collaboration, donc soit en milieu hospitalier, et nous, on peut pas traiter une anorexique euh…
DLG : Mm !
D0 : C'est juste, en consultation diététique ! C'est pas suffisant ! Ou alors parfois, quand j'en ai quelques-unes, elles sont en plus prises en charge par le psy euh… Elles ont aussi vu un endocrino… Ou été reçues à l'hôpital. Voilà ! Mais jamais de toute façon individuellement, c'est toujours un travail collectif de praticiens ! Euh, après, on a les personnes âgées ! Donc les personnes âgées… Ça peut être des hommes comme des femmes, je dirais, là ça doit être « moit'-moit' » à peu près !
DLG : Mm !
D0 : Là, il y a peut-être plus une démarche santé que amaigrissement pur euh…
DLG : Mm !
D0 : Ou esthétique ! Mais il y en a aussi ! Mais là, il y a plus une dimension santé !
DLG : Vous, ça vous arrive de recevoir en consultation des personnes âgées pour des problèmes de dénutrition ?
Silence.
D0 : Très rarement ! Ils sont… Non ! Très rarement ! Enfin, ça m'est arrivé… Enfin, je me rappelle, allez, de 2-3 cas donc, sur 5 ans d'exercice, c'est isolé !
DLG : Mm !
D0 : Non, c'est très rare ! C'est quand même plutôt toujours une démarche d'amaigrissement avec en plus euh… Un problème d'hypertension associée, un problème de cholestérol associé, un problème de diabète associé… Ou des problèmes de transit ! Très, très courant chez les personnes âgées ! Euh… Souvent un problème de transit associé ! Soit sur de la constipation sévère soit diarrhée chronique !
DLG : Et les enfants, vous diriez à partir de quel âge à peu près ?
D0 : Oh ! J'en vois dès 5 ans !
DLG : Ouais !
D0 : Dès 5 ans, dès 6ans ! Et j'en vois de toutes les tranches d'âge !
DLG : D'accord ! Pour des problèmes de surpoids essentiellement ?
D0 : Oui !
DLG : D'accord !
D0 : En général, je n'en vois pas, moi, des diabétiques, parce qu'ils sont bien pris en charge à l'hôpital. Donc on les voit pas ! En consultation de ville ! Euh… Donc c'est en général des cas « simples » de surcharge pondérale simple. Enfin, ou d'obésité mais pas de complications encore, annexes !
DLG : Mm ! Quelle est la durée de vos consultations ?
D0 : Alors, la première consultation, qu'est une consultation de bilan, moi, elle dure une heure et demie en moyenne !
DLG : Mm !
D0 : Une heure un quart à une heure trois quart ! Des fois ! En fonction du patient ! Une heure et demie en moyenne, dans lequel au départ, ben, je pose plein de questions très diverses euh… Ben, de l'état civil déjà tout simplement ! S'il y a une prise de médicament, s'il y a une analyse de sang récente, s'il y a de l'activité physique, s'il fume, euh… Si la femme est ménopausée, si elle l'est pas, si elle est réglée si c'est une jeune fille euh… S'il y a une contraception euh… Ce genre de… Ils me racontent un peu l'évolution de leur poids ! Parce que souvent, il y a une demande d'amaigrissement ! Euh… Leurs antécédents familiaux, éventuellement, voilà ! S'il y a déjà des gens diabétiques dans la famille… Euh ! Ce qu'ils font comme travail ! Enfin voilà, ça balaye quand même déjà pleins de choses ! Ensuite, enfin, je les fais monter sur ma super-balance !
DLG : D'accord !
D0 : Qui fait une analyse de leur composition corporelle ! Donc, je les mesure, je les pèse, je prends aussi tour de taille, tour de hanche en étant dans une démarche d'amaigrissement ! Euh… Oui ! Une des premières choses que je leur demande, c'est ce qu'ils viennent faire ici ! Enfin, le motif de la consultation ! Euh… C'est pas moi qui décide pour eux, en plus en fait ! *Rires*. C'est important ! Euh… Donc, voilà, une analyse de composition corporelle, je les pèse, je les mesure, je les remesure parce qu'en fait euh… Les adultes ça fait souvent très longtemps qu'ils ont pas été mesurés !
DLG : Mm !
D0 : Donc je les mesure, je les pèse, on fait une analyse de la composition corporelle, on fait mesure du tour de taille, tour de hanche s'il y a une démarche d'amaigrissement. Je leur propose aussi de faire une photo éventuellement, de face, de profil, pour qu'on puisse voir après une évolution dans le temps !
DLG : Mm !
D0 : Pour qu'ils puissent mieux s'approprier leur image !
DLG : Mm !
D0 : Euh, voilà ! Je leur explique les résultats ! Ensuite, ben, je leur demande de m'expliquer comment ils mangent ! Je fais une enquête alimentaire ! Euh… Je leur pose plein de questions ! Et puis après, avec tout ce qu'ils m'ont raconté par avance, et bien je vois avec eux ce qui sera le plus adapté pour eux… Euh… Personnaliser ! Alors euh… Voilà ! Qu'ils repartent avec des conseils, qui sont normalement, enfin, j'espère ! Qui soient, avec mon ressenti personnel et le leur, le plus adapté possible à leurs possibilités, leurs compétences, leurs capacités et… De manière à ce qu'ils essay… Enfin, qu'ils puissent obtenir des résultats !
DLG : Vous les revoyez au bout de combien de temps ?
D0 : Je leur propose de les revoir… Alors, quand on est dans une démarche d'amaigrissement, je leur propose de les revoir à peu près tous les mois !
DLG : D'accord !
D0 : De faire une consultation à peu près mensuelle ! Les consultations de suivi, elles durent un peu moins longtemps, à peu près ¾ d'heure !
DLG : Mm !
D0 : Et elles sont moins chères aussi ! J'ai pas dit le coût de la première, moi, je fais payer 56, 43 euros en suivi !
DLG : D'accord !
D0 : Euh… Je suis la plus chère de l'agglo ! Enfin, d'Orléans, en tout cas !
DLG : D'accord !
D0 : Je pense, maintenant ! Enfin, je sais qu'il y en a certaines qui commencent à s'aligner vers moi car elles savent que j'ai du travail donc euh…
DLG : Mm !
D0 : Y a pas de raison ! Donc, je pense que je suis encore la plus chère malgré tout ! Donc, euh… En suivi, ça dure ¾ d'heure ! En général, on re-pèse les gens… On refait un peu le point sur ce qui s'est passé dans le mois écoulé… On reparle des objectifs, de la répartition dans ce qu'on a mis en place, enfin… De comment ça a été vécu… De leur vie en général ! De savoir aussi comment ils vont !
DLG : Mm !
D0 : Moralement ! Voilà ! Et puis après enfin voilà, selon les résultats… On rajoute des choses, on explique des trucs… Voilà ! Et ils repartent ! Normalement remotivés !
DLG : D'accord ! (*rire*)
D0 : Avec soit la même chose à appliquer, soit d'autres choses à appliquer euh… Voilà !
DLG : Au cours de la première consultation, vous fixez avec les patients un objectif de perte de poids ou…
D0 : Jamais ! Très souvent, ils me demandent combien ils vont perdre !
DLG : Mm !
D0 : Je leur dis ! Alors, ce qui est un standard, c'est-à-dire les recommandations officielles, c'est-à-dire à peu près 2 kg par mois quand on veut faire un amaigrissement de bonne qualité ! Voilà ! Après, il y a les patients qui perdront « que » un kilo tous les mois et les patients qui en perdront 3 à 4 par mois !
DLG : Mm !
D0 : Ca dépend de leur observance, ça dépend de leurs capacités à faire les choses euh… Plus ou moins sé… Euh, ouais ! Plus ou moins strictement ! Plus ou moins longtemps… Ca dépend !
DLG : D'accord ! Donc, là, le coût de la consultation, vous en avez déjà…
D0 : Euh, par contre, en terme de fréquence, sur des enfants par exemple !
DLG : Mm !
D0 : Des enfants, des ados, je veux pas les voir tous les mois !
DLG : Mm !
D0 : Parce que justement, je veux pas contrarier. Par rapport à un adulte, qui sera vraiment dans la démarche, au départ, de faire un « régime », entre guillemets !
DLG : Mm !
D0 : Sa demande, quand il rentre, c'est je veux faire un régime pour perdre tant ! Donc, moi, déjà, ils font pas de régime ! Première chose ! Euh… Mais comme ils sont quand même dans une démarche volontaire, euh… Dynamique pour… Pour euh… Entretenir cette motivation, je leur propose le suivi, enfin, suivi ! Mensuel ! Mais qu'on adapte ! Il y a des patients qui ne viennent que tous les 2 mois !

D'autres tous les mois et demi, d'autres tous les 3 mois… Enfin, c'est complètement variable ! En général, c'est quand même plutôt un suivi mensuel ! Sur les enfants, je ne veux pas qu'ils se sentent au régime !
DLG : Mm !
D0 : Je veux pas qu'ils se sentent… Qu'ils aient la pression… Enfin voilà ! Je veux qu'ils apprennent à manger mieux ! Euh… Et qu'on essaye pas forcément de viser un amaigrissement ! C'est ce que je leur explique, qu'on essaye plutôt de les laisser grandir ! Et donc là, du coup, on est plutôt sur un suivi trimestriel ! Seulement !
DLG : Mm ! Pour qu'ils se sentent pas fliqués !
D0 : Voilà ! Et donc c'est vrai qu'après c'est plutôt aux parents, mamans de faire le relais mais bon… Ca marche ! Parfois très bien…
DLG : Mm !
D0 : Parfois ça marche pas, mais je suis pas sûre que ce soit un problème de fréquence de visite chez moi !
DLG : Mm !
D0 : Qui fait que ça marche pas bien !
DLG : Donc, là, vos consultations ne sont pas remboursées… Il y en a certaines qui sont prises en charge par la mutuelle ?
D0 : Alors, les consultations en général, sont pas prises en charge du tout par la sécurité sociale ! Par contre, il y a certaines mutuelles qui commencent à proposer des remboursements. Donc ça peut être euh… Une consultation, la première ! Euh… Un petit peu sur chaque pendant 5 consultations, puis plus rien ! Il y a des mutuelles, c'est un forfait annuel ! Donc, une fois que c'est épuré, c'est épuré ! Quel que soit le nombre de consultations donc, euh ! Ca dépend ! Il y a des mutuelles qui font rien ! Encore !
DLG : Alors, comment se passe une première consultation ayant pour thème central la diététique, ça vous en avez parlé, euh… les consultations ultérieures aussi ! Vous les re-pesez, euh…
D0 : Mm ! On refait le point ! Oui, donc souvent, on refait une pesée, euh… Et puis après on refait le point sur leur moral, sur leur motivation, où ils en sont, ce qu'ils ont fait, comment ils se sentent… Euh, voilà !
DLG : Vous leur faites remplir des semainiers pour voir ce qu'ils ont mangé ou pas ?
D0 : Alors ! Dans ma façon de faire en tout cas, je veux que ce soit le moins contraignant possible pour le patient ! Donc il y a des patients qui sont demandeurs !
DLG : Mm !
D0 : Donc s'ils sont demandeurs et qu'en effet, ça peut les aider et qu'ils veulent remplir un relevé alimentaire, et ben voilà ! Ils le remplissent !
DLG : Mm !
D0 : Euh… Sinon, la plupart du temps, je ne leur fait pas remplir !
DLG : Mm !
D0 : Mais après, certaines fois, euh… Par moment ! Dans les phases de travail qu'on fait ensemble, je vais leur demander ponctuellement, peut-être sur une semaine, de le faire !
DLG : Mm !
D0 : Et c'est intéressant, parce que justement, si c'est pas fait !
DLG : Mm !
D0 : Ça prouve aussi la motivation… La… Voilà ! Et puis à coté de ça, j'ai des patientes qui m'envoient leur relevé alimentaire toutes les semaines, par mail ! Pour que j'en discute avec elles, soit je leur renvoie un mail, soit je les rappelle pour leur dire… J'ai regardé, voilà c'est bien, vous vous en êtes bien sortie sur ce coup-ci ! Tatati, tatata ! Il y a encore cette petite boulette-là, que j'ai pu remarquer ! Bon !
DLG : D'accord ! Est-ce que vous utilisez des outils en consultation de diététique ? Recueil alimentaire, ou des fiches que vous remettez en consultation au patient ?
D0 : Alors, moi, je remplis un petit dossier que je me suis fait informatiquement !
DLG : D'accord !
D0 : Je… fais… Je prends une feuille blanche pour faire l'enquête alimentaire que je garde !
DLG : D'accord !
D0 : Après, j'utilise, ben, les disques d'IMC… Quand ils me disent, enfin voilà ! J'utilise les disques d'IMC, j'utilise les feuilles de croissance pour les enfants !
DLG : Mm !
D0 : Ce genre de chose, pour les garçons et pour les filles, pour pointer quelques trucs et puis je fais une photocopie et je laisse des fois un exemplaire… Ou s'il y a un carnet de santé, je le pointe directement sur le carnet de santé !
DLG : D'accord !
D0 : J'utilise les disques d'IMC, bien sûr, je leur donne… Je vais vous en montrer un ! Je leur donne l'analyse de leur composition corporelle. Donc ma balance, enfin du coup mon ordinateur leur sort ça ! **(***Masque le nom du patient, je filme la page*) Donc dessus, on a l'analyse de l'IMC, le poids, la taille, si c'est une femme, la répartition corporelle, donc je leur explique tout ça ! Je leur laisse.
La feuille A4 contient un tableau, un schéma corporel annoté de camemberts par région corporelle et un diagramme en camembert : chacun reprend la répartition en masse musculaire, masse graisseuse ou autre.
DLG : D'accord !
D0 : Puis, ben, quand ils sont dans le suivi, on refait une pesée à un instant t donc on a encore cette feuille-là, avec les évolutions !
DLG : Mm ! D'accord !
D0 : Et puis, j'ai aussi une feuille qui a l'évolution des masses grasses dans chaque partie du corps !
DLG : D'accord !
D0 : Avec un autre type de graphique, c'est assez visuel ! Les patients aiment bien, aussi ! Donc, du coup, ils repartent avec ça plus leurs conseils, que je tape au fur et à mesure qu'on en parle ! Et que je leur donne !
DLG : D'accord ! Je vois que vous avez quelque chose sur les portions alimentaires !
D0 : Oui ! Evidemment, ça, on travaille beaucoup avec ça (*attrape un livret de feuilles plastifiées et le feuillette*) ! Donc voilà ! Je m'en suis encore servi ce matin ! Alors, ça dépend des patients ! Mais il y a des patients avec lesquels on a du mal, on se dit qu'on est peut-être pas sur des portions standards...
Je filme une page montrant horizontalement un même type d'aliment (ligne 1 châtaignes, ligne 2 : riz, ligne 3 : semoule) dans des portions de plus en plus importantes dans le même type d'assiette.
Et donc du coup, on travaille avec eux, par exemple sur la quantité de beurre qu'ils mettent sur les tartines, je leur montre la photo, euh… Vous connaissiez, ça ?
DLG : Non, je ne connaissais pas !
D0 : Donc on leur montre et on leur dit : « Alors, quand vous mettez du beurre sur la tartine, ça donne quoi visuellement ? Est-ce qu'on voit des trous ? Est-ce qu'on voit pas les trous ? » (*Montre la page à la caméra*) voilà ! Alors ce genre de truc, ça permet de nous aider un petit peu à travailler, quand ils nous disent « je prends du pain de mie ! » « Oui, alors c'est la grande tranche ou la petite tranche ? »
DLG : Mm !
D0 : « Oh, ben, alors, je n'en sais rien ! », « On va regarder ! » et hop ! « Ah oui, ben, c'est plutôt celle-là, en effet, ça ressemble plus à ça ! » Enfin, les quantités… de pain… Et puis après, il y a vraiment plein d'infos sympas, quoi ! Il y a des choses qui sont moins évidentes mais… Le fromage ! Visuellement, ils ont vraiment du mal à se rendre compte ! Mais bon, voilà, une banane, on se rend bien compte, hein ! Et on a parfois aussi… Des fois j'y ai recours aussi, quand ils me disent « Je prends un whisky. » « Oui, alors vous prenez dans quel verre ? »
DLG : Ouais !
D0 : « Dans celui-là ? Mais alors, est-ce que c'est cela la dose ? » »Oh, ben alors, non ! Ca monte beaucoup plus haut ! » *Rire*. Voilà !
DLG : Ouais, mm !
D0 : Donc voilà, oui, je me sers de cela aussi ! Je me sers… Je me sers… Et surtout de ça ! Voilà !
DLG : Mm ! D'accord !
D0 : Ca, et puis après j'ai des petites choses que j'ai faites, euh… Alors, dans ma façon de travailler, je leur donne très peu de documents !
DLG : Mm !
D0 : Parce que je me suis rendue compte que plus on leur en donnait, moins ils les lisaient !
DLG : Mm !
D0 : Et même quand je leur donne qu'une feuille… Ils arrivent à me dire qu'ils avaient pas… Qu'il y avait ça d'écrit dessus !
DLG : Mm !
D0 : Donc, du coup, je suis partie du principe que plus on leur en donnait, moins ils en lisaient ! Donc du coup je fais vraiment au cas par cas ! Donc il y a des patients pour qui je vais éditer une liste des équivalences de fruits, une liste toute simple, euh…
DLG : Mm !
D0 : Ceux qui me disent : « Ben, oui, je sais pas quoi manger comme légume… », je vais leur sortir la liste des légumes que j'ai faite, pour leur donner des idées ! Pour certains, ils me disent « Ouais, mais moi, je sais pas quoi manger ! », je leur donne des idées de menu !

DLG : Mm !
D0 : Que j'ai fait, voilà, il y a un peu de tout, c'est varié ! Il y a une entrée, un plat, un fromage, un dessert, c'est pour leur donner des idées… C'est pas mal !
DLG : D'accord !
D0 : Après, ponctuellement, quand j'ai une demande particulière… Donc là, par exemple (*montre, sur son bureau*), j'ai un petit truc, un comptoir sur mon bureau où ils peuvent prendre ce qu'ils veulent ! Donc il y en a qui en prennent, il y a un peu de tout ! Il y en a qui prennent rien… Et puis après plus spécifiquement, par exemple quand j'ai une femme enceinte, je vais lui donner une petite doc qui est très très bien faite qui est dans mon placard, là… Je lui donne une petite liste, j'ai une petite doc qui est très bien faite sur la femme enceinte et pour la femme allaitante ! Donc je leur donne par exemple comme ce que j'ai pu leur expliquer !
DLG : D'accord ! Ca, c'est des documents qui vous sont fournis euh…
D0 : Là, par exemple, ça peut être par le biais du PNNS. Euh, en général, je vais chercher au CODES quelques docs ! En fonction de ce que j'ai besoin… Ou alors à Diabolo, comme ils sont gentils (*rires*), de temps en temps, ils m'en donnent ! Ou j'en récupère sur des salons, enfin… Ou j'en reçois… Et puis après, dans les outils que j'utilise, j'ai répertorié quelques livres de recettes euh… Que je trouve intéressantes, euh voilà… Donc de temps en temps, quand ils me disent « Oui, mais je sais pas comment cuisiner diététique ! Je sais pas trop ! », ben je leur file euh… Je leur prête ! 2 ou 3 bouquins, que j'ai et qui sont bien faits, qui sont faits par des gens sérieux, en qui ils ont confiance et qui… Voilà ! Ils piochent, ils piochent pas, ils regardent… Ca redonne des idées…
DLG : D'accord ! Quand vous faites un recueil alimentaire, comment vous faites pour interpréter ce qu'ils mangent ? Vous repérez les erreurs ou est-ce que vous avez une démarche…
D0 : Ben, déjà, il y a l'habitude !
DLG : Oui !
D0 : Il y a l'habitude ! Euh… Au départ, quand j'ai commencé mon activité, j'avais peur de me tromper ! Je faisais une journée… Je leur demandais une journée en général et puis après, je faisais par exemple, la journée de la veille ! Et après, j'avais construit un petit tableur Excel et puis je mettais grosso modo tout ce qu'ils m'avaient dit en quantité, ce que ça pouvait représenter et puis l'apport… Ca me calculait l'apport énergétique global !
DLG : D'accord !
D0 : Euh… De la journée ! Et puis ça me donnait la répartition en protides, lipides et glucides ! Et puis en fonction de ça, comme il faut pas trop restreindre une personne, je… Hop, on enlève 25 % à peu près, on regarde combien ça donne et on peut… Voilà ! Sauf que ça, je le fais plus ! Parce que maintenant, j'ai plus besoin ! Donc les grandes erreurs, on les voit… C'est très, très rare que je me dise « Oh… Comment je vais faire pour l'aider ? Cette patiente-là ou ce patient-là ? » Ca arrive, hein, mais c'est extrêmement rare ! En général, c'est flagrant quand même, il y a trop de graisses, il y a trop de protéines, il y a beaucoup trop de… Il y a des fois trop de glucides complexes ce qui est plutôt bien mais qui fait que c'est beaucoup trop élevé par rapport aux besoins de la personne ! Et que ça dépend de son activité professionnelle ou autre ! Ou il y a trop de sucres, trop de grignotages, il y a trop de repas sautés… Enfin, fff ! Voilà !
DLG : D'accord !
D0 : Et du coup, euh… Voilà, je me suis rendue compte que, au départ, quand je faisais mon truc super cadré, c'était trop, en fait ! C'était trop bien ! Et trop pointu ! Par rapport aux besoins réels des patients !
DLG : Mm !
D0 : Parce que le patient, de toute façon, c'est extrêmement rare qu'on leur demande, enfin, moi je leur demande en tout cas le moins souvent possible de peser des aliments ! Et quand par exemple, ils pèsent, de toute façon, ils pèsent pas longtemps, ça les embête, voilà !
DLG : Oui !
D0 : Il faut recadrer souvent leur alimentation, mais il faut vraiment se mettre à leur portée et leur dire des choses simples, basiques, faciles, voilà !
Style « Utilisez une cuillère pour l'huile » ou ce genre de choses…
Voilà ! Ou après, on peut parler des feuilles papier cuisson ou parler, je sais pas, des petits vapos d'huile ou… Voilà, tout simplement la cuillère à café, la cuillère à soupe ! Pour les féculents, c'est pareil, moi je vais leur parler par exemple en volume dans une assiette normale, ou euh… Je vais leur montrer les photos !
DLG : Mm !
D0 : Pour qu'ils puissent un petit peu se rendre compte de la quantité ! Ou après, on va parler en cuillère à soupe, euh… Et puis je vais leur dire de s'aider avec ce qu'il y a d'écrit sur les emballages, tout simplement !
DLG : Mm !
D0 : Euh… Quand on achète des escalopes de poulet et qu'il y en a trois, pas besoin d'avoir fait l'ENA pour faire le poids divisé par trois ! Donc voilà ! Et comme ça, ça peut leur donner une idée de ce qu'ils mangent ! Mais on s'aperçoit que… Même si on nous apprend à travailler comme ça pendant nos études et à faire une ration alimentaire tiptop équilibrée… Oui, enfin, il y a aucun patient qui mange pile 110 g de viande pure tous les midis et puis seulement 30 g de fromage ! De toute façon, s'il mange 30 g de fromage, ça peut être 32 un jour puis 28 le lendemain, et on va pas se prendre la tête, quoi ! Parce qu'en plus, si c'est 30 g de fromage et que c'est de l'emmental, c'est pas du tout le même apport calorique que si c'est du Saint-Morêt ! Donc du coup, on va leur apprendre déjà… Reprendre les bases de l'équilibre alimentaire ! Redéfinir un peu les catégories d'aliments ! Il y a souvent plein d'erreurs là-dessus !
DLG : Mm !
D0 : Souvent, ils ont tendance à penser que la crème fraîche est un produit laitier !
DLG : Mm !
D0 : Que ça apporte du calcium ! Ils les mettent pas du tout dans les matières grasses !
DLG : Les matières grasses !
D0 : Voilà ! Donc il y a plein de trucs comme ça qu'on va rectifier et du coup, c'est par habitude, en fait ! Et ça va être plus dans… Enfin, pas dans l'idée mais… On est pas, enfin, moi, je suis de moins en moins… Je fais de moins en moins dans le truc hyper-précis ! Je le faisais au début parce que ça me rassurait ! Pour pas me tromper, pour pas être trop sévère avec les messieurs aussi ! Parce qu'évidemment, moi, je suis une femme donc quand il y a quelqu'un en face qui a le même gabarit, on se dit, bon ! J'arrive à avoir un poids stable comme ça, euh… Avec mes 2000 calories par jour, on met 2200, elle fait pas tellement plus de sport, elle a une activité sédentaire comme moi, enfin bon ! A priori, ça doit pouvoir lui convenir !
DLG : Mm !
D0 : Sauf, qu'en effet, quand vous avez un monsieur qui fait 130 kg devant vous et qui fait 1,90m, euh… Ben, faut pas lui donner 100 g de féculents le midi !
DLG : Mm ! (*amusé*)
D0 : Il va un peu crier famine, sinon ! Donc du coup, voilà ! C'était un peu ça qui me rassurait un petit peu aussi au départ ! D'avoir les standards, voilà une femme c'est ça ! Un homme c'est ça ! Une personne âgée… Un ado, on est plus sur cet apport-là ! Ce qui est d'ailleurs vraiment complètement dingue parce que ça dépend vraiment du nombre d'activités physiques, de la taille de l'ado… Si c'est une fille…
DLG : D'accord ! Qu'est-ce que vous faites qui à votre avis est transposable dans une consultation de médecine générale ?
D0 : Ben… Toute la partie de départ, forcément, en tant que médecin généraliste, on est sensé le connaître ! Enfin, je pense ! Alors, les médecins généralistes ont toutes les données de l'état civil, la famille, l'activité professionnelle… Euh… Après, ils peuvent peut-être plus se renseigner sur les problèmes de transit bien que les gens en parlent assez facilement s'ils ont des soucis ! Voilà : l'activité physique, l'évolution du poids, enfin, tout ça, je pense qu'un médecin généraliste peut avoir toutes ces informations-là ! Il peut peser et mesurer les gens et donc faire un calcul d'IMC, donc déterminer s'il y a un besoin de diététique ou pas ! Il peut faire toutes les analyses de sang nécessaires pour affiner le diagnostic et se dire est-ce qu'il faut… Voilà ! Après, euh… Je pense que dans l'absolu, s'il prend le temps de faire une enquête alimentaire ! Et là, il faut qu'il prenne le temps ! Donc là, ça va commencer déjà à se compliquer !
DLG : Mm !
D0 : Je pense que des médecins comme monsieur D. le font ! Mais il y a pas beaucoup !
Rires.
Donc voilà, après, c'est là où ça commence à se corser ! C'est-à-dire que, au départ, tout ce qu'on fait, enfin, moi, ça me prend pas loin d'une demi-heure ! Bon, après, j'ai une balance un peu perfectionnée, ça prend un petit peu de temps d'expliquer le document etc. Mais ! Ça, ça me prend déjà pas loin d'une demi-heure ! Donc ça, c'est aussi des choses qu'on peut avoir sur le patient au cours du temps en terme d'informations que nous, on est obligé de prendre le jour J qu'on les voit

la première fois ! Après, premier truc, c'est sûr que c'est l'enquête alimentaire ! C'est sûr que si l'on sait pas comment le patient mange… Je vois pas trop comment on peut l'aider !

DLG : Mm !

D0 : Et ça, ça commence à prendre du temps, déjà !

DLG : Mm ! Vous diriez… Le rappel des 24 dernières heures, ça vous prend à peu près combien de temps ?

Silence.

D0 : Ben ça dépend des gens ! (*Rire*.) C'est variable, parce que ça dépend, si vous êtes euh… Sédentaire, que vous travaillez au bureau et que le matin vous prenez votre petit-déj' chez vous, le midi à la cantine et puis le soir même éventuellement un gouter avec les enfants l'après-midi puis le soir un diner en famille ! Ca va pas prendre des tonnes de temps ! Et puis après, ça dépend de ce qu'on recherche aussi ! Mais c'est pas forcément ça qui va prendre… C'est pas ça qui va prendre forcément beaucoup de temps ! Mais par contre, si vous avez le cas de la jeune femme que j'ai vue ce matin, qui est secrétaire médicale, à mi-temps, qui est aussi serveuse dans un resto d'autoroute… Avec des horaires à la noix ! Qu'en plus… Elle a ses jours de week-end, où elle a des journées normales, où elle se lève même tard, du coup finalement ! Donc, là, il faut prendre en compte les 3 jours !

DLG : Mm !

D0 : Donc là, c'est trois types de journées ! C'est trois fois le temps ! Si vous avez quelqu'un, et j'en ai aussi quelques unes ! Des femmes qui travaillent à l'hôpital, euh… Ou en usine, en trois-huit etc. Donc qui ont un horaire de nuit, qu'ont un horaire de journée, qu'ont un horaire d'après-midi, de matin, etc. Donc, là, pareil, il faut prendre chaque type de journée, savoir à quelle heure ils se lèvent, à quelle heure ils ont leur pause, à quelle heure ils s'arrêtent pour manger… Comment ils s'organisent déjà, ce qu'ils mettent dedans… Enfin… Là, ça prend du temps !

DLG : Oui, finalement, le temps, c'et une grosse limite pour…

D0 : Je pense ! Je pense que par rapport aux cabinets… Aux médecins généralistes, c'est la première problématique ! Parce que nous, on donne le temps au patient ! On prend le temps ! Ce qu'un médecin généraliste… Il y en a peu qui le font !

DLG : Mm !

D0 : Il y en a qui le font, hein ! Mais pas tous !

DLG : Est-ce que vous, vous adressez des patients ? A des médecins ?

D0 : N'importe…

DLG : A qui ? Et est-ce que ça vous arrive d'adresser des patients que vous recevez en consultation ?

D0 : Alors… Oui ! Moi, j'envoie parfois sur les psys ! Psychologue, psychiatre. Podologue ! Euh… Quand j'ai des diabétiques ! Euh… Puis après, kiné ! Sophro ! Quand j'ai des gens en super-stress ! Euh… Voilà ! Essentiellement !

DLG : Ca vous arrive de réorienter vers l'hôpital pour des hospitalisations ou des choses comme ça ?

D0 : Non ! Quand… Non, non ! Parce qu'en général, pour rentrer… Quand on est sur une surcharge pondérale simple, on est pas pris en charge par l'hôpital !

DLG : Mm !

D0 : On est pris en charge quand on a une forte obésité, associée avec un diabète etc. Si on est diabétique, on est pris en charge éventuellement par l'hôpital et encore, pas toujours ! Donc non !

DLG : D'accord ! Et les patients viennent, vous diriez, plutôt d'eux-mêmes ou c'est adressés par le médecin ?

D0 : Alors, ça dépend aussi (*rire*), quand on commence en libéral, c'est l'annuaire tout le temps ! Ils ont trouvé votre nom dans l'annuaire ! Après, euh… Après c'est toujours l'annuaire, ponctuellement ! Après, c'est d'autres patients qui recommandent parce qu'ils ont été extrêmement contents ! Et puis après, c'est les médecins !

DLG : D'accord !

D0 : Donc les médecins généralistes, essentiellement ! Euh… J'ai aussi un rhumato qui m'envoie de temps en temps des patients !

DLG : Mm !

D0 : Qui me connait ! Mais essentiellement des médecins généralistes. Après, la proportion, je sais pas, je me suis toujours dit qu'il fallait que je fasse des stats mais je sais pas ! Je dirais… Maintenant, je pense que je suis à plus de la moitié des gens qui viennent par recommandation !

DLG : Mm !

D0 : Ouais, je dirais, c'est même plus… Le gros fond ! Et puis après, je dirais moitié-moitié les médecins et encore l'annuaire !

DLG : D'accord !

D0 : Je dirais, peut-être 50… voire même carrément 60 par recommandation et 20 et 20 médecins et annuaire, quoi !

DLG : D'accord ! Oui, la proportion adressée par les médecins est pas… Pas énorme !

D0 : Pour moi, si, je trouve ! Quand même, hein !

DLG : Ouais ?

D0 : Après, ça se corrobore… C'est-à-dire que la jeune femme que j'ai vue ce matin, elle m'a dit euh… Donc je lui ai demandé quel était son médecin généraliste donc elle m'a donné le nom de sn médecin, c'est un médecin qui m'envoie régulièrement des patients ! Et donc, je lui ai demandé, elle, comment elle était venue, elle m'a dit : « Ben, c'est Mme Machin, je travaille avec elle… Elle est venue vous voir pour… ». Je lui ai dit : « Vous en avez parlé avec votre médecin ? », elle m'a dit : « Non, non, mais je le vois jeudi, donc euh… Je vais lui dire que je suis passée vous voir ! ». « Ben, il va être content parce qu'on bosse souvent ensemble ! », c'est vers moi souvent qu'il oriente en diététique, donc ça corrobore, quoi !

DLG : Mm !

D0 : De toute façon, si elle avait parlé, je pense, à son médecin, d'une démarche de perte de poids, il aurait dit : « Ben, allez voir Mme M ! ». Donc bon, ça se corrobore ! Souvent !

DLG : Mm ! Alors, vous m'amenez à la question suivante à laquelle vous avez déjà un petit peu répondu : Est-ce que vous prescrivez des « régimes » ? Et qu'est-ce qu'un « régime » pour vous ?

D0 : Pff ! Je prescris jamais de régime ! Sauf quand les gens m'en demandent !

Rires.

C'est-à-dire qu'en général, je donne des conseils pour manger mieux, donc plutôt équilibré, et puis après effectivement, j'oriente un peu le discours ou même carrément le discours, s'il y a une nécessité de prendre en charge du cholestérol, du diabète ou s'il y a un peu d'hypertension ! Mais moi, je leur parle jamais de régime ! Je leur parle de manger mieux, de faire évoluer son alimentation, de progresser, et d'avoir une alimentation qui est plus adaptée à leurs besoins ! A leurs vrais besoins : en terme de rythme, de quantité, de qualité ! Donc, moi, je leur parle jamais de régime !

DLG : Mm !

D0 : Mais il y a certains patients pour qui, manger équilibré, c'est déjà une forme de régime ! Et vécu comme tel ! Et d'ailleurs, ils le disent ! « Oui ! Ben depuis que je suis au régime avec vous… » Donc en général, je leur dit : « Ah ! Vous savez, moi je vous mets pas au régime ! ». « Oui ! Oui ! Je sais ! Enfin, je fais attention, depuis que je suis avec vous ! ». Bon, voilà ! Donc, du coup, je fais jamais de régime ! Parfois du coup, par contre, j'ai des patients… Et je le fais depuis peu, mais je le fais quand même un petit peu maintenant, de temps en temps… J'ai parfois des patients qui me disent : « Oui, mais ça va pas parce qu'avec vous, j'ai le droit de tout manger ! »

Rires

« Et moi, je veux un truc où c'est super carré, où « Cric ! » Et… « Et je veux qu'il y ait des interdits ! » Donc, du coup, dans ces cas-là, je vais leur donner un régime !

DLG : D'accord !

D0 : Je vais leur dire, ben du coup, tous les matins, ça sera ça, puis ça (*martèle ses propos en frappant son bureau de la tranche de la main*) ! Bon, c'est quand même adapté à leurs besoins, hein ! Et essayer de caler le plus sur leurs habitudes ! Mais… Ils ont un régime ! Ils sont contents ! Donc il y a des fois des gens pour qui je donne un régime ! Il y a des fois, je le fais même un petit peu hyper protéiné, parce que c'est plus dans leurs envies etc. Voilà ! Mais ça m'arrive !

DLG : D'accord !

D0 : Mais… J'aime pas !

DLG : Evidemment, vous vous adaptez à la demande du patient !

D0 : Oui, c'est ce que j'ai appris récemment à une formation avec Dr D… *Rires.*

Non, oui ! Ca fait déjà un moment que je le fais mais par contre, j'irais jamais faire un régime hyper protéiné pur ou conseiller un régime hyper protéiné pur à un patient et l'encourager à faire Dukan par exemple… Ou à faire la soupe aux choux ou… Voilà ! Euh… Faut que ça reste raisonnable ! Moi, je vends pas de sachets, je veux pas en vendre ! Je vends pas de gélules, euh ! Je veux, enfin voilà ! On reste avec une alimentation basique et le plus équilibré possible !

DLG : Quels sont vos contacts avec le médecin généraliste, s'il vous adresse un patient ? Vous échangez des courriers ou…

D0 : Alors, moi, quand mon patient vient, je lui demande toujours s'il est d'accord pour que j'envoie un petit compte-rendu à son médecin ! S'il est d'accord, j'envoie en général le résultat de la balance, de la pesée, et je fais un petit courrier simple en disant : « voilà, j'ai vu Mme Machin, elle est âgée de tant, elle mesure tant, elle pèse tant, sa demande c'était ça… J'ai fait une enquête alimentaire, elle mange trois repas, elle grignote, elle saute des repas… ». Enfin, ce genre de choses, le bilan de l'enquête alimentaire ! Je parle aussi de l'activité physique, est-ce qu'elle est active, est-ce qu'elle l'est pas… Et puis… Et puis, je mets rapidement ce qu'on a mis en place ! J'ai mis la répartition alimentaire, est-ce qu'on a mis en place des objectifs nutritionnels… Alors, euh… En limitant, je sais pas… En incorporant au niveau des fruits à tous les diners… Enfin voilà ! Enfin, en restructurant les repas… Enfin voilà ! Un truc assez simple, et puis je signe, et puis j'envoie ! (*Rire.*)

DLG : D'accord !

D0 : Et puis après, les médecins nous demandent pas forcément le retour de ça ! Parce que de toute façon, après, ils revoient leurs patients ! Donc en général, s'ils ont bien perdu, le médecin leur dit : « Ah ! C'est bien, vous avez perdu ? », « Vous vous rappelez, j'avais vu Mme M ! », « Et alors, c'était comment ? ». Et alors, ils mènent leur enquête, euh ! « Et alors, elle était comment ? Elle est gentille ? Nanana… Elle vous a bien expliqué ? Vous étiez content ? ». Et après s'ils sont satisfaits de ce qu'ils ont entendu, ils orientent !

DLG : Mm ! Vous avez pas de contact, par exemple tous les 6 mois ou tous les ans…

D0 : Non !

DLG : C'est le patient qui fait le contact ?

