

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 038

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etudes Spécialisées de MEDECINE GENERALE)

par

Emine Demiraslan

née le 9 février 1983 aux Sables d'Olonne

Présentée et soutenue publiquement le 8 avril 2014

LES MESURES DIETETIQUES CHEZ LES PATIENTS A RISQUE CARDIO-VASCULAIRE EN MEDECINE GENERALE : PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS DE MEDECINS GENERALISTES

Président : Monsieur le Professeur Michel KREMPF

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrick LE VAILLANT

A Monsieur le Professeur Michel Krempf,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant le jury de ma thèse.

A Monsieur le Professeur Lionel Goronflot,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer au jury de ma thèse.

A Monsieur le Professeur Patrice Guérin,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer au jury de ma thèse.

A Monsieur le Docteur Patrick Le Vaillant,

Je vous remercie infiniment d'avoir encadré mon travail. Soyez assuré de ma gratitude pour votre accompagnement et vos encouragements.

A l'ensemble des Médecins Généralistes ayant participé à mon travail,

Merci pour votre extrême obligeance malgré vos sollicitations professionnelles multiples.

A ma famille (mes parents, mes frères, mes nièces et mon neveu, ma famille en Turquie),

Je vous porte dans mon cœur. Vous êtes à mes côtés dans chacune de mes modestes avancées.

Maman & Papa, je n'aurais pu espérer de parents plus souteneurs et présents que vous. Votre Amour et votre soutien inconditionnels m'ont portée jusqu'à présent et ont fait de moi ce que je suis à présent. Je vous en serai à jamais redevable. Je vous aime.

Annacim, babacim, sizi seviyorum.

A ma seconde famille, la famille Biçer,

Votre aide lors de ma 1^{ère} année et votre disponibilité par la suite m'ont été très précieuses.

Hülya et Zeliha abla, je n'aurais pu rêver meilleures sœurs.

Hakkinizi helal edin.

A mes amies & amis,

Anne-So, Bouth, Caro, Delphine, Florence, Marianne & Jérém, Mélanie & Greg, Nadège,

Je pense à vous en achevant cet écrit qui met un terme à mon parcours universitaire.

« Années-Fac » marquées de nos épreuves, nos révisions, nos angoisses, nos stress partagés, mais surtout de nos fous rires et nos bons moments. A très vite pour d'autres moments mémorables !

A mes relectrices,

Nadège, il y aurait tellement à dire... Je vais faire court pour une fois :

Merci et pas seulement pour la relecture.

Delphine, merci d'avoir trouvé le temps de me relire. Tes dernières remarques ont été particulièrement constructives. Au-delà de ça, je suis heureuse d'avoir croisé ton chemin à l'occasion du semestre des urgences. Vive notre groupe d'internes des urgences au CHD de la Roche !

**A toutes celles et ceux que j'ai eu le plaisir et la chance de rencontrer sur mon parcours étudiantin,
professionnel et même sur mon parcours de vie,**

MERCI !

Table des Matières

I. Introduction _____ 9

1. Généralités _____	11
1.1 Epidémiologie des maladies cardio-vasculaires _____	11
1.2 Les pathologies cardio-vasculaires, un problème de santé publique _____	11
2. Identifier la population à risque cardio-vasculaire _____	12
2.1 Les facteurs de risque cardio-vasculaire _____	12
2.2 Les outils d'évaluation du risque cardio-vasculaire _____	12
2.3 Les patients à haut risque cardio-vasculaire _____	13
3. Le rôle du Médecin Généraliste dans la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire et des affections cardio-vasculaires _____	13
3.1 La prévention, une des compétences attendues du Médecin Généraliste ____	13
3.2 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant les facteurs de risque cardio-vasculaire _____	14
3.3 L'Education Thérapeutique du Patient, une évolution dans la prise en charge des maladies chroniques _____	14
4. Ma formation universitaire à la prise en charge des patients à risque cardio-vasculaire _____	16

II. La réalité du terrain étudiée par entretiens individuels : les recommandations face à l'humain _____ 18

1. Méthodologie _____	18
2. Recueil des données _____	18

3. Analyse des entretiens individuels _____ 19

1^{ère} partie : La pratique déclarée de médecins généralistes

1°) Dans quel contexte, la prise en charge diététique des patients à risque cardio-vasculaire est-elle abordée ? _____ 19

2°) Où se situent les médecins généralistes dans la démarche de prise en charge diététique des patients à risque cardio-vasculaire ? _____ 21

3°) De quelle manière procèdent les médecins généralistes ? _____ 21

4°) Comment les médecins généralistes perçoivent-ils leurs patients à risque cardio-vasculaire? _____ 22

5°) Quels sont les déterminants aidant ou stimulant les médecins généralistes dans la prise en charge diététique des patients à risque cardio-vasculaire ? _____ 23

6°) Quels sont les déterminants freinant ou limitant les médecins généralistes dans la prise en charge diététique des patients à risque cardio-vasculaire ? _____ 23

2^{ème} partie : L'Education Thérapeutique diététique des patients à risque cardio-vasculaire : représentations et perceptions des médecins généralistes interviewés

1°) Que visent les médecins généralistes lors de la prise en charge diététique de leurs patients à risque cardio-vasculaire ? _____ 25

2°) Comment les médecins généralistes se représentent-ils l'Education Thérapeutique diététique des patients à risque cardio-vasculaire dans l'idéal ? _____ 26

3°) Quelle importance prêtent les médecins généralistes à la prise en charge et à l'Education Thérapeutique diététiques des patients à risque cardio-vasculaire ? _____ 27

4°) Quelles représentations ont les médecins généralistes de l'Education Thérapeutique diététique des patients à risque cardio-vasculaire (faisabilité, efficacité, satisfaction) ? _____ 28

5°) Comment les médecins généralistes perçoivent-ils leur rôle, les capacités nécessaires et quelle motivation expriment-ils ? _____ 31

6°) Dans quelle mesure est-ce intégré dans leur pratique actuelle ? _____ 36

7°) Quels sont les éléments favorisant la pratique de l'Education Thérapeutique diététique ? _____ 36

8°) Quels sont les éléments entravant la pratique de l'Education Thérapeutique diététique ? _____ 37

9°) Quelles stratégies évoquent les médecins généralistes pour optimiser la pratique de l'Education Thérapeutique diététique avec les patients à risque cardio-vasculaire ? _____ 38

III. Interprétation et Discussion	40
1. Biais méthodologiques et psychologiques	40
1.1 Recrutement	40
1.2 Recueil	40
1.3 Analyse	40
2. Intérêt des mesures diététiques et de l'Education Thérapeutique diététique aux yeux de médecins généralistes dans la prise en charge des patients à risque cardio-vasculaire	40
3. Déterminants de l'implication des médecins généralistes et de leur application des recommandations sur les mesures diététiques chez les patients à risque cardio-vasculaire	42
3.1 Déterminants fondamentaux pour initier une implication des médecins généralistes	42
3.1.1 Importance de l'Education Thérapeutique diététique des patients à risque cardio-vasculaire	42
3.1.2 Faisabilité et efficacité de l'Education Thérapeutique diététique des patients à risque cardio-vasculaire	43
3.1.3 Rôle du Médecin Généraliste dans l'Education Thérapeutique des patients à risque cardio-vasculaire	44
3.2 Dispositions des médecins généralistes pour adopter l'Education Thérapeutique diététique (<i>interprétation basée sur le modèle de Prochaska</i>)	46
4. Mise en pratique complexe, informelle, pour des résultats difficiles à évaluer	49
4.1 Critères de sélection des patients à bénéficier de la prise en charge diététique	49
4.1.1 Eléments biomédicaux	49
4.1.2 Eléments psychologiques	49
4.2 Mesures diététiques et médicaments, entre complémentarité et concurrence	50
4.3 Pratiques déclarées par les médecins généralistes, comparées dans leurs diversités	51

4.4 Stratégies permettant de conditionner le « Bon Moment » pour faire de l'Education Thérapeutique diététique avec un patient à risque cardio-vasculaire	54
4.4.1 Organiser le cadre pour favoriser des conditions propices	54
4.4.2 Composer avec le contexte psycho-social du patient	55
IV. Conclusion	56
Annexes	57
Annexe 1 : Les facteurs de risque cardio-vasculaire	57
Annexe 2 : Extraits des recommandations de l'HAS	58
Annexe 3 : Le profil des 10 médecins généralistes interviewés	58
Annexe 4 : Guide d'entretien individuel	59
Annexe 5 : Grilles d'analyse des entretiens individuels	61
Annexe 6 : Les 5 dimensions de l'apprenant	64
Annexe 7 : Les stades de changement de Prochaska	64
Lexique	65
Liste des sigles	67
Bibliographie	68

I. Introduction

Les maladies cardio-vasculaires représentent un problème de santé publique. L'évolution actuelle de la société favorise la survenue ou l'aggravation des facteurs de risque cardio-vasculaire (FdRCV), du fait des changements de nos modes de vie (la "malbouffe", la "suralimentation", la déstructuration des repas, la sédentarité, le stress...).

On note une diminution de la mortalité° certes mais non de la morbidité° des pathologies cardio-vasculaires. Les progrès dans la prise en charge de ces pathologies sont dus à l'amélioration de nos connaissances et des possibilités biomédicales bien entendu. Toutefois, un autre axe d'action est également développé depuis ces dernières années à travers la prise en charge globale des patients, avec des démarches de prévention° et de promotion de la santé°, mises en œuvre à différents niveaux de notre société (politique, éducation, médias...). Les Programmes Nationaux Nutrition et Santé (PNNS I, II et III) en sont un bel exemple.

Les études EUROASPIRE pointent que, malgré une amélioration des prescriptions médicamenteuses, le contrôle des FdRCV reste insuffisant.

Dans ce contexte, la prévention est plus que jamais une solution, voire la solution de prise en charge des patients à risque cardio-vasculaire (RCV). Assurant une médecine de premier recours, les médecins généralistes (MG) se devraient d'être une des clés de voûte de la prévention, de manière générale et de fait, cardio-vasculaire également. Cela implique et participe à l'adaptation nécessaire de la médecine générale, d'une médecine "paternaliste" vers une médecine "autonomiste". En effet, la modification des habitudes de vie ne peut être imposée aux patients. Ces derniers n'initieront et n'opèreront dans le temps la correction de leurs écarts d'un mode de vie sain que s'ils y adhèrent.