D0 : C'est lui qui travaille, qui fait le lien ! Mais ça m'est arrivé d'appeler un monsieur, un médecin pour lui demander… Pour lui parler d'un patient parce que ça me semblait important de le faire ! Euh… Mais euh… Ouais ! Rarement ! Je donne l'impulsion, et puis après je me dis que si ça intéresse le médecin, ben qu'il va revenir vers moi, s'il a pas suffisamment d'information venant de son patient et puis moi, déjà, vu je dirais, mon panel de patients, j'arrive déjà pas à me rappeler de tout le monde tout le temps, je pense que pour un médecin généraliste, c'est pareil ! Donc c'est pareil, de temps en temps, ils doivent recevoir le truc, le classer euh… « C'est qui ? » Alors peut-être qu'ils s'en rappellent parfois… S'ils revoient les gens, ils mettent ça dans le dossier et ils voient ça plus tard : « Ah, ouais, c'est vrai… ». Après ça dépend, j'ai un médecin, il y a une femme médecin que je connais bien, avec qui je travaille ici dans la structure qui m'envoie des patients de temps en temps, qui me les oriente ! Bon, ben elle, comme je la vois régulièrement dans les couloirs, je lui dis : « Ah, tu sais, j'ai revu Mme Machin… Bon ben ça se passe bien alors ? » ou « Bon, ben non, alors celle-là, je la vois plus, elle a lâché… ». Voilà !

DLG : Est-ce qu'il y a d'autres choses dont vous pourriez parler concernant la diététique aux internes de médecine générale, des choses que j'aurais pas abordées ?

D0 : Bah… Moi, je pense qu'on peut être tout à fait complémentaire de ce que pourrait proposer un médecin ! Je pense pas d'ailleurs qu'un patient attende des conseils diététiques de la part de son médecin ! Après, j'en sais rien mais je suis pas sûre que le patient soit tellement dans l'attente de ça ! Lui, je pense qu'il attend plus de son médecin qu'il lui soigne sa bronchite… Qu'il lui rappelle qu'il a un vaccin à faire… Et qu'il lui donne les médicaments dont il a besoin pour sa santé ! Euh… Mais je suis pas sûre que… Voilà ! Le patient soit tellement dans l'attente de conseils… Et je pense qu'ils apprécient, justement, quand le médecin est suffisamment intelligent pour dire : « Moi, je sais pas faire, mais allez voir Mme Machin, ça, elle sait faire ! ». Ils apprécient ! Mais quand c'est la diététique ! Après c'est n'importe quoi ! Un médecin généraliste, par déf… Enfin, par définition, il sait pas tout faire ! Même si certains croient qu'ils savent tout faire mais bon ! Ca, il y en a quelques-uns encore !

(*Rires*)

Mais du coup, je crois que c'est bien de savoir passer la main ! Et nous, on sait pas tout faire, du tout ! Parce que justement, dès qu'on sent que c'est un peu lourd, psychologiquement, on oriente, hein, pareil ! Euh… Ca sert à rien ! Enfin, des gens ont des choses qui trimballent des choses qui sont super lourdes et depuis longtemps, on va pas les aider sur le plan alimentaire tant qu'ils ont pas résolu le problème psy !

DLG : Et vous disiez qu'il y avait des médecins généralistes qui faisaient des « erreurs » entre guillemets ! C'est... Ils sont trop restrictifs ou…

D0 : En général, ils sont trop restrictifs et surtout, ils ont pas un discours adapté parce que comme ils ont pas le temps de faire l'enquête alimentaire, ils connaissent pas les habitudes alimentaires de leurs patients !

DLG : Mm !

D0 : Donc du coup, ils font… Ils vont faire des conseils généraux ! Et qui sont parfois passés d'âge ! C'est-à-dire que j'entends encore parfois des patients me dire : « Oui, mais moi, comme j'ai du cholestérol, mon médecin m'a dit… Plus de porc ! ». Ben non ! Là, je suis pas d'accord ! Plus de charcuterie, bon, oui ! Bien que… De temps en temps, on peut quand même ! Le tout, c'est de savoir ce qu'on entend par « de temps en temps » ! Mais plus de porc, c'est hyper abusif, quoi !

DLG : Mm !

D0 : C'est pas vrai ! Donc c'est… Voilà ! C'est ce genre de truc… C'est… Il y a encore pas longtemps, une femme m'a dit : « Pour que je perde du poids, mon médecin m'a dit qu'il fallait que je ne mange plus de féculents ! ». D'accord… Bon, nous, on est pas d'accord avec ça, quoi !

DLG : Ça, c'est quelque chose que le MS1 m'avait cité aussi, ça, pas de féculents…

D0 : Oui, ce qui est complètement aberrant ! C'est pas vrai ! Donc c'est… On entend des trucs qui sont véhiculés, qui sont des vieux courants diets qui sont passés d'âge, qui n'ont pas évolué etc. Mais ils sont encore là-dedans, dans ce trip-là ! Parce qu'ils ont entendu ça dans une conférence quelconque… Et puis, ils ont pas actualisé leurs connaissances !

DLG : Vous, comment vous faites pour actualiser vos connaissances en…

D0 : Et bien moi, je vais régulièrement à des congrès, des séminaires, je suis abonnée à des revues de diététique. Oui, c'est comme ça qu'on fait ! Des formations… Oui. Ah oui, beaucoup ! Ben, là, par exemple, j'ai suivi une formation avec Diabolo, il y a pas longtemps sur l'entretien motivationnel… Je suis allée vendredi dernier au congrès de notre association nationale qui était à Paris ! Il y avait plein de conférences, sur plein de problèmes… Il y avait sur la maladie cœliaque, sur la dénutrition de la personne âgée… Sur l'intérêt des vitamines, des complémentations… Sur les allergies au lait ! Enfin bon, ça balaye… Sur les nouveautés en termes de cholestérolémie. Ca puis plein de choses ! En général, il y a toujours des exposants industriels qui essayent de faire des innovations… Donc j'ai été une des premières à savoir qu'on pouvait avoir un édulcorant fait à partir de la Stévia… Ça allait être commercialisé sous tel nom etc. Après, tous les ans, je vais au MEDEC aussi… Avec un congrès qui est sur Paris, qui est réservé aux médecins et aux professions de la nutrition ! Euh… Je vais aussi au Diétécom qui est un congrès spécifique aux diététiciens et puis voilà… Je vais à Tours au mois d'octobre à une formation sur l'alimentation, faim et fin de vie… Sur les soins palliatifs… Et puis tout ! Enfin, moi, je suis abonnée à notre revue nationale, et puis voilà, régulièrement, je reçois un numéro de ci, un numéro de ça…

DLG : D'accord ! Les laboratoires ou les industriels font… Enfin… Comme pour les médecins généralistes, du porte-à-porte ?

D0 : Non, jamais !

DLG : Vous vendre des produits ou…

D0 : Non ! Non ! Nous, on a jamais ça… On nous lèche pas les…

DLG : Oui, oh… C'est pas un mal non plus !

D0 : On graisse pas les pattes aux… (*rires*) Oui, ça nous donne beaucoup d'autonomie du coup ! Et du coup, on met en avant parfois des produits auxquels on adhère ! Mais on touche rien dessus ! Voilà ! Moi, c'est souvent ce que je leur dis : « Je vous conseille tel produit, plutôt telle marque que telle marque de distributeur », parce que c'est vrai que ça c'est un bon produit et qu'il est bien fabriqué et que si vous prenez la marque distributeur, ça sera pas aussi bien ! Mais à côté de ça, c'est vrai que toutes les margarines enrichies en oméga 3, je leur dis « Bon, il y a telle marque, telle marque, telle marque qui sont bien ». Après, voilà ! Voyez aussi votre rapport qualité-prix, la fruit d'or, c'est la moins chère de toutes, c'est la mieux de toutes ! Enfin, elle est aussi bien que les autres, quoi ! Après, à vous de voir, si vous voulez acheter de la Proactiv quand même, achetez de la Proactiv quand même ! Et donc du coup, dans les outils que j'utilise aussi pour travailler, c'est par exemple, voyez : tout ce qu'il y a derrière, là, dans les boîtes, c'est toute mon « épicerie » ! Et ça me permet de leur expliquer en fait comment choisir sa margarine, comment choisir des plats tous prêts si on peut manger comme ça…

Plan de la caméra sur étagère avec 4 boites remplies d'emballages vides : gâteaux, céréales de petit déjeuner, couscous…

Comment choisir, est-ce qu'il y a un intérêt à choisir des gâteaux de régime… Des gâteaux diététiques… Est-ce que cette céréale est mieux que d'autres… Bon, ben tout ce qui existe après en variété de biscottes

et autres… Parce que souvent, ils me disent : « Ouais mais biscottes, euh… C'est dégueulasse ! ». Alors, je leur montre qu'il y a aussi les Krisprolls, qu'il y a aussi les galettes de riz, qu'il y a aussi les cracottes… Qu'il y a tout un panel assez varié ! Qui sont à peu près équivalents d'un point de vue nutritionnel à condition qu'ils prennent telle variété et pas telle autre ! Voilà ! Comme ça, je leur explique… Avec les boîtes, les emballages, on se rend bien compte ! C'est clair ! Allégé, pas allégé, intérêt, pas intérêt… Au soja, pas au soja, calcium, ou pas ! Ca permet grâce à tous ces emballages que je garde, que je récolte de pouvoir leur expliquer des choses ! De les rendre autonomes ! C'est l'intérêt aussi !

DLG : Bien, merci !

D0 : Bien, je vous en prie !

Entretien MS2 (54 min)

DLG : Quelle est votre formation en diététique ?

MS2 : Ben, au départ, j'ai un DES de médecine interne ! Et puis j'en avais fait, je suis passé dans le service du Professeur Marre à Angers, qui s'occupait de nutrition et de diabéto… Pendant 3 ans ! Et j'en avais profité pour faire le DESC Nutrition. Que j'avais eu en 1993. Et puis bon, mon maître à Tours, c'était Lamisse qui s'en occupait aussi ! Qui est à la retraite maintenant, c'est Couet qui l'a remplacé ! Et puis euh… Quand on remplaçait, c'était Apfelbaum qui dirigeait les mémoires… Qui était à… Qui était à Bichat, je crois Apfelbaum ! Donc voilà ! Au départ c'était ça !

DLG : Vous aviez eu des choses en premier et en deuxième cycle… Vous vous rappelez ?

MS2 : Euh… Ben en premier cycle… Vous voulez dire quand on était externe ?

DLG : Première et deuxième année et… De la troisième à la sixième année.

MS2 : Non, on faisait pas ! On passait dans le cadre du certificat d'endocrino, on passait une épreuve, mais il n'y avait pas… Ce qui était nutrition, c'était intégré au certificat d'endocrino !

DLG : D'accord !

MS2 : Il n'y avait pas de certificat de nutrition à p… Il est peut-être à part maintenant ! Mais à l'époque, il était intégré !

DLG : La MS1, elle, en fait, avait eu un certificat de nutrition à Paris… Dans son deuxième cycle !

MS2 : Ouais… Elle l'avait passé en plus ?

DLG : Non, un certificat, elle m'a dit ! Sanctionné par un examen !

MS2 : Ca se peut, ouais ! Mais à l'époque, à l'époque, moi, j'étais à Lille, c'était intégré au certificat d'endocrino ! Et puis j'avais passé des DU etc. Voilà !

DLG : D'accord ! Quels patients recevez-vous pour des problèmes de diététique ?

MS2 : Ben, on a les extrêmes, hein ! Je parle pas de la diabétologie qui est à part ! Donc on a … Les grandes obésités, les obésités morbides mais aussi les super obésités, ceux qui ont des IMC supérieurs à 50, donc ceux-là, on en reçoit quand même pas mal ! On reçoit à l'autre extrême les problèmes d'anorexie, aussi ! Moins, même si ça nous demande beaucoup plus de travail et d'écoute et de temps ! C'est beaucoup plus difficile, l'anorexie ! Euh… Et puis aussi, on reçoit quelques patients… Enfin surtout quelques patientes qui ont des petits excès de poids mais qui sont… Que je qualifie pas de pathologiques ! Donc oui, si on a pas un IMC supérieur à 30, euh… Il n'y a pas de pathologie ! Mais s'il y a un IMC supérieur à 30 et qu'il y a des comorbidités, bon, ça peut se discuter ! Enfin, bon, on en reçoit quand même, parce que derrière ça, il y a un besoin, une souffrance qui ont au moins besoin d'une écoute et puis peut-être de recadrer des choses du point de vue nutritionnel mais c'est vrai qu'on s'intéresse plus à la grande pathologie donc euh… Grande anorexie évidemment et puis les obésités : obésité morbide et super obésité, hein ! Voilà !

DLG : Quel âge ont les patients que vous recevez ?

MS2 : Oh ! Un peu tous les âges, hein ! Un peu tous les âges… Je pense que si je faisais un pic… Je pense que je dois avoir un pic entre… 15 et 25 ans !

DLG : Mm !

MS2 : Et puis j'ai également un pic aux plus de 50 ans ! Voilà, je pense que ceux-là, c'est vraiment deux… Mais j'ai pas fait de moyenne de mes patients mais ce que j'ai en tête c'est donc des gens jeunes avec des problèmes de poids ! Donc euh… Toujours aux deux extrêmes bien sûr ! Et puis des gens de 50-55 ans, surtout des… Là, c'est surtout des problèmes d'obésité, hein ! Quand on a les anorexies à 40 ans, il y a souvent un contexte de dépression associée, etc. Enfin bon, c'est un peu plus compliqué. Ou alors, c'est des anorexies qui ont traîné, qui ont traîné et qui arrivent à… Et puis qui vont jamais se réalimenter normalement, quoi !

DLG : Mm !

MS2 : Mais bon, on en a quelques unes quand même, quoi !

DLG : Au niveau diabète, vous avez des diabétiques type 2, type 1 ?

MS2 : Type 2 et type 1, les deux ! Ouais ouais ! Surtout type 2 forcément ! Mais type 2, type 1, qu'on reçoit… Alors c'est intéressant parce que bon… La nutrition, le surpoids, ça peut être associé, hein ! Donc, bon, avec les nouvelles thérapeutiques qu'on a maintenant, Byetta, Actos etc.… On a un abord un peu différent qui nous apporte des choses parce qu'on a enfin un moyen thérapeutique… Parce qu'on est quand même démuni au niveau thérapeutique ! Excusez-moi ! (*Interview suspendue par appel téléphonique professionnel*). On a pas de thérapeutique, c'est difficile quand même ! Et puis il y a quand même une grosse malédiction sur les médicaments de l'obésité ! Depuis l'isomériде il y a 15 ans qu'on a dû le retirer du commerce… L'acomplia qui est sorti du commerce en 2008… Le médiator qui est sorti du commerce en novembre dernier ! Enfin, il y a comme une malédiction avec toutes les thérapeutiques de l'obésité… Je parle pas des hormones thyroïdiennes qui sont elles, franchement néfastes ! Mais on est assez… On est assez démuni ! Donc ce qui est particulier c'est quand même une pathologie où on essaye de recadrer les gens sur les bases diététiques, sur l'activité physique, etc.… Mais, mais ! Il nous manque aussi fréquemment l'arme thérapeutique, ça, c'est… c'est un handicap, quand même ! Enfin, c'est un souci ! Et puis notre grosse sollicitation, mon gros souci actuellement, c'est qu'on est très, très, très sollicités pour la chirurgie bariatrique !

DLG : Mm !

MS2 : Très ! Trop ! Evidemment, forcément ! Et donc on est obligés souvent de dire non ! Mais on est quand même de plus en plus sollicités ! Il y a une espèce d'explosion… Est-ce que c'est un effet internet où les gens vont voir des solutions rapides… Ca, c'est compliqué donc… Dire non, c'est pas forcément simple !

DLG : Mm ! Vous recevez des patients pour des régimes spécifiques : intolérance au gluten…

MS2 : Non ! Non, non ! C'est vrai que c'est assez rare, ça peut arriver, ouais… Mais on en a… On en a pas ! J'en ai pas pour l'instant !

DLG : Est-ce que vous recevez des personnes âgées pour des dénutritions ?

MS2 : Oui ! Plus souvent en hospitalisation ! Donc on en a quand même quelques uns ! Le but c'est de savoir surtout s'il y a une pathologie néoplasique ou inflammatoire ou… Une collagénose derrière ! Donc on a des réhydratations aussi, des nutritions parentérales, ça, ça peut se faire ! Euh… Mais c'est plus des patients d'hospitalisation que de consultation !

DLG : Quels sont les patients qu'un médecin généraliste devrait, selon vous, vous adressez ?

MS2 : Ben… Les… Les grandes obésités ! Donc, si l'IMC est supérieur à 50, ça ne se discute pas ! Ca, je crois qu'il faut qu'on les voie parce qu'il y a tellement… Je ne veux pas détailler toutes les pathologies intriquées mais bon ! Il y en a énormément ! Euh… Si on suspecte une apnée du sommeil, il faut intervenir, enfin, il faut essayer au moins de faire un enregistrement ! Euh… S'il y a d'autres complications associées, je pense notamment au syndrome des jambes sans repos ou autre, enfin tout ce qui peut être lié, il faut pas hésiter à creuser un peu ! Euh… S'il y a un… une comorbidité importante associée, donc ça, c'est à l'appréciation de chacun, enfin je pense que ce serait bien qu'on les voie également ! Et puis également, s'il y a un diabète avec une obésité il faut essayer maintenant de penser aux nouvelles thérapeutiques notamment au Victoza, au Byetta enfin, toutes ces thérapeutiques là… Ca peut être avec nous, ça peut aussi être mis en place en médecine générale ! Mais je pense qu'il faut qu'on ait un suivi plus actif, maintenant ! Parce qu'on a longtemps été un eu contemplatif quand même ! Et… Il faudrait qu'on puisse mettre en place autre chose ! Voilà !

DLG : Et par rapport à ces patients, est-ce qu'il y a une différence entre les patients que vous recevez réellement ? Par rapport aux patients que vous aimeriez voir, et ceux que vous recevez en consultation ?

MS2 : Il y en a qu'on ne devrait pas voir en consultation, moi je pense quelques uns, qui viennent pour un surpoids qui n'est pas pathologique ! Bon ça peut être… Bon, ben je comprends bien que

derrière, il y a des troubles de l'image corporelle ou autre ! Enfin bon c'est quand même une demande ! Donc on respecte, on reçoit le patient ! Par exemple, il me semble que Mme Barrande à La Source m'a dit que leurs rendez-vous, ils prennent pas si leur IMC est inférieur à 35 !

DLG : Mm !

MS2 : Ils ont fixé cette barrière ! Nous, on a pas fixé de barrière. C'est pas le même système entre le public et le privé non plus, je crois pas ! Ce… Ce que je voudrais voir, peut-être, c'est les super obésités, ça, faudrait qu'on les voie ! Parce que derrière, il y a un problème ! Le problème, c'est que des fois, c'est un peu des gens qui sont au stade contemplatif ! Ils se considèrent pas malades, pour eux… Ca va ! Mais faut… Il y a un moment, faut faire quelque chose, quand même essayer de changer les choses ! Après s'ils veulent vraiment entendre parler de rien, bon, ben… d'accord ! Mais en tout cas, ceux qui ont des IMC à 50 je pense que là, ça se discute pas, faudrait qu'on les voie !

DLG : Mm ! Pour les patients diabétiques, vous avez des découvertes de diabète, des patients qui posent plus des problèmes de bi ou trithérapie ? Ou c'est vraiment…

MS2 : Oui, c'est-à-dire qu'en fait, quand on les reçoit, on les voit déjà… Ou ils ont déjà un gros traitement ! 3, 4 en… Allez, trithérapie d'antidiabétiques orale euh… Des glycémies supérieures à 2,5 g, soit une hémoglobine glyquée supérieure à 10%, c'est-à-dire qu'on les voit à des stades bien avancés ! Euh… Des fois, on aimerait bien les voir peut-être un petit peu avant, voilà ! Mais c'est difficile de fixer la barrière, euh… On estime qu'il y a 500 000 diabétiques qui s'ignorent… Euh… C'est difficile de fixer une limite mais on aimerait peut-être les voir un petit peu avant ! Les voir avant qu'ils arrivent où la question, c'est est-ce que je les mets à l'insuline ? On aimerait bien peut-être avoir fait les choses avant ! Alors, avec les nouveaux traitements qu'on a, soit les GLP1, les glitazones, les inhibiteurs de la DDP4, ça a beaucoup complexifié la prise en charge du DNID ce qui fait que je peux comprendre que des fois les médecins généralistes savent pas trop par quoi commencer… Parce qu'avant on mettait biguanides puis sulfamides et puis après on mettait l'insuline ! Enfin, il y a 10 ans c'était ça ! Maintenant c'est devenu beaucoup plus compliqué… Enfin, beaucoup plus ! Pas tant que ça… Mais plus compliqué ! Donc je comprends que certains hésitent à mettre une GLP1 ou une glitazone… enfin, c'est pas forcément évident ! Et ce serait bien… Moi, je sais que j'essaye… Je veux pas prendre non plus le patient du médecin traitant, parce que je comprends qu'il ait cette angoisse là ! Moi je renvoie toujours au médecin traitant, je fais une lettre à chaque fois, en disant ma proposition, le traitement qu'on fait ! Mais après, je peux comprendre que certains aient peur que les patients viennent plus les voir ! Parce que ça peut aussi être un peu emb… Enfin, maintenant, je commence à un peu comprendre le libéral ! Mais moi, c'est pas du tout mon but, hein !

DLG : Mm !

MS2 : Enfin, de toute façon, il y a une telle explosion du DNID et du diabète en général que c'est des patients qu'on va voir, qu'on va voir de plus en plus ! Je voudrais peut-être les voir à un autre moment que celui où on a plus que l'insuline à proposer ! Mais il y a pas de règle absolue !

DLG : Mm !

MS2 : De toute façon, avec tous les nouveaux traitements qu'on a maintenant, c'est tellement plus… même pour les diabétologues, c'est devenu plus compliqué ! Donc on… Il y a une espèce de situation où … On est tous un peu en attente ! Des fois, on fait des petits essais d'ailleurs ! « Oh, tiens, j'essaierais bien cette petite molécule là » ou « J'essaierais bien le Victoza, le Byetta ». Enfin bon ! Et donc, nous même on tâtonne ! C'est sûr !

DLG : Quelle est la durée de vos consultations ?

MS2 : La première, pas moins de 40 minutes ! La première ! Les suivantes ? Je dirais 20 minutes en moyenne… Je dis ça en moyenne ! Mais la première est longue ! Parce que bon, ben, on revoit les gens complètement, on essaye de reconstituer leur histoire ! Donc c'est pas forcément… Des fois, c'est long ! Euh… On essaye de voir toutes les pathologies associées, comorbidités et autres ! Aussi les pathologies du sommeil les troubles du sommeil occasionnés… On fait une enquête alimentaire, moi j'ai un logiciel pour le faire ! Alors, soit les gens ramènent un semainier où ils ont noté leur alimentation, soit c'est sur mémoire et on… Enfin, ça demande un certain temps ! Et puis… Et puis… On essaye aussi de les brancher sur leur activité physique, sur ce qu'ils font et surtout qu'ils ne font pas ! Donc c'est vrai qu'une première peut durer une heure ! Mais la première, c'est en général pas moins de 40 minutes !

DLG : Le semainier, je sais qu'au cabinet de D, la secrétaire demande qu'il soit rempli avant qu'ils veinnent en consultation…

MS2 : Ouais, c'est mieux ! C'est mieux, ouais !

DLG : Ici, c'est quelque chose que vous faites aussi ou…

MS2 : Bah, les premières fois, elles ramènent pas forcément toujours ! Euh… Je trouve que ça serait quelque chose à mettre en place ! Bon sinon… Sinon, même quand on interroge les gens quand ils sont sur place, sur l'alimentation, il y a ceux qui vous grugent, hein, il y en a qui racontent n'importe quoi mais en général… En général quand même on repère les excès, les grignotages, les excès lipidiques, les excès glucidiques, de toute façon, on les repère assez bien ! A l'interrogatoire donc euh… C'est vrai que c'est bien de pouvoir mettre à peu près des chiffres mais bon ! L'intérêt du semainier, c'est qu'à 10% près, on a leur apport calorique !

DLG : Mm !

MS2 : Et puis glucidique, protéique, lipidique, ça c'est de l'à peu près ! Mais avec un bon interrogatoire, on y arrive aussi ! C'est mieux d'avoir un semainier, ça c'est clair !

DLG : Mm !

MS2 : Après, j'ai des gens jeunes qui supportent pas de remplir un carnet de glycémie alors vous imaginez remplir ce qu'ils ont mangé, c'est pas… C'est mieux ! C'est mieux ! Moi, je préfère faire comme ça ! Mais avec des gens avec qui c'est pas possible, ils vont dire qu'ils l'on oublié alors qu'ils l'ont pas rempli… J'essaye d'être souple, de pas leur mettre trop de barrières non plus !

DLG : Mm ! Donc vous disiez, vous faites une enquête alimentaire ou ils ont un semainier, euh… Vous faites une pesée ?

MS2 : On les pèse ouais ! Alors c'est vrai que le poids qu'on a est un poids de… Si vous voulez faire un poids idéal c'est : le matin vessie vide, en se levant ! Le bon poids, c'est ce qu'on fait dans le service… Bon, évidemment, il suffit qu'ils viennent de manger, ils viennent à 2 h… Bon, il peut y avoir un kilo de plus, c'est pas… Bon, au moins, je me dis que ça fait un poids de référence à la consultation ! Mais si l'on voulait avoir un bon poids de référence, ça serait de prendre le poids le matin… Alors, je sais que la mienne, elle est à un kilo au dessus ! Je sais pas pourquoi… L'intérêt c'est que je les ai à quelques mois d'intervalle sur la même balance qui ne bouge pas qui est là ! Mais je les pèse ! Je les pèse, ouais !

DLG : Comment ça se passe après ? Vous analysez avec eux ce qu'ils ont mangé ou…

MS2 : Oui, on essaye de voir les soucis ! De toute façon, les soucis, c'est soit l'alimentation, soit l'exercice, hein ! Et puis il y a aussi : est-ce que ce sont des gens motivés ? Parce qu'il y a des gens, ils ont pas de motivation, ils ont pas… Ils sont un peu venus ici comme un alibi, ils sont aussi venus ici parce qu'on les a poussés à venir… Et puis on se rend compte qu'ils ont autre chose à faire… Il y en a une qui m'a dit : « Moi, je retape une maison ! », « Je peux pas, je suis occupée, je fais du cheval le jeudi… », « Après, j'ai plus le temps de m'occuper, je rentre tard le soir ! ». Au boulot… Des trucs cons, hein ! J'ai une dame par exemple qui a pris 15 kg en 1 an, elle m'explique qu'elle a changé de vie, elle s'est mariée et en se mariant, elle a continué à vivre à Orléans alors qu'elle travaille à Tours, ce qui fait qu'elle fait les aller-retour Orléans-Tours tous les jours ! Résultat : elle prend plus de petit-déjeuner le matin, elle arrive à la gare de Saint Pierre des Corps, elle mange… N'importe quoi ! Elle a plus d'exercice physique parce qu'elle a plus le temps avec les allers-retours ! En fait, c'est un mode de vie en l'occurrence ! C'est son mode de vie qui a complètement changé, donc il faudrait que son mode de vie change ! C'est ça à la base ! Tout est arrivé à cause de ça ! Donc c'est vrai qu'on intervient dans l'intimité des gens parce qu'on se rend compte de ce qui déconne et puis ce qui est marrant, c'est qu'au fur et à mesure qu'on fait l'enquête alimentaire, qu'on en parle… Ils s'en rendent compte ! C'est marrant à voir, mais des fois, ils s'en rendent compte ! Donc euh… Donc voilà !

DLG : Sur les consultations ultérieures, comment ça se déroule à peu près ? Est-ce qu'il y a un…

MS2 : Alors ça dépend ! Ca dépend des profils ! Il y a des gens, des gens très angoissés qu'on voit tous les 2 mois ! Ce qui est assez rapproché… Il y a des gens qu'on voit un petit peu plus tardivement ! Le problème, c'est que si c'est trop tardif, il y a des gens qui vont relâcher… Il y a pas mal de gens qui disent : « Jai besoin de vous voir parce que comme ça, ça me donne au moins une bonne raison de faire les choses bien ! ». Il y en a aussi qui ont peur de se faire gronder aussi, comme si c'était le sujet ! Enfin bon, il y a tous les profils ! Donc on essaye de… Quand ça va, on continue pareil… Moi je leur fixe… S'ils peuvent perdre 1 kg par semaine… Avec des phases de pallier et puis ensuite… Moi ça me va ! De toute façon, il y a pas besoin… De

toute façon, leur obésité a mis du temps à se mettre en place ! Leur perte de poids, elle mettra du temps ! Ils mettront du temps à perdre ! Donc on essaye de calmer le jeu, on essaye d'éviter d'arriver au résultat trop vite car ça, ça les angoisse… Et puis… Qu'ils aient stagné pendant 2 mois, ils laissent tout tomber ! C'est pour ça, il faut pas voir les gens trop souvent non plus mais faut pas relâcher trop la surveillance !

DLG : Comment se déroule la consultation, vous faites le point sur ce qui s'est passé depuis la dernière consultation ?

MS2 : Voilà, on regarde leur poids, ce qu'ils ont mangé, on refait une enquête alimentaire… Si possible avec un semainier ! Et puis si ça va, si ça évolue bien… Et puis on essaye aussi de percevoir si… les fois d'après, les problèmes de motivation, les choses comme ça… les bonnes excuses, enfin… bonnes ou mauvaises excuses, d'ailleurs ! Enfin voilà, on essaye de… C'est vrai qu'il y a un contact avec le patient, une certaine intimité et on… Et puis surtout, surtout, on arrive à repérer ceux qui sont motivés et ceux qui le sont pas ! C'est difficile la première fois mais la deux-troisième fois, on … La troisième fois, on le voit quoi !

DLG : Mm ! Vous correspondez par mail de temps en temps avec vos patients qui vous envoient de semainiers ou…

MS2 : Non ! Non, non ! D'ailleurs, ce serait peut-être pas une mauvaise idée de voir un petit peu ce qu'ils font ! Pour l'instant non ! Non, non ! J'ai un problème avec l'informatique, je lis pas mes mails par exemple donc… Mais ça serait pas une mauvaise idée ! Mais par exemple les diabétiques, je reste assez disponible pour qu'ils m'appellent pour donner leur glycémie, etc. Alors, je leur dis de me rappeler, surtout quand il y a un changement thérapeutique, un changement de protocole ou… Surtout quand on attend un résultat ! Quand c'est simplement un problème de poids, je… Enfin, je suis joignable mais… On essaye de répartir les consultations !

DLG : Quel est le coût d'une consultation chez vous ?

MS2 : Alors la consultation, c'est en consultation spécialisée, c'est 28 euros ! Si vous mettez la consultation plus le parcours coordonné plus la majoration… On est tous en secteur 1, ici ! Il y a que xx qui est en secteur 2, on est tous en secteur 1 ici ! Donc 28 euros, c'est le tarif conventionné !

DLG : D'accord ! Donc comment se déroule une première consultation, ça on en a un petit peu parlé, les consultations de suivi aussi. Vous avez aussi abordé la question d'après : Utilisez vous des outils en consultation de diététique ? Vous disiez que vos utilisez un logiciel…

MS2 : Oui, oui, oui, oui !

DLG : Il vous sert à calculer les…

MS2 : Oui, oui, c'est ça !

DLG : A calculer les différentes rations, les répartitions et…

MS2 : Voilà ! Voilà ! Voilà ! Ce qui permet de voir la quantité de calories, forcément ! Et également la répartition glucides-protides-lipides, d'avoir une approche ! C'est vrai que maintenant, il y a des logiciels de plus en plus complexes dans lesquels on a 500, 800, 1000 aliments, enfin, dans lesquels on peut les répartir… Et dans les aliments, on peut mettre la quantité qu'on veut, suivant ce qu'ils vous décrivent, pas forcément en grammes mais parfois ils vous représentent une assiette, parce que les grammes, c'est abstrait !

DLG : Mm !

MS2 : Une assiette, c'est concret, quoi ! Donc, une grande assiette de pâtes, c'est 400g ! Donc c'est pas forcément, c'est pas forcément… Concret ! Les diététiciennes se servent pas mal de cela !

DLG : Mm !

MS2 : Elles montrent des assiettes et elles demandent : « c'est ça vos quantités ? ». Les patients disent oui ou non ! Parce que les grammes euh… Faut pas se leurrer ! Les gens qui pèsent euh… C'est assez astreignant ! Alors il y a toujours les obsessionnels qui vont peser tout le temps, ça… Mais ils sont assez minoritaires ! Et puis il y a ceux qui pèsent quelques jours et puis après… Et puis je comprends, c'est très emmerdant ! Donc je préfère avoir des logiciels où on essaye de voir les choses le plus logiquement… Une assiette, un quart d'assiette, une demi-assiette !

DLG : C'est des logiciels qui sont payants ou des logiciels gratuits ?

MS2 : Gratuits !

DLG : Gratuits vous utilisez, vous ?

MS2 : Oh ! On a quand même des chiffres à peu près clairs, hein ! J'ai vérifié, ça me parait être assez cohérent !

DLG : Qu'est-ce que c'est, le nom de votre logiciel ?

MS2 : C'est… Attendez, je vais vous dire ça tout de suite… Je vais vous dire ça tout de suite (*pianote sur son ordinateur*). Je vais essayer de l'ouvrir, ça sera plus simple ! Euh… Calcul calorique, protéique, glucidique, lipidique, sel ! Ca s'appelle « Calculateur calories » ! Je peux vous montrer si vous voulez !

DLG : Oh, ben oui, je veux bien !

MS2 : Je vais éteindre ça…

DLG : C'est un outil que vous aviez trouvé par Internet ?

MS2 : Ouais, ouais ! Twyn-diet ! Par exemple, vous voyez, ça s'ouvre comme ça, vous avez… Bon après, il y a des choses qui reviennent : les fruits c'est toujours à peu près pareil en calories ! Ca change pas grand-chose ! Après, nous, on utilise aussi facilement l'hôpital de jour où ils revoient les diététiciennes, où on approfondit un petit peu !

DLG : Mm !

MS2 : Et on s'aperçoit des fois que déjà, après la première consultation ils ont mis des choses en place alors qu'ils vont revenir en hôpital de jour ! Ca va s'ouvrir normalement (*parle du logiciel*) mais là, c'est un peu long !

DLG : Oui, le fait que vous ayez l'hospitalisation accessible, ça change votre pris en charge ?

MS2 : Oui, c'est plus facile ! Ah, voilà, vous l'avez : twyn-diet. Donc vous cherchez votre aliment, par exemple, vous tapez ce que vous voulez, vous tapez « pain », vous avez ce que vous voulez ! Voilà, on a tous les pains possibles ! Pain de mie, je sais pas ! Vous mettez… Une petite tranche, c'est à peu près 10 g une petite tranche ! Donc vous mettez ce qu'ils vous disent ou ce qu'ils ont écrit et puis voilà ! Vous pouvez mettre pas mal d'aliments en fait !

DLG : D'accord !

MS2 : Donc c'est pas mal ! Et puis j'ai vérifié ce qu'ils ont présenté, c'est assez cohérent ! Nous, l'intérêt ici, c'est qu'on a la totale ! C'est-à-dire qu'on a l'hôpital de jour, on a l'hospitalisation et puis on a aussi une convalescence… Enfin, bon, la convalescence, pff ! Ca, c'est à discuter ! Moi, je m'en occupe pas exactement, c'est B. Donc les gens sont hospitalisés 3 semaines pendant lesquelles ils font de l'activité physique : vélo, gym, natation… Enfin, balnéothérapie ! Et… Et marche. Plus la relaxation… Il y a une psychologue qui passe, les diététiciennes et pendant ces 3 semaines, ils essayent de mettre en place des choses ! Bon, d'une part, il faut qu'ils perdent pendant qu'ils sont ici et qu'ils aient mis des choses en place pour continuer chez eux !

DLG : Mm !

MS2 : On va recevoir… On peut recevoir aussi les gens pour la piscine venant de l'extérieur ! Une à deux fois par semaine ! On va mettre en place aussi un suivi… On va essayer de prendre en charge les gens en ambulatoire deux à trois fois par semaine avec un accès complet à toutes les… Vélo, etc. Gym… Enfin, c'est ce qu'on voudrait faire pour le dernier trimestre, en fait ! C'est nos kinés qui s'en occupent, les médecins, les diets… Enfin, il faut qu'on mette ça en place ! Ce sera une prise en charge ambulatoire, donc beaucoup moins complète… Donc c'est vrai que des fois, faut les tanner pour… Il faut que les diététiciennes soient assez présentes ! Nous on a une bonne diététicienne… Il manque un demi-poste… Ca serait bien… Mais elles sont assez présentes ! Et puis tout ce qui est prise en charge des activités, ce sont les kinés qui le font ! Et ça se passe… Plutôt pas mal !

DLG : Vous avez combien de lits d'hospitalisation ?

MS2 : On a un service de 22 lits, divisés en 2, B. et moi et une convalescence de 18 lits dont B. s'occupe !

DLG : D'accord !

MS2 : Voilà !

DLG : Donc en parlant des outils, vous m'avez montré le logiciel… Il y a d'autres choses que vous utilisez ? On a parlé du semainier… Des choses, des plaquettes ?

MS2 : Oh, on mesure aussi, on prend les mesures : tour de taille, tour de hanche ! C'est pas non plus… C'est aussi très discutable tour de taille, tour de hanche ! Parce qu'il suffit de plus ou moins bien se placer… Moi, je me sers pas du compas pour mesurer le pli cutané, on s'en sert plus, c'est que expérimental à mon avis…

DLG : Mm !

MS2 : Je dis ça parce que pour mon mémoire de DESC je m'en suis servi mais c'est pas… Pas utile en clinique en fait ! Euh… La balance forcément ! Euh… Non, moi je me sers de rien d'autre !

DLG : D'accord ! Qu'est-ce que vous faites en consultation qui serait transposable à une consultation de médecine générale ?