Mais comment les MG perçoivent-ils les recommandations sur la prise en charge des patients à RCV concernant la prévention par les mesures diététiques ? Dans quelle mesure les MG ont-ils intégré cette nouvelle approche pour inciter la modification des comportements alimentaires de leurs patients à RCV et la soutenir dans le temps, afin d'optimiser le contrôle du RCV dans le respect de leur qualité de vie ? Quels déterminants influencent leur pratique dans ce domaine ?

Il me semblait, avant d'initier ce travail, que les MG étaient conscients de la place qu'ils occupaient dans le système de soin et se sentaient concernés par la prévention. Toutefois, je supposais qu'ils doutaient de l'efficacité de leur action dans ce cadre et qu'ils n'exploitaient que partiellement le recours aux mesures diététiques : ils informaient et conseillaient plus qu'ils n'éduquaient leurs patients à RCV.

° Mortalité, morbidité, prévention, promotion de la santé ° : cf lexique

C'est pourquoi, il me paraissait intéressant de sonder des MG sur leur pratique actuelle avec les patients à RCV dans le domaine de la prévention par les mesures diététiques, ainsi que sur leurs représentations de la démarche préconisée par les recommandations :

- pour comprendre leur perception de cette prise en charge,
- pour voir leurs schèmes de pensée et ce qui influence leur pratique.

Le but de mon travail est donc de déterminer dans quelle mesure les praticiens exploitent cette prise en charge comportementale et ce qui influence leur pratique dans cette démarche. De là, des stratégies peuvent être envisagées et discutées pour optimiser la prise en charge diététique des patients à RCV en médecine générale.

Je n'ai pas abordé l'activité physique pour ne pas complexifier le travail.

1. Généralités

1.1 Epidémiologie des maladies cardio-vasculaires

En France, les maladies cardio-vasculaires représentent la 2^{ème} cause de décès (la 1^{ère} étant les cancers) avec plus de 148000 décès en 2007, soit près de 28% des décès. La proportion est comparable à l'échelle régionale des Pays de Loire [1].

Certes, on peut constater une décroissance notable en termes de mortalité des maladies cardio-vasculaires depuis les années 80 [2]. Toutefois, il n'en est rien de la morbidité. Si on se réfère aux données du CNAMTS quant aux effectifs d'ALD d'origine cardio-vasculaire et à leur évolution par an, on constate que l'incidence[°] de chacune de ces ALD augmente : l'ALD 1 (=AVC) progresse d'environ 16000 cas supplémentaires par an, l'ALD3 (=AOMI) de +21000 cas/an et l'ALD13 (=coronaropathie) de +40000 cas/an, atteignant respectivement 283206, 437975 et 906167 cas en 2010.

Cela s'explique en partie par la prévalence[°] élevée des divers FdRCV. D'après les résultats de l'enquête Mona Lisa, la dyslipidémie concernait 48% de la population adulte française de 35 à 74 ans, en 2006-2007, dont 75% seraient de l'hypercholestérolémie. Toujours selon cette même étude, l'hypertension artérielle (HTA) touchait 47% des hommes et 35% des femmes [3]. Quant à la prévalence du diabète traité en France, en 2007, elle est de 4%, soit environ 2.5M de diabétiques, sans compter ceux non traités pharmaceutiquement et ceux qui s'ignorent [4].

1.2 Les pathologies cardio-vasculaires, un problème de santé publique

Les maladies cardio-vasculaires représentent le 1^{er} poste de dépenses de santé des pays développés et en particulier, dans notre pays, d'après la Consommation des Biens et Services Médicaux hors prévention[°] (selon les estimations établies par la DREES en 2006 basé sur les comptes nationaux de santé de 2002). Ainsi, 25% des dépenses de santé correspondent aux remboursements de médicaments à visée cardio-vasculaire, soit 3.9Md d'euros, en 2002. En effet, la prévalence de chaque FdRCV ainsi que la morbi-mortalité cardio-vasculaire impliquent des dépenses de santé non négligeables. Concrètement, d'après la CNAMTS, 2.6 M de personnes ont une ALD pour maladie cardio-vasculaire avec un coût évalué pour le régime général à 17.5Md d'euros en 2004 [5], chiffres passés à 18.7Md d'euros en 2010 (soit 27% des dépenses d'ALD). Ces dépenses, au vu des données épidémiologiques (*ex. : obésité*), démographiques (*augmentation de l'espérance de vie*) et économiques (*coût des prises en charge*), ne cesseront d'augmenter.

Les pathologies cardio-vasculaires expliquent la croissance de la dépense remboursée sur la période, en participant pour environ ¼ de l'évolution totale (+ 15% pour le diabète, contre 17% pour les tumeurs malignes). Il est donc important d'essayer d'agir en amont pour diminuer la prévalence des divers FdRCV, et par la même, celle des pathologies cardio-vasculaires.

[°] Incidence, prévalence, Consommation des Biens et Service Médicaux [°] : cf lexique

2. Identifier la population à risque cardio-vasculaire

Les pathologies cardio-vasculaires sont multifactorielles, avec des facteurs ayant une part variable dans l'atteinte de l'arbre artériel. En 2004, l'ANAES (actuelle HAS) a passé en revue les diverses recommandations européennes et américaines afin de clarifier certaines définitions et de distinguer les FdRCV dits « majeurs », des FdR dits « prédisposants », ainsi que de déterminer les méthodes d'évaluation du Risque Cardio-Vasculaire (RCV).

2.1 Les facteurs de risque cardio-vasculaire [6]

On parle de FdRCV majeurs dès lors que le critère choisi a un effet multiplicateur du RCV indépendamment des autres FdR. Ils incluent : le tabagisme, l'HTA, le diabète, la dyslipidémie. (*Annexe 1*)

Les FdR sont dits prédisposants lorsqu'ils ont un effet potentialiseur une fois associés aux FdRCV dits majeurs. Ils correspondent à : l'obésité androïde, la sédentarité, les antécédents familiaux cardio-vasculaires précoces, les facteurs psycho-sociaux. (*Annexe 1*)

Quelques FdRCV sont cependant non modifiables : l'âge et le sexe (>50ans chez l'homme et >60ans chez la femme), ainsi que les antécédents personnels et familiaux de maladies cardio-vasculaires. (*Annexe 1*)

2.2 Les outils d'évaluation du risque cardio-vasculaire

Chacun de ces facteurs est un état pathologique ayant un RCV propre, nécessitant une prise en charge propre mais ils sont rarement isolés ; auquel cas, pour évaluer leurs interactions sur le risque cardio-vasculaire global (RCVG), il existe différentes estimations. Le RCVG correspond à la probabilité pour le patient de survenue d'un événement cardio-vasculaire dans un horizon de temps fixé, qui est situé entre 5 et 10 ans dans la plupart des modèles. Les recommandations actuelles ne préconisent pas spécifiquement une méthode. Cependant, en 2004, l'ANAES a fait une mise au point sur les moyens d'évaluation du RCVG :

- par sommation des FdRCV,
- par des modèles statistiques, en retenant les modélisations issues de la cohorte Framingham et du projet SCORE. Les autres modèles faisaient référence à des populations trop différentes de la nôtre.

En effet, 2 équations semblent rassembler un consensus professionnel : l'échelle de Framingham, évaluant le risque de morbidité coronarienne, et l'échelle de SCORE, évaluant le risque de mortalité cardio-vasculaire. La prévalence des maladies cardio-vasculaires étant moindre en France, un ajustement est cependant nécessaire pour le modèle de Framingham en divisant par 2 le RCVG ainsi estimé. Quant à l'échelle SCORE, elle est sans doute la plus adaptée du fait qu'elle ait été basée sur une population européenne. Cette dernière évalue le risque à 10 ans de faire un événement cardio-vasculaire, incluant toute pathologie athérosclérotique et non pas seulement les coronaropathies. Elle se limite à évaluer la mortalité et non la morbi-mortalité, pour sensibiliser le test. Ainsi, toute personne avec un SCORE $\geq 5\%$ a un risque élevé de faire un événement cardio-vasculaire à 10 ans. [7]

Une autre notion est aussi intéressante : le risque relatif, qui représente la probabilité de survenue d'un événement cardio-vasculaire chez un sujet ayant un ou plusieurs FdR, rapportée à la probabilité de survenue de ce même événement en l'absence de ces FdR.

2.3 Le patient à haut risque cardio-vasculaire [8]

Dans les situations suivantes, tous les référentiels s'accordent à reconnaître d'emblée le RCV comme élevé :

- Si le patient a des antécédents personnels de maladie coronaire ou vasculaire (AVC, AOMI) avérée,
- Si le patient a un diabète de type 2 avec atteinte rénale (*Protéinurie >0.3g/24h ou Clairance de la créatinine <60mL/min*) ou associé à 2 FdRCV,
- Si le patient a un risque (*selon le score de Framingham*) d'événement coronarien > 20% dans les 10 ans.

3. Le rôle du Médecin Généraliste dans la prise en charge des facteurs de risque et des affections cardio-vasculaires

3.1 La prévention, une des compétences attendues du Médecin Généraliste

Conformément à l'article L. 4130-1 du Code de la Santé Publique, suite à la Loi HPST (« Hôpital, Patients, Santé et Territoires ») du 21 juillet 2009, on attend du Médecin Généraliste (MG) un certain nombre de compétences, à savoir :

1. **Premier contact** avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de tout autre caractéristique de la personne concernée.
2. **Approche centrée sur la personne**, orientée sur l'individu, sa famille et sa communauté.
3. Processus de **consultation personnalisée qui établit dans le temps**, une relation médecin – patient à travers une **communication adaptée**.
4. Responsabilité de **la continuité des soins dans la durée selon les besoins** du patient.
5. Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la **coordination des soins**, le travail avec **d'autres professionnels** dans le cadre des soins primaires et la gestion du recours aux **autres spécialités**.
6. **Démarche décisionnelle spécifique**, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
7. Prise en charge **simultanée** des problèmes de santé **aigus ou chroniques** de chaque patient.
8. **Intervention au stade précoce et non différencié** du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.
9. Développement de la **promotion et de l'éducation de la santé** par des interventions appropriées et efficaces.