MS2 : Ben moi, je pense que… Je pense que c'est transposable à la médecine générale ! Le problème, c'est le temps, quoi ! C'est vrai que la première, il faut accepter de passer 40 minutes, 1 heure ! C'est… Il y en a qui vont le faire, il y en a qui vont pas pouvoir ou… pas vouloir ou

tout ce qu'on veut, quoi ! Cela dit, peut-être que le généraliste a d'autres choses à faire et je peux comprendre que pour ça il peut renvoyer sur quelqu'un qui va peut-être plus prendre le temps etc. Donc euh… C'est pas de choses extraordinaires qu'on fait non plus !

DLG : Mm !

MS2 : L'enquête alimentaire, on peut quand même l'apprécier… rechercher les complications liées à l'obésité, que ce soit les complications mécaniques, les complications de pathologie du sommeil associée, ça me parait faisable ! Et puis ce qui est important, c'est le contact aussi ! Ca, tout médecin peut le faire ! Des fois, il y a un genre de transfert qui se fait ! Donc je pense que techniquement, on fait rien d'extraordinaire. Donc je pense que c'est transposable. Mais il faut le temps ! Ca, je peux le comprendre ! C'est vrai qu'ici, l'avantage, c'est qu'on a la consultation dans la clinique, on a nos lits qui tournent, donc bon, on s'y retrouve, quand même ! On est pas dépendant , on est pas obligé de faire de la consultation larga manu pour pouvoir vivre, tout simplement ! Donc, on s'organise comme ça ! Avec euh… Il y a des médecins qui vont passer le DU de nutrition par exemple, il y a RC que je connais qui est très bien ! Je sais pas si vous le connaissez ?

DLG : Alors, son nom me dit quelque chose… Par contre je…

MS2 : Il a passé un DU de diabéto, il passe un DU de nutrition en ce moment à Tours… Il est très motivé et je pense qu'il est prêt à y passer du temps ! Donc techniquement, je pense pas qu'on fasse des choses extraordinaires. Un bilan métabolique en plus, c'est pas… très compliqué non plus ! Non, la limite c'est le temps, je crois que la limite c'est le temps !

DLG : J'ai rencontré une diététicienne, MS1, qui m'a dit la même chose !

MS2 : Bah oui ! Je pense que c'est ça la limite ! Donc euh… Euh…

DLG : Les internes de médecine générale par contre, quand je les ai interviewés, tous m'ont dit qu'ils avaient l'impression de ne rien connaitre…

MS2 : Ben… Faut être un peu autodidacte dans le truc ! C'est pour ça que… Je sais pas comment ça se passe à Tours mais… Le stage chez Couet, ça me semble un bon stage ! Ca permet d'apprendre des choses ! Euh… Ce qui serait peut-être bien ce serait qu'il y ait un certif' qui soit séparé de celui d'endocrino qu'on puisse avoir… Qu'on puisse peut-être un peu approfondir les choses ! Mais il me semble que Lamisse avait déjà mis ça en place !

DLG : Mm !

MS2 : A l'époque… Et puis après passer dans les services qui s'occupent de nutrition, de voir les diététiciennes etc. Donc en médecine D… Même je pense qu'à la limite, nous, on pourra prendre un jour des … Avec le numerus clausus qui augmente, on serait capables à mon avis à terme d'avoir les étudiants aussi !

DLG : Mm !

MS2 : Enfin, ça, ça sera le futur du service quand on sera à l'hôpital nord à Saran ! Euh… Je pense qu'on sera en état d'avoir des externes, des internes… Enfin, ça, on verra comment ça se passe… Accueillir des étudiants, ça serait intéressant je pense ! Qui pourraient éventuellement suivre la diététicienne euh... Parce que… Alors, ce qui est un peu déroutant des fois c'est que… D'ailleurs il faut connaitre les aliments, les quantités, les fractions, les complexes…, glucides ou quoi… A force, on les connaît ! Je veux dire c'est pas compliqué en soit ! Et puis les logiciels, vous êtes quand même pas… Ca peut être un peu déroutant parce que… Je sais que Mr Lamisse m'impressionnait quand j'étais interne chez lui, il voyait une assiette, il voyait un plateau, il évaluait les calories à 10% près ! Ca, ça me laissait assis ! Et puis après, on se rend compte qu'il y a des trucs… Et puis enfin, c'est une habitude après !

DLG : Mm !

MS2 : Après, c'est une habitude ! Donc voilà… Peut-être passer dans des services spécialisés ce serait bien !

DLG : Vous utilisez niveau techniques de communication d'entretien avec les patients des choses spécifiques… Des techniques d'entretien motivationnel ou…

MS2 : Non ! Non, non ! Non, non ! C'est peut-être un tort ou… Non, en fait, on voudrait recevoir les gens quand ils sont déjà très… Assez motivés et… Alors, peut-être qu'il y aurait des trucs pour détecter ceux pour qui c'est utile et ceux pour qui c'est pas utile… Mais l'entretien motivationnel, non !

DLG : D'accord ! Est-ce que vous, vous adressez des patients ? Alors, bon, le fait que vous ayez l'hospitalisation à votre portée, ça biaise sûrement la question mais…

MS2 : Non ! J'adresse les patients en chirurgie bariatrique, éventuellement ! En fait, c'est plutôt à B. qu'on les envoie mais j'aimerais bien travailler aussi avec les gens de La Source !

DLG : Mm !

MS2 : Mas ils sont organisés de telle sorte que moi, je ne peux pas y aller parce que ils ont… Ils font un staff multidisciplinaire : chirurgiens, endocrinos, psychologues ! Mais c'est à des dates fixes, aux moments où je consulte et je ne peux pas… Je ne peux matériellement pas et financièrement pas y aller ! Parce que pendant le temps qu'on est là, on est pas en consult' ! Mais ce serait bien d'avoir un… Donc, en fait, j'adresse surtout des gens, quand j'adresse des gens… En chirurgie bariatrique ! Quand on prend les critères, qu'on estime qu'il y a plus d'autre choix ! Ou qu'il y a de telles morbidités que… Faut y aller !

DLG : Mm ! Vous parliez des anorexiques, vous avez des prises en charges privilégiées avec des psychologues, des psychiatres ?

MS2 : Ouais, psychologues, psychiatres, ouais ! Facilement, l'isolement euh… Psychologue, psychiatre, mise en place d'une psychothérapie familiale également ! Euh… Et puis bilan complet des carences ! Et puis nutrition… Alors, c'est vrai qu'avec l'anorexie, je préfère une nutrition entérale s'il y a besoin ! C'est vrai que c'est épuisant cette pathologie ! Epuisant, épuisant… Là, j'en ai deux, c'est beaucoup trop ! En ce moment, et c'est vraiment épuisant ! Alors, il y a des services comme les jardins de Cassandre à Paris où ils prennent que des anorexiques ! Jeunes ! Et je suis pas con…vain…cu que ce soit une bonne chose que ces jeunes soient isolés… Ca se discute, hein ! Nous, ils sont mélangés avec les autres patients ! Sauf quand ils sont isolés bien sûr ! Mais je suis pas convaincu qu'il faille des structures particulières pour les anorexies ! Je pense qu'ils ont besoin d'être dans la réalité également, dans le monde réel… Je dis pas qu'ils travaillent pas bien mais je… Il y a une telle façon d'aborder la pathologie que… Je pense qu'on a pas besoin de centres qui fassent que de l'anorexie, je sais pas… Ca doit être épuisant pour les médecins et les soignants ! Ca doit être prise de tête permanente et puis… Je pense pas qu'il faille forcément les mettre ensemble mais les regrouper avec d'autres patients, les mettre en contact avec le monde réel !

DLG : Mm ! D'accord !

MS2 : Sinon, il y a rien de neuf, c'est l'isolement, la prise en charge avec les familles, enfin c'est… Il y a rien de très, très, très neuf !

DLG : D'accord, donc vous disiez… La question c'était qu'attendez-vous quand vous adressez les patients ? Quand vous adressez pour la chirurgie bariatrique c'est sur les grandes obésités, les… Il y a certains types de chirurgie que vous conseillez ? C'est au libre choix du chirurgien ?

MS2 : Euh… Nous… Moi, ce que je préfère, c'est en discutant avec le patient… Quand j'écris au chirurgien, je peux écrire : « Ecoutez, moi, ce que je préfère, c'est plutôt un anneau, j'ai pas envie d'une chirurgie définitive ! ».

DLG : Mm !

MS2 : Donc je veux pas de Sleeve, pas de By-Pass. En accord avec le patient ! Ou alors, en accord avec le patient, Sleeve ou By-Pass ! Enfin, ça, c'est défini aussi avec le chirurgien ! Grosso Modo, c'est : est-ce qu'il faut une intervention définitive ou pas ? Alors, est-ce qu'il faut une intervention, et d'une, première chose ! Et est-ce qu'il faut que ce soit quelque chose de définitif ou pas ? Ca, c'est encore autre chose ! En prévenant bien de ce que ça peut occasionner comme carence éventuelle… Du suivi, des compensations à faire tout au long de la vie, parce qu'ils vont avoir besoin de prendre des vitamines toute leur vie… Donc en essayant de rien cacher au patient ! Et puis des fois, il y en a que ça dissuade ! Ils disent : « Ah, ben je m'attendais pas à ça ! Je savais pas que c'était… ». Et en leur expliquant bien que même avec le By-Pass, s'ils continuent à manger de la danette ou des sucres rapides, ils maigriront pas ! Parce que ça passera de toute façon ! Donc euh… On essaye d'insister là-dessus !

DLG : D'accord ! Est-ce que vous prescrivez des régimes ?

MS2 : Ou, ça m'arrive, j'en ai fait ! Ouais, ouais, ouais ! J'ai un couple de restaurateurs là, lundi, là… (*Interruption par appel téléphonique professionnel*)

DLG : Est-ce que vous prescrivez des régimes ?

MS2 : Oui, ça m'arrive, j'ai reçu un couple de restaurateurs lundi… Qui mangeraient 4000 calories, c'était monstrueux ! Voilà, par exemple ce que je lui ai donné (*imprime feuille du dossier*). Il mangeait deux baguettes de pain par jour, minimum, il mangeait qu'à 3h de l'après-midi en 10 minutes… Mais c'est un ancien sportif qui a l'air motivé ! Pour lui, c'est un challenge ! Il fait 122 kg évidemment ! Donc voilà ce que je lui ai donné (*me tend la feuille imprimée*).

DLG : Merci !

MS2 : Sa femme aussi ! Mais l'intérêt, c'est que… c'est qu'ils vont pouvoir le faire ensemble ! Et ça devrait peut-être les motiver tous les deux !

DLG : Je peux garder la...

MS2 : Oui, c'est pour vous !

DLG : Merci !

MS2 : C'est un exemple !

DLG : D'accord !

MS2 : Alors, je leur ai bien écrit que j'alterne ! Que je leur mets un légume… Un féculant le soir, ils peuvent alterner ! Ils peuvent inverser ! Je lui ai mis des quantités de pain qui sont pas mal mais je partais du fait qu'il avait déjà 2 baguettes par jour donc je voulais diminuer quand même ! Donc euh… On part quand même de l'existant, on part de ce qu'ils mangent et j'essaye d'adapter avec leurs… En fonction de ce qu'ils mangent et puis également de la motivation ! Savoir s'ils ont des grignotages, des fringales, etc.

DLG : Au niveau perte de poids, quand vous prescrivez des régimes, vous visez combien à peu près ? En perte de poids ?

MS2 : S'ils peuvent perdre 1 kg par semaine, moi, ça me va ! Un kilo par semaine, c'est bien ! En les prévenant bien qu'ils vont perdre… Après, ils vont stagner un petit peu ! C'est normal, il faut pas s'arrêter à ce moment-là ! Parce que leur… Il y a une phase de stagnation obligatoire ! Ensuite, ils continueront pareil ! Ils vont refaire du muscle avec l'exercice physique et puis après, ils reperdront encore ! Et puis après, il y aura une stabilisation ! Bon, les gens veulent des résultats rapides !

DLG : Mm !

MS2 : Trop rapides ! C'est pour ça qu'il y a Dukan ! Ben, Dukan, je comprends aussi… Enfin, c'est… Sur un plan technique, c'est logique aussi… On couple les glucides, on coupe les lipides et puis des protéines, on mange moins, on prend sur nos réserves, ensuite, on fait une stabilisation. Je comprends ! Le problème c'est que… Vraiment, on favorise l'effet yoyo ! Si les gens sont pas suffisamment motivés… Alors, certains vont dire : « C'est la perte de poids qui va me motiver ! ». C'est la poule et l'œuf, on va se mordre la queue des fois ! Donc il fat que je perde du poids pour me motiver… Oui… D'accord… Jusqu'à un point quand même quoi ! Je pense que des fois, c'est le fait d'insister qui fait que ça décroche ! Il y a des gens de toute façon qui font de gros efforts et qui perdent peu de poids ! Ils ont un métabolisme de base assez bas, ils éliminent peu ! Ce qu'il faudrait, c'est qu'un jour on ait un médicament qui agisse sur le métabolisme de base ! C'est pour ça… Je pense qu'on aurait besoin de médicaments ! La thérapeutique… Il y a un manque quand même !

DLG : Là, quand vous prescrivez un régime, l'idée, c'est de diminuer le nombre de calories mais de maintenir les trois groupes…

MS2 : Oui, diminuer le nombre de calories, essaye d'avoir une fraction lipidique qui dépasse pas les 35%... 30%-35%... Ca dépend de quoi on part ! Alors, fixer des rations glucidiques ni trop basses, ni trop hautes, disons autour des 50%, c'est bien ! Et puis en essayant d'éviter les carences et puis essayer d'alterner ! Les légumes, les viandes… Enfin, s'ils sont végétariens, avec des œufs aussi, du poisson ! Et puis de toute façon, à chaque fois augmenter la part de légumes et de fruits, ça c'est… Quasiment une constante ! Il y a un ou deux légumes ou fruits, de toute façon, c'est… Ca, c'est bon à chaque fois, ça ! Voir ceux qui grignotent, pourquoi ils grignotent ? Est-ce qu'ils ont faim, est-ce qu'ils le font par habitude ? Euh… Et puis savoir s'ils ont faim peut être d'augmenter la part de féculents du repas d'avant pour essayer d'éviter les grignotages… Enfin, c'est vraiment toujours un bricolage en fait ! Et puis c'est très personnel ! C'est vraiment… Chaque patient est différent ! C'est intéressant d'ailleurs !

DLG : D'accord ! C'est quelque chose… Les habitudes de vie, leur rythme, c'est quelque chose que vous explorez avec les patients lors de la première consultation ?

MS2 : Ah oui, oui, complètement, c'est pour ça que c'est long la première ! Parce qu'on essaye de voir s'ils travaillent ou pas, est-ce qu'ils sont tous seuls ou pas, est-ce qu'ils ont arrêté de fumer ou pas… Enfin, c'est … Pour faire le tour de tout, c'est quand même… D'où est venu ce surpoids, est-ce que c'est un vieux complexe de l'enfance ou de l'adolescence ou est-ce que c'est apparu tard ? Ou est-ce que c'est un poids qui est apparu après une grossesse ? Il y a toujours des… Mais souvent, avec le mode de vie, on réussit à refaire un peu l'histoire ! Et puis des fois, ils prennent conscience des choses, c'est intéressant !

DLG : Alors, pour vous, qu'est ce qu'un « régime » ?

MS2 : Alors, j'aime pas ce mot-là ! J'aime pas ce mot-là ! On essaye de savoir ce que les gens mangent, on essaye de voir ce qu'on peut garder, augmenter, diminuer et voire… supprimer ! Parce qu'il y a des choses à supprimer, ça c'est clair ! Mais « le régime », il y a pas un régime… Alors j'entends des conneries, j'ai parfois des gens dans d'autres spécialités qui disent : « Ben, suffit de les faire arrêter de manger, hein ! ». Ben oui mais bon… Non ! Non ! Ca ne marchera pas comme ça ! Sinon, on le saurait depuis longtemps ! Les gens vont arrêter de manger, bon ben d'accord et puis ensuite, ils vont se mettre à grignoter et puis ils vont reprendre ce qu'ils ont perdu, ça c'est… Si on les enferme à double tour et qu'ils mangent pas, ils vont maigrir, ça c'est sûr ! Et après, ils vont reprendre encore plus ! Donc c'est pas… C'est pas si simple, quoi ! Mais le mot « régime », je préfère ne pas en parler, je préfère utiliser le mot « conseil diététique » en essayant toujours de s'adapter de l'existant, de tout ce qu'ils mangent et de ce qu'ils peuvent changer !

DLG : D'accord ! Vous parliez des contacts avec les médecins généralistes en disant que vous faisiez des courriers. Vous faites un courrier pour la consultation initiale et puis des courriers pour…

MS2 : Toujours un courrier !

DLG : Toujours !

Toujours !

DLG : Et sinon, ça vous arrive d'avoir des médecins généralistes qui vous contactent pour savoir où en sont les patients, au fil du… Egalement ?

MS2 : Oui, ça arrive ! Ca arrive ! Mais de toute façon, ils ont toujours un courrier donc normalement, ils savent toujours à peu près où ils en sont. Il y a toujours un courrier !

DLG : Est-ce que vous remettez des fiches conseils aux patients sur les aliments à éviter sur les hypercholestérolémies…

MS2 : Oui, j'en ai ! Je m'en sers… Bah, vous devez connaître, c'est ces choses-là par exemple, pour les hypercholestérolémies, les hypertriglycéridémies… C'est des choses connues, hein ! L'avantage, c'est que ça leur est remis. Egalement, on avait des régimes pour les diabétiques… On avait… Avant, les labos nous donnaient plus de livres, il y en a un peu moins maintenant ! Oh ! Prenez en une si vous voulez ! Un de chaque ! Mais vous devez connaître, hein, je pense ! Oh, c'est des choses qui sont… Faut que ça soit accessible, hein ! Faut pas que ça soit trop compliqué en fonction…

DLG : Il faut que ça soit utilisable !

MS2 : Il faut que ça soit utilisable !

DLG : Qu'est-ce que vous décririez comme erreurs habituelles en diététique… Qui reviennent le plus souvent ?

MS2 : Ce qui revient le plus souvent, c'est le manque de légumes, manque de fruits ! Excès lipidiques en tout genre ! Méconnaître les graisses cachées, ça, c'est quelque chose qui revient ! Euh… Les gens sont étonnés de voir qu'ils mangent gras ! Ils s'y attendaient pas, ils ne se rendaient pas compte qu'ils mangeaient gras ! Ce qui est assez étonnant, j'y pense maintenant, c'est qu'on a peu de patients alcooliques qui viennent ! C'est assez rare quand même ! Je pense qu'ils ont d'autres soucis en tête et que… Peut-être qu'ils se rendent compte que ça n'est pas la bonne adresse ou c'est autre chose mais on a peu de patients alcooliques… Non, les grosses erreurs c'est ça, c'est… C'est la malbouffe, hein, c'est tout ce qui est autour. Donc euh… Mauvaise répartition, manque de légume et manque de fruits, ça c'est… Je sais pas si mes collègues vous ont dit pareil mais… C'est à peu près ça…

DLG : La MS1 disait qu'en fait, ils mangeaient peu en quantité mais mal en qualité !

MS2 : Ah, ouais, ouais, tout à fait ! Et puis ils savent pas par exemple qu'une tablette de chocolat c'est 800 calories ! Le chocolat au lait, ils savent pas que c'est 800 calories ! Je leur dis que… Le chocolat noir c'est moins calorique, mais quand même, hein ! Il y en a qui découvrent le noir… Alors, l'intérêt du logiciel, c'est qu'on met des chiffres sur les aliments ! Ca leur parle, un peu ! Ils imaginent pas que les choco-BN c'est calorique ! On dirait qu'ils découvrent le monde ! Et bon, je sais pas ! Si vraiment il y a une collation, je leur dis : « Prenez une pomme ou mangez un morceau de pain ! ». Ca fera 3 fois moins de calories ! Mais… Je pense qu'il y a toute une éducation à faire, les gens sont surpris ! Ils pensent qu'un petit truc comme ça, il y a rien dedans, ben si ! Ben si, il y a des choses, si, si ! Et puis, sur les quantités de fromage, on est un peu surpris aussi des fois ! Donc voilà ! Et ce qui est intéressant, c'est quand le patient, il s'en rend compte ! Là, il y a moyen de faire quelque chose ! Et puis, et puis, et puis, il y a pas que la bouffe, il y a tout le versant dépense, l'exercice physique à faire ou à pas faire !

Ca, c'est le gros handicap ! Je me suis rendu compte que pour les patients diabétiques, les gens… On a des dépliants « conseil sport », « conseil diététique », etc. Et ceux qui sont les moins pris, ce sont les conseils sport ! C'est les moins pris ! Et… Toujours pareil, c'est le fait de considérer ça comme un truc extérieur ! Il faut que la solution vienne de l'extérieur ! Donc essayer de ne pas… Et puis certains vont se cacher derrière une douleur… Evidemment que ça fait mal de reprendre du sport, surtout quand on fait 80… 100 kg ! Mais, il y a un moment, faut peut-être repasser un petit peu au dessus et y aller, quoi ! Parce que si pour la moindre douleur au genou, on arrête 3 semaines, euh… C'est… Là, on voit ceux qui sont pas motivés ! Donc, c'est vrai qu'il y a diététique et puis il y a tout le mode de vie ! L'exercice physique, c'est vraiment important !

DLG : La diététicienne que j'ai rencontrée me disait quelque chose qui m'avait surprise : elle m'a dit que les patients qu'elle trouvait les plus motivés étaient les patients qui étaient adressés par les médecins généralistes dans sa patientèle…

MS2 : Peut-être parce qu'ils ont déjà fait un parcours… Parce qu'ils ont déjà pris conscience… Pareil avec l'alcool, il y a un effet prise de conscience ! Donc, s'ils viennent vous voir alibi sur un coup de tête comme ça… Oh, j'ai pas fait d'étude là-dessus, je sais pas ! Par contre, s'ils ont déjà vu leur médecin, qu'ils ont déjà fait un parcours, qu'ils ont pris conscience… Alors, à brûle-pourpoint c'est dur comme ça de quantifier… Mais oui, je pense que ce sont des gens qui sont déjà motivés ! Ils sont déjà rentrés dans un cycle où ils acceptent de suivre certaines lignes directrices… Oui, oui ! Ca peut être intéressant, oui !

DLG : Qu'est-ce que vous faites, vous pour essayer de renforcer la motivation du patient ?

MS2 : Ben, on évalue déjà ce qu'ils font, nous, on évalue déjà… On va regarder là où ça pêche ! Donc au niveau alimentaire… On regarde ce qu'ils ont fait, quand ils ont fait des efforts, il faut les gratifier ! Quand il y a quelque chose de bien, faut leur dire (*tape du plat de la main sur la table*) ! Faut dire : « là, c'est bien ce que vous avez fait ! ». Et puis essayer de s'en rendre compte et de le valoriser ! Peut-être essayer de les coacher au niveau exercice physique ! Alors, nous, la piscine, avec la balnéo, c'est assez facile ! Surtout si les gens habitent Orléans ou en proche banlieue, ils peuvent venir une à deux fois par semaine ! Des fois, ils font d'autres rencontres, ils voient d'autres patients en surpoids, donc, ça peut les motiver ! Le problème, mon avis, c'est quand ils sont dans un cycle où ils viennent un peu trop souvent et ça devient un peu des vacances… Voilà ! C'est pour ça que la convalescence, j'ai quelques réticences ! Il y en a qui viennent faire leur cure tous les ans, et là, je crois que ça ne sert plus à rien !

DLG : Mm !

MS2 : Donc ça, je crois qu'il faut arrêter ! Enfin, moi, je serais totalement contre ce genre de pratique ! Bon, ça fait des honoraires, d'accord, mais il y a pas que ça ! Parce qu'il y un moment où… Il faut qu'ils se prennent en main, les gens ! Nous, on a fait tout ce qu'on a pu, on a mis en place un suivi ambulatoire, des fois une hospitalisation en convalescence etc. On leur a mis à disposition la piscine et puis à un moment… Faut… Faut qu'ils se lancent ! Et… Quand ils viennent en convalescence trop souvent, moi, je vois pas trop l'intérêt ! On voit, ils retrouvent leurs copains, ils jouent aux cartes, ils ont plus envie… Là, ils ont que le bénéfice secondaire, ils ont plus envie de maigrir !

DLG : Mm !

Par contre, ceux-là, à mon avis, il faut arrêter de les prendre ! On verra comment ça se passera plus tard mais bon ! Voilà ! La motivation initiale, la motivation dans la durée ! C'est fondamental, ça !

DLG : D'accord, il y a quelque chose qui m'est venu… On a parlé des fiches conseils… C'est passé trop vite, j'ai oublié ! Si ! Quelle… Quand vous voyez des patients en consultation, quels sont vos critères pour décider d'une hospitalisation ? De rester sur une prise en charge ambulatoire ?

MS2 : Ben, ça dépend déjà des complications ! Est-ce qu'ils ont des complications cardiovasculaires, respiratoires, un très gros handicap fonctionnel… Ca, ca peut des fois être un argument… Un peu quand il y a urgence et qu'il faut y aller ! J'ai vu quelqu'un qui pesait 189 kg avec un oedèmescrotal très important, des œdèmes des membres inférieurs, une rétention hydrosodée majeure, voilà, ça se discutait pas ! Quand aussi il y a une apnée du sommeil… Là, il y a des gens, ils sont au bout du rouleau ! Ensuite, si c'est pas le cas, c'est la motivation qu'ils ont à soit un suivi ambulatoire, soit un suivi hospitalier ! Il y a des gens qui ont besoin d'être coachés, de A à Z ! Le problème de ces gens-là, c'est qu'il faut qu'ils comprennent que s'ils sont hospitalisés, après… Que ça va être dur après ! Donc il faudra qu'ils continuent sur la lancée : exercice physique, alimentation… Donc on les suivra après : hôpital de jour et autre ! Il faut bien qu'ils comprennent que c'est pas en maigrissant de 5 kg toutes les 3 semaines ou tous les ans que ça sert à quelque chose s'ils vont en reprendre 10 derrière ! Mettre en place ! C'est usant, c'est vrai que ça, c'est usant à force ! Non, donc je regarde surtout les complications et la motivation ! Et puis la nécessité ! Pour ceux qui ont des complications, il y en a pour qui c'est une nécessité, hein ! J'ai vu une dame de 175 kg, elle est venue, elle avait des œdèmes partout, elle était en AC/FA… Voilà ! Elle, elle a été hospitalisée dans l'après-midi mais elle était au bout du rouleau !

DLG : Mm !

MS2 : Son taxi était là-bas, elle a mis un quart d'heure pour venir s'asseoir dans le fauteuil… Et puis après, il a fallu la relever du fauteuil ! Elle… Enfin, elle… Vu l'état, j'ai même pas discuté, je l'ai prise en hospitalisation ! Elle a perdu 25 kg ! Mais elle a surtout perdu de l'œdème ! Parce qu'il fallait le perdre cet œdème ! Mais… Mais c'est vrai qu'on voit arriver des gens vraiment au bout du rouleau ! Quelques uns vraiment dans des états… piteux ! Et puis dans l'autre, les anorexiques, les IMC à 13 enfin vous voyez ce que je veux dire…Très carencés pour qui ça devient… Oui, qui sont franchement en danger ! Bon, là, ça se discute pas trop ! Après, tout le reste c'est discutable ! C'est une question d'appréciation, de motivation…

DLG : Par rapport à la prise de rendez-vous pour une première consultation, vous avez combien de délai ?

MS2 : Pour l'instant, je dois être à 15 jours-3 semaines !

DLG : D'accord !

MS2 : Mais j'essaye de sauvegarder un créneau… Mais généralement, le créneau, je le garde pour les urgences ! Je dois être à 15 jours-3 semaines !

DLG : D'accord ! Je ne sais spas s'il y a des choses que je n'ai pas abordées qui vous paraitraient intéressantes pour les internes de médecine générale…

MS2 : Euh… Ce qui serait bien, c'est quand les gens viennent nous voir, ce serait bien qu'ils aient un bilan métabolique : lipides, glycémie, acide urique etc. Quand c'est des grandes anorexies, un bilan des carences, assez complet, donc nous, ça nous fait gagner du temps également, les patients aussi ! Et puis, ils peuvent nous appeler aussi, il y a pas de problème ! Ca ! Si on pouvait partir à la première consultation sur des choses un peu plus complètes, ça serait déjà… Voilà !

DLG : Bon !

MS2 : Ca va comme ça ?

DLG : Merci !

Entretien :
Diététiciennes hospitalières D1, D2, CS, D4, D5 (52 min)

DLG : J'ai réalisé des focus-group auprès d'internes de médecine générale de Tours, et le ressenti c'est quand même qu'ils se sentent très, très démunis, avec certains qui ont eu des expériences où ils se sont « frité » avec des patients et qui y vont franchement à reculons ! Et ils se rendent pas du tout compte que, nous, on a des représentations sur la nourriture et qu'en fait, on a tendance à le plaquer plus qu'on le penserait, sur ce que font les patients et comment ils le vivent ! Donc, j'ai commencé à rencontrer des professionnels de santé qui font de la diététique, j'ai rencontré MS1, D0, MS2 et de ce qui ressortait de ces entretiens c'était effectivement qu'il fallait partir des habitudes des gens, de ce qu'ils faisaient et pas essayer de leur plaquer des choses toutes prêtes et effectivement, de ce que demandaient mes collègues en me disant : « Il nous faut des conseils, des petites recettes ! »

Rires

DLG : Je pense que c'est quelque chose qu'il va peut-être falloir casser en formation en disant que c'est peut-être pas là que ça se joue !

D4 : C'est pas un document qu'on peut donner comme ça !

DLG : Et ça, il y avait notamment le premier groupe où ils étaient très demandeurs ! De la fiche magique, quoi !

D4 : On le rencontre dans le quotidien, nous aussi ! La fiche magique, on nous l'a demandée, aussi !

CS : Et la position des médecins par rapport au fait… En fait, quelles sont leurs attentes ? Vraiment ? C'est-à-dire : d'avoir des outils pour faire eux-mêmes cette prise en charge ? Ou d'avoir un réseau professionnel pour prendre ça en charge ?

DLG : C'est quelque chose que je n'avais pas abordé avec vous ! Là, les internes que j'ai interviewés ne connaissent absolument pas les professionnels à qui ils peuvent s'adresser ! En gros, quand on leur pose des questions sur qu'est-c que vous connaissez ? Comment ça peut s'organiser ? A qui vous adressez ? Il y en a une qui m'a répondu : « Ah, j'ai découvert qu'il y avait un médecin nutritionniste sur Orléans ! » Je n'ai pas fait de recherche ais je pense qu'il y en a un peu plus que un !

CS : Attendez, qu'est-ce que vous appelez un médecin nutritionniste ? Il y a pas de médecin nutritionniste sur Orléans ! A ma connaissance, il y a aucun médecin nutritionniste qui ait fait une spécialité de nutrition et qui puisse donc s'appeler nutritionniste… *Rire*. Parce qu'il y a des médecins qui font de la nutrition, c'est pas pareil !

DLG : C'est diététicienne, pas remboursée, médecin remboursé ! C'est tout ! Ca s'arrête là !

D2 : Vous disiez aussi que les médecins étaient… Qu'ils savaient pas quels conseils donner… Qu'ils étaient embêtés avec cette patate chaude de la diététique ! Mais que… Enfin, voilà ! Diététicienne, c'est quand même quelque chose de reconnu dans la nutrition ! Est-ce que parce que c'est pas remboursé, c'est jamais proposé ?

DLG : Alors, les internes hésitent beaucoup, mais c'est parce que je pense, ils sortent d'une formation principalement hospitalière et où le patient n'avance jamais rien ! Et je pense…

CS : C'est faux, ça ! C'est totalement faux concernant la consultation diététique ! C'est plus vrai ! Quand on fit le tour des hôpitaux de France et de Navarre, on se rend compte que les consultations de diététique sont payantes pratiquement partout ! Et on est un des seuls hôpitaux de France, ici à Orléans, où les consultations sont payantes sauf pour les patients en ALD ! Voilà ! Ailleurs, il y a que la CMU et dans quelques endroits, pour les enfants, les femmes enceintes ! Mais dans la plus grosse parie des hôpitaux, les consultations de diététique sont payantes, non remboursées par la sécurité sociale, en sachant qu'il y a de plus en plus de mutuelles qui commencent quand même à réfléchir et à prendre en… En partie en charge !

DLG : En charge ! C'est ce que m'avait dit MM aussi ! Qu'il y en avait même beaucoup qui présentaient soit des forfaits, soit qui prenaient en charge une partie de la consultation !

D4 : Sur un nombre défini, oui !

CS : La question de D2 est très judicieuse en fait !

D2 : Moi, j'avais compris que c'était ça, dans votre questionnement, c'est-à-dire, comment créer ce réseau entre médecins et diététiciennes, quoi !

DLG : Ca fait partie des choses ! Pour l'instant, ce que moi, j'avais ressorti des interviews que j'avais eu, ce que je voyais comme formation, c'est éventuellement, le matin, quelques petits rappels théoriques mais surtout pas insister parce que finalement, on se rend compte qu'on a eu des données de nutrition et que… On ira pas dans des choses très spécialisées parce que c'est pas notre rôle, on est médecins généralistes mais pour réassurer les internes, leur dire qu'ils savent !

CS : Déjà, vous ciblez les médecins généralistes !

DLG : Généralistes ! Ensuite, je pense qu'il est important qu'on passe du temps pour qu'ils découvrent les autres professionnels parce que… On peut pas juste se contenter « c'est remboursé, c'est pas remboursé » !

D2 : C'est un peu réducteur !

DLG : Et après par contre, sur l'après-midi, je me proposais plus de faire une découverte vers l'entretien motivationnel, vers l'éducation thérapeutique ! Parce que c'est ce qui me parait le plus adapté…

CS : Et les maisons de santé, quid des maisons de santé ? Vous avez l'intention d'intégrer ça dans votre démarche ? Parce que la loi HPST est quand même effective, maintenant !

DLG : Elle est sensée être effective maison a pas encore tous les décrets d'application !

CS : Enfin, si, si, si !

DLG : Enfin, pour l'éducation thérapeutique, entre autres, on en a discuté au Congrès de Nice, c'est pas encore paru ! Le problème des maisons de santé à l'heure actuelle, je suis vaguement ce qui se passe pour le montage d'une maison de santé à l'Argonne… Ils ont extrêmement de mal à se… Forger un programme commun et à définir des actions communes ! Le problème, c'est que les textes sont là mais les mentalités pas encore prêtes ! Notamment au niveau des médecins, qui au départ étaient très motivés pour se retrouver dans une structure commune avec une infirmière à portée de main, avec des locaux à portée de main… A partir du moment où ils se sont rendu compte qu'il fallait bâtir un projet commun, pff ! Ils ont tous disparu, il n'en est resté qu'une qui cherche à recruter d'autres médecins !

CS : Ouais, moi, je pense qu'avec l'ARS, ils vont être obligés !

DLG : Alors après, est-ce qu'on peut monter un projet commun sous contrainte…

CS : Ouais ! Enfin bon, ça, c'est la bonne excuse des médecins mais il y a bine un moment il va falloir qu'ils plient ! Parce que des sous, il y en a plus et que voilà ! Donc euh… On sait très bien que du point de vue politique on y va doucement, c'est très politique tout ça !

DLG : Ceci dit, du point de vue de la mentalité des jeunes, je pense qu'on se dirige beaucoup plus vers ça ! Vers du travail d'équipe, vers pouvoir répartir les charges, échanger des informations autour u patient ! Ce qui est pas forcément la mentalité… Notamment des « vieux médecins » qui représentent quand même une majorité des médecins installés sur le Loiret, ils ont pour une bonne moitié plus de 50 voire pour une bonne majorité plus de 60…

CS : Moi, le mien il est vieux…

D4 : Là où je vais, ils sont tous proches de la retraite !

CS : Bon, ben c'est bien ! Du coup, ça va bientôt changer !

Rires.

DLG : Le souci, c'est que derrière, on est nettement moins nombreux !

CS : C'est pour ça…

D2 : C'est pour ça qu'il faut savoir donner ! Les domaines qui finalement…

DLG : Mais je pense effectivement qu'on oriente plus facilement… n sait où on va au moins quand on a eu quelques clefs !

D2 : Oui, bien sûr ! Mais c'est vrai que j'ai jamais vraiment compris pourquoi il y avait pas… On déléguait pas la diététique aux professionnels de diététique, en fait ! Ca m'a toujours interpellé… Un patient qui a un diabète, un patient qui a une obésité… Voilà, il y a des gens qui savent faire, très bien ! Qui savent bien s'en occuper et…

CS : Dont c'est le métier !

D2 : Dont c'est le métier ! Et le fait, pour moi, le fait que ce soit remboursé ou pas c'était pas un critère suffisant ! Sachant quand même qu'on paye de plus en plus nos dépenses de santé… Et que… Autant on peut… Enfin, le médecin va facilement prescrire des séances de kiné ou même des fois conseiller des choses pas remboursées autant la diététique, je trouvais que ça bloquait un petit peu ! Et voilà ! Je comprends pas vraiment !

CS : C'est vrai que ça serait très intéressant de travailler là-dessus, de connaître effectivement le point de vue de vos collègues, sur ce sujet ! Parce que vous-même, vous arrivez en disant que vous voulez monter une formation en, c'est-à-dire qu'en fait, vous voulez former les médecins à la diététique !

DLG : Non ! Alors, l'idée n'est pas de… Bon, disons que, moi, ça m'intéresse ! Et ça m'a interpellée le fait que ce soit dans toutes les premières lignes des grosses prises en charge, que ce soit pour le diabète, que ce soit pour l'infarctus, que ce soit pour l'obésité et que finalement, sur le terrain, en pratique, on soit pratiquement complètement à éluder et à être très mal à l'aise en disant : « Comment on va faire disparaître la patate chaude » et que finalement, on ne va même plus orienter les patients parce que c'et tellement… On est tellement en souffrance par rapport à ça ! Que ça passe complètement, mais complètement ! A la trappe ! On cherche même plus à orienter ! Et l'idée, ce serait de dire : « Effectivement, la diététique, c'est important, il y a des professionnels qui font ça ! Nous, notre rôle, c'est peut-être ça, mais ça s'arrête à là » Si on veut faire un peu plus, il faut savoir que nos limites de compétence, c'est plutôt par là : ça, ça va être difficile pour nous, ça, ça va être difficile pour nous ! Mais de savoir ce qui va se passer après ! Et de pouvoir passer de la nutrition à un peu de diététique… Pour savoir ce qu'on recherche dans la diététique et pour savoir après ce qui va se passer avec mon patient ! Parce que finalement, le fait de ne plus savoir du tout, et bien, on ne fait rien ! Je caricature un petit peu mais…

D2 : Mais le nombre de patients qui viennent avec un médicament, je vais prendre un exemple, c'est e diabète…Mais que un médicament depuis des années, des années et qui ont jamais entendu parler de diététique ! Alors, ils mettent des sucrettes à la place du sucre… Voilà, quoi ! Ca s'arrête là ! C'est dommage !! Parce que… On perd du temps !