10. Action spécifique en termes de santé publique.

11. Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Il doit donc gérer la situation spécifique du patient, pris dans sa globalité, la coordonner avec les connaissances scientifiques actuelles et le système de soins impliquant de multiples intervenants, sur la durée nécessaire. De plus, sa place dans le domaine de la médecine préventive a également été spécifiée. Dans les textes, le MG a un rôle à jouer dans la prévention de manière générale, de fait cardio-vasculaire également, sous-entendu par les mesures hygiéno-diététiques. Il est, en effet, celui qui assure le premier contact, qui connaît le patient dans sa globalité, qui peut le revoir régulièrement et sur le long terme. Il doit ainsi composer avec 3 éléments, pouvant être difficiles à concilier: les préférences et comportement du patient, la situation clinique observée, les données actuelles de l'Evidence Based Medicine ° (EBM).

L'avenant N°12 de la Convention Médicale° du 23 mars 2006 soulignait déjà «la nécessité d'engager progressivement les médecins traitants dans des programmes de prévention », en priorité sur 5 thèmes, dont celui des RCV.

3.2 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant les facteurs de risque cardio-vasculaire

L'HAS confirme dans ces diverses recommandations la place première des mesures hygiéno-diététiques dans la prise en charge des FdRCV majeurs (**Annexe 2**).

Dans ces recommandations sur les FdRCV, les mesures hygiéno-diététiques sont associées à une nouvelle démarche médicale orientée vers l'éducation du patient (**Annexe 2**). La médecine dans le cadre de la prévention et de la prise en charge de maladies chroniques ne peut être superposable à la pratique de la médecine curative de pathologies aiguës. Cette dernière *peut être exercée* de manière directive, ou encore paternaliste, mais tout porte à croire que dans le cadre de la médecine préventive et au long cours, ce ne serait pas efficient car générateur de résistances et de fait même contre-productif.

Ainsi, depuis ces quarante dernières années, différents concepts voient le jour et se développent dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques, en particulier, l'Education Thérapeutique du Patient° (ETP).

3.3 L'Education Thérapeutique du Patient, une évolution dans la prise en charge des maladies chroniques [9]

Le programme national de réduction des risques cardiovasculaires (2002–2005) affichait 6 objectifs prioritaires : la mise en œuvre de l'ETP dans ce domaine en était un.

° Evidence Based Medecine, Convention Nationale, Education Thérapeutique du Patient ° : cf lexique

Par la suite, dans le cadre du plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), plusieurs mesures concernaient le développement de l'ETP.

« L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents,...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui. » (Recommandation n°1).

C'est ainsi que la définition de l'ETP est transcrite dans le rapport « *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient* » (2007), adressé à la Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports de l'époque. De plus, il y est proposé justement de prioriser entre autres, les pathologies cardio-vasculaires dans le recours à ce type de prise en charge (Recommandation n°2).

L'HAS conjointement à l'INPES précise, développe et donne un cadre à cette notion d'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques à travers un guide méthodologique sur la structuration de l'ETP en juin 2007 [10]. Ce qui ressort de la lecture de ce guide est une entité définie, structurée et pluridisciplinaire, dans laquelle le MG peut avoir ou non une place, et ce, bien entendu, à condition d'une formation spécifique. Or, à ce jour, l'implication des MG est insignifiante en France.

La loi HPST du 21 juillet 2009 inscrit l'ETP dans le Code de Santé Publique et par la même dans le parcours de soins avec l'idée d'autonomisation du patient.

Ce concept d'ETP s'installe progressivement dans le paysage médical. Il est basé sur plusieurs notions : l'implication et la responsabilisation du patient qui devient ainsi acteur de sa prise en charge et la mise en place d'une alliance thérapeutique entre patient et médecin, optimisant la délivrance d'informations, la cohérence et la continuité du soin. Une telle démarche, à travers l'adaptation et la personnalisation du programme de soins, a pour but d'améliorer la prise en charge des patients ayant une pathologie chronique et surtout leur qualité de vie.

A l'échelle européenne, l'European Society of Cardiology (ESC) souligne l'importance de la prévention dans la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires. Elle met en avant l'intérêt de différentes actions, telle : l'éducation à la santé° ou encore une prise en charge élargie au psycho-social. L'ESC propose différentes techniques comme les méthodes cognitivo-comportementales ou l'entretien motivationnel pour favoriser les changements comportementaux (alimentation, activité physique, médicaments). [11]

Ainsi, les écrits et la réflexion sur ce thème, à l'échelle nationale et internationale, mettent à jour une évolution de la conception de la pratique médicale dans la prise en charge des malades chroniques. L'approche biomédicale behavioriste°, puis constructiviste°, tend à vers une médecine humaniste, systémique, holistique, qui donne au patient autonomie, liberté et responsabilité. [12]

° Education à la santé, behavioriste, constructiviste ° : cf lexique

De fait, l'implication de ce dernier dans la prise en charge est nécessaire. Le patient devient acteur et la communication des soignants dans ce contexte tend à évoluer : l'approche motivationnelle peut être un outil adapté.