CS : Ils sont toujours aussi gros !

D2 : Ils sont toujours aussi gros, on arrive à une insulinorésistance !

CS : Ils ont toujours le syndrome métabolique !
Rires
D2 : c'est dommage ! C'est comme courir avec un plâtre… Je leur dis toujours mais… C'est dommage !
CS : Ouais…
D2 : Mais pas trop tard, quoi !
DLG : Oui !
D2 : On a vraiment un rôle en amont, avant la… Avant qu'ils soient très, très malades, c'est intéressant ! C'est là qu'on est… Qu'on peut éviter ! Qu'on peut retarder !
CS : Mais, voilà ! Ca serait intéressant de savoir quel est le frein à ce… A ce travail de réseau ! Moi, je suis un peu comme D2, j'ai peine à croire que ce soit uniquement une question pécuniaire ! Ca peut l'être pour une grosse partie de la population c'est sûr ! Mais c'est pas toujours le cas ! Et je pense qu'il y a… Comme ce que vous croyez, vous, une question de représentation… Certainement de la part de la population générale et des médecins en particulier, donc des jeunes internes en médecine générale ! Une très mauvaise représentation du travail de la diététicienne ! Et on est souvent, toujours, encore, vues comme des gens qui restreignons, limitons ! Bon, c'est vrai aussi qu'il y a eu des modes… Voilà ! Et il y a encore des modes comme ça : les cures de protéines, les machins…
D2 : C'est souvent les médecins ! Qui font des livres…
CS : Donc, nous, ce qu'on peut vous proposer ne tant que diététiciennes, c'est de les former nous-mêmes et de les former en leur expliquant qui nous sommes, quelle est notre spécificité et ce qu'on peut leur apporter !
DLG : Après vous, je vais rencontrer des médecins généralistes qui font de la diététique en consultation et notamment un médecin généraliste qui s'occupe du réseau obésité du côté de X et qui lui, en fait, oriente ses patients vers le réseau ! Donc, lui, qui fera probablement le lien avec ce que vous proposez ! Donc, lui, est dans la position que vous décriviez tout à l'heure, d'un médecin généraliste qui oriente ses patients vers les diététiciennes !
D4 : Qui sait présenter la diététicienne, parce que c'est ça aussi ! Le patient, il faut aussi qu'il y adhère, qu'il y aille ! Donc il faut aussi que le médecin soit vendeur de ce qu'il propose !
DLG : Exactement ! Donc, j'avais établi un petit questionnaire, d'après les interviews des internes… Où je balaie plusieurs choses sur la formation, sur comment ça se passe les consultations chez vous… Alors, mes questions sont sûrement pas exhaustives, alors si vous voyez des choses à rajouter, qui vous paraissent pertinentes, je vous en prie ! Je vais peut-être vous laisser vous présenter… Les unes après les autres, juste dire quelle formation vous avez eue, dans quel service vous travaillez… En quelques mots ?
D1 : D1, donc en formation, j'ai fait un IUT de biologie appliquée option diététique… A Orléans, je m'occupe surtout des services de chirurgie digestive, de la néphrologie, des maladies infectieuses, de la chirurgie orthopédique… C'est tout !
D2 : D2, j'ai fait un BTS en diététique à Strasbourg et un IUP de nutrition à Nancy… Je suis passée par l'agroalimentaire d'abord, ensuite, je suis revenue à l'hôpital ! Donc, là, je suis en endocrinologie uniquement ! Et là, on s'occupe des obésités, des diabètes, des anorexies, des surpoids secondaires… Aux dysfonctionnements de la thyroïde etc. Et on fait de l'individuel mais aussi des ateliers de groupe ! Voilà !
CS : Donc moi, je m'appelle CS, je suis diététicienne depuis assez longtemps, j'ai passé un BTS et depuis peu, je suis devenue cadre de santé et j'ai fait un master en économie de la santé et politique sociale à Paris Dauphine ! Voilà ! Et sinon, je suis à l'hôpital d'Orléans depuis 93 ! Donc sur différents services et notamment la création des soins de support en Cancérologie !
D4 : Donc D4 ! Moi, je suis diplômée… BTS à Nantes ! En 2001 ! Et actuellement, je suis plus particulièrement sur les services d'oncologie, radiothérapie, gastroentérologie, toujours plus particulièrement la partie cancérologie de ces services ! Et j'ai également fait un diplôme universitaire en éducation thérapeutique à Paris ! Pour compléter !
D5 : D5, stagiaire, je suis en train de passer mon BTS, je suis en deuxième année donc je le passe en septembre ! Donc voilà !
DLG : Quels patients recevez-vous pour des problèmes diététiques ?
Rires
DLG : Donc, du coup, vous avez un panel très, très large !
CS : Tout ! Tous les patients !
DLG : Oui ! Je pense qu'on se rend pas compte en tant que médecin généraliste ou interne que, effectivement, on va de la chirurgie digestive à…
CS : Tous les services… Il y a des diététiciens dans tous les services, dans toutes les spécialités, Et du travail dans tous les domaines ! Services !
DLG : Quels âge ont les patients que vous recevez ?
D1 : Tous les patients de La Source !
D2 : A partir de 15 ans et 3 mois, c'est ça ? A partir de 15 ns et 3 mois, on peut avoir des patients !
CS : Enfin, sur le CHRO, on a depuis la néonat', hein ! Oui, oui, depuis la néonat jusqu'à la maison de retraite, hein ! Au CHRO, on a la représentation de tout : court, long et moyen séjour ! Depuis avant la naissance, jusqu'à la mort !
DLG : Donc quelles pathologies présentent-ils ? Vous en avez un petit peu parlé… en chirurgie digestive, vous voyez des patients qui…
D1 : Ben… Suite… On peut par exemple leur expliquer la réalimentation après une chirurgie digestive, que ce soit une gastrectomie, une iléostomie, une résection de grêle… Ou des problèmes de déglutition, on peut voir ! S'il y a eu un… Après une intervention de l'œsophage… Une dilatation… Enfin bon ! Ça peut jouer sur la texture, la qualité de ce qu'ils mangent, sur…
Cs : Les rythmes alimentaires, le fractionnement… L'enrichissement…
DLG : En cancérologie, c'est plus par rapport à la dénutrition ?
D4 : Aussi, ça peut être aussi une prise de poids pendant le traitement… Ca peut être un soin particulier…
D1 : Préparation à un examen…
D4 : Préparation à un examen aussi…
CS : Tous les effets secondaires… La prise en charge de tous les effets secondaires des traitements, quels qu'ils soient ! Et ils sont lourds ! *Sourire*.
D4 : Les lucites, les nausées, vomissements… Enfin bref !
DLG : Endocrinologie, ça me parle un peu plus !
Rires.
D1 : C'est le plus connu, enfin !
D2 : Oui, enfin… Diabéto, obésité… Il y a les chirurgies aussi, les chirurgies de l'obésité ! On prend la suite de D1 ! En fait, nous, on les voit avant une chirurgie de l'obésité… D1 les voit pendant…
D1 : Je les vois en pré et post… Enfin, surtout un petit peu post !
D2 : Et nous après, on va faire le suivi pendant des années ! Donc que ce soit Bypass ou Sleeve… Pour cerclage ! Voilà, ils reviennent régulièrement, ils restent là toute la journée et là, on fait le point avec eux ! Pour optimiser l'alimentation… Eviter les déficits ; enfin, les carences ! Eviter aussi les prises de poids avec une chirurgie… C'est important, si on fait pas ce point-là, on peut avoir des échecs de chirurgie et… C'est dommage ! Et puis après anorexie mais on fait pas de la diététique pure ! On est pas sur des connaissances qu'on apporte au patient ! C'est… de l'encouragement, c'est retrouver confiance en l'aliment, c'est réapprendre les saveurs… Ca peut être des ateliers cuisine avec les anorexiques… Alors, ça, c'est pas… C'est ponctuel ! C'est souvent au lit ! Si on a le temps ou pas ! C'est pas des choses cadrées comme les autres ateliers ! Mais ça peut être… C'est des choses qu'on peut faire, quoi ! On peu faire de la dégustation aussi avec une patiente ! On est dans un travail de rééducation alimentaire comme on peut éduquer un petit enfant à l'alimentation ! C'et un travail relationnel très important ! On est pas sur les connaissances, là !
DLG : La vision qu'ont un peu les internes, c'est la consultation comme ça, au lit du patient, mais il y a plus de choses que ça. Au niveau des ateliers, il y a des choses structurés ou… Qu'est-ce qu'il y a comme type d'atelier que vous proposez aux patients ?
D2 : En fait, pour les patients en surpoids et obèses, on a des ateliers sur 2 ans ! Avec 2 groupes, on présente l'équilibre alimentaire, on leur fait participer à… On leur fait jouer avec des cartes… Voir un peu leurs connaissances ! On fait les courses avec eux, on fait la cuisine avec eux… On leur apprend à estimer les quantités qu'ils ingèrent ! On va aussi mettre en place, là, des ateliers dégustation ! Alors, c'est un peu informel pour le moment mais c'est vrai que c'est intéressant et ça manquait ! Aux ateliers… Enfin, dans le processus ! C'est des choses qu'on va mettre en place !
D1 : Lire les étiquettes !
D2 : Lire les étiquettes ! Après, avec les patients diabétiques… On a des sessions d'insulinothérapie fonctionnelle… Que D4 avait mises en place dans le service ! Où les patients diabétiques de type 1 viennent dans le service pour 4 jours ! Et en fait, on les forme ! Ils s'auto forment ! A gérer leur dose d'insuline ! C'est-à-dire, on leur dit plus, on

est sortis du discours : il faut manger ça ! Ca va être : mangez ce que vous souhaitez mais vous apprenez à calculer combien il y a de glucides et combien il faut injecter d'insuline !

DLG : Ca dure que 4 jours ? Moi, j'étais étonné, je pensais que c'était beaucoup plus long !

D4 : C'est-à-dire que 4 jours, i y a un suivi derrière ! 4 jours de formation, après c'est souvent des patients qui ont de l'antériorité, qui ont eu des conseils… Et souvent qui sont enfermés dans des schémas : souvent, ils se prennent des feuilles grammées et nous, en fait, on leur ouvre la fenêtre en disant : « Vous pouvez » et en leur en donnant les moyens ! Donc, il faut 4 jours mais 4 jours denses quand même, hein ?

D2 : 4 jours denses et ils ont quand même déjà une expérience de leur diabète et… En fait, c'est vrai que, eux, ils s'entraînent tous les jours : à chaque prise alimentaire ! Ils s'entraînent ! Donc, ils se forment très vite… Donc oui, ça parait pas beaucoup, mais ils sont très bons !

D4 : C'est très vite parce qu'ils sont très bons, ouais !

CS : Ils sont sélectionnés ces malades, aussi, on prend pas n'importe quel patient !

DLG : En cancérologie, vous avez des ateliers aussi pour les patients ?

D4 : Non ! Non, non !

CS : Ben, le buffet froid, c'est une forme d'atelier quand même !

D4 : C'est une forme d'atelier… Après, c'est présenté tous les jours, ouais ! C'est une possibilité d'avoir un choix autre que le plateau repas carré de l'hôpital ! Donc on propose des choses froides, des choses un peu chaudes aussi parce qu'on propose des quiches, des choses qu'on peut faire réchauffer ! Donc ils ont le choix ! En fonction de leur état du moment, de comment ils se sentent et puis ça leur permet d'être ensemble aussi !

CS : Un temps d'échanges !

DLG : D'accord !

CS : Gérer leurs difficultés !

DLG : Alors, j'ai des questions qui sont plus adaptées en formulation aux soins en ville… Quelle est la durée de vos consultations ?

CS : C'est variable, mais c'est jamais moins d'une heure une consultation de diététique… En face-à-face ! Sans parler de la partie administrative !

D2 : Nous, ça peut être une demi-heure dans un suivi…

CS : Mais si vous cotez ça comme une consultation, c'est minimum une heure ! Là-dessus, vous avez un très, très bon document sur la HAS ! Qui s'appelle « La consultation de diététique réalisée par un diététicien » ! Vous pouvez la consulter !

DLG : Oui, oui ! Je connais ! J'ai découvert le semainier et… Quand j'étais en stage chez X

CS : Voilà !

DLG : D'accord ! La première consultation, pour vous, c'est toujours au cours d'une hospitalisation ?

D4 : Pas forcément, ça peut être en externe ! Ca peut être quelqu'un qui a été vu… Qui a eu une consultation médicale quand même dans un service et qui a souhaité avant son hospitalisation, avant la mise en place de ses traitements, qu'il rencontre la diététicienne ! Quand il y a déjà une perte de poids avancée, pour agir toujours plus tôt ! Donc pas forcément en hospitalisation, non !

DLG : Quel est le coût d'une consultation ?

CS : A l'hôpital ? A l'hôpital, c'est 30 euros sauf cas particulier… 30 euros pour la première consultation et 15 euros pour les consultations de suivi ! Au CHRO d'Orléans ! Chaque hôpital a sa… Propre tarification !

DLG : Comme en ville, chaque diététicienne a…

D4 : Aussi !

CS : En sachant qu'à Orléans, il y a pour les ALD, il y a pas de paiement !

DLG : D'accord ! Pour l'hôpital !

CS : Ici ! A l'hôpital d'Orléans !

DLG : Du coup, vous avez parlé du remboursement… Comment se déroule une première consultation ayant pour thème central la diététique ? Comment ça se passe avec le patient ?

D2 : Ben, on fait connaissance avec le patient, un petit peu ses habitudes de vie, ses habitudes familiales… Quelle profession il exerce… Pour voir un petit peu l'environnement !

D4 : Le cadre de vie !

D2 : Et puis ensuite on lui demande quelles sont ses habitudes alimentaires… Et on tire le fil un petit peu pour avoir les informations nécessaires au niveau qualitatif, quantitatif, où on se situe ! Et par la suite, on va avec lui… On essaye d'analyser un petit peu son bilan nutritionnel et de voir où sont les priorités ! Ensuite on construit… On essaye de construire, si c'est faisable avec le patient ! Parce que… Ils sont pas toujours à même de… De trouver ce qu'ils devraient faire ! On est là pour les...

CS et D2 de concert : Aider !

D2 : Voilà, les aider ! Mais on essaye de faire en commun et de les aider et ensuite… Qu'est-ce que c'est que l'équilibre alimentaire, essayer d'apporter des informations là-dessus ! Mais avec l'expérience et les formations qu'on a au fur et à mesure sur l'entretien motivationnel… On personnalise de plus en plus !

D4 : On essaye de sélectionner les conseils, peut-être en donner que un ou deux mais…

CS : Enfin, là, elle vous décrit plus spécifiquement une consultation pour perte de poids ! Plus spécifiquement !

D2 : C'est ça… Voilà !

CS : Mais une consultation diététique, il y a une première phase d'enquête alimentaire. L'enquête, où on ne considère pas que l'aspect quantitatif bien sûr, c'est l'Enquête, avec un grand E et un grand A ! Qui permet de faire le diagnostic et de poser des objectifs négociés avec le patient et ensuite de le guider ! En gros, c'est ça, la conduite d'une consultation diététique ! Le tout, en fonction d'une prescription médicale, bien sûr ! Puisque, il faut d'abord le rappeler, nous exerçons sur prescription médicale ! Vous, vous cherchez quoi attendre de la diététique, mais nous, on sait ce qu'on attend de vous : des prescriptions !

DLG : Et qu'est-ce que vous attendez comme prescriptions ?

Cs : Ben, euh, une prescription médicale… Après, ça dépend des domaines mais en gros, c'est une description de la situation médicale du patient ! Les éléments intéressants à prendre en compte ! Par exemple, ça peut être…

D4 : La Thyroïde, s'il a quelque chose…

CS : Oui ! Ca peut être le traitement… Les antécédents médicaux, les troubles associés… Des choses particulières… L'objectif médical, l'objectif du médecin ! Parce que finalement, vous vous posez la question de la diététique, c'est en alternative avec… Vous parliez des statines tout à l'heure ! Effectivement pour tout ce qui est diabète de type 2 ou cholestérol, la logique voudrait que ! Ou l'hypertension ! L'on s'occupe d'abord de l'assiette avant de flanquer des médicaments ! Ca serait là aussi plus logique pour le patient et plus logique pour la… Pour notre système de santé aussi ! Voilà ! Donc ce sont ces objectifs-là que nous avons besoin de savoir ! C'est où vous en êtes aussi. Si on intervient en première intention, ou en complément d'autre chose ou… Voilà ! Après, c'est pourquoi vous faites appel à la diététicienne, quels sont vos objectifs et quels sont les éléments de la situation du patient qui interfèrent !

D4 : Souvent, on a que « Consultation de diététique » Heureusement à l'hôpital, on a le stem, on a le dossier médical, alors on devine ! Mais des fois, c'est pas facile !

CS : Et on voit le patient !

D4 : Mais on devine des fois ! On aimerait bien avoir derrière une prescription un peu plus détaillée !

DLG : Au niveau… C'est quelque chose qui a été évoqué lors d'un focus-group avec les internes… Qui se posaient la question du secret médical entre médecins et diététiciennes et qui ne savaient pas quelles informations… Elles avaient le droit de laisser…

CS : Pareil ! Les diététiciennes sont des soignants à part entière, inscrits au fichier Adéli depuis janvier 2007 et donc elles sont liées au même titre que les infirmiers et que les médecins au secret professionnel mais elles ont accès à toutes les informations médicales ! Concernant le patient ! Elles ont exactement les mêmes obligations, les mêmes droits et les mêmes devoirs que les médecins au niveau de la confidentialité… De façon réglementaire !

DLG : Alors, c'est vrai qu'à l'hôpital, vous avez accès au dossier informatisé ! Mais, nous, en libéral, on pourrait imaginer vous faire ce qu'on peut faire pour les kinés par exemple, un courrier !

CS : C'est très bien d'évoquer le kiné car nous avons le même statut, nous faisons partie de la même filière de rééducation depuis Aout 2006 ! Des kinés, des ergos et des orthophonistes ! Donc si vous voulez, la seule différence qui subsiste entre tous ces professionnels et nous, c'est la cotation de l'acte diététique dans la nomenclature générale des actes médicaux et le remboursement sécu ! C'est quelque chose qui est en discussion depuis longtemps et ça ressort : rapport Cref, rapport Berland, ça ressort tout le temps ! Pour l'instant, il y avait un lobbying médical très fort ! Et c'est pour ça que tout à l'heure, je vous disais : « Médecin nutritionniste oui mais encore ? » Parce qu'on

sait très bien, depuis les années 80, qu'il y a des médecins qui avaient trouvé ça assez judicieux et intéressant de faire de la nutrition ! En étant porteur ou non d'un diplôme de spécialité de nutrition, voilà ! Donc nous, on œuvre maintenant depuis plus de 50 ans pour essayer d'avoir cette cotation de l'acte et je pense, objectivement, on a été jusque dans les plus hautes sphères de l'état ! Premier ministre plusieurs fois ! Et ça a toujours bloqué ! Conseil de l'Ordre vraisemblablement, on peut supposer ça en tout cas ! C'est très politique, c'est clair !

DLG : Oui, dès qu'on touche à la santé, on est pas très loin non plus…

CS : La nutrition intéressait les médecins jusqu'à il y a pas si longtemps que ça ! Après, effectivement, comme il y a de moins en moins de médecins et que vous aussi, vous allez vraisemblablement avoir des contraintes un jour ou un autre ! Peut-être que l'on arrivera à… Fait un geste de balance qui s'équilibre. Parce que pareil, quid de la prescription de dénutrition, des nutritions entérales, des nutritions parentérales etc. Ca, ca aussi c'est des réflexions aussi à… Alors, c'est vrai qu'en notre défaveur, notre formation est restée en 2 ans ! N'avait pas rejoint le LMD ! Ca, c'est aussi dans les tuyaux et c'est pour 2012 ! Et donc au niveau ministériel, ils pouvaient difficilement prendre des décisions de transfert de compétences dans le sens où notre formation… Bien qu'on ait été les premières à être formées à l'université ! Parce que les DUT existent depuis 1966 ! En fait, on avait pas rejoint… On était restées un petit peu à la marge ! On a été d'abord précurseur et maintenant on est à la traine ! Donc c'et vrai que dans la formation il y a des choses qui nous manquaient cruellement, qui nous manquent toujours… Mais ça va s'arranger, ça ! Et donc après, je pense que la réflexion politique et au niveau de l'état sera peut-être différente aussi… On l'espère en tout cas !

DLG : Ma réflexion par rapport au kiné n'est pas tout à fait juste, ce serait plutôt par rapport aux courriers qu'on rédige aux spécialistes !

CS : Oui, d'accord !

DLG : Finalement !

CS : Oui ! Oui, oui !

DLG : Puisqu'on adresse, qu'on donne les antécédents et qu'on demande un avis parce qu'on ne sait pas !

Cs : Oui, oui, exactement ! En sachant que nous, c'est pareil, culturellement, historiquement, on avait pas l'habitude en tout cas en ce qui concerne les diététiciens hospitaliers qui représentent la majorité de ces professionnels puisqu'on est les 2/3 à travailler dans des hôpitaux ! On avait pas trop l'habitude d'avoir des contacts avec toutes les structures d'aval ! Que ce soient les médecins traitants, les réseaux, les infirmières, les associations… C'est vrai que c'est quelque chose qui est en train de se développer ! Et là-dessus aussi, il faut que l'on s'améliore ! Ca c'est clair ! Alors, on a pris plus l'habitude de faire des retours de nos actes dans les transmissions ciblées, dans les dossiers médicaux pour les consultations externes ! Donc ça, c'est quelque chose qui est devenu automatique à l'hôpital ! C'est vrai que… Je ne sais pas comment ça se passe en libéral ! Mais c'est vrai que c'est quelque chose à développer !

DLG : Après la première consultation, comment se déroulent les consultations ultérieures ?

D4 : Ca dépend du motif pour lequel on le voit !

D2 : Oui !

D4 : Il y a pas nécessairement aussi le besoin d'un suivi ! Moi, dans mon domaine, je laisse la possibilité aux gens de faire appel à moi ! J'impose pas des suivis ! Je dis pas « Impérativement, je vous verrai… » Je propose ! Je dis : « Ben oui, vous revenez » par exemple« dans trois semaines ! A ce moment-là, on aura la possibilité de se revoir ! » Donc après, un suivi… Déjà, c'est plus court ! Mais ça… Ca peut aussi être une consultation d'une heure si…

D2 : Si ça devient nécessaire !

D4 : C'est aussi en fonction de nous, les premiers messages qu'on a donnés ! On attend… On sait qu'on a pas tout complété ! Donc on fait un point sur les acquis, qu'est-ce qu'ils ont compris, qu'est-ce qu'ils ont retenu et puis on va rajouter peut-être un ou deux choses après !

CS : Après, je pense qu'en fonction des spécialités, c'est un peu différent la prise en charge diététique, même très différent !

D4 : Très, très !

CS : Parce qu'en fait les soins de support en général, ça consiste à mettre à disposition du patient qui dispose ! Tout au long de sa maladie !

D4 : Voilà !

CS : Et entre les périodes de traitement etc. Alors que… En endocrinologie, sûrement, on les guide davantage peut-être !

D2 : Ben, par exemple, après une chirurgie, c'est systématique ! Donc là, on a un outil qu'on a fait récemment, un petit tableau en fait ! Avec les points-clefs qu'on doit demander ! C'est plus facile pour nous, on oublie rien ! Et après, ça dépend tout à fait du patient ! Est-ce qu'il a pris du poids, est-ce qu'il a perdu du poids ! Ca dépend de ce qui avait été vu avant ! Donc on essaye de rebondir sur les conseils qui ont été donnés auparavant ! Sur le suivi précédent ! Et essayer de voir où il en est et… C'est vraiment du cas particulier, en fait ! C'est le patient, ses besoins, ce qu'il est et les besoins qu'il a !

DLG : Pour la chirurgie bariatrique, je me rappelle d'une présentation au DELF où vous aviez parlé de ce qui se passait à Orléans… Donc, ils rentrent dans un programme … C'est deux ans, c'est ça ?

D2, D4 : oui !

DLG : Où effectivement, il y a la sélection des patients, voir où ils en sont, la chirurgie puis les ateliers… Ils rentrent dans quelque chose de très structuré…

CS : Structuré ET pluridisciplinaire ! Ou interdisciplinaire ou multidisciplinaire ! Selon les cas ! Mais, en fait, les soins de support, c'est pareil ! Ce qui évolue beaucoup, enfin, à l'hôpital en tout cas ! C'est pour ça que je parlais de maison de santé ! On travaille beaucoup moins souvent tout seul ! En néphro, c'est pareil, les patients sont pris en charge, il y a des réunions d'information, avec l'assistante sociale ; le médecin, la psychologue etc. Donc euh… La maison de santé finalement, reproduira à l'échelle de la ville… Une prise en charge globale et coordonnée ! On est beaucoup là-dedans, depuis une dizaine d'années, ça s'est beaucoup développé ! En diététique et dans tous les secteurs !

DLG : Pour les patients diabétiques, ça se passe comment, il y a un suivi diététique qui est plus fréquent qu'en cancérologie ? Ou c'est pareil, c'est à la demande ?

D2 : C'est très aléatoire ! Il y a des patients qu'on va revoir peut-être tous les 3 à 5 ans et des patients qu'on va revoir tous les ans ! Tout dépend de si le diabète est équilibré ou pas ! Si c'est non, on va les voir plus souvent ! Et on peut ne travailler QUE sur leur motivation à faire quelque chose ! Ca peut être que ça aussi ! Le discours typique c'est « Ben, je sais ce qu'il faut faire mais j'y arrive pas ! » Et donc, là, on est que dans de l'entretien motivationnel ! Et là, ça peut durer une demi-heure et… Voir ce que ça donne ! Mais c'est pas forcément du conseil ! C'est voilà, où il se trouve de son ambivalence à changer… Ce qui l'aiderait à changer… Qu'est-ce qu'il y a autour ? Quel est son moral ? L'estime de soi, ou est-ce qu'il en est dans sa capacité à faire changer les choses ? Ca peut-être que ça en fait ! Ou alors, on peut refaire, si ça fait longtemps qu'on l'a pas vu, on peut refaire le point sur l'alimentation en fait ! Passer en revue où il en est et ce qu'il fait ! Et puis on voit bien ! Est-ce qu'il fait plein d'erreurs ! Ou est-ce que c'est plutôt correct ou est-ce qu'il y a que des petits points en noir… Est-ce qu'il a tout oublié… On va reprendre les choses à leur place, aussi !

DLG : De ce que j'avais discuté avec les professionnels en libéral, en fait, ils sont dans des suivis qui sont beaucoup plus rapprochés… Et notamment MS1, elle utilise des semainiers… C'est quelque chose que vous demandez d'une consultation à une autre ?

CS : Nous, c'est différent si vous voulez ! On a pleins d'outils et on va s'adapter d'un patient à l'autre ! On va s'adapter… D'une situation à une autre, on va s'adapter ! D'un moment d'un suivi à l'autre, on va s'adapter ! Parce que là, on a pas de choses rigides ! Le moins possible ! Parce que voilà ! On peut pas résumer une personne… Il y a pleins de composantes ! Et c'est ça qui fait notre spécificité si vous voulez ! C'est que dans le secteur de la santé, il y a pas beaucoup d'autres professionnels qui soient à même de faire ce qu'on appelle l'Enquête Alimentaire avec un grand E et un grand A dont je vous parlais tout à l'heure, c'est-à-dire une enquête qui est quantitative mais surtout qualitative ! Et qui intègre toutes les dimensions du patient ! C'est aussi bien l'affectif que le psychologique que la clinique… Voilà !

DLG : Pourtant, ça, ce sont aussi des choses auxquelles le médecin traitant a aussi… De ses patients il connait aussi beaucoup de choses ! Même si ce n'est pas venu sur le plan de la diététique, il connait son environnement, il connait ses difficultés professionnelles…

CS : Oui, mais si vous vous souvenez de ce qu'on vous a dit il y a 5minutes, faut au moins une heure voire une heure et quart ! Pour arriver à créer…

DLG : Enfin, c'est vu d'une autre façon, c'est des patients qu'on connait souvent depuis plusieurs années…

D4 : Vous les voyez régulièrement aussi, donc euh!

DLG : En stage, on les connait depuis au moins plusieurs mois !
D4 : Donc c'est vrai, il y a un diagnostic à un moment !
DLG : Donc il y a un moment, par exemple les patients pour lesquels on découvre des diabètes, dont on connait la profession de puis 5 ans, dont on a déjà discuté de ses difficultés professionnelles ou familiales depuis 2 ans… C'est des choses, si vous voulez, que le médecin généraliste connait avant… Avant d'être confronté au diagnostic !
CS : Oui, mais si vous voulez, vous allez peut-être avoir une info, puis 6 mois après une autre ! Tandis que le travail de la diététicienne consiste à faire une enquête qui intègre tout ça à un moment donné et pas voilà ! Parce qu'après, aller rabouter des infos quand on a je ne sais pas combien de patients dans la journée… J'imagine, ça doit être difficile de se souvenir de tout ! C'est quelque chose qui demande… L'aspect d'écoute et le côté relationnel est absolument fondamental, là-dedans ! Il y a aussi une question de relation de confiance ! Et donc tout ça, ça prend beaucoup de temps ! C'est aussi la place qu'on occupe soi-même en tant que professionnel de santé ! La place que le patient peut occuper ! Aussi ! Qu'il s'autorise ! Et qu'on l'autorise à prendre ! Or, on sait très bien que « Docteur », voilà ! Vous parliez de représentations, là aussi on est dans les représentations et je pense que c'est différent ! C'est un petit peu ! Je pense que la relation est forcément différente ! Et certainement, vous parliez de MS1 qui est médecin endocrinologue ou de D0 et si on pouvait être une petite souris et assister à un entretien diététique de l'une ou de l'autre euh… A compétences tout à fait comparées… Comparables, certainement le résultat final est très différent ! Et l'impact sur le patient est forcément différent aussi ! Mais on vous disait également out à l'heure qu'on a besoin de la reconnaissance des médecins en tant que professionnels… Parce que la parole du médecin c'est la parole de l'évangile pour le patient ! Ca, c'est clair !
D2 : Grand hochement de la tête.
CS : Nous, ce qu'on pense, c'est que vous êtes pas habilités, vous êtes pas formés à faire notre métier mais par contre, on ne peut pas exister sans vous non plus, parce que d'abord vous êtes le prescripteur et qu'on travaille sur prescription ! C'est ce que je vous disais ! Et on a aussi besoin que vous ayez une parfaite connaissance de ce que sont les diététiciens au-delà des représentations pour pouvoir établir un partenariat, un réseau et pour pouvoir faire en sorte que le patient… Qu'on devienne crédibles aux yeux du patient ! Je résume, je reprends les petits bouts de phrases, ce qu'on s'est dit mais voilà, si on fait une synthèse ! De tout, c'est ça ! *Rire*. En gros !
D2 : Juste pour revenir au semainier, c'est des choses que des fois, je demande ! Quand un patient, il vient pour surpoids, obésité… En consultation externe… Et qu'il a toujours l'impression de bien faire et que… Il perd toujours pas de poids ! Des fois, c'est des choses que je suis amenée à demander !
CS : Mais… c'est pas systématique !
D2 : Non, c'est pas du tout systématique ! Mais effectivement, ça servir, parce qu'il peut venir avec son semainier…
CS : C'est un outil !
D2 : Voilà ! Pour lui, tout est bien et pour nous, on a quelque chose de concret aussi ! On dit : « ah ! », on peut rebondir sur des journées types et ça peut être un outil… C'est un outil parmi d'autres !
CS : Voilà, d'une façon générale, la diététique ça sert à nourrir ! D'abord ! Et non pas à restreindre ! Et ça ! C'est sûr que dans le mot diététique, il y a le mot « diète »
DLG : Mais ceci dit, la diète au premier sens du terme, c'est pas non plus restreindre…
D4 : C'est hygiène de vie !
CS : Mais bon, les gens l'entendent souvent comme ça ! Et puis bon, c'est vrai que tout le monde a énormément d'informations !
D2 : Oui… Ils ont énormément d'informations…
CS : On est sous l'impact médiatique permanent, d'informations sur les aliments, la nutrition, la diététique… Voilà, y compris les professionnels de santé !
DLG : On a parlé un petit peu du semainier… Est-ce que vous utilisez des outils… Vous avez parlé tout à l'heure des lectures d'étiquettes… Est-ce qu'il y a des outils auxquels vous faites souvent…
D2 : Il y a le livret SU.VI.MAX !
CS : Ben, on peut vous ramener… Là, j'ai ramené un petit bouquin d'un sal… D'un congrès auquel j'ai assisté sur l'éduction thérapeutique ! Des outils, il y en a épais comme ça ! Des outils d'éducation, il y en a 36 000 ! Plus tous ceux qu'on s'invente ! Ca pet aller d'une image où vous allez faire ressortir en plus grand ce que vous souhaitez voir consommer davantage et mettre en plus petit ceux moins, sous forme d'une pyramide, d'une roulette, d'une roue de vélo moi qu'est-ce que je sais ! Des outils, il y en a 36 000 ! Après, si vous voulez, on a monté une formation pour le personnel sur la prise en charge des plaies, on a créé des outils, voilà ! Parce que ça nous semblait judicieux… On a testé des trucs, ça marchait bien ! Il y a pas d'outils, si vous voulez, types ! On a 36 000 outils, on en crée tous les jours, on en abandonne tous les jour aussi !
D2 : Ca peut être de la dinette…
CS : Oui, ça peut être des aliments factices ! Des cartes !
D2 : Des vrais aliments aussi !
CS : Des ateliers, des recettes ! Pff ! Des fiches de conseil ! Enfin, il y en a 36 000, c'est difficile de dire ! Parce que voilà ! En fonction de la pathologie, de l'équipe, de la façon dont la prise en charge est conçue ! Par une équipe ! Du patient !
DLG : Qu'est-ce qui vous fait choisir un outil plutôt qu'un autre ?
D2 : Selon le thème qu'on souhaite aborder… Le patient ! Individuel ou en groupe…
CS : Selon l'objectif principalement, selon l'objectif à atteindre ! Quand on prend un patient, on a un objectif qu'on essaye de mettre sur pied avec lui, de négocier avec lui et en fonction des objectifs, on va utiliser un moyen ou un autre !
D2 : Un patient qui prend plein de sodas dans une journée ! On peut le voir en individuel et se rendre compte d'une quantité de sucre ingéré sous forme de liquide qui est énorme ! Et ben mettre… on a des faux morceaux de sucre ! Tout mettre dans une carafe et… J'avais dit à cette patiente : « Ben, donnez moi vos mains ! » Et en fait je lui avais versé, enfon, ça avait débordé ! La quantité de sucre qu'elle buvait… Dans une journée ! Ca peut être ça ! Mais je m'en suis servi qu'une fois, donc…
CS : Ca c'est quelque chose qui est oui ! Le gens se rendent pas compte ! Le coup du château de sucres, j'avais fait ça à des collégiens… On m'avait demandé une intervention ! Et voilà ! Quand on voit la consommation de soda des jeunes ! Et ben, quand vous faites un château de 32 morceaux de sucre et que vous mettez une bouteille à côté, ils sont interpellés ! Là, c'est le poids des mots, le choc des photos ! On utilise ça de temps en temps ! Mais évidemment, il y a des domaines où on va pas du tout jouer avec ça ! On va pas faire à un obèse morbide le tas de tout ce qu'il boulotte dans la journée ! Ce serait de très mauvais goût !
Sourires
CS : Non mais voilà ! Pour vous donner un exemple, c'est une caricature mais ça vous résume bien ce qu'on essayait de vous dire juste avant ! *Rire*.
DLG : On reste dans des choses finalement concrètes, qui permettent au patient de comprendre comment il mange et de voir où il en est !
D2 : DE comprendre et puis d'agir…
D1 : De capter en fonction de son quotidien, aussi !
CS : Des choses pratiques et pratico pratiques ! Mais je dirais qu'on reste pas que dans le concret, moi ! Parce que notre première… Notre première… Notre premier rôle, c'est de rassurer le patient ! Parce que justement, ils sont complètement déboussolés par tout l'environnement médiatique ! Et aussi parce qu'on leur a dit que ça allait pas ! Donc, quand ils arrivent à nous ! Généralement ils sont un peu déconstruits et en miettes ! Alors, après, ils ont différentes réactions ! Entre ceux qui annoncent faire tout bien et qui font pas tout bien, sinon, ils seraient pas là ! Il y a ceux qui sont prostrés, il y a ceux qui sont désespérés, il y a ceux qui sont en colère ! Enfin, il y a toutes les réactions psychologiques possibles ! Et donc c'est à partir de là que nous, on va adapter notre réaction ! Mais un des trucs premiers que nous, on fait toutes ! C'est de leur dire que ce qu'ils font c'est pas nul ! Que c'est même très bien ! Mais que peut-être, on peut faire un peu mieux ! Voilà ! Mais on essaye d'abord de les rassurer, ensuite de les mettre en confiance, ensuite de leur expliquer qui nous sommes, car ils sont comme vous, ils savent pas mieux du tout qui nous sommes ! Donc ils sont toujours un petit peu réticents aussi ! Donc voilà ! Leur dire que eux sont pas nuls, que nous on est ça, et que voilà ce qu'on va pouvoir faire ensemble ! C'est de la pédagogie, hein, beaucoup !
D2 : Je vais devoir vous laisser, moi !
DLG : Merci beaucoup !
CS : A bientôt D2 !
DLG : Alors…Qu'est-ce que vous faites qui est transposable à une consultation de médecine générale ?
CS : Alors, une consultation de médecine générale, par définition… C'est quoi ?

DLG : Oh, ben, il n'y a pas de définition de…
CS : Oh ! Ben si je suis désolée, je vais vous la chercher !
Rires.
CS : Le temps de vous trouver la réponse… Part dans son bureau.
D1 : Le temps est déjà pas le même, donc euh…
DLG : Mm !
D4 : Ben, si, ce qui est transposable, c'est toujours la même chose ! On installe le patient… Enfin, il y a des… Après, dans e contenu, c'est totalement différent !
DLG : C'est… Enfin, une consultation en médecine générale pour nous, il y a effectivement un temps de recueil des informations… Un temps d'examen et puis… après… On en fait un peu…
D4 : Des conseils !
DLG : Oui, enfin, conseils ou pas !
CS : C'est la nomenclature générale des actes professionnels qui décrit le contenu de la consultation du médecin généraliste : « La consultation ou la visite comporte, généralement, un interrogatoire du malade, un examen clinique et s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. » Ca ! Tape du doigt sur son texte. C'est extrait de la nomenclature générale des actes professionnels !
DLG : Ceci dit, c'est « généralement », parce qu'après, le déroulé en pratique...
CS : Oui ! M'enfin bon ! Elle est définie comme ça !
DLG : Oui, c'est souvent une trame ! Après, vous, comment ça se passe ? Il y a effectivement une phase d'interrogatoire ?
CS, D4 : Oui !
DLG : La phase d'examen clinique, je…
CS : Ben, l'examen clinique, c'est l'examen des constantes, on peut bien sûr avoir à regarder…
CS, D4 : Le bilan !
CS : Les comptes-rendus…
D1 : En endocrinologie, il y a la pesée aussi !
CS : Partout ! Sort de la salle…
D4 : Ca, ça va rester dans tous les secteurs ! On va regarder le poids ! On va aussi mesurer certains patients ! Et on fait notre rapport… Mais sinon, c'est tout !
Silence.
DLG : Est-ce que vous, vous adressez des patients ? Quand vous voyez des patients en consultation ?
D1 : Attendez, je reviens sur les examens, en ville, je crois qu'il y a des collègues qui font des impédancemétries !
DLG : Oui !
D1 : Il y en a qui prennent des photos aussi.
DLG : Mm !
D4 : C'est des outils aussi ! C'est pas le type de consultation !
DLG : Est-ce que vous, vous adressez des patients quand vous les voyez en consultation ? Est-ce que ça vous arrive de les réorienter… Vers des kinés… Vers…
D1, D4 : Oui !
D1 : Les kinés bien sûr !
D4 : Ou l'assistante sociale ou autre ! On a des numéros au sein de chaque pôle, donc on s'appelle en disant : « Bon, ben pour tel patient ! »
D1 : Ou même vers l'extérieur…
D1, D4 : ou même vers l'extérieur !
D1 : Pour le suivi à l'extérieur, vous pouvez peut-être vous rapprocher de telle ou telle personne… Ou psychologue, kiné… Ou collègue en ville aussi !
D4 : Bah, oui !
D1 : Parce qu'on peut pas toujours faire le suivi… Parce qu'ils sont pas à proximité et que c'est très contraignant de revenir ! Les gens peuvent dire ça donc on les réoriente vers le libéral, hein !
CS rentre dans la salle.
D1 : Mais ! Vers d'autres professionnels aussi…
DLG : A ce moment-là, comment ça se passe quand c'est pas au sein de l'hôpital ? Vous faites un courrier pour le professionnel ou… Les patients présentent d'eux-mêmes le fait…
D1 : Personnellement, je n'en fais pas ! Mais
CS : Il peut y avoir des contacts par téléphone aussi ! Les prestataires, souvent, on a un contact téléphonique et un courrier ! Oui, les comptes-rendus en cancérologie, notamment !
D1 : C'est pas systématique ! Mais bon…
DLG : Qu'est-ce que vous attendez des professionnels à qui vous adressez, c'est plus de prendre le relais par rapport à l'hôpital ?
CS : Ca dépend !
D4 : Si on met le point sur quelque chose de sensible, par exemple, l'assistante sociale… On a un problème avec l'environnement social du patient, là, c'est pas notre domaine ! On renvoie sur notre collègue !
DLG : Est-ce que vous prescrivez des « régimes » ? C'était la grande interrogation des internes…
D1 : Déjà le mot « régime » ! On l'emploie plus !
Rires
DLG : C'était la question suivant : Qu'est-ce qu'un « régime » pour vous ?
CS : Ben, non ! C'est à vous qu'on pose la question, parce que pour nous, ça veut rien dire ! Donc euh…
D4 : C'est vous qui prescrivez des régimes !
CS : Non, ils prescrivent pas des régimes !
D4 : Ben, quand tu regardes les prescriptions…
CS : Non, une prescription médicale, c'est pas une prescription de régime, qu'on attend ! Une prescription médicale, on attend surtout pas un régime ! On attend un état des lieux et un objectif de soins !
D4 : Moi, ce que je dis quand on en voit, des régimes, je dis : « Non, c'est pas nous qui faisons des… »
CS : Enfin, c'est ce que les diététiciens ont fait pendant longtemps, quand même ! Quand t'étais à l'école dans les années 80, tu apprenais le « régime sans résidu »
D4 : J'apprenais, je venais de naître, euh… *Rire*.
CS : Oui, non mais je veux dire quand « tu »… Quand les diététiciens étaient à l'école ! Mais maintenant, aujourd'hui, on parle plus d'équilibre alimentaire et de conseils adaptés !
D1 : Mm !
CS : Notre mission, c'est d'adapter l'alimentation dans tous les cas physiologiques et pathologiques de la vie… De la naissance jusqu'aux derniers jours ! En fait, c'est ça notre mission ! Donc « régime », on connait pas, nous !
D4 : Enfin, on applique, hein, si on a une prescription ! Si on a « régime sans résidu strict », on applique ! On va essayer d'expliquer, voir avec le patient ! En endocrinologie, on avait un médecin qui prescrivait exactement : 1200 calories, 180 g de glucides ! Donc après, nous, ça nous plait pas ! Donc après on renégocie, on en discute avec le médecin ! Mais sinon, on avait quand même une prescription… Très raide !
DLG : Et-ce que c'est facile de communiquer le travail que vous faites avec le patient auprès du médecin généraliste ? De lui expliquer ce que vous faites…
CS : Ben, le problème, c'est que nous, on travaille plutôt sur prescription de médecins de l'hôpital ! Donc, on communique au médecin de l'hôpital ! On communique rarement au médecin… Ca, c'est plutôt une question qui s'adresse plutôt aux gens en libéral ! En ville ! Qu'à nous ! Parce que nous, on communique toujours, il reste toujours une trace !
D4 : Dès qu'il y a une consultation, on laisse toujours une trace dans le dossier !
DLG : Donc c'est un compte-rendu qui prend une forme écrite ou c'est aussi une communication orale…
CS : Oh, oui ! Il n'y a pas de consultation diététique sans compte-rendu !
D4 : Ecrit, oui ! Mais ça peut être oral ! Parce que nous aussi, on peut avoir des interrogations, on a besoin d'en parler au médecin prescripteur et… Quels sont les droits par rapport à tel ou tel patient… Pareil pour les prescriptions de complémentation orale ! On doit repasser aussi par le médecin, c'est lui qui est le prescripteur sauf que nous, on peut le conseiller ! Sur tel ou tel produit, on peut, en fonction… Mettre des avantages en avant…
CS : Cela dit, les diététiciennes, nous, on passe notre vie à chuchoter à l'oreille des médecins !
Rires.
D4 : C'est vrai !
CS : Ce qu'il doit prescrire !
DLG : Oui, ceci dit c'est vrai, on se retrouve prescripteur de quelque chose qu'on ne maitrise pas !
CS : C'est bien pour ça que le rapport Berland préconise un transfert de compétences vers les diététiciens… Parce qu'à l'hôpital en tout cas, les médecins sont submergés d'autres problématiques et qu'en fait tout le monde sait très bien qu'en fait souvent… Souvent, ils travaillent ensemble là-dessus, hein ! Souvent, le médecin fait appel à la diététicienne quand il y en a une ou qu'il la connait… Pour lui venir en aide !
DLG : Comment faites vous pour parler de votre travail, vous disiez effectivement qu'il y avait toujours un compte-rendu écrit !

Sinon, vous parliez aussi de réunions pluridisciplinaires ? Ca se passe dans tous les services ou… Il y a certains services où ça n'existe pas ?
Cs : Il y a certains services où ça n'existe pas encore… Mais disons que ça existe de plus en plus !
D1 : On essaye !
DLG : Dans quels services c'est mis en place ?
CS : Ben… Tout ce qui est cancéro, tout ce qui est gastro-entéro ! Endocrino ! Chirurgie…
CS, D1 : Bariatrique !
CS : Cardiologie, gériatrie !
DLG : Néphrologie, aussi ?
D1 : Néphrologie, il y a rien d'organisé, non ! Dans ce sens-là ! Enfin, on communique pas mal Mais…
CS : Pas, pas…
D1 : Pas formalisé de la même façon !
CS : Mais en même temps, comme les patients ils reviennent deux à trois fois par semaine, autour du patient, le staff se fait de façon informelle, mais euh…
DLG : D'accord ! Est-ce que vous voyez des choses que je n'ai pas abordées et qui vous paraitraient intéressantes pour les internes pour qu'ils se construisent une image plus juste de la diététique ?
CS : Ben, moi, je pense que l'idée d'une formation, c'est effectivement une excellente idée ! Mais ce serait sympa que cette formation intègre des diététiciens pour au moins la partie d'un échange… Vous voyez ! Parce qu'effectivement, vous voyez, il y a pleins de représentations de part et d'autre d'une part et puis... Mettre sur pied des choses concrètes ! Savoir comment, quand je suis diététicien ou comment, quand je suis médecin, je peux arriver à améliorer la communication et le travail… Et la confiance ! Et savoir où s'adressez, à qui etc.
DLG : Vous disiez …
D1 : Excusez-moi, il faut que j'y aille… Consultations de néphrologie…
DLG : Ben, je vous en prie ! Merci beaucoup !
DLG : Vous disiez que vous aviez l'impression de recevoir les patients trop tard !
CS : Oui ! Ca, très souvent !
D4 : Oui, ça c'est sûr !
CS : Dans de nombreux domaines, c'est vrai que quand on nous les adresse, que ce soit pour des plaies chroniques, que ce soit pour de la dénutrition, pour du diabète ou du surpoids… Nous, on est pas efficaces en 48 h comme les antibiotiques donc c'est une opération de longue haleine ! Comme on disait, il faut créer une relation de confiance avec le patient ! Donc, que cette relation fonctionne, c'est déjà un pré requis indispensable ! Et puis ensuite, même si on arrive à convaincre le patient et que le patient… Voilà ! On sait très bien que changer ses habitudes alimentaires, ça dépasse largement la question et de la diététicienne et du médecin ! C'est quand même pas du tout évident ! Il y a beaucoup de gens qui travaillent là-dessus et il y a rien de garanti ! Donc… Ca prend du temps, c'est clair ! Et on peut pas corriger… On va pas boucher un escarre comme ça ! Monte son poing. Avec un sachet de protifar ! Faut quand même que… On est beaucoup plus efficaces de façon préventive que de façon curative, c'est clair !
DLG : Vous diriez que ça se compte en mois, en années ?
CS : En mois, sûrement ! Après, je pense que ça dépend un petit peu de la situation ! Mais oui ! De toute façon, globalement ! On a des apports inadaptés ! En trop ou en pas assez ! Et si on veut prendre le cas du trop… Faire perdre du poids à quelqu'un… Pour perdre 5 kg avec intelligence… Faut au moins… 10 mois ! Voilà ! Parce que ça veut dire, si on veut pas les reprendre après, qu'il faut surtout changer ses habitudes ! Et on change pas ses habitudes d'un coup de baguette magique ! Ca, c'est clair ! S'adresse à D4 : Je ne sais pas ce que tu en penses ?
D4 : Ah si, si, si ! Moi, je voulais plus rajouter, pour les internes, qu'ils hésitent pas quand ils sont dans des services, à suivre une diététicienne ! En endocrinologie, ça se fait systématiquement ! Les internes qu'on a eus, ils nous ont toujours suivis au cours d'une enquête d'un de leurs patients ! Et de voir vraiment tout le côté diététique de leur patient ! Et ça, je trouve, c'est très formateur ! Et puis nous, on avait aussi un retour ! C'est formidable ! Il faut vraiment pas hésiter à…
CS : Bon, je rebondis là-dessus, parce que je reprends la coordination de l'équipe ! Et au niveau du CHRO, si au niveau de l'université de Tours, vous êtes désireux qu'on organise quelque chose de plus formalisé et que l'on dise que tous les internes qui viennent en stage à Orléans bénéficient d'une rencontre… D'un temps d'échange avec les diététiciens… D'une présentation et puis après d'un temps d'échange, pourquoi pas ! Moi, je suis tout à fait partante ! Plus on comprendra ce qu'on peut attendre les uns des autres et comment il faut qu'on travaille et en quoi consiste notre travail et mieux ça fonctionnera, c'est clair ! Donc ça ! Il y a pas de souci ! Je suis tout à fait disposée à… Sachant que toute l'équipe est favorable à… Ne serait-ce qu'à travers ce qui est dit aujourd'hui ! Mais, connaissant les autres depuis longtemps, je sais qu'il y aura pas de… De notre côté, il n'y aura que des… Un oui franc et massif !
DLG : D'accord ! Bon, ben, merci beaucoup !
CS : Avec plaisir !

Entretien MG1 (60 min)

DLG : L'idée, c'est un petit peu de t'interroger sur, toi, ce que tu as eu comme formation en diététique et pratique. Et… ce dont je me suis rendu compte en interviewant les autres internes, c'est qu'ils identifient pas du tout ce que les autres professionnels de santé font ! Que ce soit leurs confrères ou les diététiciennes ou… Et que ça devrait aussi probablement faire partie de la formation de leur faire découvrir les autres professionnels, de ce qu'ils peuvent en attendre. Et quelle est la différence par rapport à ce que eux, font.
MG1 : D'accord.
DLG : En gros, pour l'instant, l'exploration de ce que les diets… Enfin, les internes connaissent : diets, réseaux, et ils imaginent que dans tous les réseaux, ça se passe pareil… Et médecins nutritionnistes, ils savent pas trop à quoi ça correspond mais c'est remboursé ! On s'arrête là !
MG1 : D'accord !
Alors, pour répondre à la première… Moi, j'ai été formée à Tours ! J'ai eu un petit déclic par rapport à la nutrition quand j'étais en D3, je me souviens plus comment il s'appelle, ce prof… Il est parti à la retraite, c'était le chef de service de nutrition et je crois que c'est lui qui animait encore le réseau de diabète à Tours ! Je me souviens plus comment il s'appelle… Il m'a donné envie, parce qu'il nous faisait une petite initiation à la nutrition ! Mais en même temps, la manière d'aborder ces problématiques-là avec les patients au travers des différentes pathologies qu'ils présentaient : la dyslipidémie, le diabète etc. Et ça m'est resté, si tu veux, dans la tête ! Et au fur et à mesure que j'ai moi, remplacé, et au fur et à mesure que je me suis… Dans les premières années de mon installation, je me suis installée en Bretagne en 2002 ! Je m'étais aperçu que finalement, comme tu dis, comme tu disais tout à l'heure, les pathologies, type dyslipidémie, diabète, bah, on a pas eu de formation diet, on avait pas eu de formation d'éducation au sens propre des patients par rapport à leur mode de vie, par rapport à leur comportement donc c'était assez facile d'esquiver et de dire euh : « Bon, faut faire un régime, hein ! », (*Tape du plat de la main sur la table*) « Stop ceci, stop cela, voilà ! Voilà ! ». C'était comme ça et puis tout ! C'était assez facile et finalement on savait pas ce qu'il faisait à la maison, quelles étaient ses difficultés… Ou alors, tu remettais le petit encadré classique que les différents labos te donnaient… Moi, ça me satisfaisait pas ! De donner un médoc et puis de les revoir euh… Finalement, de voir que ça avait baissé un peu et puis 3 mois après, hop, ils avaient repris ! Donc, ma démarche, c'était un jour Insudiet qui s'était pointé, qui me présente son truc ! Et je suis rentrée un peu dans la diététique par ce biais-là ! Je l'ai fait quelques mois et puis finalement, ça me satisfaisait encore moins ! Parce que tu peux pas être restrictif avec les gens et il reviennent une fois après avec leur mode alimentaire et puis voilà ! Ca me convenait pas du tout !
DLG : Insudiet, c'est ?
MG1 : Insudiet c'est un truc orléanais, c'est un Orléanais qui a fait ça ! C'est de la diète protéinée !
DLG : D'accord !
MG1 : Voilà ! De la diète protéinée, il a utilisé un chef pour essayer un peu d'améliorer mais en gros c'est du sachet, quoi, hein ! Ni plus ni moins ! Et puis c'est très commercial, moi ça me convient pas du tout ! Bon, bref, on va pas parler de la diète protéinée ici ! Moi, pour moi, c'est vraiment pour les petites minettes qui ont 2-3 kg à perdre, quoi ! Et on peut les aider à perdre leurs 2-3 kg avant l'été avec ça ! Mais généraliser, non ! Euh… Du coup, j'ai regardé sur internet quelles étaient les formations qu'on pouvait avoir de diététique pour discuter… Parce que souvent, les malades, ils m'expliquaient ce qu'ils faisaient chez eux mais je n'avais pas vraiment de réponse à leur donner parce que je n'avais pas de formation ! Donc, j'ai fait le DU de diététique que

fait Mr Couet ! Alors, la critique que j'aurais à faire par rapport ce DU, qui est dur, déjà ! C'est que c'est très théorique et que ça répondait pas du tout… Moi, je m'attendais à de l'éducation, en fait ! Et en fait, ça parle pas du tout d'éducation, tu vas avoir un thème sur les fruits, les légumes, qui contiennent tant de vitamines, tant de… machins… Bon, bref ! Tu vas avoir un petit laïus sur les conseils à donner en cas de dyslipidémie, en cas de diabète, en cas de… Voilà ! Quelqu'un qui veut faire du sport ! On a eu un petit temps… Je crois, deux ou trois matinées avec les diététiciens de l'IUT pour… pour, si tu veux… élaborer un repas type avec dedans… Ben voilà ! Comment faire un repas équilibré et atteindre les 900 g de, tu vois, de calcium, de machin… Ca me satisfaisait encore moins ! Je me suis aperçu… Je l'ai fait ! Ca m'a enrichi d'un point de vue intellectuel, mais dans ma pratique, oui, ça m'a aidée un petit peu à débroussailler, mais encore une fois, ça me convenait pas ! Alors, j'ai fait celui de Paris-Basdevant, tu sais, en face de Notre-Dame ! C'est celui de médecine et chirurgie de l'obésité ! Alors, il y a une partie physiopath' où ils t'expliquent un petit peu… Et j'ai trouvé ça bien ! Celui-là, par contre, il m'a servi énormément ! Dans ma pratique ! D'abord, parce que j'arrivais à mieux comprendre… J'avais une explication physiopathologique du développement de l'obésité, en fonction du stade auquel ils se situaient, à quel moment, ce sur quoi moi, je pouvais vraiment agir ! Est-ce que j'agis plutôt sur essayer de prévenir les complications, ou est-ce que je peux encore une descente ou pas ! En fonction du profil du patient que j'avais devant moi, je pouvais donner des réponses… J'avais une réponse qui était différente ! J'avais un mode d'action qui était différent ! C'était pas standardisé ! Tu vois, c'était pas standardisé ! Et en plus, il y avait la dimension… Pour une fois, j'entendais parler de la dimension humaine ! Pour une fois ! Et pour une fois, on discutait… C'est vrai qu'on a eu une très longue matinée, très enrichissante sur, euh… La psychologie de ces patients ! De ces personnes là ! Euh… J'ai eu une dame très intéressante qui nous a parlé de comment travailler l'estime de soi ! On m'en a jamais parlé dans mes études, moi de l'estime de soi ! Qu'est-ce qu'on en a à foutre de l'estime de soi ! (*rire, tape sur la table*) en médecine, hein ! On soigne un organe ! Et là, ça été extrêmement captivant parce que ça m'a donné un autre regard ! Sur le malade… Une autre approche ! Différente de celle que je faisais jusqu'à présent ! Et aujourd'hui, dans ma pratique un peu quotidienne, bon, je soigne essentiellement des populations précaires ! Euh… C'est surtout de les écouter ! Parce que leur principal problème de santé, en tout cas, pour tous ceux qui sont obèses et tous ceux qui ont des pathologies chroniques, leur problème essentiel, c'est la précarité ! Donc, quand ils viennent te voir, oui, ils viennent renouveler des traitements, puis finalement, quand tu arrives à discuter un peu avec eux pour connaître un peu leur mode de vie, comment ils vivent, d'où ils viennent, leur histoire etc. Tu t'aperçois que leur problème, c'est pas forcément le diabète, ben c'est leur mode de vie ! Et, pour arriver à ce que le diabète puisse s'améliorer un peu, c'est d'améliorer aussi un peu leur quotidien ! Donc, euh… Truc classique, hein ! J'ai eu une patiente qui était diabétique, qui avait des glycémies, une catastrophe ! Une hémoglobine glyquée… N'en parlons pas ! Elle arrivait pas du tout à suivre les régimes… Les régimes classiques tout ça, ils connaissent par cœur, ils ont été hospitalisés X fois ! Ils connaissent souvent… Ils ont une bonne notion des groupes alimentaires et de ce qu'il faut faire, de ce qu'il ne faut pas faire ! Mais dans leur vie quotidienne, c'est les difficultés qu'ils rencontrent qui les empêchent de faire ! Ils prennent n'importe quoi, parce que moralement, ça va pas ! Donc, cette dame, elle avait un fils qui était en taule ! Il était sorti, il passait sa vie enfermé dans sa piaule ! Elle payait tout, toutes les charges, et lui, il bougeait pas, rien ! A la fin de la discussion, du diagnostic éducatif qu'on avait fait pour essayer de trouver des solutions pour arriver à changer un petit peu son mode de vie pour essayer d'améliorer un petit peu les choses pour son diabète… Au bout de 2-3 séances elle a fini par me dire : « Bon, ben la solution que j'ai pour aller mieux, il faut que moralement, j'aille mieux, donc mon fils doit partir ! », « Je dois changer d'appartement pour avoir plus d'espace de vie, pour être moins sollicitée par les problèmes et avoir au moins un espace un peu privé pour que je puisse être tranquille et ne pas être submergée par les problèmes, donc je change aussi d'appartement ! ». Elle va bien aujourd'hui ! Voilà, un peu, ma démarche… Ma démarche aujourd'hui, c'est un petit peu plus simple, c'est plus directif ! Parce que c'est un stress aussi, hein, de se dire : « Attends, le malade, il va pas bien ! », ce qu'on nous apprend, c'est que c'est de notre faute ! (*se tape une main dans l'autre*), on se met la pression à nous et donc, on la met au patient ! Moi, je sais ce qu'il faut faire, donc toi, tu fais par rapport à mes connaissances à moi ! Toi, tu sais rien ! C'est moi qui sais ! Ben non, c'est lui qui sait ! C'est sa santé, c'est sa pathologie, c'est sa vie ! Donc, il faut tenir compte de tout cet environnement qu'il y a autour de la personne pour arriver à travailler avec ça pour cibler à la fois quelles sont ses connaissances mais en même temps savoir tenir compte de son environnement personnel et de l'environnement socioprofessionnel dans lequel il vit ! C'est trois éléments qui sont très imbriqués ! Donc oui, on délivre une petite information mais on doit tenir compte des 2 autres éléments ! Et donc, c'est plus simple, parce que c'est le patient qui parle… Et au travers de ce qu'il nous dit… C'est quelque part presque un petit peu du travail de psy ! C'est-à-dire que les patients trouvent leur propre solution ! Alors, ils y vont par pallier, on peut pas leur demander d'un coup de tout changer ! Mais, quelque part, un peu, c'est plus facile, hein ! Alors, cette démarche de travail à l'envers, elle est … Un peu difficile au départ ! Mais quand on a pris le pli, ben c'est assez simple au bout du compte, la seule vraie difficulté que l'on a, nous, en médecine générale, on va dire que c'est le temps ! C'est le facteur limitant, le facteur temps ! Qui est un peu pas en notre faveur ! Ben… On s'y fait ! Moi, ce que je fais dans ces cas-là, c'est que je subdivise un peu les problèmes ! Je le dis au patient la première fois que l'on se voit, on annonce un diagnostic, qui est pas facile à entendre ! Je dis souvent : « Ecoute ! », « Ecoutez ! Aujourd'hui, on va parler de ça ! On va essayer de voir un petit peu ce que vous pensez, vous ! De cette pathologie, de ce qui vous embête ! Et puis la prochaine fois, je vous expliquerai… », « Ou, on verra d'abord la partie connaissances, explicative de cette maladie ! D'où elle vient, comment elle évolue ! Etc. », « Et puis la prochaine fois, on verra un petit peu ce qu'on pourra changer ensemble ! ». Et ainsi de suite ! Mais on peut revenir en arrière ! Si par exemple, le patient, au cours d'une séance, il a pas… Soit j'ai délivré trop d'informations, il a rien compris, ben on revient sur telle ou telle chose, sur un point précis qui le chamboule plus qu'un autre !

DLG : Entre le moment où tu as fait le DU médecine et chirurgie de l'obésité et le moment où tu as fait de l'éducation thérapeutique, qu'est- ce que…

MG1 : Combien de temps il s'est passé ?

DLG : Oui… Et quelle formation tu as eu en plus ?

MG1 : En plus ? Ben, j'ai travaillé avec le réseau diabolo ! Je suis allée direct… Quand je suis arrivée sur Orléans, j'ai travaillé… C'est pas les mêmes populations ! J'ai travaillé si tu veux 7 ans en Bretagne ! C'était pas du tout les mêmes populations parce que je travaillais dans un secteur qu'était… La Bretagne d'aujourd'hui, c'est pas la Bretagne des années 40, hein ! C'est surtout des parisiens qui viennent en vacances ! Donc c'est… Quand même aisé ! Puis, après ce DU-là et suite à des trucs un peu perso, je suis revenue sur Orléans… Euh… J'ai voulu travailler dans un milieu précaire ! Parce que mon dada, c'était vraiment la nutrition ! Donc je me suis dit, il y a vraiment qu'un endroit où je peux travailler la nutrition en dehors d'un truc purement esthétique et le truc vraiment intéressant, c'est d'aller auprès des populations précaires ! Donc je suis venue ici, sur l'Argonne ! Et j'étais catastrophée de voir le nombre de patients diabétiques et de plus en plus jeunes ! Donc, je me suis dit, j'ai besoin de voir… J'avais l'habitude de travailler déjà avec des réseaux en Bretagne, ce qui se fait de ce côté-là un peu plus en avance qu'ici ! C'est beaucoup plus… Il y en a plus et puis c'est quelque chose qui est assez ancré dans les mentalités ! A la fois des patients et des confrères ! Ici, sur Orléans, non ! Donc, je me suis dirigée assez rapidement sur D. et D. m'a proposé une formation… On va dire une initiation on va dire ! A l'éducation thérapeutique ! Euh… Sur 3 ou 4 jours ! Ou 3 demi-journées enfin… Ca m'a permis un peu de… Voilà ! D'avoir une approche un peu différente ! Je pense que d'avoir, dans le temps… Aujourd'hui, je suis en train de faire un autre DU, donc je ne peux pas tout faire en même temps ! Ca viendra ! Je pense que je… Une fois que j'aurais fini ce DU-là, j'irais voir un petit peu du côté du DU d'éducation… Il y en a un qui se fait à Tours, hein ? Avec Chartres ?

DLG : Oui…

MG1 : Et puis D0 elle est intervenante là-bas… Ou bien sur la Pitié, je verrai, je sais pas ! On verra en fonction…

DLG : Là, le DU auquel tu es inscrite, c'est aussi dans…

MG1 : Alors ! Le DU auquel je suis inscrite, ça n'a rien à voir avec euh… La diabéto ! C'est de la gynéco-obstétrique ! Qui est de la médecine générale pure de la femme ! Bon, je suis avant tout médecine généraliste, hein ! Je ne m'intéresse pas qu'à la nutrition ! Et heureusement, hein ! Sinon, le diabète, je commencerais à en avoir un peu ras-le-bol !

(*Rire*)

Et euh… Je suis beaucoup de grossesses ! T'as vu les places à l'hôpital, y en a plus ! Et c'est assez impressionnant parce que parmi ces patientes dont je suis la grossesse, ça mériterait que je fasse un peu de stats ! Il y a un nombre de diabète gestationnel, c'est impressionnant ! Donc, je m'y retrouve aussi ! Parce qu'au travers du suivi de ces femmes enceintes, encore une fois, la femme enceinte, c'est pas une pathologie en soit mais c'est riche d'apprentissages et d'échanges…

DLG : D'échanges…

MG1 : Et je discute encore une fois beaucoup diététique avec elles et j'ai en charge des diabètes gestationnels assez impressionnants ! Je suis assez… Dans ce DU-là, on nous apprend à Tours que le diabète gestationnel est quand même une grossesse à risque ! Ben, je suis désolée, à l'hôpital, ils les suivent pas ! Ils me les renvoient ! Je les envoie, pour leur dire, ben moi, dans ma formation, on me dit que c'est une grossesse à risque et je les prends pas… Il y a aussi le parapluie, hein ! Et bien, je les envoie à l'hôpital et bien on me dit : « Non, non ! On verra à 7 mois ma petite dame ! ». Donc, je les garde et je fais ce DU-là pour être… Comment dire ? Avoir le bagage nécessaire pour le faire !

DLG : J'avais une question dans un des focus-group qui était : A partir du moment où tu as fait un DU de nutrition, est-ce que tu peux le mettre sur ta plaque ?

MG1 : Ah non ! Ah non, non, non ! Faut pas mélanger ! Tu n'es pas nutritionniste, tu n'es pas diabétologue ! Ah, tiens, j'oubliais, j'ai fait le DU de diabéto ! (*Rire*). Je suis pas diabétologue, moi ! Je suis médecin généraliste ! Je suis médecin généraliste ! Et j'y tiens ! Donc, ça veut dire quoi ? Ca veut dire que mon boulot il est axé sur quoi ? Surtout et beaucoup sur de la prévention ! Donc, j'ai fait tous ces DU-là pour prévenir quelque chose ! Pour essayer ! Bon, bien sûr, quand il y a, ben, on soigne ! Mais avant tout, c'est d'essayer de faire en sorte que mes patients puissent être le moins malades possible ! Et s'ils sont malades, qu'ils aient le moins de complications possibles ! Mais, je suis pas diabétologue ! Moi, j'initie peut-être en diabéto, je peux initier l'insuline quand il en a besoin ! Mais je sais pas adapter les doses… Je pourrais l'apprendre, mais c'est pas mon boulot et puis j'ai pas envie, je suis pas faite pour ça ! Donc ça, c'est le boulot du diabéto ! D'accord ! Le boulot du nutritionniste pur, dur, voilà ! Ecoute, il va te calculer tes calories, tes machins… Il est aussi médecin donc il est là aussi pour suivre les patients lorsqu'ils ont des pathologies graves, ça, je peux le faire aussi avec ce DU-là ! Mais moi, mon travail, c'est surtout de faire du travail qualitatif… Quali… Oui, c'est ça, qualitatif ! Et un travail d'écoute, un travail de changement des comportements, changement des habitudes de vie donc un accompagnement ! Un peu psychologique ! Social aussi ! Parce qu'il y a plein de paperasse à faire, souvent chez ces populations-là ! Voilà, je suis avant tout une médecin généraliste et ça j'y tiens ! T'as pas le droit d'avoir euh… Je suis pas dieu sur terre moi ! Non, mais c'est ça en plus, c'est pas parce qu'il y a ta caméra… (*Rire*). Je te dis ça à toi, hein ! Il faut savoir rester humble, hein, tu sais ! En médecine, il faut savoir rester très, très humble. Voilà ! Mon travail, c'est de rester le plus à l'écoute possible !

DLG : Quelles pathologies nutritionnelles tu rencontres en consultation ?

MG1 : Comme complications, tu veux dire ?

DLG : Comme type de population qui te pose des soucis au niveau diététique ?

MG1 : (*Soupir*). On va dire que c'est … On va dire que si tu prends le petit, tu sais, obèse berrichon et le petit obèse magrébin ou noir ou autre, il a des habitudes culturelles et changer tout ça, c'est un peu lui enlever une partie de soi ! Il y a pas un type donné ! Et je crois que c'est surtout… Chacun a ses propres problématiques et changer la culture, c'est enlever une partie de soi ! Alors, c'est peut-être vrai encore plus pour les populations étrangères ! Qui sont très attachées à leur… On les a déracinées ! On les a… Ils se sont déracinés ! Donc cette partie… En tout cas, notamment pour les femmes, parce que je suis énormément de femmes ! Euh… La cuisine, c'est leur lieu ! C'est leur lieu, c'est à travers ça qu'elles existent au sein de la famille ! Tu leur enlèves ça, tu leur dis de manger haricots verts / steak, ben écoute, euh… Ca va pas le faire, hein !

DLG : Mm !

MG1 : Le bon couscous et le bon tajine réunis sur un plat commun qui permet… C'est un lieu d'échange ! C'est un lieu qui permet… C'est un lieu de discussion, c'est un lieu de plein de choses, hein, le plat en soit ! C'est pas uniquement la fonction nutritive !

DLG : Mm !

MG1 : Donc ! Et tout ça tu l'apprends pas à l'école ! Tu l'apprends avec les patients !

DLG : Le fait d'exercer dans un quartier comme l'Argonne, tu as l'impression que ça sélectionne certaines… Que tu as plus de diabétiques ?

MG1 : Ah, complètement !

DLG : Plus d'obèses que…

MG1 : Que dans un milieu général x ? Ah, c'est sûr, et c'est parce que c'est un milieu en règle générale précaire ! Pas parce que ce sont des magrébins ou autre ! C'est une population précaire ! Donc euh… Et ça, tu vas dans le nord de la France, je suis sûre que tu rencontres les mêmes problématiques ! Les mêmes résultats on va dire en fait, sur le plan de la santé ! Ils ont d'autres soucis, mais à partir du moment où il y a une précarité qui s'installe, souvent tu trouves, hein… Ben, les soucis de santé… Et l'obésité en premier lieu !

DLG : Quelle est la durée moyenne de tes consultations ?

MG1 : Alors, si c'est une rhino, ça va durer 2 minutes et demi, en règle générale ! Et j'essaye, même pendant ces 2 minutes et demie, de dire que… Je résume, hein ! Le traitement, ça va être le mouchoir ! Et j'éduque plutôt la maman pour lui dire : « La prochaine fois qu'il a comme ça, je veux pas le voir ! », « Tu me le ramènes quand euh… ». Ils me tutoient, alors je les tutoie ! C'est pas une marque d'irrespect ni de mélange et de sympathie, tout ça ! Simplement, c'est comme ça ! En Afrique, il y a pas de « vous », hein, et moi, je suis africaine aussi ! Donc, on se tutoie et je leur dis : « La prochaine fois, tu me le ramènes pas, tu me le ramènes qu'au bout d'une semaine si ça passe pas et encore… Une rhino, ça peut durer 2 semaines, 3 semaines s'il y a plein de bambins autour ! S'il a de la fièvre… », Ou autre… Voilà ! Encore une fois, c'est beaucoup de démarches… des petits… des petites choses, des petits… C'est de l'éducation, en fait ! On éduque les gens ! Pour que… Pour qu'ils apprennent à se prendre un peu en charge quelque soit la pathologie ! Tu vois ! Et quand je les vois pour une consultation de nutrition ou de diabéto, c'est une demi-heure, trois quarts d'heure la première ! Que ce soit l'annonce ou la partie éducative où on aborde les groupes alimentaires c'est une demi-heure ! Et puis après, les suivantes c'est un quart d'heure !

DLG : D'accord !

MG1 : Et puis après en fonction de la demande du malade ! Si il veut ré-aborder des notions de nutrition, je lui redemande de revenir et ça sera une consultation d'une demi-heure ! Mais ! Il faut qu'il le signale à la secrétaire pour qu'elle bloque ! C'est pour ça que moi, j'aimerais travailler dans une structure, tu sais, comme je t'avais parlé, une maison pluridisciplinaire parce que c'est quand il y a plusieurs confrères, on peut se partager le temps de travail ! Dans le sens où la pathologie commune, renouvellement d'ordonnance où il y a pas de souci véritablement… Et bien, ça pourrait être fait par moi ou par un de mes collègues sur un temps donné ! Et puis l'après-midi, de faire un temps de consultation plus spécifique ! Pour prendre le… Je serais pas dérangée comme ici pour une rhino, pour un papier, pour un truc, qui est extrêmement stressant ! Et puis… Tu perds un peu le fil !

DLG : Mm ! Tu parles de ta première consultation, consultation d'annonce, par exemple pour les diabétiques ?

MG1 : Consultation d'annonce pour les diabétiques ! Pour les obèses aussi ! Quand je les vois ! Arriver chez moi ! Quand ils disent : « Voilà, Docteur, je viens vous voir parce que je voudrais maigrir ! ».

DLG : Mm !

MG1 : Très bien, bon, ben je prends la demi-heure ! Et ça peut pas être une… En fait, la durée examen va durer 5 minutes !

DLG : Qu'est-ce que tu mets en place, qu'est-ce qui se passe pendant cette première consultation ?

MG1 : Durant cette première consultation, alors, j'ai plusieurs… Je leur demande quelle est leur demande ! C'est quoi, leur demande exactement ? Qu'est-ce qui les gêne dans leur… Est-ce que c'est l'apparence, est-ce que c'est le regard des autres, est-ce que c'est une demande d'eux-mêmes ou est-ce que c'est une demande si c'est des enfants, est-ce que c'est une demande des parents et est-ce que ça les emmerde ou pas ? Ensuite, est-ce qu'il y a des complications ou pas ? Est-ce qu'il y a un problème cardiaque, un problème dorsal, un problème autre ? Est-ce que ils sont gênés dans leur vie quotidienne pour effectuer, je sais pas moi, n'importe quoi ? Je cible la demande, dans un premier temps ! Ensuite, je parle de leur mode de vie !