L'entretien motivationnel, initialement décrit en addictologie par W.R.Miller (1) et S. Rollnick (2) [13], s'étend à d'autres champs et en particulier à la prise en charge des maladies chroniques. C'est une méthode de communication qui a tout son sens dans les démarches de diagnostic et de suivi éducatifs et médicaux. C'est un outil d'accompagnement utile lorsqu'on veut aborder et soutenir un changement de comportement, dans le temps. Il s'agit de renforcer les motivations intrinsèques du patient par l'exploration et la résolution de ses ambivalences, telles qu'on peut les rencontrer chez les patients à RCV face à une conduite alimentaire «inadaptée». Dans la conduite de l'entretien, le médecin doit exprimer de l'empathie, faire émerger les divergences pour faire avancer la réflexion du patient, composer avec ses résistances et non s'y confronter, renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du patient.

Quant aux moyens pour y parvenir, ils consistent à :

- poser des questions ouvertes pour inciter la réflexion propre du patient et qu'il s'approprie l'intérêt du changement,
- valoriser les avancées du patient, pour développer son sentiment d'efficacité personnelle,
- pratiquer l'écoute réflexive afin d'entretenir la démarche active du patient,
- synthétiser pour mettre en exergue l'essentiel de l'entretien et clarifier les objectifs.

La posture du médecin n'est alors pas celle d'expert mais de partenaire avisé.

Ces notions ne prennent forme en France que depuis une vingtaine d'années. Ma formation médicale n'a d'ailleurs qu'esquissé ces nouvelles approches.

4. Ma formation universitaire à la prise en charge des patients à risque cardio-vasculaire

Durant mon cursus universitaire à l'UFR de médecine de Nantes, ma formation incluait bien évidemment l'enseignement magistral de la physiopathologie de l'athérosclérose et des pathologies cardio-vasculaires (module 9) ainsi que de la nutrition, durant l'externat (dès la DCEM1). En parallèle, la part de l'enseignement réservé au contact avec le patient, à la relation médecin-patient, ne représentait que quelques heures, en restant, de fait, générique. Quant à la pratique en milieu hospitalier, les services de cardiologie et d'endocrinologie n'étaient pas accessibles à tous, les lieux de stage étant insuffisants.

1. W.R.Miller : Professeur de psychologie et de psychiatrie et co-directeur du centre Alcoologie et addictions à l'université du Nouveau Mexique.

2. S. Rollnick : Professeur de psychologie clinique à l'Université de Cardiff.

J'ai eu la chance de profiter de ces stages. Cependant, il est vrai qu'à cette période de ma formation, l'apprentissage des fondamentaux de la physiopathologie, de la clinique et de la thérapeutique médicamenteuse primait et n'a laissé que peu de place à l'appréciation et la gestion du patient dans sa globalité. L'assimilation de compétences biomédicales occultait tout le reste.

De plus, à l'hôpital, les intervenants dans la prise en charge diététique des patients à RCV sont multiples (infirmiers, diététiciens, psychologues). L'hospitalisation reste une situation particulière, loin du quotidien du patient. Ces différents facteurs font qu'il est difficile d'appréhender véritablement les compétences utiles en médecine libérale dans ce domaine.

Il est vrai que j'ai pu expérimenter à minima cet exercice grâce au stage chez les praticiens, pendant lequel les MG ont partagé leur expérience personnelle. On a bénéficié également de quelques heures d'enseignement sur la gestion de la relation médecin-patient ou encore l'Education Thérapeutique, avec lorsque cela était possible des mises en situation et des jeux de rôle.

Reste que, ce que je retiens de ma formation, c'est la primauté quasi exclusive de l'enseignement biomédical alors que l'on attend d'un MG qu'il gère également le patient dans sa globalité et sa complexité, en prenant en compte le cadre psycho-social. La communication qui est notre outil principal au quotidien, car la médecine est une profession de relationnel, reste peu abordée dans cette formation. L'enseignement sur la période universitaire pour le développement des compétences psychopédagogiques nécessaires à l'exercice au jour d'aujourd'hui de la médecine générale, est quasi inexistant ou insignifiant.

Ainsi, je perçois d'emblée une certaine inadéquation entre :

- la formation universitaire dont j'ai bénéficié
- et les attentes des sociétés savantes et des politiques, basées sur l'EBM et des données économiques, concernant les compétences utiles et nécessaires au MG dans la prise en charge par les mesures diététiques des patients à RCV.

Dans ce contexte, j'aimerais connaître la perception et la pratique de mes pairs dans ce domaine.

II. La réalité du terrain étudiée par entretiens individuels : les recommandations face à l'humain

1. Méthodologie

J'ai opté pour une enquête qualitative basée sur des entretiens individuels semi-directifs, pour recueillir auprès de MG de la région nantaise, leurs représentations et leurs perceptions concernant les mesures diététiques chez les patients à RCV. L'échantillonnage a été diversifié et raisonné pour couvrir au mieux l'ensemble des différents points de vue existants.