DLG : Mm !

MG1 : Des enfants, est-ce qu'ils travaillent, est-ce qu'ils ont des activités ? Qu'est-ce qu'ils peuvent faire, qu'est-ce qu'ils ne peuvent plus faire ? Et ainsi de suite, à la fin de la consultation, on détermine quelles sont les problématiques, quelles sont les solutions qui peuvent

exister et puis quelles sont les actions que l'on peut mener et quels sont les objectifs du patient. Souvent, la fin de la consultation, c'est, euh… des micro-objectifs, hein ! Je leur dis bien pourquoi, parce que souvent, ils me disent : « Ben moi, je vais prendre : Perdre 30 kg ! » Houlà ! Il va falloir prendre euh… (*Moulinet des 2 mains*) On re-cible à chaque fois les choses pour que ça soit faisable ! Il peut y avoir dans la tête du patient plusieurs objectifs mais les uns derrière les autres ! On fait les choses petit à petit. Pour que dans la tête il y ait pas ça (*lève les mains en collerette au dessus de la tête*) quoi ! Sinon, c'est insurmontable, c'est la tête qui dit il y a ça, mais le corps, il suit pas, quoi ! Donc, on se fixe toujours des micro-objectifs ! Que l'on réévalue et dont on reparle quand le patient revient !

DLG : La deuxième consultation tu m'as dit, c'est une demi-heure aussi, ou…

MG1 : C'est en fonction de la demande du malade ! C'est-à-die que la première consultation, c'est un peu un diagnostic éducatif. Ensuite, je dis au patient : « Bon, ben, la prochaine fois… ». Mais ça dépend si c'est le patient obèse ou diabétique ! Parce que dans le diabète, il y a aussi autre chose ! Il y a aussi… Le patient obèse standard qui n'a pas de complication si tu veux métabolique associée ! Ou perte de poids uniquement et même orthopédique ou autre ! C'est purement de la perte de poids ! Donc, on va parler souvent à la deuxième séance de comment… Ils me ramènent souvent un carnet alimentaire ! Un carnet alimentaire basé sur 4 jours où je leur demande d'écrire tout ce qu'ils mangent. Sachant que la plupart du temps, ils minorent de 30%.

DLG : Mm !

MG1 : Donc, ça me permet de voir, d'un pont de vue qualitatif et quantitatif aussi, quelles sont les quantités ingérées sachant que souvent ce sont des hyperphages… Et puis en même temps quels sont essentiellement les groupes d'aliments sur lesquels ils mangent. Comme ça, ça me permet une entrée ! Je commence d'abord par leur demander ce qu'ils en pensent, eux ! Cibler un peu leurs connaissances, et puis est-ce qu'ils ont un œil critique ! C'est pas policier du tout ! Ce que je leur dis au départ, c'est pour ça que j'insiste au départ sur le fait qu'ils essayent pas de minorer-minorer… On le fait tous, ça ! Donc, essayer, pour voir un peu ! Quelles sont leurs habitudes, essentiellement… De voir un peu quelles sont leurs connaissances ! De voir troisièmement ce sur quoi ils pourraient agir eux-mêmes ! Spontanément ! Et puis après, ça nous amène à parler de ça ! *(Montre affiche plastifiée étendue sur le bureau de consultation*) Des groupes d'aliments, pour essayer d'améliorer un petit peu leurs connaissances. Euh… en termes de fruits, de légumes, bon, ben j'ai quelques outils à partir de prospectus que j'ai découpés, on essaye de travailler un peu là-dessus ! Et puis ça permet avec le malade de discuter un peu « menu-type ». Mais pas ce qu'il y a à mettre dedans ! C'est-à-dire les groupes d'aliments ! Pour essayer… Et puis après, à lui de faire ses propres recettes ! Ca peut être un tajine, ça peut être un mafé pour un repas classique des africains où ils essayent en fonction de ce qu'ils aiment, mais de mieux associer ! Les groupes d'aliments ! Par exemple, chez nous, ils font beaucoup de tajine à base de pomme de terre, ils mangent énormément de pain avec ! Parce que c'est la fourchette !

DLG : Mm !

MG1 : J'essaye de jouer là-dessus pour que de temps en temps, ils prennent la fourchette et qu'ils prennent la pomme de terre avec la fourchette plutôt qu'avec le pain ! On change un peu le rituel d'habitudes mais quand ils voient qu'il y a un résultat eh ! Ils y arrivent !

DLG : Tu passes par les groupes alimentaires, c'est parce tu trouves qu'il y a beaucoup de fausses idées de la part de tes patients ?

MG1 : Oui. Oui ! Beaucoup de fausses idées, et puis beaucoup de fausses idées aussi chez nous, eh ! Hier soir, je suis allée à une réunion, sur le diabète, et j'ai vu qu'un de mes collègues… J'ai rien dit, parce que j'ai rien à dire, j'ai pas non plus la science infuse sur tout ! Mais moi aussi, j'avais cette attitude-là, la même ! « Monsieur, il faut réduire énormément vos glucides ! » Ben, non ! Un diabétique, 55% de son alimentation doit être faite de glucides ! Il avait réduit, il prenait plus que ¼ de baguette dans la journée et puis les glucides pfuit ! (*fait un signe de coup de tranchoir*). Ben oui, mais quand tu diminues les glucides, tu augmentes les lipides, hein ! D'accord ! Bon, ben résultat, on a rien gagné ! Donc oui, j'essaye… Je parle pas forcément glucides, machins ! Je leur explique qu'il y a une famille de sucres, une famille de sucres qui fait grossir, une autre sorte de sucre qui est un peu notre essence à nous… Pour essayer de voilà ! Un peu imager ! J'essaye d'avoir un langage qui n'est pas technique, hein ! Qui est tout à fait abordable pour qu'on puisse échanger. Mais j'ai besoin qu'ils aient quand même un minimum de connaissances !

DLG : Et toi, tu trouves qu'au niveau connaissances, il y a besoin d'un apport ?

MG1 : Oui, oui ! Et ils sont pas plus bêtes que les autres ! Ca rentre, hein ! Et souvent, ils disent : « Ah, ben je savais pas moi, ça ! », « La pomme de terre, c'est pas un légume ? ». Ben non !

DLG : Alors, est-ce que tu… On a déjà commencé un petit peu à en parler… Est-ce que tu utilises des outils en consultation de diététique ? Effectivement tu parlais des prospectus…

MG1 : Oui, des supports… Alors, je découpe les prospectus, j'ai aussi un support fait par le laboratoire Novonordisk, tu l'as peut-être déjà vu, tu sais, ça avait été distribué à la réunion qu'on avait fait avec Mr Emy sur … t'étais pas là, toi ?

DLG : Non, je ne penses pas !

MG1 : Sur les incrétines pour les diabétiques ? Et en fait, Novonordisk avait distribué un CD où on pouvait discuter diététique et équivalences. C'était interactif ! Donc j'utilise ça aussi. Je pourrais te montrer, hein ! Je suis sûre qu'il lui en reste ! J'utilise ça, j'utilise les prospectus qu'on découpe et puis tout simplement, j'utilise leur carnet alimentaire ! On met des flèches, on recoupe, on machin ! Et puis on se sert de ce qu'a apporté le patient ! Ce qui est plus simple, parce que ça lui parle mieux ! Ca (en montrant son affiche), c'est très théorique ! Ca c'est théorique mais c'est après ! Je me sers essentiellement de leur relevé ! Et je leur dis : « Ca, ça appartient à ça, ça, ça appartient à ça… », « Ah, ben tu vois, t'as mangé plus de ça que de ça ! ».

DLG : Mm !

MG1 : Et ça lui parle plus !

DLG : Au niveau balance, tu as une balance spéciale ?

MG1 : Une balance à impédencemétrie !

DLG : Ca te sert en pratique en consultation ?

MG1 : Oui ! Oui, parce que je leur dis, ils voient ! Je leur dit : « Voilà, il y a tant de pourcentage de gras ! ». Même si sur la balance, ils viennent me voir la fois suivante : « Oh, ben ça n'a pas bougé ! ». Je dis : « Si, la matière grasse, elle a bougé ! »

DLG : Mm !

MG1 : « Donc t'as gagné du muscle ! ». Donc, au départ, ça se voit pas forcément sur la balance mais regarde, ça parle ! Et là, ça leur…

DLG : Tu l'utilises comme un outil de motivation ?

MG1 : Un outil de motivation, oui ! Souvent, c'est eux qui y vont spontanément, hein ! C'est pas moi qui leur demande, ils pfitt !! (*Fait un signe de quelqu'un qui fonce avec la main*). Ils filent ! Ils rentrent, ils en lèvent les chaussures et ils se pèsent ! Ils le font pas chez eux ! C'est ce que je leur dis, plutôt que d'avoir cette phobie de la balance, « Pesez-vous juste chez moi, ça vous enlève cette… ». Parce que souvent, quand ils voient que ça baisse pas, ils sont déçus et ils se disent… Alors moi, j'aime pas la restriction ! Je travaille pas sur la restriction ! Mais ils se disent : « Ben, regarde, cette semaine, j'ai moins mangé en quantité, j'ai moins mangé de gâteaux et ça n'a pas bougé ! Ca sert à rien ! » et hop ! Alors c'est pour ça que moi, à la maison, je supprime les balances ! Donc ils se pèsent que chez moi !

DLG : Est-ce que tu utilises des graphiques, des courbes pour leur montrer leur perte de poids…

MG1 : Oh, t'inquiète pas, ils ont pas besoin de courbes ! (*Rire*). Ils se font leur truc tous seuls ! Quand ils viennent et qu'ils voient que… D'abord, je leur dis bien : moi c'est pas forcément 10 kg par mois, hein !

DLG : Mm !

MG1 : Ca va entre 500 g et 3 kg en fonction des gens ! C'est : On y va doucement, mais sûrement ! Ce qui est important, c'est les changements de mode de vie ! Les changements qu'ils mènent tous les jours qui vont avoir des répercussions petit-à-petit sur leur conduite alimentaire, mais c'est du progressif ! Parce qu'on peut pas chambouler tout d'un coup, c'est pas possible !

DLG : Tu vois les gens à quelle fréquence ?

MG1 : Ca dépend ! Quand les patients viennent pour une demande bien précise : perte de poids ! Ca peut être au début tous les mois jusqu'à la phase de stabilisation. Et puis après, on espace, parce que le patient il faut qu'il prenne son envol tout seul, hein ! Moi, je peux pas… Je leur dis souvent : « Moi, c'est le rail et vous c'est la locomotive, hein, donc il peut y avoir le rail, si la locomotive elle démarre pas, on verra rien, hein ! ». Mes poches, elles sont vides ! Donc c'est en fonction du désir du patient ! Par exemple, j'ai certains enfants, je vais les voir au bout de 2 mois, 3 mois, et en fonction du degré de motivation que eux expriment ! Parce que si la demande, elle veint des parents, euh… (*Moue*). Souvent je m'adresse au patient et je lui dis : « Ecoute ! Tu reviendras me voir quand toi, tu en auras envie, quand toi, tu auras

décidé de… ». Et pas parce que c'est maman qui est maigre comme un haricot vert qui supporte pas l'image de son enfant, souvent des filles d'ailleurs !

DLG : Tu parlais de la manière dont tu utilisais le recueil alimentaire, donc tu dis que finalement, toi, c'est plus pour identifier les groupes d'aliments sur lesquels ils se basent…

MG1 : Et… Connaître leurs habitudes ! Et à quel moment !

DLG : Comment est-ce que tu analyses les recueils alimentaires ? Toi, comment est-ce que tu structures ta pensée pour identifier la façon dont ils mangent ?

MG1 : Déjà, le recueil, il se fait sur 4jours, c'est-à-dire 2 jours de semaine et deux jours de weekend, parce que déjà l'alimentation du week-end est un peu particulière par rapport à la semaine ! Ce que je t'ai dit, c'est qu'il y a souvent des problèmes d'hyperphagie ! Alors, je parle de ceux qui bossent dans un premier temps : ceux qui travaillent, j'essaye de voir dans un premier temps quand ces phénomènes d'hyperphagie viennent. Je te donne un exemple : une jeune femme qui rentre, qui a pas de femme de ménage parce qu'elle est de la société moyenne, qui rentre le soir, qui se met à bouffer comme 15 dans le frigo, tout ce qui passe, les gâteaux, les trucs… Ca m'a amené à dire : « Mais pourquoi vous faites ça ? A cette heure là ? Pourquoi pas dans la journée ? », « Parce que quand je rentre, il y a tout à faire Docteur ! Il y a le panier de linge qui m'attend qui est comme ça (*mime le sommet d'une montagne*), il y a un bazar monstrueux, il y a les devoirs de gamins, il y a la bouffe à faire et ça me stresse ! Donc, du coup, je me mets à bouffer pour que… », « Mais, est-ce que ça fait avancer le travail ? », « Ben non ! », « Et est-ce que vous êtres bien après ? », « Ben non ! », « La plupart du temps, je me sens bien tout de suite pendant que je mange mais après je le sens tellement nulle ! Que je continue derrière ! ». Voilà, tu vois, ça fait (*mime un tourbillon*)… « Bon, alors, c'est quoi le problème, c'est le ménage ? Et si on faisait ça par étapes ? Il y a une semaine, on va s'occuper que du linge à trier ou à ranger et puis après on fait la nourriture et les devoirs des gamins… Le lendemain, ça sera plutôt l'aspirateur… ». Et ainsi de suite… Et ça permet de savoir pourquoi elle mange comme ça, souvent, il y a un problème en dessous ! Tu comprends ? C'est pas uniquement… C'est ce que je t'ai dit au départ ! Ca me permet de connaitre leurs habitudes alimentaires, de voir à quel moment ça déraille et pourquoi ça déraille ! Et d'analyser ce pourquoi-là pour trouver des solutions ensemble pour que ces moments-là de grignotage puissent baisser, parce que c'est souvent un antidépresseur pour eux… Et ben justement, en parlant d'antidépresseurs, ces phénomènes-là de grignotage on va pas les supprimer du jour au lendemain, alors qu'on a ces solutions –là, classiques : « Ah non, non, non, ça va pas du tout là ! Vous me grignoter toute la journée, là ! Faut m'arrêter ça, hein ! ». Et on dit ça tu sais, à la porte…

DLG : A la porte en serrant la main…

MG1 : Non, il faut essayer d'analyser pourquoi elle grignote ! Parce que tu vois, on essaye de gratter là un petit peu et ça permet d'en discuter ! Tu comprends ? C'est surtout à ça que ça me sert ! Et par exemple avec les enfants, souvent, on c'est un gamin que je suivais cette fois-ci en Bretagne parce qu'il avait des problèmes relationnels entre les parents euh… Le gamin, il y avait un fils unique qui servait d'intermédiaire entre les deux parents tu vois à table ! « Passe-moi le sel ! », « dis à ton père ceci », « dis à ta mère cela »… Et lui, en voyant cet état de stress permanent qui régnait à table, il mangeait trois, quatre desserts sucrés à la fin du repas ! Les parents ont divorcé, il allait très bien !

DLG : Donc finalement, tu regardes, quand tu reçois le recueil avec les patients…

MG1 : C'est un mode d'entrée dans sa vie ! C'est un mode d'entrée à la fois culinaire, classique, tu vois le truc… Et on va dire que… Tu vois l'iceberg ? La tête… Oui, ses habitudes alimentaires… Mais ça me permet aussi de gratter ce qu'il y a un peu en dessous ! C'est un mode d'entrée dans son mode de vie !

DLG : Tu regardes quels sont les repas qui sont les plus… importants…

MG1 : Perturbés !

DLG : Perturbés ou plus importants qu'un autre… Après, la répartition des différents groupes alimentaires entre les repas…

MG1 : Voilà ! Et puis souvent, ça me permet de leur dire, quand on discute que bouffe : « ben ça, ça va pas avec ça ! », « Vous pouvez continuer de manger mais plutôt en dehors de ce repas-là… ». Ou : « Vous avez envie d'un dessert sucré, pas de problème, mais pas tous les jours ! »

DLG : Mm !

MG1 : On parle, tu sais, dans leur nourriture, la notion de plaisir, il y en a pas beaucoup ! Donc, on travaille surtout sur la motion de plaisir ! De pas forcément manger la plaquette de chocolat en entier, mais de se dire : « Voilà ! J'ai un carré de chocolat, je vais apprendre à le déguster ! ». Ca veut dire quoi ? Ca veut dire pas le mettre dans la bouche et slurp ! Il est parti ! C'est de découvrir… On va apprendre à découvrir les saveurs ! A travailler sur la partie hédonique de l'aliment !

DLG : D'accord ! Est-ce que toi, tu adresses des patients qui ont des problèmes diététiques ou nutritionnels ?

MG1 : Oui, je peux pas travailler toute seule ! Je peux pas travailler toute seule, je travaille beaucoup avec MS2 qui est quelqu'un de ma génération, qui est quelqu'un de très humain et il a un plateau technique et ce plateau technique, c'est quoi ? C'est une diététicienne qui est à côté, parce que parfois, il y a certains qui ont besoin d'avoir des calories ! Des quantités ! Il y en a certains qui ont besoin de ça ! Et ! Il y a un psychothérapeute ! Parce que parfois, il y a quand même des situations psychologiques qui sont gravissimes… Je peux pas gérer toute seule ! Alors, soit, j'adresse au psychiatre mais encore une fois, ici, il y a beaucoup de problème de sous, le CMP, les délais de rendez-vous, c'est trois mois ! Soit j'adresse en ville et on essaye de s'arranger avec le psychiatre pour qu'il y ait des délais tu sais pour encaisser les chèques et tout ça… Mais tout le monde ne le fait pas ! Et avec MS2, dans le cadre justement de l'hospit' jour, où il reçoit les gens dans le cadre d'un bilan complet, il y a la possibilité de pouvoir recevoir… D'être reçu par un psychiatre et de pouvoir discuter !

DLG : Et là, par contre, c'est compris dans le forfait d'hospitalisation ?

MG1 : C'est compris dans le forfait d'hospitalisation ! Et l'avantage de MS2, c'est que… Il me… C'est un travail de coordination ! Il travaille avec moi ! Et moi, je travaille avec lui ! C'est-à-dire que c'est pas : je t'adresse, je me débarrasse ! Pas du tout ! C'est une aide ! Tu comprends ? Parce que dans d'autres secteurs, c'est plutôt : Tu nous a adressé, donc on fait, donc au revoir ! On t'envoie après le petit courrier pour te dire ce qu'on fait et on garde ! Et moi, c'est pas comme ça que je vois ma pratique ! C'est un échange ! Parce que le patient, il reviendra beaucoup plus souvent me voir que le spé !

DLG : Alors, c'est rigolo que tu t'adresses à MS2 parce que je l'ai interviewé dans le cadre des professionnels de santé que j'ai rencontrés et lui, par contre, dans sa relation avec le patient est effectivement plutôt dans un côté quantitatif, médicament… Qu'est-ce que ça t'apporte finalement ?

MG1 : Je t'ai dit, certains patients ont besoin de ça ! Certains malades que je leur adresse ont besoin de ça ! Et puis, deuxièmement, je lui adresse beaucoup de diabétiques, qui ont besoin d'insuline et qui sont très déséquilibrés ! Là, c'est plus mon domaine ! C'est le sien ! D'accord ? Mais l'éducation, je continue à la faire mais la partie prise en charge insulinique, c'est lui qui le fait ! D'accord ?

DLG : D'accord !

MG1 : Ca, c'est pour les diabétiques ! Je lui adresse aussi les diabètes gestationnels parce que j'en ai l'obligation déontologique, je peux pas… Encore une fois, il faut savoir s'arrêter ! Et passer la main, sur certaines pathologies ! Donc moi, je sais très bien quel est mon rôle, quelles sont mes capacités et quand je peux plus, je passe la main mais on travaille toujours en coordination !

DLG : A tel point que sa femme, quand elle voit le numéro de téléphone, elle sait qui c'est…

Sourires.

MG1 : Parce que on correspond beaucoup, que ce soit par lettre ou par téléphone et on est… Et puis surtout, il est très attentif ! Alors, toi, il te dit comme ça mais il est aussi très humble, hein, MS2 ! Il est … Il a fait beaucoup d'humanitaire ! Ca, il te l'a pas dit non plus, alors, moi, je te le dis !

DLG : Je le savais !

MG1 : Et puis il est très attentif à ce que lui disent les gens et il est pas que médicaments parce que quand il y a des problèmes sociaux, il a quand même une assistante sociale sous la main ! Et il fait appel à elle très souvent ! Parce que comme je te l'ai dit, c'est beaucoup de populations précaires et il fait appel à elle très souvent !

DLG : Tu t'adresses au réseau Diabolo, aussi ?

MG1 : Alors ! Le réseau Diabolo, je leur en parle aux malades. Le problème, c'est qu'il y a le barrage de la langue ! Donc, entre guillemets, on est cinq référents arabophones euh… On va dire, sur les cinq, c'est plus moi qui fais les DE… Je les ai déjà là, d'accord ? Pour les autres activités… Alors, le problème de l'activité physique, se pose la mixité ! C'est-à-dire que moi, j'ai essentiellement des femmes et si tu veux… Aller se mettre en jogging… Je sais pas ! Je crois pas !

DLG : Mm !
MG1 : Voilà ! Ca gène, ce côté de la mixité ! Les ateliers de diététique, il y a le barrage de la langue et le barrage de la culture, c'est vrai que c'est pas les mêmes repas… Donc est-ce que ? Peut-être qu'il y a des choses à organiser mais… Alors, on fait, hein, actuellement des groupes de travail pour les publics arabophones dans lequel, je trouve qu'il y a d'excellents résultats pour l'instant ! Pour l'instant, hein, c'est encore trop tôt pour… Parce qu'on a commencé que l'année dernière ! Mais faire des ateliers culturels !
DLG : Mm !
MG1 : Ca, ça marche très bien ! Et au contraire, elles sont très demandeuses ! Mais tel que c'est fait aujourd'hui dans les ateliers, on va dire, mixtes ! C'est-à-dire, je te parle français, machin… Peu importe, voilà, quoi… Ca reste du théorique pour elles ! Et puis, je te dis encore une fois, si c'est pour être accompagnée par la sœur, par le machin, par le truc, euh ! Non ! Elles ont envie de transmettre un vécu, un… Quand c'est traduit, c'est pas la même chose ! C'est pas vécu de la même manière ! Et ça, elles l'expriment tel quel quand elles viennent en consultation ! Elles disent : « Vous pouvez pas savoir quelle liberté je ressens d'être enfin entendue ! ». C'est quand même beaucoup ! Tu te dis, c'est quand même le B.A.BA de la médecine, quand même ! D'être entendu, compris, d'avoir… de savoir ce que je prends comme médicament, à quoi il sert, qu'est-ce que ça va m'apporter, quels sont les effets secondaires que je peux ressentir… J'ai pas l'impression de prendre un truc parce qu'il faut prendre un truc ! Un jour, je vais le prendre, un jour, je vais pas le prendre… Ca, c'est quand même un truc important dans la prise en charge des patients…
DLG : Donc dans les gens à qui tu adresses, tu as parlé de MS2… Du réseau…
MG1 : Euh… AW ! AW, je lui adresse essentiellement… Après tu…
DLG : Oui, c'est ce que j'allais te dire…
MG1 : Après, ça reste à toi, ça… AW, c'est aussi quelqu'un qui appartient à l'ancienne école ! Donc il reçoit beaucoup de magrébins mais la partie éducative, c'est dur ! C'est : « Il faut que tu fasses, il faut que tu fasses ! ». Donc ça, c'est euh… Voilà ! Tu peux parler la même langue et que malgré tout, ça passe pas, hein ! Donc paradoxalement, ça colle mieux avec MS2 ! Voilà !
DLG : Donc tu fais appel à l'hôpital de temps en temps ?
MG1 : Oui ! Alors oui, pareil, pour ceux qui sont… Moi, j'ai essentiellement plus de relation avec MS2 qu'avec l'hôpital parce qu'encore une fois, l'hôpital, c'est une grosse structure, les courriers… J'ai pas de relation aussi directe qu'avec MS2 !
DLG : T'as pas d'échange !
MG1 : J'ai pas d'échange ! J'ai pas vraiment d'échange ! Je… Les courriers, tu les reçois un mois après ! Le patient, tu l'as vu avant, il a peut-être été hospitalisé, t'as même pas encore reçu… Tu sais même pas encore qu'il a été hospitalisé ! C'est pas de trucs qui m'arrivent avec MS2, ça ! C'est quelqu'un qui est abordable ! L'hôpital, c'est… J'ai du mal, moi, avec cet hôpital !
DLG : Mm !
MG1 : Et c'est pas que le service de diabéto, hein ! Tous ! J'ai du mal ! Les liens, je trouve que ça passe pas du tout… Le médecin généraliste ouais ! Moi, tu sais quand j'étais à Tours, j'ai beaucoup de critiques à faire sur les CHU ou autres, hein ! Mais la première chose des choses qu'on m'ait appris dans ce service, c'est : le patient il sort, tu appelles le médecin traitant ! Ou alors, le malade, il sort, il a, tu sais ! Un petit standard de courrier !
DLG : Dans lequel tu fais un petit récapitulatif !
MG1 : Voilà ! Dans lequel tu fais un petit récapitulatif : il a été hospitalisé, il a eu ça ! Tels problèmes ont été posés ! Traitement de sortie ! Ou on l'appelle ! Ici, rien !
DLG : C'est pas la mentalité…
MG1 : Non, c'est pas la mentalité de l'hôpital ! Ben, je trouve que c'est dommage !
DLG : Mm ! Alors, autre question, qui est un petit peu provocatrice mais… Est-ce que tu prescris des « régimes » ? Et qu'est-ce que c'est un « régime » pour toi ?
MG1 : Encore… Truc standard, j'ai pas de… J'ai pas vraiment de… Les malades, ils sortent pas avec un truc écrit ! D'abord parce que ce sont des populations qui sont beaucoup illettrées ! Donc ils ont rien d'écrit, c'est surtout une transmission orale ! Celles à qui je marque, ce sont les populations francophones qui me le demandent !
DLG : Mm !
MG1 : C'est-à-dire, je leur récapitule un peu ce que je leur ai dit ! Au cours de la consultation ! LE truc-type, avec euh… Mais ça, c'est encore très rare, je crois que j'ai dû le faire une fois ! Régime protéiné avec euh… Progressif ! Oui, ça je l'ai tapé avec ça (*montre son ordinateur*), ça m'a pris du temps pour le faire ! Mais c'est encore adressé à une population bien précise ! C'est pas quelque chose que je fais souvent ! Même très rarement !
DLG : D'accord ! J'ai deux questions, alors, je vais essayer de pas les oublier mais… Tu parlais des gens qui n'écrivent pas, du coup, pour le recueil alimentaire, comment ça se passe ?
MG1 : C'est les enfants qui le font !
DLG : C'est les enfants !
MG1 : C'est les enfants qui le font et en fait, c'est sur la fin de la journée, elles essayent ces mamans-là de faire un récapitulatif de tout ce qu'elles ont mangé ! C'est pour ça, je te dis, la plupart du temps, il y a beaucoup d'oublis ! Et là-dessus, ça me permet juste de savoir… D'avoir un recueil un petit peu de leurs habitudes vraiment et de permettre de me rendre compte de leurs connaissances des groupes alimentaires et puis à un moment, quand elles sautent des repas, d'essayer de trouver avec elles pourquoi !
DLG : D'accord !
MG1 : Voilà !
C'est vraiment grossier, quoi, là ! Dans ces conditions-là, c'est vraiment un travail grossier mais encore une fois, c'est un mode d'entrée dans leur mode de vie !
DLG : Donc, la deuxième question que je n'ai pas oubliée, c'est est-ce que tu leur remets des documentations ou…
MG1 : Rarement ! Rarement, parce que c'est très impersonnel, je trouve, les documents ! La seule chose que je leur remets, de temps en temps parce que… Pour les aider un petit peu à sortir… C'est surtout pour les francophones ! Je peux te le montrer ? C'est un petit recueil de recettes simples ! Je dis bien pour les francophones parce que elles, elles se rapprochent plus de notre alimentation francophone ! Plutôt que tu sais, repas traditionnels ! Et donc là, elles sont assez demandeuses de quelques recettes ! Qui soient faciles ! Alors, je leur dis que c'est qu'un outil ! Et qu'elles peuvent aussi aller voir sur Internet… Elles manipulent très bien l'internet ! Voilà ; c'est des petites recettes toutes… Tu vois ! Poulet à la chinoise, 5 légumes, gratin de riz, euh… Ben, tu vois, filet de porc, ça, je l'utilise pas beaucoup ici !
Sourires
Par exemple, elles savent pas ce que c'est du chou brocoli et tout ça ! Elles ont jamais cuisiné ces aliments-là ! Donc je leur dis : « Ben, écoutez, découvrez ! On peut faire un excellent couscous avec des choux de Bruxelles, par exemple ! ». Et elles essayent, elles essayent ! C'est très amusant parce que souvent, on fait un échange de nos connaissances… Moi, je suis arabe… Magrébine ! Je suis, on va dire, berbérophone ! J'ai appris l'arabe avec elles, ici ! Et j'ai une culture qui est très forte d'où je viens puisque mes parents sont très très attachés à leurs racines et puis moi aussi ! Mais moi, j'ai un échange ! Je fais aussi beaucoup de cuisine francophone ! Et quand j'ai le temps j'aime aussi cuisiner ma… Et j'essaye que ce soit équilibré. Et on échange ! Donc on échange les recettes qu'elles font avec moi, ce que j'ai l'habitude de faire sur des choses… Puisqu'on vient du même endroit ! Donc ce qu'elles mangent, je le mange aussi ! Mais il y a des choses que je fais peut-être différemment parce que j'ai cette fibre… Cette fibre un peu diététique et j'ai essayé des choses chez moi qui sont pas dégoutantes finalement ! Parce que parfois, on me dit que quand on change la recette c'est pas bon… Non ! Il y a certains aliments, par exemple, nos gâteaux, si tu les fais différemment, c'est pas bon ! C'est clair, c'est bourré de miel, c'est bourré de machins, de trucs ! Mais tu peux en manger que un ! De temps en temps ! T'as pas besoin de manger ça tous les jours ! Mais le couscous moins gras, c'est excellent ! J'ai pas besoin d'avoir ça (*mime pavé épais*) de graisse ! D'accord ? Par exemple, je te donne un exemple tout fait : la soupe marocaine ! Elle est faite en fait cette soupe, il y a rien dedans ! Il a que des herbes, de la farine, des pois chiches, en fait, des féculents, il y a un peu de pâtes, tu sais, les vermicelles, et des lentilles et un petit peu de viande ! Alors, ce que je leur demande pour que ce soit plus équilibré… Et de l'huile ! Alors, souvent, l'huile, c'est ça ! (*même geste d'épaisseur*). Ca, l'huile, je leur demande de réduire ça, parce que de la graisse, il en a déjà dans la viande ! Et je leur dis de remplacer la farine par un mouliné de légumes ! C'est excellent ! Et c'est beaucoup plus équilibré nutritif que notre soupe classique ! Donc ça permet aussi comme ça d'essayer des choses à la maison pour pouvoir après les retransmettre ici en consultation, d'essayer d'avoir un échange… Et ça, (*montre son livret*) ça s'adresse plutôt aux populations francophones !
DLG : En écho : aux populations francophones…
MG1 : Oui, voilà ! Ils ont envie souvent d'essayer des petites choses… Des recettes différentes et… Ca, par exemple, c'est bon, ça ! Côte de

veau à la normande ! Bon, on a faim, là ! Tiens, essaye (*me donne le livret*) ! Je te le donne parce que j'en ai d'autres !
DLG : Ah, ben merci !
MG1 : Il y a d'autres choses que j'ai là aussi, mais là aussi j'ai effectué mes critiques ! Auprès du laboratoire ! C'est ça ! Il y a ça aussi (*fouille dans un tiroir*) mais ça aussi, je le donne aussi aux populations… Mais ça, on en a discuté aussi ! (*me montre une autre brochure*). Les erreurs alimentaires les plus fréquentes, des questions-réponses, ça s'adresse plutôt aux francophones ! Avec quelques équivalences qui peuvent être intéressantes !
DLG : Mm !
MG1 : En termes de fruits, de biscottes, machin… A quoi ça peut correspondre, c'est intéressant pour les patientes jeunes, tu vois !
DLG : Mm !
MG1 : Et pour mes grossesses ! C'est celui-là, ça y est je te le montre là (*livret de recettes intitulé : Bien vivre avec son diabète et avec ses traditions, publié par Sanofi Aventis*). Alors, à première vue comme ça, tu te dis super ! C'est traduit en arabe ! Pas du tout !
DLG : T'as le titre !
MG1 : T'as le titre, les recettes, elles sont toutes faites en français ! Ben, je leur dis : « Où est le truc ? ». Je lui dis : « Vous pourriez pas me faire un truc écrit en arabe ? » Alors, tu me diras, la plupart d'entre elles, elles savent pas ! Ni écrire ni le français ni l'arabe ! Mais il y a le mari ! Lui, souvent il sait le lire l'arabe ! Donc, quand ils sont tous les deux dans la cuisine, il peut lui lire ! Et ça, ce sont des recettes magrébines ! Donc mais bon, je leur ai dit…
DLG : Donc, ça partait d'une bonne idée mais c'est inexploitable !
MG1 : C'est inexploitable ! Donc je leur ai dit : « Ca, ça vous a coûté la peau des fesses, pour rien ! »
DLG : Dommage !
MG1 : C'est Astra !
DLG : Non, Sanofi, ouais !
MG1 : Sanofi ! Donc c'est très… Moi ce que je te dis… Pff… Pour tout ce qui est dyslipidémie par exemple, je distribue rien du tout !
DLG : Mm !
MG1 : J'ai pas de truc type ! Chaque patient est différent, chaque patient a un besoin différent, chaque patient peut changer des choses différemment !
DLG : Mm !
MG1 : Pas de truc type à mettre sur le frigo, quoi ! C'est ridicule, on regarde jamais, on met à la poubelle ! Donc je distribue rien, je faisais avant ! Je fais plus maintenant !
DLG : Et pourquoi tu as changé, c'est parce que tu avais l'impression d'être inefficace ?
MG1 : Oh, ben complètement ! Complètement, il y a pas de recette ! Ca se saurait ! S'il y avait une recette miracle ! Ca se saurait ! Il y en a pas ! Alors, pourquoi veux-tu que je distribue des papiers ? Pour qu'ils les fichent à la poubelle ? Pff ! Je distribue pas, je discute ! Je suis une grande pipelette, t'as pas remarqué ?
Rires.
DLG : Finalement, toi qui es un médecin généraliste et qui fait de la diététique en consultation, quel serait le frein pour un généraliste pour faire de la diététique ?
MG1 : Le frein ? C'est écouter ! Et le temps !
DLG : Le temps ?
MG1 : Le frein c'est savoir écouter et le temps ! Savoir écouter, on nous l'a pas appris et le temps, malheureusement, on en a de moins en moins parce qu'il y a de moins en moins de médecins !
DLG : Oui, par rapport à une consultation habituelle où tu es sur un quart d'heure, 10 minutes, là, effectivement, ça nécessite de te libérer une demie heure !
MG1 : Et t'es sacrément frustrée… Je te dirais qu'à un moment… Il y a des jours… Moi, je suis assez… Je suis quelqu'un d'un peu maniaque ! Et euh… Il y a des jours où je sors d'ici, où, sans être vulgaire, je dirais : « mais j'ai fait un niveau de merde ! ». J'ai vu 50 patients et j'ai l'impression d'avoir aidé personne ! Honnêtement, hein, je te promets qu'il y a des jours, j'ai l'impression d'avoir aidé personne !
DLG : Des journées de consultation à 16 consultations, j'ai l'impression d'avoir aidé personne ! Pour des problématiques différentes mais…
MG1 : Parce que je me sens frustrée par le temps… Euh… Je me sens frustrée parce que j'ai pas géré comme j'aurais aimé gérer… J'ai pas… J'ai pas l'impression d'avoir délivré le bon message ! D'avoir été dispo par rapport au malade comme il l'aurait souhaité… Euh, voilà ! Voilà ! Il y a des jours, tu doutes ! Et puis le lendemain, tu te dis : « Allez, aujourd'hui, on va faire mieux, quand même ! ». Et puis tu repars un petit peu plus avec le sourire et tu te dis… Alors des fois, je rattrape un peu le coup en disant… Parce que finalement les malades, tu te rappelles très très bien, hein ! Ca m'arrive souvent de regarder l'ordinateur… Souvent je leur dis : « La fois dernière j'ai pas eu le temps d'aborder avec vous ça, ça, ça, ça, on va essayer aujourd'hui de pas s'attarder sur le… ». Parce que souvent, ils viennent avec une polypathologie plaintive qui masque un mal-être, hein ! Souvent, j'essaye de fractionner en disant : « Aujourd'hui, on va s'occuper du diabète, de ça, ça, ça ! ».
DLG : Est-ce que… C'est une question que je n'avais pas prévu de te poser mais comment tu t'organises ? Parce que c'est des patients que tu suis en médecine générale pour leur pathologie habituelle… Comment est-ce que tu organises le suivi diététique ? C'est des consultations que toi, tu vas programmer ?
MG1 : Spécifiques ! Parce que souvent, ils viennent me voir… Ben, comme n'importe quel généraliste, hein ! « J'ai mal à l'oreille, j'ai mal au ventre, j'ai le frottis à faire… Et puis au fait, je viens aussi parce que je veux perdre du poids ! ». Alors, tu cibles l'affection aigue, le problème digestif s'il y en a un et puis tu dis : « Ben, il y aura une consultation pour le frottis et puis il y aura une consultation de diététique », tant pis pour la Sécu ! Mais euh… J'ai qu'une tête, deux bras et euh… Il y a 50 malades !
DLG : Mm ! Tu fais des consultations dédiées !
MG1 : Oui ! Pas le choix ! Ah, sinon, c'est pas possible ! Souvent ! Tu vois, quand j'essayais de tout faire sur une consultation, j'oubliais les trois quarts des choses sur les prescriptions !
DLG : Mm !
MG1 : Parce que c'est pas possible ! C'est pas possible, tu peux pas ! Euh… Tout voir et être efficace sur tout ! Voilà, donc c'est pas possible ! Donc voilà ! Avec le temps, j'ai appris à dire : « On va fractionner », parce qu'aujourd'hui, je peux pas tout faire, hein ! C'est pas possible, sinon je vais faire du mauvais boulot ! Je leur dis : « Ecoutez, soit on essaye de faire bien mais peu, soit on fait tout et rien à la fois, quoi ! Voilà, donc je partage… Et c'est bien accepté !
DLG : Ils reviennent ? Quand tu programmes des consultations ?
MG1 : Ah oui, oui, oui ! Oui, je programme les choses et ils reviennent. Ca se passe très bien, ils ont compris le fonctionnement. Ca se passe ! Si tant est, hein, comme je te le dis, la plupart du temps, ils viennent avec x choses à leur rendez-vous et ils te disent « eh, il y a le bambin, aussi ! ». *Soupir.* « Et puis il y a la tante qui m'a demandé que… ». Ouais… Ben, la tante, vous lui direz qu'elle vienne la tante ! *Sourire.* Voilà ! Mais finalement, si, c'est bien, quoi ! On a un beau boulot ! Mais encore une fois, fais passer le message : de l'écoute, de l'écoute, de l'écoute ! Dans notre travail, c'est 80% de social… Quand j'étais à l'école, on me disait 70, moi je dirais 80 ! Et 20% de médical… Mais le 80% de social influe sur le médical ! Donc l' « Ecoute », avec un grand E, c'est très important ! Donc ça, ça veut dire qu'il faut s'initier tous à l'éducation ! Tous ! Et puis ça nous sert, hein dans notre vie familiale !
Rires.
Pour sortir les poubelles, hein !
DLG : La reformulation !

Interview MG2 (47 min)

Nous commençons à discuter pendant que j'installe mon matériel d'enregistrement, la discussion porte sur le réseau obésité à laquelle appartient MG2 :
DLG : C'est bon !
MG2 : Voilà, donc un des objectifs, c'était la formation ! Formation à l'éducation thérapeutique, surtout !
DLG : D'accord !
MG2 : Donc, c'est surtout les médecins qui en ont bénéficié ! Il y a eu un premier de…Euh… Education thérapeutique et puis comme outil l'entretien motivationnel un petit peu… Potentiel, à utiliser en éducation thérapeutique ! C'est surtout sur ce thème-là qu'a porté la formation ! Avec un échange de pratiques aussi, autour de dossiers de patients ! Hein ! On se voit régulièrement dans le réseau pour partager autour des différents patients ! Avec les diététiciennes, avec les psychologues, quand elles ont participé à… Enfin, au suivi de certains patients ! C'est une des difficultés du réseau… De faire plus le travail au niveau psychothérapie !
DLG : Mm !
MG2 : Alors, voilà ! Ca, c'est un des aspects, un autre aspect était donc de travailler en pluridisciplinarité autour du patient obèse ou en

surpoids ! Et donc d'avoir un dossier médical partagé entre les différents participants. Un peu comme tous les réseaux ! Voilà, c'est les principaux objectifs de…

DLG : Vous avez un lieu où vous adressez les patients, comment ça se passe pour un patient qui rentre dans le réseau ?

MG2 : Non, donc on a… Le patient obèse est repéré par le médecin généraliste ou le pédiatre et puis à partir de là, on lui propose d'adhérer… De participer au réseau ! De se voir régulièrement avec le médecin généraliste, et en fonction des besoins que l'on ressent en fonction des projets du patient, on l'adresse au psychologue ! Dans le cadre du réseau, on peut bénéficier de 3 consultations de diététique qui sont indemnisées par le réseau !

DLG : D'accord !

MG2 : C'est un financement Sécurité Sociale d'Indre-et-Loire, 37 !

DLG : Et du coup, les patients dans le réseau sont toujours dans des relations de face-à-face ou il y a des sessions en groupe ?

MG2 : Non, c'est toujours face-à-face ! Ca diffère peu de notre pratique de médecine de premier recours ! On voit les patients régulièrement, on essaye de les voir régulièrement (*rire*) ! Normalement, tous les 15 jours, tous les mois et puis… Après, ça dépend des patients ! Et puis des médecins peut-être aussi ! Et puis après, on les oriente… Surtout vers la diététicienne ! Diététicienne, parce que c'est que des femmes !

Rires

Et après, éventuellement vers la psychologue ! Je pense que la place de la psychologue va venir plus tard ! La psychologue vient plus tard ! C'est une maladie chronique, l'obésité ! On a du temps, on revoit régulièrement les patients, et la demande d'une psychothérapie ou la proposition, hein, je pense qu'il faut du temps pour que ça murisse, hein !

DLG : Mm !

MG2 : Ça fait peu de temps, le réseau ! Ça fait 2-3 ans qu'on fonctionne, c'est pas très ancien !

DLG : D'accord ! Et en formation, ça représentait quoi en volume horaire ?

MG2 : La formation, au début, on a fait un séminaire sur l'éduction thérapeutique de 3 jours, enfin 3 fois une journée ! Et puis l'entretien motivationnel, on a fait 4-5 soirées !

DLG : Et c'était animé par qui ?

MG2 : Euh… Là, c'est une société qui pour l'éducation thérapeutique qui avait fait ça avec un laboratoire, c'était financé par un laboratoire ! Et puis l'entretien motivationnel, ça été fait par la psychologue du service de Mr Couet !

DLG : D'accord !

MG2 : On a pas fait vraiment, pour revenir à la nutrition, de formation à la nutrition ! Les grands principes nutritionnels… Enfin, en discutant autour des dossiers, l'échange des pratiques, ça permet d'avoir des questions de diététique ! Enfin, ce que peuvent nous en dire les diététiciennes ! Euh… Moi, je me suis formé un petit peu sur le tas en diététique et en nutrition ! C'est un rééquilibrage alimentaire en fait, permettre aux gens de mieux équilibrer leur alimentation et puis on repère les grosses erreurs qu'ils peuvent avoir !

DLG : Mm !

MG2 : J'ai… Le dernier patient que j'ai inclus dans le réseau… Oh ! J'étais catastrophé en écoutant tout ce qu'il me disait ! Pourtant, c'était quelqu'un… Alors, je pense que c'est quelqu'un avec qui on va faire un travail intéressant dans le réseau ! Voilà : au niveau diététique, c'est affreux ! Au niveau nutrition… Alors, ce que je fais, moi, quand je vois un patient, que ce soit dans le cadre du réseau ou en consultation, parce qu'il y a des gens qui n'acceptent pas forcément le réseau ! C'est de faire un relevé alimentaire sur 2-3 jours et puis à partir de là, on regarde les grosses erreurs et puis on change les choses ! J'ai pas spécialement de connaissances en nutrition, en diététique… Mais je pense qu'il faut avoir un petit peu de bon sens sur les principales erreurs alimentaires, enfin, on sait ! Moi, j'ai acquis ça enfin… Peut-être au sein de mes différentes formations continues, en fait ! Puisque je suis formateur, donc je fais pas mal de formation continue ! Mais on sait un peu comment orienter les patients ! Et puis les erreurs sont tellement grosses ! Faut faire bouger les choses tout doucement, progressivement, en se donnant des objectifs ! On fonctionne un petit peu… Enfin, moi, je fonctionne un petit peu comme ça ! Euh… On se donne des objectifs très progressifs avec les patients ! C'est vrai que ça avance pas très vite au niveau de la perte de poids, du BMI mais… Mais c'est vrai que petit à petit, j'espère, on arrive à faire changer les comportements ! Moi, le point important en fait, pour que les patients perdent du poids, c'est l'éducation thérapeutique ! Enfin, tu connais bien l'éducation thérapeutique ! De faire un bilan d'éducation au départ, un bilan partagé avec le patient, donc savoir ce qu'il sait de sa maladie, ce qu'il a envie de faire, qui il est, mais nous, on les connait nos patients ! Souvent, qui il est, on en a une idée ! Et puis quels objectifs on peut se donner !

DLG : Les patients qui viennent du coup, les patients obèses qui viennent en consultation, c'est des patients que vous sélectionnez dans… Au sein de votre patientèle ? Ou des patients qui viennent spécifiquement pour ça ?

MG2 : Ouais ! Alors, c'est des patients de notre patientèle le plus souvent, qu'on a repéré… en moi, l'obésité, on l'a repérée, on en a dit quelques mots et puis… Et puis éventuellement, quand on voit qu'ils sont peut-être prêts à faire une démarche, on leur dit : « J'appartiens à un réseau, on peut se faire aider par une diététicienne… Ce serait bien, enfin, quand vous êtes prêt ! Vous pourrez être inclus dans le réseau, participer au réseau ! »

DLG : D'accord !

MG2 : Parce qu'en fait, avant que les personnes soient décidées, il faut le temps, il faut que ça murisse ! L'avantage qu'on a en médecine générale, c'est de revoir les gens ! Et puis de laisser murir la décision, d'en reparler : « Ah, ben tiens, on va regarder la balance aujourd'hui ! Qu'est-ce que ça donne ? », « Ah ! Oui, oui, faut que je m'y mette ! ». Là, le dernier patient que j'ai inclus, c'est un instituteur ! Donc quelqu'un qui a une obésité morbide ! Je me rappelle plus de son BMI ! Il est très gros ! Et c'est lui qui mange n'importe quoi ! Mais… Il me dit : « Non, non ! Je suis pas prêt, je suis pas motivé ! Faut que… ». Alors, on a travaillé sur le tabac dans un premier temps avec lui ! Il a arrêté de fumer ! Donc c'est déjà un bon point ! Moi, je sais avec ce patient que quand il décide quelque chose, c'est qu'il va mener à bien ! Donc il a arrêté de fumer depuis 2-3 ans maintenant ! Et puis là, je lui avais parlé du réseau… Là, il est venu, il a dit : « Ca y est ! Maintenant, je suis décidé, ça y est ! Je veux perdre du poids ! Parce que je veux faire du sport ! ». Il veut faire du sport mais il dit : « Je suis gêné, je suis essoufflé ! Je peux plus me remuer et puis maintenant, j'ai deux enfants, deux petits enfants de l'âge de la maternelle mais je veux être un exemple, je veux être un bon exemple, un bon père, et puis je veux pas montrer l'exemple qu'ils ont actuellement ! Donc je veux changer ! ». Il était motivé et puis il explique pourquoi il est devenu obèse, il a réfléchi sur ça ! Lui, il a fait sa psychothérapie tout seul en fait ! Il me dit : « Je suis obèse depuis l'âge de 12 ans, mes parents ont divorcé, j'avais 12 ans et il fallait que je remplisse un vide ! ». Enfin, c'est quand même un enseignant, donc il a une réflexion… C'est intéressant ! Enfin, lui, il aura pas besoin de psychologue je pense, parce qu'il a fait sa psychothérapie ! Et il a trouvé sa motivation ! On en discutait comme ça mais lui, il a fait son travail vraiment tout seul, et puis maintenant, il vient ! Et il a besoin de conseils, enfin, d'avoir des connaissances en nutrition ! Et donc avec lui, je l'ai orienté tout de suite vers la diététicienne ! La plupart des patients que j'inclus dans le réseau, je travaille d'abord sur la motivation ! Pourquoi ils veulent maigrir ! Et qu'est-ce qu'on se donne comme objectif ! Enfin, tous les principes d'éducation thérapeutique… Parce que si on travaille pas là-dessus, ce qu'on se rend compte, enfin, les premières évaluations qu'on fait du réseau, ils ont droit à 3 consultations, ils acquièrent facilement des connaissances en diététique ! Au bout des 3 consultations, ils savent ! Les gens apprennent ce qu'il y a à faire en diététique ! Donc il y a pas de souci à ce niveau-là… Le plus gros, c'est la motivation à changer de comportement ! Et c'est long ! C'est comme ça qu'on a travaillé initialement en formation ! En fait tout ce qu'il y a autour de la nutrition, de la diététique, on a pas besoin… C'est bien d'avoir l'appui d'une diététicienne parce qu'elle va vraiment les faire rentrer dans le détail, leur faire des menus, leur proposer des choses… Mais en 3 séances… Après… En 3 séances ils connaissent les choses, les gens ! Après, il faut entretenir la motivation et puis les aider à garder les changements de comportements qu'ils ont faits ! Parce qu'après, on les culpabilise… Ils disent : « oui, je vais refaire comme ça ! », mais… *Rire*. C'est une pathologie chronique comme… Le surpoids ou l'obésité ! Ce qui est intéressant, alors là, je dirige une thèse avec A2 sur le ressenti de la prise en charge au sein du réseau : les gens apprécient la prise en charge multidisciplinaire, qu'il y ait la présence de leur médecin en qui ils ont confiance ; leur médecin généraliste, parce que c'est leur repère, un peu ! Puis qu'il y ait ce partage avec d'autres professionnels : la diététicienne parce qu'ils vont voir la diététicienne ! La psychologue, ils ont pas trop intégré encore. Ils ont dit dans les entretiens… C'est une thèse qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés ! Ils se disent : « Oui, finalement, une psychothérapie, j'aurais peut-être dû en faire ! Parce qu'il y a un certain nombre de choses que j'ai pas réglées ! » Alors, ce qu'on s'aperçoit, c'est que les gens ont perdu du

poids assez facilement au départ, quand ils voient la diététicienne, ils suivent bien les conseils, et puis après, il y a un relâchement et ils reprennent le poids ! Ça, c'est une façon d'évaluer le réseau mais une autre façon, c'est d'évaluer la qualité de vie qu'ils ont acquis grâce à cette prise en charge ! D'abord, qu'on fasse un réseau pour l'obésité, ils sont reconnus ! Enfin d'habitude, l'obèse, au niveau de la société et même au niveau médical, enfin, l'obèse, c'est le patient qui fait pas d'efforts enfin, qui pourrait bouger un petit peu !

DLG : Oui, c'est une vision péjorative !

MG2 : Alors que là, on fait un réseau pour eux ! Donc ils se sentent reconnus par les professionnels de santé qui travaillent dans le… Et puis, ce qu'ils apprécient, c'est qu'on travaille ensemble : on se téléphone ou il y a le dossier, qui est partagé ! Il y a une communication entre nous ! Donc ça, ils le disent lors des entretiens, ça leur… Et puis les résultats, c'est sur la qualité de vie ! Il y a des choses très intéressantes qui ressortent sur… Sur l'activité physique, ils arrivent à bouger plus et puis sur la façon de s'habiller, ils ont changé de taille !

DLG : Mm !

MG2 : C'est assez intéressant, tout ce qu'ils peuvent rapporter ! Sur la qualité de vie ! Donc en fait au niveau nutrition, on a la chance de pouvoir s'appuyer sur des consultations gratuites, parce que là, c'est un obstacle quand même ! Pour avoir accès à la nutrition, enfin pour pouvoir approfondir la nutrition et puis pour des patients… Surtout que l'obésité ça touche des… Enfin, on sait que la prévalence de l'obésité est plus élevée dans les milieux socialement défavorisés ! Donc le fait de payer une diététicienne c'est quand même…

DLG : C'est compliqué ?

MG2 : C'est quand même un obstacle à la prise en charge du poids !

DLG : Du coup, vous disiez que vous aviez des patients de l'enfant à l'âge adulte, ils ont à peu près… quels âges ?

MG2 : Les enfants… Les enfants c'est à partir de 7-8 ans les plus jeunes ! Et puis les adultes… C'est des adultes jeunes le plus souvent !

DLG : Ils ont d'autres pathologies associées ? Des dyslipidémies, des diabètes ?

MG2 : Euh… Les adultes, oui ! Souvent ! Ils commencent : ils démarrent un diabète ils démarrent un problème de tension ! Des facteurs de risque cardiovasculaires !

DLG : C'est un élément de motivation pour les patients, de débuter quelque chose d'autre en plus de l'obésité ?

MG2 : C'est vraiment le… C'est vraiment le début des complications pour les patients que j'ai inclus dans le réseau ! Alors, ils se rendent pas compte… Enfin, ils commencent à sentir qu'il faut faire quelque chose mais c'est pas toujours… C'est pas l'élément essentiel de leur motivation ! Il y a… C'est une patiente obèse, que j'ai pas inclus dans le réseau qui est diabétique surtout, obèse, hypertendue, dyslipidémique… Elle a tout !

Rires

Elle… J'arrivais pas à équilibrer son diabète ! Ca montait tout le temps… Alors moi, je lui avais proposé plusieurs fois une prise en charge psychothérapique, elle a des compulsions alimentaires, elle a … Dès qu'elle stresse, si elle est angoissée… Elle grignote tout le temps !

DLG : Elle se remplit !

MG2 : Elle se remplit ! Alors moi, je pense qu'il y avait un travail psychothérapique pour l'aider à gérer ça ! Sa mère est diabétique ! Enfin, là, c'est une histoire toute, toute récente ! Cet été, elle s'est occupée de sa mère. On parle d'amputer, sa mère a une artérite des membres inférieurs ! Elle a perdu 5-6 kg, là ! Son diabète : HbA1c : 7,1…

Sourires.

Alors qu'avant j'étais à 9… Que je commençais à me dire « Je vais l'envoyer voir un endocrino parce que j'arrive pas … ». Je l'ai mise sous insuline mais « J'arrive pas ! Je coure après, j'arrive pas ! » Et là, vraiment, dans la motivation, c'est vraiment le fait d'avoir réalisé… Parce que je lui avais dit que le diabète, ça bouche les artères et que ça donne de l'artérite et tout ça ! Le fait de voir sa mère, on parle d'amputation ! Avec des escarres et tout ça !

DLG : Il y a un facteur de proximité qui est…

MG2 : Maintenant, elle s'est projetée, elle a vu sa mère, elle s'est projetée dans l'avenir ! Alors, on s'est fixé comme objectif : elle va faire de la marche 2 fois par semaine ! Bon, l'idéal ce serait 3 mais !

DLG : *Eclat de rire*

MG2 : Mais bon, c'était deux ! *Rire.* C'est ce qui a été prouvé, que c'est efficace à 3. Mais bon, qu'elle accepte deux… Parce qu'elle est enseignante aussi, alors c'est le mercredi et le week-end ! Une fois le mercredi et une fois le week-end, elle va faire 30 minutes de marche avec son mari ! Et puis elle a quand même changé des choses au niveau…

DLG : Alimentaire ?

MG2 : Alimentaire, diététique !

DLG : Quand vous avez des patients que vous recevez comme ça en consultation, par rapport à l'obésité dans le cadre du réseau, les consultations durent à peu près combien de temps ?

MG2 : Ça dure un peu plus longtemps quand même ! Enfin, moi, j'ai fait des séminaires sur l'éducation thérapeutique et les gens disent que normalement, ça doit pas être plus long qu'une autre consultation… C'est quand même un peu plus long… Enfin, une demi-heure à peu près !

DLG : Une demi-heure !

MG2 : Quand on a… Enfin, ça dépend, au début, ça prend un peu plus de temps. Bon, j'essaye d'anticiper, de faire ce qu'on a à faire par petites touches, après, on revoit les gens ! Mais c'est vrai qu'une première consultation on a besoin de faire le point et puis de se bloquer du temps ! Enfin, je dis aux gens : « Vous ramènerez un semainier de votre consommation ! ». Et puis comme ça je me bloque…

DLG : Deux créneaux ? Et au niveau des consultations habituelles ?

MG2 : 20 minutes… Je prends tous les quarts d'heure et puis je me bloque un quart d'heure en fin d'heure ! Ça me permet de… Parce que comme ça, quand il y a une demi-heure d'imprévu, ça me… Parce qu'en même temps, quand la personne dit : « Ah, ben, je veux participer au réseau ! » ou bien « Je veux maigrir », c'est l'occasion d'accrocher à la demande du patient donc de prendre le temps…

DLG : Mm ! Je trouve aussi que quand on fait un … Moi, les consultations où je fais un petit peu d'éducation thérapeutique, ça me prend aussi plus de temps… J'arrive pas à…

MG2 : Les experts, enfin l'expert avec lequel j'ai participé à… disait : « Non, ça dure pas plus longtemps ! ».

Rires

DLG : Donc, du coup, une consultation c'est 22 euros remboursés Sécurité Sociale !

MG2 : Ouais !

DLG : C'est comme une consultation standard !

MG2 : Oui, nous dans le cadre du réseau, on… Ça change pas beaucoup de notre pratique, en fait ! Sauf qu'on a le bénéfice de pouvoir avoir une formation ! Enfin, on a eu une formation… Et puis d'avoir recours éventuellement à une psychologue, à une diététicienne… Qui est quand même bien intéressante !

DLG : Donc du coup, comment se passe une première consultation ayant pour thème central la diététique ? On en a un petit peu parlé, ils reviennent avec un semainier…

MG2 : Ouais ! On voit un petit peu, on discute un petit peu ! La première fois, moi j'insiste surtout autour de l'éducation thérapeutique ! C'est : qu'est-ce que…. Le diabète pour vous, qu'est-ce que ça représente ? Ça vous embête pour quoi ? Vous êtes gros… Qu'est-ce que ça veut dire ? On le dit pas comme ça mais…

Rires

Mais… Vous vous sentez gros, qu'est-ce que ça veut dire pour vous ? Et puis oui, on voit sommairement… Enfin, la première fois, je travaille surtout sur la motivation : pourquoi les gens font la démarche… Ou bien je leur dis : « Tiens, vous savez que ça serait bien de perdre du poids, qu'est-ce que vous en pensez ? ». C'est moi qui lance un peu la perche parce que des fois, il y a des gens qui se lancent jamais, donc il faut essayer… Qui se disent : « Oh, ben oui, on verra ça plus tard… ».

Il y aurait une première consultation standard où vous les auriez déjà pesés, calculé leur BMI et le jour où vous sentez qu'ils sont prêts, vous proposez le semainier à ce moment-là, on pourrait considérer…

Et puis là, on voit, on parle la fois d'après de la nutrition, à partir du semainier. On voit un petit peu les grosses erreurs qu'il y a déjà… En prévenant le patient que ça va pas être magique… Enfin, c'est de l'entretien motivationnel là, on va… Qu'il va falloir du temps, qu'il va falloir changer un certain nombre de choses… Et puis qu'on regarde un peu les habitudes alimentaires de gens … Et puis déjà, souvent, je donne déjà des petits objectifs ! Les grosses erreurs qu'on constate déjà comme ça… « Ben, pourquoi vous prenez pas de petit-déjeuner ? Comment on pourrait changer ça ? Comment est-ce qu'on pourrait faire ? », « Là, vous avez mangé des frites tous les soirs ! », « Et la mayonnaise ? ». Si on voit des grosses choses… Alors c'est pas vraiment… C'est vrai que la diététicienne va reprendre les choses plus en détail après… Mais déjà, on prépare ! C'est vrai qu'on va avoir besoin d'une diététicienne qui va approfondir, donner des conseils très

techniques et puis des connaissances, beaucoup plus de connaissances !

DLG : Sur les consultations ultérieures, donc après cette consultation où vous avez eu le semainier, où vous avez élaboré des objectifs, comment ça se passe ?

MG2 : On reprend ! On reprend, on voit où on en est ! La dernière fois, on s'était dit que… Bon, on arrêtait… Avec un enfant, c'était un objectif très limité ! Parce que je sentais qu'il y avait pas beaucoup de motivation ! *Rire*. C'était le sucre avec les fraises ! Pendant la saison des fraises ! Les bonbons, tout ça, j'avais pas encore… Osé attaquer sur les bonbons ! Et… On reprend les objectifs, des petits objectifs parfois ! Et on voit ce qui a marché et si ça a pas marché, pourquoi ça n'a pas marché… Et puis ça a marché, on se redonne un petit objectif en plus… Peut-être l'activité physique, enfin… « Est-ce que tu pourrais faire un petit peu plus d'activité physique, aller à pieds à l'école ? » ou des choses comme ça !

DLG : A chaque consultation, vous les pesez ou…

MG2 : Ah oui ! Peser puis mesurer pour les enfants parce que ça… et puis je leur montre la courbe de poids, de taille et puis le BMI.

DLG : Vous avez une courbe sur votre logiciel ?

Oui, ça me le calcule automatiquement sur mon logiciel ! MG2 : Donc on regarde ça, c'est systématique là ! Quand on fait le travail sur le… Quand les gens sont engagés dans le réseau ou même j'ai fait ça avec des patients avant que le réseau existe parce que j'avais fait ces formations sur l'obésité de l'enfant ! Enfin, je me rappelle surtout sur les enfants, avec les enfants où… Je voyais les enfants toutes les semaines, tous les 15 jours… Au départ, pour essayer de… Et puis au bout d'un moment, ils décrochent ! C'est un petit peu difficile, hein ! Parce que souvent, quand on change des petites choses comme ça, c'est pas trop difficile mais le gain en poids, c'est faible ! Et… On essaye de prévenir mais les gens se découragent, que ce soit des enfants ou des adultes, hein ! Et ce qui fait la différence avec les diététiciennes, ils changent vraiment beaucoup leur alimentation et ils se mettent à perdre beaucoup de poids ! Mais le problème, c'est qu'ils arrivent plus à suivre au bout de quelques mois ! Après, ils gagnent le poids ! Qu'ils avaient…

DLG : Ils reprennent leurs anciennes habitudes…

MG2 : Et puis ils regagnent leur poids et leur BMI qu'ils avaient avant de voir la diététicienne, s'ils l'ont pas dépassé ! Mais c'est important de garder contact avec eux et d'où l'importance du réseau ! Et une des difficultés du réseau, enfin, qu'on a dans le réseau, c'est que les médecins généralistes… Enfin, je le dis à mes patients : « Quand vous allez voir la diététicienne, il faut continuer à venir me voir ! », parce qu'une fois qu'ils voient la diététicienne, ils ont tendance à ne plus venir voir leur généraliste ! Et puis après, on a du mal à les raccrocher, à les faire revenir pour entretenir leur perte de poids ! Parce que là, c'est important d'entretenir leur motivation et puis d'aller plus loin ! Et puis, ils savent ce qu'il faut faire au niveau diététique, après, on a moins de… De difficultés au niveau diététique ! Les changements de comportement, c'est…

DLG : En consultation de diététique, vous disiez que vous utilisez les courbes pour leur montrer, et puis ben la balance et la toise pour les mesurer… Il y a d'autres outils que vous utilisez ?

MG2 : J'utilise les outils du… de l'INPES, les différents…

DLG : Les petits livrets du PNNS ?

MG2 : Les livrets du PNNS ! Ils sont… Ça, c'est pour les patients plus âgés, enfin, pour les ados…

DLG : Oui !

MG2 : Enfin, ça, c'est le livret d'accompagnement ! PNNS professionnels et…

DLG : Bon, j'utilise ça, un peu, pour compléter… Parce qu'il y a des petites recettes et puis des choses adaptées à chaque situation !

MG2 : Enfin, moi, je trouve que ça peut être un support ! Enfin, moi, ce que je trouve qui compte, c'est de repartir à chaque fois, reprendre… Ce qui a changé depuis la dernière fois ! Enfin… « Vous aviez perdu 10 kg avec la diététicienne, maintenant, vous avez tout repris… Qu'est ce qui s'est passé ? », « Ah… Oui, on va se remettre, on va reprendre le petit-déjeuner le matin ! », « Je vais supprimer les frites le dimanche ! ».

DLG : Pour le recueil alimentaire, vous avez une façon particulière de l'analyser ou… Effectivement, vous disiez que vous étiez à la recherche des grosses erreurs… Comment vous faites pour l'analyser, vous dites, c'est sur 3 jours ?

MG2 : Voilà, c'est ça ! Oui, 3 à 5 jours, ça dépend du profil du patient, si j'ai un patient assez obsessionnel, il va faire ça sur une semaine, il y a pas trop de problème ! Parce que c'est bien de l'avoir sur une semaine, ça permet de l'avoir le week-end, tout ça ! Mais, bon, je m'adapte à chaque personne… Les gens si on leur demande sur 3 jours et puis la façon dont ils reviennent avec le carnet, on voit… « Alors, vous avez fait ça… Mais comment cous l'avez fait cuire… ». Et tout ça… Qu'est-ce que vous avez utilisé comme sauce… On essaye de leur faire préciser les choses !

DLG : C'est… Sur une feuille blanche ou vous leur fournissez une trame ?

MG2 : Oui ! Oui, oui !

DLG : C'est déjà pré rempli ?

MG2 : Non, non ! Je leur demande sur un petit carnet, sur une feuille blanche ! Ils font… Oui, je leur demande de faire comme ça !

DLG : Vous leur demandez de faire préciser les quantités ?

MG2 : Les quantités… Un peu, grossièrement… Ça fait combien de cuillères, pas peser ! Et puis la façon de cuisiner en fait, hein ! Alors, éventuellement, quand c'est des hommes… C'est pas souvent des hommes… C'est plus souvent des femmes qui viennent pour leur problème de poids ! Mais… Ben de venir avec leur femme, et puis de voir ensemble comment ça été cuisiné… Ça m'est arrivé mais moins souvent ! Je propose, hein ! Mais il y a moins d'hommes et puis ils viennent pas souvent avec leur femme quand même ! Quand ils ont la possibilité… Quand on leur fait la proposition ! Mon patient obèse, là, qui est entré dans le réseau, c'est lui qui cuisine ! Qui cuisine… N'importe comment, mais c'est lui qui cuisine ! Parce qu'il est plus disponible que sa femme, elle, elle est secrétaire médicale ! Et lui, il est enseignant ! Donc il a plus le temps et il est avec ses enfants et tout ça ! Donc, c'est lui qui fait la cuisine, plus !

DLG : Vous avez l'impression qu'il y a une vraie différence entre la façon dont vous conduisez ces consultations-là par rapport à une consultation habituelle ou… le fait que ce soit centré sur le poids ?

MG2 : Non ! Je crois pas, non ! C'est comme le suivi de toute pathologie chronique, en gros ! Parce que dans toute pathologie chronique, il y a des changements de comportement à obtenir des gens et c'est vrai qu'on utilise des outils différents ! L'asthme, on va utiliser des outils complètement différents ! Mais… C'est quand même une démarche… Enfin, ce que j'essaye de faire ! Parce que c'est pas toujours facile quand la salle d'attente est pleine, hein ! On remet à une autre fois mais d'avoir ce qu'a fait le patient, est-ce qu'il a des comportements qu'il a réussi à changer pour arriver à équilibrer sa maladie ! Pour prendre en charge sa maladie ! Et puis ce qu'on peut changer, à partir de là !

DLG : Euh… Il y avait une question sur : Est-ce que vous adressez vous-même des patients… Oui, du coup, dans le cadre du réseau…

MG2 : Dans le cadre du réseau mais aussi autrement, hein ! C'est vrai qu'avoir recours à une diététicienne, c'est souvent quand les gens veulent bien… C'est beaucoup plus facile dans le cadre du réseau, parce que c'est pris en charge au niveau financier. Ça c'est un avantage ! Et puis parce que je connais mieux les diététiciennes ! Je sais comment elles travaillent, on travaille ensemble ! Donc on a une approche un peu… Parce que tout ce qui est technique de nutrition, elles travaillent sur les connaissances nutritionnelles mais elles participent aussi à l'entretien motivationnel, aider le patient à… Et c'est pour ça que faire les 3 consultations puis un petit rappel… Parce que les patients ont besoin de ça, toujours ! Et puis les gens évoluent, donc je pense que ça serait utile ! Pour l'instant, on n'est que comme ça mais…

DLG : Vous adressez à d'autres professionnels : endocrinologues…

MG2 : Nutritionnistes, non, très peu ! Sauf quand j'ai une suspicion sur une obésité secondaire ! Donc au niveau pédiatrique ça, c'est bien… Alors, au niveau pédiatrie, c'est bien clair pour moi ! Avec Mr Despert, on avait bien travaillé là-dessus pour bien sélectionner les patients qu'on garde et les patients qu'on lui envoie ! Parce que ça nécessite des bilans lourds et puis parce que c'est pas notre domaine de travail, ça ! Mais avec la courbe poids-taille, on arrive bien à détecter ça ! Et puis, il y a les obésités morbides, ça c'est vrai, que j'adresse, hein, des fois, parce que c'est compliqué… Il y a une intrication de diverses pathologies : diabète, hypertension… Des fois, on a besoin d'avoir l'avis d'un spécialiste et puis éventuellement une chirurgie bariatrique, à quel moment on peut proposer au patient, qu'est-ce qu'en pense…

DLG : Mm ! Ça vous arrive de d'hospitaliser… De prévoir des hospitalisations pour des cures d'amaigrissement ?

MG2 : Pas trop, non !

DLG : Non ?

MG2 : Sûrement parce que j'en ai pas beaucoup des obésités morbides et enfin, heureusement ! Des obésités plus courantes… Des obésités morbides, on en a quelques-unes mais c'est quand même plus rare ! Donc… Puis faire maigrir les gens… Ça peut être utile mais après il faut reprendre, il faut qu'il y ait un suivi… Faut que ça soit vraiment des gens avec des grosses… Des gros obèses, quoi ! *Sourire*.

DLG : Des grands obèses !

MG2 : Des grands obèses !

DLG : D'accord ! Du coup, qu'en attendez-vous des spécialistes, on en a un petit peu discuté ! Est-ce que vous prescrivez des « régimes » aux patients ? Et qu'est-ce que c'est pour vous un « régime » ?

MG2 : Non, je prescris pas de régime à proprement parler ! Et puis c'est un mot banni du réseau, ça ! C'est… Au début, au réseau, à propos de dossiers, on disait parfois « ouais, régime, régime » et les diététiciennes qui sortaient de leurs gonds !

Rires

Non, c'est rééquilibration alimentaire ! Donc maintenant, on a été bien éduqués ! (*Rire*). Donc euh… C'est surtout, moi, je travaille, j'ai toujours fait un peu comme ça, partir des habitudes alimentaires des patients et puis changer les choses petit-à-petit, plutôt ! Que le… Le régime ! Que leur imposer une feuille toute faite ! Donc on leur donne des conseils, on change des choses, mais on peut pas parler au sens propre de régime ! Et puis régime restrictif ! Enfin, pour moi, dans ma tête, ça évoque régime restrictif et tout ça ! Et les gens, de toute façon, ont essayé tout ça avant qu'on en discute avec eux ! Et ils en connaissent l'échec ! Ça marche, ça permet de faire perdre du poids mais comme il y a pas de suivi derrière, ils reprennent… Enfin, l'effet yoyo, quoi ! Donc, euh… c'est pas très efficace, hein ! Là, ils essayent plein de choses, hein, les gens ! Quand on les interroge sur ce qu'ils ont fait avant ! Même des choses qui peuvent être préjudiciables à leur santé ! Ils ont, ils achètent sur internet des médicaments… Et puis même, il y a des médecins qui prescrivent des choses pour faire maigrir ! Des médi… Bon, ça marche mais…

DLG : A quel prix ?

MG2 : Amphétamines et tout ça ! Donc je parle pas vraiment de régime ! J'avais une patiente qui allait chez Weight-Watchers, enfin, qui avait pris le carnet de Weight-Watchers d'une amie… Et puis Weight-Watchers, ils fonctionnent… Comment ça s'appelle ? Ils ont un nombre de points ! Ils ont droit à un nombre de points par journée ! Quand ils dépassent ce nombre de points…

DLG : C'est pas bien !

MG2 : C'est pas bien et ils arrivent à corriger ! Mais cette patiente-là, elle avait pris le régime Weight-Watchers, enfin, elle suivait un petit peu, donc elle calculait se points par journée, ce qui en fait permettait un meilleur équilibre alimentaire et… Et puis elle est venue me voir, parce qu'elle avait de la tension et puis elle m'avait dit : « Bon, je veux maigrir, je fais comme ça ! ». Je lui ai dit : « C'est pas mal ! », parce qu'ils font un travail intéressant chez les Weight-Watchers, je trouve… Et puis elle m'a dit : « Je vais venir vous voir tous les mois, vous allez être mon coach ! ». Elle m'appelait « mon coach », c'est une antillaise : « mon coach », à chaque fois elle me répétait ça !

Rires

« Et puis, moi je viendrai me peser ! ». Alors, moi je regardais son petit carnet, qu'elle tenait, avec ses points Weight-Watchers, je faisais pas grand-chose, hein ! « C'est vrai, vous avez beaucoup de points ce jour-ci… Qu'est-ce qui s'est passé ? ». Et puis voilà, on en discutait ! « Ah ben oui ! Mais vous voyez, après, j'ai fait des efforts ! ». Et puis elle a perdu beaucoup de poids ! Et je la vois de façon plus espacée, tous les 3 mois, pour sa tension ! Bon, elle monte sur la balance : « Vous voyez, je les tiens bien maintenant ! ». Ca entretient la motivation, là ! Mais c'est elle qui avait choisi sa méthode et son régime ! Je trouvais ça assez bien, ça ! C'est un peu l'objectif qu'on veut avoir par rapport aux pathologies chroniques et par rapport au poids, c'est que les gens soient autonomes, en fait ! Alors j'étais le « coach » !

Rires

Je faisais pas grand-chose !

DLG : Mais il y avait besoin d'un coach !

MG2 : Il y avait besoin d'un coach ! On se voyait tous les mois pour la pesée avec son petit carnet pour que je contrôle ! Elle savait bien les jours où ça n'avait pas été… Et ça a bien fonctionné ! C'était une expérience, moi j'ai trouvé, intéressante parce que c'était vraiment la patiente autonome qui m'avait choisi comme coach et qui… Et puis… Ca a bien fonctionné !

DLG : Qu'est-ce qui vous a amené à avoir une approche… Une vision… d'éducation thérapeutique, d'appliquer l'éducation thérapeutique ou des techniques d'entretien motivationnel en consultation ?