Initialement, j'avais opté pour une méthode qualitative par focus group [14], pour étudier cette question. Le focus group aurait pu permettre le recueil des points de vue existants sur le sujet, en poussant la réflexion grâce à la dynamique de groupe. Cette méthode aurait pu favoriser l'émergence d'idées nouvelles et éventuellement l'expression d'idées collectives différant des consensus. Toutefois, je n'ai pu réunir le même jour, en un lieu, un groupe d'au moins 5 MG (nombre minimum nécessaire à la constitution d'un focus group), pour diverses raisons :

- la première, l'absence de réponse à ma sollicitation écrite de beaucoup des médecins démarchés, malgré les relances téléphoniques,
- la seconde, l'indisponibilité des autres, justifiée par un manque de temps. Aucun n'a exprimé ouvertement un manque d'intérêt pour le sujet,
- la dernière, l'impossibilité de coordonner les disponibilités des médecins potentiellement prêts à participer. Aucune date n'a pu convenir à 5 médecins à la fois.

2. Recueils des données

Courant mai 2013, j'ai contacté des MG de la région nantaise (*pour des raisons pratiques, à savoir la proximité de mon domicile*), de profils différents dans la mesure du possible (*Annexe 3*), afin de varier la potentialité des réponses au maximum. Je suis arrivée à saturation des données après 10 entretiens individuels, qui ont été réalisés du 15 mai au 11 juin 2013. La durée moyenne des entretiens était de 1h (de 35 minutes à 70 minutes), en un lieu choisi par les MG (faculté de médecine pour le MG1, domicile pour le MG8 et cabinet d'exercice pour les 8 autres MG).

J'ai mené chaque entretien en me référant à un guide (*Annexe 4*), que j'ai rédigé avec l'aide du Dr Anne Le Rhun (1), pour identifier les thèmes susceptibles d'être intéressants à explorer [15]. Le guide d'entretien listait les thèmes à aborder, sans ordre figé, que j'adaptais au fil de chacune des interviews.

1. Dr Anne Le Rhun : Médecin de santé publique, à l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique, service d'évaluation médicale et d'Education Thérapeutique et au PIMESP, au CHU de Nantes.

Ce guide a subi quelques modifications suite à 2 entretiens-tests (non-utilisés dans l'analyse), puis n'a plus été modifié pour les 10 entretiens individuels de mon étude.

Chaque entretien a été enregistré par dictaphone puis retranscrit mot à mot le même jour, en annotant les expressions du langage non verbal des MG, susceptibles de moduler le sens de leurs propos. S'en est suivie une analyse thématique de chaque entretien, reportée dans 2 tableaux (*Annexe 5*) ; ces grilles d'analyse m'ont servi, dans un second temps, à l'analyse transversale des 10 entretiens.

3. Analyse des entretiens individuels

Dans toutes les interviews, il y avait 2 temps : le premier, portant sur la pratique déclarée des MG dans la prise en charge diététique des patients à RCV, et le second, sur leurs perceptions et leurs représentations de l'Education Thérapeutique diététique[°] des patients à RCV. L'analyse suit ce plan.

1^{ère} partie : La pratique déclarée de médecins généralistes

1°) Dans quel contexte la prise en charge diététique des patients à risque cardio-vasculaire est-elle abordée ?

Le plus souvent, le sujet est abordé par le MG lui-même. Toutefois, certains (MG3, MG4, MG10) soulignent que les patients à RCV peuvent spontanément vouloir aborder la question de la diététique, particulièrement en cas de surpoids ou d'obésité (MG3 : « [...] s'ils sont en demande, pour le poids en général, pour le cholestérol, c'est plus compliqué. »).

Les patients considérés comme à RCV et devant bénéficier d'une prise en charge diététique, selon l'ensemble des MG interrogés, présentent un ou plusieurs des facteurs de risque suivants : dyslipidémie, diabète, HTA, surpoids/obésité. Certains MG complètent leurs critères en rajoutant les antécédents cardio-vasculaires personnels (MG2, MG4, MG5, MG7, MG8 et MG9) et familiaux (MG8), ainsi que le tabac (MG4, MG7, MG9). En dehors du patient lui-même, l'un des MG mobilise également l'entourage (MG8).

Cette prise en charge diététique a lieu à différentes occasions :

- à la demande du patient (MG6),
- lors du diagnostic initial de FdRCV ou lors d'un déséquilibre clinique (TA, poids) ou biologique (glycémie/HbA1c, bilan lipidique) constaté pendant le suivi (Tous les MG). Le MG1 précise que si lors du suivi, elle ne constate pas d'anomalie, elle n'aborde pas le sujet, contrairement à l'activité physique, abordée plus systématiquement. Quant au MG9, elle indique que c'est surtout le bilan biologique sur lequel elle s'appuie pour aborder la diététique,
- lors de l'initiation d'un traitement à visée cardio-vasculaire (MG5),

[°]Education Thérapeutique diététique[°] : cf lexique

- lors du renouvellement du traitement cardio-vasculaire (**MG3, MG4** : *«Si je me dis qu'on n'est pas à 3 mois près, je peux au prochain renouvellement vraiment insister là-dessus.»*), bien que l'un des médecins dise qu'il aborde moins le sujet avec les patients sous traitement (**MG10** : *«Souvent, quand ils sont sous traitement, on en reparle pas assez après.»*),

- lors de consultation pour des certificats médicaux, tels ceux pour le sport, dans le cadre de la prévention de manière globale (**MG6**).