MG2 : Parce que c'est… On voit beaucoup de pathologies chroniques, c'est très prévalent en médecine générale et si on fait pas de l'éducation thérapeutique, de l'entretien motivationnel qui est un outil de l'éducation thérapeutique, on a du mal à prendre en charge ce type de patients ! Ça marche pas beaucoup ! On peut donner des médicaments, on peut donner des conseils… Si on motive pas les gens, si on les rend pas plus autonomes, les gens, par rapport à leur pathologie… Déjà, là, c'est difficile ! On fait bouger les choses à la marge assez souvent mais… Mais si on a pas fait tout ce travail d'éducation thérapeutique, on est en échec assez souvent ! Bien que l'échec… Il faut relativiser, on est dans des maladies chroniques, on fait peu de choses… Mais si on améliore la qualité de vie des gens, si on rend les gens plus autonomes… Déjà du point de vue éthique, c'est intéressant, enfin… On a fait notre boulot ! Et c'est le travail qui est intéressant ! Parce qu'en médecine générale, on fait quand même pas mal de maladies chroniques, pas mal de suivis de maladies chroniques ! C'est notre rôle de prendre en charge ce type de patients ! On prend en charge les pathologies aiguës aussi mais c'est plus intéressant dans le travail, le suivi des pathologies chroniques ! Donc faut… L'éducation thérapeutique, ça me semble une démarche, une attitude indispensable… Sinon, là, on rentre vraiment là dans un échec !

Sourires.

Très rapidement, on rentre dans les complications !

DLG : Ça fait longtemps que vous faites de l'éducation thérapeutique en consultation ?

MG2 : Oh ! Sans doute, oui !

Rires.

Sans doute… C'est venu progressivement ! C'est venu, à la suite de formations, là, comme ça… Quand on réfléchit à sa pratique on se dit là, pourquoi ça n'a pas fonctionné ? Comment ça se fait que ce patient diabétique, je n'arrive pas à l'équilibrer ?

DLG : Mm !

MG2 : Bah, est-ce que tu connais ton patient ? Est-ce que tu sais ce qu'il fait ? Enfin, je fais partie de groupe de pair, c'est comme ça aussi… On s'interroge sur sa pratique et les autres nous interrogent… Ben, ouais, qu'est-ce qu'il mange ton patient diabétique ? Ben mince, je l'ai pas interrogé sur… Et puis progressivement, on change sa façon de voir, d'aborder le patient ! Donc ça s'est fait progressivement ! Ça s'est fait sur le terrain, c'est sûr ! On apprend pas ça quand on passe à la faculté ! Encore moins !

DLG : Il parait qu'il y a certaines facultés qui ont…

MG2 : Qui le font ! Ouais ! Faudrait le faire ! Mais encore moins à mon époque, parce que je commence à être un vieux médecin quand même ! Donc, moi, j'ai été formé à l'hôpital et on était encore moins… On était faisant fonction d'interne et puis on était lancé après en médecine générale, on était remplaçant ! Donc après, c'est pour ça que je me suis très vite… Ouais, je me suis installé en 87… Très vite, j'ai fait de la formation continue, d'abord comme participant et puis après ça m'a très vite intéressé comme formateur ! Parce que j'avais tout à apprendre, je connaissais rien de la médecine générale !

DLG : J'ai fini ma trame ! Je pense qu'on a tout abordé… Juste sur la formation en diététique, vous disiez que vous aviez eu une formation sur le tas. En formation initiale, vous vous rappelez de choses ? Spécifiques ? D'avoir une formation spécifique ?

MG2 : Oh, ben c'est vieux, hein ! *Rire*. Ca fait une trentaine d'année ! Enfin, la formation initiale, c'est quand même très centré… Non, on pourrait quand même faire plus de nutrition quand on aborde les problèmes… De poids, d'obésité… C'est quand même très centré sur la maladie, ça pourrait être plus centré sur le patient ! En médecine générale, on est un petit peu plus centré patient !

DLG : Mm !

Et de prendre en considération tous ces aspects-là !

DLG : Et vous disiez que… Comment vous vous tenez à jour en nutrition, comment vous réactualisez vos connaissances ? C'est par les échanges avec les diététiciennes ?

MG2 : Par le biais du réseau, là ? Actuellement, oui ! Mais… En gros, il y a quand même pas besoin de beaucoup de connaissance en diététique ! Je vais peut-être à l'encontre de… *Rire*.

DLG : Non, non ! C'est un peu mon sentiment !

MG2 : D'avoir des grandes idées sur les aliments très caloriques, sur les équilibres qu'on doit avoir dans la journée… Des grandes idées comme ça, d'avoir des points de repère !

DLG : En fait, pour en avoir discuté avec je crois la diététicienne libérale et le MS1 à Orléans, elles disaient que certains médecins généralistes étaient encore euh… Demandaient à leurs patients diabétiques de supprimer le sucre !
MG2 : Mm !
DLG : Et effectivement, il paraîtrait que c'est une vieille idée de formation initiale… Donc, nous, on l'a plus mais…
MG2 : Oui, c'est vrai qu'il doit y avoir des choses comme ça mais… Je fais peut-être trop de formations alors ! Un petit bout de diététique par là, dans tel séminaire, un bout dans un autre séminaire… Qui fait que je me tiens peut-être au courant des grandes idées… En ayant quelques points de repère, comme ça, on arrive à faire bouger les choses ! En expliquant bien au patient que… Ca va pas être miracle… Ils vont pas perdre beaucoup de poids en… Ce qu'ils attendent souvent ! Ce qui fait que même dans le cadre du réseau, avant d'envoyer à la diététicienne, je passe… Je garde un peu mes patients pour les motiver et pour leur expliquer et pour leur dire… Parce que si on les envoie ! Enfin, ça, c'est les résultats de la thèse … Enfin, c'est les résultats, oui ! Elle a pas encore fini sa thèse, elle est en train de faire la discussion ! Dans ses résultats, on voit, les patients ont perdu beaucoup ! Et le défaut, enfin, moi je pense c'est un défaut, c'est que les médecins ont pas passé assez de temps à faire l'éducation thérapeutique d'abord ! A motiver et à préparer !
DLG : A préparer l'après !
MG2 : A préparer l'après… Oui ! Parce que c'est vrai, ils ont un outil, ils s'en servent très bien pendant les 3-4 mois où ils voient la diététicienne et puis après, ben pff ! Ils savent ce qu'il faut faire ! Quand on les interroge dans les entretiens qu'elle a fait, ils savent, ils ont des connaissances, ils ont les grands principes, ça, ça fonctionne bien ! Mais ils arrivent pas ! Les comportements c'est difficile !

Interview D6 (25 min)

DLG : Donc, il y a des questions qui bon… C'était un peu ma trame générale, ce qui collait bien pour les médecins et pour D0. Pour toi, dans le cadre de ton travail dans le réseau, je pense qu'il y aura des choses à adapter ou des questions qui seront pas forcément bien formulées…
Qu'est-ce que tu as fait comme formation en diététique ?
D6 : Un DUT à Tours, donc c'est 2 ans ! De toute façon, que ce soit DUT ou BTS, c'est en 2 ans ! Donc DUT biologie appliquée, option diététique, ça s'appelait comme ça à l'époque, c'est possible que ça ait un petit peu changé ! Et puis, bah… Come tout le monde, des stages qui sont de 3 mois… Moi, j'ai fait trois stages, j'ai fait un stage à Bretonneau ! Et puis, j'en ai fait un au Centre Médico-diététique de Forcilles, donc là, c'est vraiment que de la diététique, c'est en région parisienne, près de Melun ! Et l'autre, je l'avais fait où ? Au Centre Hospitalier de Châteaudun ! Et voilà, c'était en 78 ! *Rire*.
DLG : Tu as complété avec d'autres formations ?
D6 : Non, j'ai exercé tout de suite ! Alors, si, ça m'a un peu servi de formation… Parce que mon premier travail, j'ai travaillé chez Picard surgelés ! J'étais diététicienne donc dans l'industrie alimentaire… Et bon, ce qu'on voit très, très peu dans les études ! Les études, elles sont plutôt basées sur le travail à l'hôpital, quoi ! Alors, j'ai travaillé là-bas 6 mois, après j'ai travaillé à l'hôpital de Châteaudun pendant 4 ans ! Après, quand je suis arrivée à Orléans, il n'y avait pas de poste de diététique… C'est là où du coup, j'ai fait de la visite médicale pendant 13 ans !
DLG : D'accord !
D6 : Voilà ! Ce qui m'a permis de connaître pratiquement tous les médecins du département… Sauf qu'aujourd'hui, il y en a pas mal qui sont à la retraite et puis il y en a des nouveaux que je connais pas puisque je me suis arrêtée en 1995 ! Voilà, et puis je me suis installée en libéral en 98… Oui, c'est ça !
DLG : D'accord !
D6 : Je me suis donné 3 ans de réflexion… Enfin 2 ans et demi de réflexion, savoir si je sautais le pas parce que c'était toujours ce que j'avais voulu faire, m'installer en libéral… Voilà ! Et donc j'ai intégré le réseau au tout début, avant le…Avant le début, même !
DLG : D'accord ! Qu'est-ce que tu recherchais, toi, en participant au réseau ?
D6 : Ben, au départ, je venais de m'installer donc c'était aussi une reconnaissance, me faire connaître des gens qui ne me connaissaient pas justement et de voir ce qu'on pouvait faire pour les patients diabétiques, parce que j'avais quand même quitté la profession pendant un certain temps, j'avais besoin de me remettre à niveau et puis de voir ce que je pouvais faire ! Dès le départ, je me suis dit qu'être simplement en libéral, j'allais peut-être tourner en rond, donc j'avais envie de faire des choses différentes !
DLG : D'accord !
D6 : Voilà ! Donc je suis depuis le début à Diabolo !
DLG : Où tu fais des ateliers de groupe, notamment ?
D6 : Voilà ! Ca été dès le début des ateliers… Des ateliers diététiques qui sont très vite passé à des ateliers culinaires, en fait ! La théorie ça n'a pas été très long ! Ça a toujours été en partenariat au début avec les diététiciennes de l'hôpital, donc c'était en théorie et puis on est passés en pratique… On a commencé à faire des animations d'ateliers, presque dès le début aussi ! Ça remonte à pas mal de temps !
DLG : Donc dans le cadre du réseau, les patients que tu reçois pour des problèmes diététiques, c'est des patients principalement diabétiques ?
D6 : Oui, pratiquement toujours que des diabétiques ! Alors évidemment, comme c'est les trois quarts du temps des diabétiques de type 2, c'est souvent associé avec des problèmes de poids ! Mais ça reste des diabétiques ! Par contre, j'en reçois pas beaucoup en individuel au réseau ! Parce que l'idée, c'est que, s'il y a besoin d'une consultation privée, c'est les diététiciennes libérales qui le font ! Et Diabolo joue le jeu de la diversité ! Donc on donne aux patients la liste des diététiciennes en libéral, dont je fais partie ! Et après chacun choisit celle qu'il aime consulter, en général, ils font ça par proximité d'habitation plus qu'autre chose ! Quand il y a un problème particulier, parce que tu soulignais que nos consultations sont pas remboursées… Quand il y a des gens en difficulté, CMU ou autre, qu'il y a pas de prise en charge, dans ces cas un petit peu particuliers, on peut faire un petit… Quelques… Comment… Consultations privées au réseau mais ça reste limité, j'en ai moins d'une par mois ! Et là, donc c'est pris en charge par le réseau !
DLG : D'accord ! Quel âge à peu près ont les patients que tu reçois dans les ateliers ?
D6 : Pff ! Entre 50 et 70 ! Ouais, c'est à peu près ça ! Là, encore, c'est quand même une grosse, grosse majorité de diabètes type 2 donc forcément, on retrouve l'âge passé la cinquantaine, la plupart du temps !
DLG : Donc tu disais dans les pathologies, il y a le diabète, fréquemment associé au surpoids… Ils ont d'autres soucis de santé qui reviennent…
D6 : Bah, c'est le syndrome métabolique classique ! Hypertension, hypercholestérolémie, voilà ! C'est toujours… C'est bien rare qu'il n'y ait que le diabète !
DLG : Comment ça se passe un atelier diététique au réseau ?
D6 : Très, très sympathique, très convivial ! Bon, les gens sont là pour passer un bon moment, moi, le message que je veux faire passer c'est que être diabétique, c'est pas se priver ! C'est de pas employer le mot régime, d'employer le mot équilibre alimentaire… Bien leur faire comprendre que c'est un mode d'alimentation équilibré idéal, ce qu'on leur demande de faire… Ce que tout le monde devrait faire ! Et qu'ils ne font pas ! Et donc ça doit se passer dans la convivialité, leur donner envie ! Envie de cuisiner pour ceux qu'ont plus envie ! Qu'ils comprennent par contre qu'il faut plutôt faire soi-même que… Que acheter du tout-fait, quoi ! C'est un peu plus compliqué pour les gens qui sont seuls ! On a quand même pas mal de gens qui vivent seuls, qui ont perdu le goût de cuisiner pour eux… Bon ! Donc l'idée, c'est ça : c'est de leur montrer qu'à partir de choses très simples, mais néanmoins agréables, goûteuses, on peut suivre son alimentation équilibrée et se faire plaisir !
DLG : Ils sont à peu près combien dans un atelier de groupe, comme ça ?
D6 : Entre 5 et 10 !
DLG : 5 et 10 !
D6 : Souvent c'est 7-8 ! Et puis il y en a toujours un qui a un empêchement, une fois… Voilà, ce sont des ateliers, normalement, de… Une série de 5 ateliers ! On essaye que ce soit tous les 15 jours, on recule des fois un petit peu avec les congés scolaires ou autres… Ça se passe on va dire sur deux… Trois mois ! Oui, trois mois à peu près ! Avec des thèmes particuliers à chaque atelier. Le premier thème qu'on aborde, c'est un thème très général sur l'équilibre alimentaire, qu'est-ce que c'est l'équilibre alimentaire ! Les groupes alimentaires ! Le deuxième atelier c'est sur les sucres ! Les sucres au sens large donc glucides ! Où est-ce que je trouve du sucre, quels sont les sucres lents, les sucres rapides… Par quoi je peux le remplacer ? Les édulcorants, c'est bon, c'est pas bon ? On fait une recette autour de ça,

en général, on fait un gâteau au chocolat ! Sans sucre, ou avec très peu ! Pour redonner pareil le plaisir ! C'est pas interdit, si on le prend à la fin du repas, à la place du fromage et de son fruit, on peut, une fois par semaine etc. Le troisième atelier, c'est sur les graisses, donc c'est pareil que pour le sucre : dans quels aliments je trouve des graisses, graisses animales, graisses végétales, saturées, pas saturées… Les bonnes, les mauvaises, les équivalences ! Et on cuisine autour de ça, surtout des sauces ! On leur apprend à faire une sauce vinaigrette allégée soi-même, une mayonnaise sans huile, une béchamel sans beurre… Voilà, puis en général, on fait aussi un dessert sans matière grasse ! Le quatrième, c'est sur les fruits et légumes puisque, bon ! On insiste beaucoup sur la consommation qui doit être régulière, à chaque repas, de fruits et de légumes ! Donc qu'est-ce qu'un légume, qu'est-ce qu'un féculent ? Les fruits : quels sont les plus sucrés, quels sont les moins sucrés ? Lesquels je peux manger ? En fait, ils peuvent tous les manger mais ils ont toujours peur de manger des bananes ou autre chose ! Donc on leur montre simplement qu'il y en a de plus sucrés et qu'il faudra les manger en plus petite quantité que ceux qui le sont moins ! Et puis pareil, on a une recette autour des fruits, une recette autour des légumes ! Et puis le dernier atelier, c'est sur la lecture des étiquettes ! Comment bien faire ses courses, comment bien lire une étiquette ! Parce que c'est vrai que c'est un peu… Un peu le chemin du combattant ! Voilà, le parcours du combattant de lire les étiquettes ! C'est de plus en plus petit ! L'industrie est douée pour faire en sorte qu'on voie pas ce qu'on doit pas… Qu'elle n'a pas envie qu'on voie et il y a beaucoup de pièges ! Donc on essaye de dédramatiser tout ça, on se sert beaucoup d'aliments factices ! Pendant un moment, on allait au supermarché mais en fait c'est compliqué ! Par rapport au groupe ! C'est bien mieux de le faire ici, on a plein d'aliments factices ! Enfin, des emballages vides en fait ! Ils peuvent amener les leurs s'ils ont besoin de poser des questions dessus ! Et puis on fait un peu le tour des rayons avec les emballages ! On en a 5 comme ça !

DLG : Un atelier, ça dure à peu près combien de temps ?

D6 : Deux heures !

DLG : Deux heures.

D6 : Deux heures, ça déborde souvent ! Suivant les questions mais bon… On les laisse s'exprimer très librement ! Le plus difficile, c'est le premier, parce qu'ils ont déjà envie de tout savoir dans le premier ! On leur dit : « Mais non ! Vous allez voir au fur et à mesure ! On va évoquer tout ça ! ».

DLG : Quel est le bénéfice que tu trouves, toi … Et quel inconvénient ! A recevoir les patients en groupe ?

D6 : Pas vraiment d'inconvénient, plutôt du bénéfice parce que ça leur permet encore, comme quand on fait la journée « Mon diabète et moi » de rencontrer des gens qui ont les mêmes soucis : les mêmes soucis pour manger, les mêmes soucis pour préparer… Donc… Ils échangent leurs petits trucs, même leurs recettes, hein ! Et puis, très vite, le groupe se scinde… Non, pas se scinde, se forme, ils sont complices et c'est très rare que ça fonctionne pas et ils sont très contents de se retrouver ! Pas seulement de ce que je peux leur apporter mais entre eux ! Donc ça, je trouve que c'est vraiment très, très, très positif ! L'inconvénient, bon quelquefois, on peut avoir une personne qui s'intègre un petit peu moins bien ! Qui parle un peu trop d'elle et… qui perturbe un petit peu le groupe ! Mais bon, c'est ponctuel ! C'est plutôt positif de toute façon !

DLG : D'accord ! Ca a plutôt un côté décomplexant pour les patients de se retrouver entre eux ?

D6 : Complètement, complètement ! D'échanger… Et puis ils voient bien qu'ils ont les mêmes soucis ! Les mêmes problèmes ! Que ça soit pour faire leur glycémie que pour préparer les repas !

DLG : Mm !

D6 : Donc le fait de voir avec eux, de voir les problèmes qu'ils ont et de devoir les résoudre, soit moi, soit les autres ! Des fois il y en a qui disent : « Ah ben oui, mais moi, je fais comme ci, je fais comme ça ! ». Et voilà ! C'est des échanges, c'est vraiment des moments d'échange ! Ce n'est pas que de la théorie, ce n'est pas ça ! Il y a aussi de la pratique parce qu'il y a la cuisine… Il y a un petit temps de théorie bien sûr ! En général, quand on cuisine… On commence par cuisiner et puis il y a des temps de cuisson pendant lesquels on fait un petit peu de théorie !

DLG : Mm !

D6 : Mais il y a ce moment d'échange entre eux pendant les deux phases qui est important !

DLG : Tu trouves, toi, qu'au niveau théorie et apports notionnels il y a besoin de beaucoup de choses ?

D6 : Oh ! Un petit peu mais pas tant que ça ! Au début, on travaillait parce qu'on faisait de plus gros groupes, on travaillait dans de grandes salles et on faisait que de la théorie, des projections, de PowerPoint ! J'ai voulu les utiliser en petits groupes, comme ça ! Non, ça coupe le… Ouais, ça va pas ! Ca va pas ! D'abord parce qu'il faut s'installer après avoir cuisiné, c'est pas très pratique et puis ça fait trop théorique justement ! C'est beaucoup plus agréable de rebondir dans l'échange, sur une question, sur une remarque ou autre ! Il en faut un petit peu de toute façon, quand même ! Quand on parle de quantité de sucres dans les légumes, les équivalences entre les féculents, on est bien obligés de prendre un feutre, un tableau blanc et puis… D'écrire quelques petites choses ! Mais voilà ! Oui, il en faut quand même !

DLG : Les internes que j'ai interviewés avaient pour beaucoup l'impression que les patients étaient beaucoup plus au courant qu'eux de la diététique !

D6 : Ben oui ! C'est un petit peu normal si… Ils s'intéressent à l'aliment ! C'est la grosse différence qu'il y a entre un médecin nutritionniste et une diététicienne ! Nous, c'est vraiment l'aliment, le repas, la recette, c'est ça qu'ils viennent chercher chez nous ! Donc c'est complémentaire ! Le médecin, il est là pour autre chose ! Voir ses résultats d'analyse, éventuellement modifier les doses d'insuline… De médicaments ou peut-être voir s'il faut réduire les quantités de sucres dans le repas mais… Mais la traduction en « qu'est- ce que je mange, en quelle quantité je mange ? », c'est la diététicienne ! C'est 2 choses en parallèle d'ailleurs Mme MS1, elle délègue très facilement vers moi quand ça doit passer dans des choses pratiques !

DLG : D'accord ! Alors, ça c'était une question qui était plus adaptée au libéral, alors que tu as traitée un petit peu… La question c'était : Utilisez-vous des outils en consultation de diététique ? Bon, là, tu parlais effectivement de la recette !

D6 : Oui, bien sûr !

DLG : Des objets factices !

D6 : Voilà, exactement, c'est ça ! Des aliments factices, des emballages, des recettes… Principalement ça ! On remet quand même toujours des documents écrits à la fin ! On se sert beaucoup de ce qui a été fait à la maison du diabète à… Marcq-en-Barœul ! Parce qu'ils ont fait des très bons documents ! Donc on leur a demandé l'autorisation de les utiliser… Ils ont accepté à condition qu'on masque pas le fait que les documents venaient bien de chez eux ! Donc, on met pas Diabolo sur le document ! C'est la maison du diabète donc… Ils repartent quand même avec un document chez eux ! Un support écrit ! Avec les recettes, bien sûr ! Mais avec un support écrit de ce qu'on a pu dire !

DLG : D'accord ! Donc à chaque fin d'atelier, ils repartent avec des fiches, que ce soit sur les sucres, sur les graisses…

D6 : Voilà, tout à fait ! Les équivalences etc.

DLG : Euh… Alors, la question suivante, je pense que… La réponse va être assez rapide ! Qu'est-ce que vous faites qui est transposable à une consultation de médecine générale ? Finalement, on est complètement dans autre chose dans ce qui se passe dans le… Dans l'atelier !

D6 : Ah ouais ! Bien sûr, bien sûr ! De toute façon, une consultation diététique, c'est long ! Même en libéral, c'est trois quarts d'heure, une heure ! Je vois difficilement un médecin pouvoir prendre régulièrement autant de temps pour pouvoir expliquer tout ça au patient ! Mais, même nous, il faut bien reconnaitre qu'on peut pas tout expliquer ce que je peux faire en atelier ! Ca fait cinq ateliers de 2 heures, ça fait 10 heures d'enseignement sur l'alimentation ! Il est évident qu'en atelier en consultation privée, on peut pas faire ça ! Alors, ils reviennent évidemment mais… On arrive jamais à approfondir autant qu'on le fait ici en atelier, c'est clair !

DLG : D'accord ! Tu en as aussi un petit peu parlé : est-ce que vous adressez vous-même des patients ? C'est ce que tu disais quand effectivement, il y a des problèmes en atelier, il arrive que vous les réorientiez vers des diététiciennes en libéral ?

D6 : Oui ! Oui, oui ! Parce que, souvent, les questions qu'il y a c'est de dire, quand on aborde les féculents et tout ça : « combien je peux en manger ? », là, c'est pas de mon ressort de leur dire combien ils peuvent en manger : je ne connais pas ce qu'ils ont comme prescription médicale, s'ils ont vu une diététicienne… On leur pose la question la première fois mais… Moi, c'est pas mon rôle à moi de leur dire : « Vous devez prendre ci ou ça ! ». J'explique des choses, à ce moment-là, je leur dis, s'il y a déjà eu une prescription de faite, en quantité ou autre, ben je leur dis : « Vous respectez ce qu'on vous a dit de faire ! ». Eventuellement, s'il y a pas eu de consultation de diététique, je leur dis : « Ben éventuellement, faut-il voir une diététicienne ou un médecin nutritionniste qui va peut-être plus vous orienter sur les quantités à

consommer ! ». Alors là, oui, je leur dis, parce que moi, je veux pas… Alors, quelques fois, je leur donne des exemples, je leur dis : « Ben, pour une personne de tel sexe, tel âge, voilà les quantités qu'on peut recommander ! », mais je ne leur dis jamais : « Voilà, vous devez manger ça ou ça ! ». C'est pas mon rôle !

DLG : L'idée de l'atelier, c'est plus finalement leur donner le goût à la cuisine, qu'ils aient une cuisine plus adaptée à leur pathologie…

D6 : Voilà !

DLG : Mais sans être dans la particularité, sans être dans l'individuel…

D6 : Exactement ! Et puis de toute façon, moi, même quand je fais des consultations privées, je donne pas beaucoup de quantités ! Uniquement sur le pain et les féculents ! Le reste… Je crois qu'il faut vraiment abandonner ces idées que le patient soit là avec sa balance… Pff ! Non ! C'est pas ça ! Même quand on donne des quantités… Au début ! Peut-être une semaine, vous allez peser votre pain, vos pâtes, votre riz, pour vous rendre compte de ce que ça représente au niveau volume ! Mais il faut très vite oublier tout ça ! Ça, je crois que c'est la grosse différence entre l'hôpital et la ville, où ils sont encore très quantité, poids, pour tout ! Non ! On se rend bien compte que dans la pratique courante, les gens peuvent pas ! Bon, il y a quelques petits pointilleux qui peuvent pas faire sans ! C'est vrai ! Bien sûr ! Mais sinon, il faut que ça soit pratique ! On peut pas vivre avec la balance pour tout peser ! C'est pas possible !

DLG : Tu as l'impression, toi, les patients que tu reçois au réseau pour les ateliers qu'ils ont très inquiets de ce qu'ils mangent ? Par rapport à la manière dont ils cuisinent ?

D6 : Oui ! Et ils ont beaucoup d'interdits qu'ils se mettent ou que les médecins leur mettent ! Hein ! Parce que ça arrive quand même très régulièrement d'avoir des réflexions comme : « Ah, ben oui mais mon médecin m'a dit qu'il fallait pas que je mange de pâtes » ou « qu'il fallait pas que je mange de pain »… « Non, non, j'ai pas le droit de manger de gâteau », etc. Donc voilà ! C'est difficile pour nous… Et ça c'est un message à leur faire passer ! C'est difficile pour nous après de rattraper ! Parce que malheureusement, c'est souvent la parole du médecin qui est plus importante que la nôtre ! Donc attention aux messages qu'ils transmettent ! Nous, pour nous, il n'y a pas d'interdit ! Comment intégrer tel aliment dans leur consommation quotidienne ou hebdomadaire ? Et… Après, c'est très difficile ! C'est là qu'on dit : « Oui, c'est vrai, votre médecin peut vous dire combien de médicaments vous devez prendre… Mais sur l'alimentation, c'est pas sa formation ! ». C'est ce que tu constates ! Ils en savent très peu et tu l'as vécu, très peu de formation sur la diététique ! Donc, il faut que… Autant le patient va faire confiance à son cardiologue par rapport à son médecin, parce qu'il sait que c'est un spécialiste ! Il faut qu'il arrive aussi à faire confiance à la diététicienne par rapport à ce que lui dit son médecin ! Alors ça, ça reste une très grosse difficulté !

DLG : La manière dont le médecin met en valeur le côté diététique ! Et les atouts de la diététicienne !

D6 : Voilà ! Voilà ! Et que souvent… Il y a un petit peu de ré… Oui, de réticence de la part du patient à se dire que bah, oui, c'est ce que dit la diététicienne qui est vrai ! Et c'est pas son médecin ! Et si son médecin lui a dit qu'il fallait pas qu'il mange de pain… Bon, il faut batailler pour lui faire comprendre que ce qu'on dit est important et qu'il faut qu'il le retienne ! Donc les médecins, il faut qu'ils soient…

DLG : Vigilants par rapport aux messages qu'ils transmettent !

D6 : Exactement, et qu'ils hésitent pas à dire que la diététicienne expliquera mieux parce que c'est son métier d'expliquer quel aliment il peut prendre ! Voilà !

DLG : D'accord ! Donc tu disais, beaucoup de patients qui ne cuisinent plus et qui ont tendance à prendre des plats tous prêts ! Des patients qui peuvent finalement suivre trop à la lettre les « conseils » qui paraissent avisés du médecin et qui ont du mal à revenir en arrière…

D6 : Ouais, complètement ! Mais on y arrive, hein ! On y arrive ! Quand ils viennent là, on arrive à faire quelque chose, mais c'est plus quand ils viennent à la journée « Mon diabète et moi », quand ils parlent et qu'on entend : « Ah, mais je mange plus de ci, je fais plus ça… ». Ou des fois, c'est eux qui prennent trop à la lettre ce qu'on leur dit : on leur dit : « faire attention à », ils traduisent : « il faut plus que je mange » ! Donc, c'est vrai que c'est très, très important ce qu'on peut leur dire !

DLG : L'autre question… On tourne toujours un petit peu autour de l'idée de… J'ai demandé aux professionnels s'ils prescrivaient des « régimes », c'est quelque chose qui reste assez ancré dans la tête des internes ! Pas tous, il y en a qui parlent plutôt d'alimentation équilibrée ou… Mais le « régime » c'est quelque chose qui revient assez… Est-ce que c'est quelque chose que tu travailles dans les ateliers, la notion de régime ou c'est quelque chose qu'on aborde plus du tout !

D6 : Ah, si ! C'est-à-dire que dès le début, on leur dit bien que ce n'est pas un régime ! Et je leur dis dès le début que je ne veux pas les entendre parler de régime ! Moi, j'avais dit pendant un petit moment que je mettrais un petit cochon avec une pièce à chaque fois qu'on prononce le mot régime, mais c'est amusant parce que… Du coup, ils retiennent bien ça et quand il y en a un qui lâche le mot, c'est pas moi, c'est les autres qui disent : « Ah, attention, tu n'as pas le droit de le dire ! » Dédramatiser ça, pour les gens ! Régime, c'est frustration, privation, restriction… Donc c'est ça qu'il faut absolument sortir des clichés ! Pff ! Bon, faut dire que les médias nous aident pas, aussi bien la télévision que la presse ! C'est régime, régime, régime ! Tout le temps, quoi ! Donc, ça, c'est vrai, c'est compliqué ! Mais on y arrivera ! A force, on y arrivera de toute façon ! Si déjà, le patient prend ça et l'intègre bien, qu'il est pas au régime déjà, on fait un grand pas ! Bien expliquer aussi qu'ils doivent pas faire une cuisine pour eux ! Différente du reste de la famille ! Que c'est pour tout le monde pareil ! Le reste de la famille, il fera pas attention à la quantité de pain, ou il mangera plus de fromage ! Ou le dessert sera différent ! Mais il fut absolument que le contenu principal du repas, il soit le même pour toute la famille ! Puisque de toute façon, c'est pas un régime, que c'est un équilibre, l'équilibre il est le même pour tout le monde !

DLG : Mm ! Mm !

D6 : Ça, on travaille énormément là-dessus ! Mais bon…

DLG : D'accord…

D6 : On s'aperçoit que ça passe quand même pas trop mal !

DLG : Comment se fait la communication sur ce qui se passe dans les ateliers vers le médecin traitant ?

D6 : C'est vrai que c'est là… C'est un petit peu… Problème de communication qui se fait mal ! Qui se fait mal ! On a essayé de mettre des documents en place, avec des classeurs de suivi, pour expliquer tout ça… On a pas abouti encore ! Donc ça, il faut qu'on travaille là-dessus ! D a essayé d'en trouver de nouveaux, qui soient plus pratiques ou autre… C'est pas facile ! C'est plus souvent le patient qui … qui va expliquer ce qu'il fait ! Nous, c'est pas facile, quoi ! Déjà, nous, maintenant qu'on est en vacation, on vient juste pour l'atelier… Bon, voilà ! C'est des choses qu'on avait beaucoup plus évoqué quand on avait… Quand j'avais un poste à mi-temps ! D'essayer avec l'infirmière de pouvoir retraduire auprès du médecin ce qu'on fait ! C'est fait pour le diagnostic éducatif ! Et puis ça reste un petit peu là, quoi !

DLG : Donc, finalement, pour l'instant, le message passe par le patient… Ça t'arrive de contacter des fois le médecin quand le patient rapporte des messages : pas de féculents, ou qui contredisent ce qui se passe dans les ateliers ou…

D6 : Jusqu'à maintenant, non ! C'est pas très bien vécu, quand même ! Le médecin va accepter difficilement qu'on lui dise : « Ben, attention, voilà ce que vous dites ! » C'est très, très mal perçu, donc ouais, non ! Bon, par contre, à chaque fois qu'on voit des médecins généralistes qui viennent dans les formations à Diabolo, on essaye de faire passer le message ! Mais c'est toujours un peu le même noyau qui vient et on a pas de problèmes avec ceux-là !

DLG : Mm ! Mm !

D6 : Au contraire, ils savent bien ! Justement, c'était très intéressant parce qu'on a fait une formation où on les a tous fait cuisiner avec les recettes du réseau… Et qu'est-ce qu'ils ont apprécié ! Ils se sont un peu plus rendu compte ! Il faudrait qu'on puisse renouveler beaucoup ce genre de formation… Rendu compte de ce que c'était vraiment, et comment on fait etc. Ça, c'était vraiment super ! D'ailleurs, ceux qui étaient là, ils ont vraiment beaucoup apprécié !

DLG : *Rire.* Oui, je confirme !

Rire.

DLG : D'accord. Bon, ben, écoute… Est-ce qu'il y a d'autres choses sur la manière dont tu travailles en atelier qui te paraîtraient nécessaires de transmettre ou des choses que tu voudrais souligner ? Tu parlais effectivement du retour à la cuisine, de la convivialité, du fait que c'était intéressant d'avoir des échanges entre les patients… Est-ce qu'il y a d'autre chose que tu trouves particulier à l'exercice en atelier…

D6 : Non, je t'ai dit à peu près tout ce que… Ouais, comme ça spontanément, non ! Il faudrait qu'on puisse en faire plus… Mais c'est toujours le problème des budgets de réseau ! Ils sont demandeurs d'ailleurs ! Ils sont demandeurs ! Au début, on a commencé… On a fait un premier atelier de 5 puis un deuxième… On les a vu en 10 fois,

quoi ! Maintenant, on peut se permettre d'en faire… Une ou deux fois par an, ceux qui ont déjà fait le premier cycle… Mais ils sont souvent demandeurs, oui ! Mais c'est comme ça !
DLG : C'est les problèmes de budget !
D6 : Ben ouais !
DLG : Bon, ben merci beaucoup !
D6 : Ben, de rien !

8. ABREVIATIONS

ADLF : Association des Diététiciens de Langue Française
AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire
BHS: British Hypertension Society
BIUS : Bibliothèque Interuniversitaire de Santé
BMI: Body Mass Index
DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension
DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DHA: Acide Docosahexanoïque
DM: Disease Management
DPC : Développement Professionnel Continu
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
EM : Entretien Motivationnel
ENC : Examen National Classant
EPA: Acide Eicosapentaénoïque
ETP : Education Thérapeutique
ESH/ ESC: European Society of Hypertension/ European Society of Cardiology
FMC: Formation Médicale Continue
GROS : Groupe de Réflexion sur l'Obésité et les surpoids
HAS : Haute Autorité de Santé
HDL : High Density Lipoprotein
IMC : Indice de Masse Corporelle
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
ISNAR-IMG : Intersyndicale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
JO: Journal Officiel
LCD: Low Calorie Diet
LDL: Low Density Lipoprotein
Mesh: Medical Subject Headings
NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence
OGC : Organisme Gestionnaire Conventionnel
OMS: Organisation Mondiale pour la Santé
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PCEM: Premier Cycle des Etudes Médicales
PNNS : Plan National Nutrition Santé
RSCA : Récit de Situation Clinique Authentique
SFMG : Société Française de Médecine Générale
SSMG : Société Savante de Médecine Générale

SSN : Société Suisse de Nutrition
SUDOC : Système Universitaire de Documentation
VLCD: Very Low Calorie Diet

SERMENT D’HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
De mes chers condisciples
Et selon la tradition d’Hippocrate,
Je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur
Et de la probité dans l’exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l’indigent,
Et n’exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
Je rendrai à leurs enfants
L’instruction que j’ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m’accordent leur estime
Si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d’opprobre
Et méprisé de mes confrères
Si j’y manque.

Avis favorable de la Commission des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 17 septembre 2009

Le Directeur de Thèse :

Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours

Académie d'Orléans – Tours
Université François-Rabelais
Faculté de Médecine de TOURS

LE GOFF Delphine **Thèse n°**

342 pages – 21 tableaux – 1 figure — 2 illustrations

Résumé :

Mon stage en médecine générale m'a mise face aux mêmes difficultés que les médecins généralistes dans la prise en charge diététique de mes patients. Les traitements de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies, du diabète et de l'obésité ont une composante nutritionnelle. L'objectif de cette thèse est de créer et de réaliser une formation à destination des internes de médecine générale de la faculté de Tours basée sur une approche diététique motivationnelle et éducative autour de ces pathologies. L'ingénierie de la formation a consisté en une analyse des besoins de formation des internes par triangulation de méthodes qualitatives (analyse de la littérature, focus-group et questionnaire électronique orientés vers les internes de médecine générale, entretiens semi-dirigés auprès de professionnels de santé exerçant la diététique et la nutrition), une rédaction des objectifs spécifiques et pédagogiques, un choix des méthodes pédagogiques, une construction des outils pédagogiques, une construction de l'évaluation et la rédaction du scénario. La formation d'une durée de six heures s'est déroulée le 12 avril 2011. L'objectif principal de la formation était d'apporter des outils concrets pour la réalisation de l'éducation diététique en consultation de médecine générale. L'évaluation immédiate puis à 6 mois met en évidence une mise en pratique de l'entretien motivationnel mais un besoin d'approfondissement des connaissances et de manipulation d'outils. La formation a été jugée utile par les internes qui en ont bénéficié.

Cette formation n'est pas suffisante et doit s'inscrire en complémentarité dans le programme des enseignements du département universitaire de médecine générale. La création d'une formation m'a permis de développer une double compétence : à l'expertise généraliste et à la pédagogie.

Mots clés : Pédagogie – Enseignement médical – Diététique – Nutrition – Médecine générale – Internes (médecine) – Education des patients – Entretien motivationnel – Recherche qualitative – Relations médecin malade

Jury :

Président : **Monsieur le Professeur François MAILLOT**
Membres : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Docteur Jean ROBERT
Monsieur le Docteur Eric DRAHI

Date de la soutenance : 15 février 2012