Le **MG4** souligne que, pour initier la prise en charge diététique, il est important que le patient soit dans un contexte psycho-social propice (**MG4** : *«Ça dépend aussi des patients : où ils en sont, s'ils sont capables d'entendre. Ça dépend aussi du contexte...»*).

D'autres éléments font que les MG investissent plus ou moins le sujet de la diététique avec leurs patients à RCV:

- la nature du FdRCV va influencer leur démarche :

*le **MG1** intervient plus fréquemment s'il y a un problème de poids, qui est symptomatique (**MG1** : *«souvent ce facteur-là... j'aborde de nouveau les choses»*),

*d'autres s'attardent surtout s'il est question de diabète, considéré comme plaçant le patient à haut RCV (**MG8, MG10** : *«dans le diabète, j'insiste lourdement... En temps... Parce qu'ils sont quand même à risque cardio-vasculaire plus élevé.»*),

*ou encore, s'il y a une HTA, particulièrement répondeur à la prise en charge diététique (**MG1** : *«on gagne à traquer le sel»*) ;

- le niveau du RCV influence également la rapidité d'intervention du **MG7** (**MG7** : *«en prévention, je les laisse réfléchir... S'ils sont à haut RCV, je ne les laisse pas réfléchir trop longtemps.»*),

- la perception par le patient à RCV de sa pathologie et de ses conséquences incite certains MG à aborder la diététique (**MG2** : *«s'il est conscient ou gêné [...] concerné ou motivé», MG7*),

- le type de prévention entraîne une intervention du MG plus ou moins appuyée. D'après Le **MG1**, la prise en charge diététique serait plus adaptée en prévention primaire car les bénéfices seraient équivalents à ceux des médicaments sans le risque d'effet indésirable (**MG1**). Quant à la prévention secondaire, elle semblerait se limiter à la prescription médicamenteuse pour le **MG2** (**MG2** : *«En prévention secondaire, c'est plus simple, on leur met un traitement, c'est assez simple, plus confortable pour eux.»*). Pour le **MG7**, un avantage de la prévention secondaire serait que la prise en charge hospitalière assurerait l'essentiel (**MG7** : *«ceux qui sont médicalement pris en charge de manière serrée, [...] infarctus [...] hospitalisés [...], pris en charge et suivis par une diététicienne, c'est très simple, j'encourage... Je les motive.... Y a rien à leur apprendre.»*).

La durée que les MG interrogés déclarent consacrer à cette prise en charge est très variable, de 4-5 minutes (**MG10**) à 5-10minutes (**MG7 et MG9**) par consultation, soit de manière ponctuelle (**MG9**) soit de manière séquencée (**MG8** : *«ça prend du temps, c'est pour ça que ce n'est pas fait dans la même consultation ou que c'est une consultation spécifique [...] jamais pratique la première fois [...] consultation plus spécifique lors d'une 2ème ou 3ème consultation au problème diététique»*). Certains se plaignent de l'aspect chronophage

de cette prise en charge (**MG7** : *«il faudrait du temps, du temps, du temps, pfff, on n'a pas le temps quoi.»*, *«Moi, j'y passe beaucoup de temps, j'y réserve les ¾ du temps... je vois que c'est pas suffisant...»*).

2°) Où se situent les médecins généralistes dans la démarche de prise en charge diététique des patients à risque cardio-vasculaire?

La plupart des MG initient la prise en charge diététique de leurs patients à RCV et assurent le suivi dans ce domaine (**MG1, MG2, MG4, MG5, MG6, MG8, MG9, MG10**).

Les uns informent et conseillent (**MG3, MG7, MG9**), les autres préfèrent un échange avec les patients dans l'esprit éducatif (**MG1, MG2, MG4, MG6**), quelques-uns combinent les 2 démarches (**MG5, MG8, MG10**).

Le MG3 précise cependant ne pas être compétent pour assurer un « suivi diététique pur » (**MG3** : *«Pour le suivi diététique pur, je ne suis pas compétente pour. C'est pas mon boulot. Je ne le fais pas moi.»*). D'ailleurs, certains MG font appel à un autre professionnel de santé, à savoir un diététicien ou un nutritionniste ; ceci, que ce soit suite à une demande spécifique du patient (**MG2** : *«ma prise en charge reste assez globale, donc quand il y a une demande plus ciblée, c'est sûr que je vais aussi l'envoyer voir une diététicienne.»*) ou encore dans le cadre d'une prise en charge compliquée (**MG7, MG10** : *«si je n'y arrive pas, je peux aussi les adresser chez la diététicienne»*). A noter cependant que l'absence de remboursement du diététicien peut poser problème (**MG7** : *«les diététiciens ont toute leur place là [...] mais pas remboursés [...] fait chier le patient»*).

L'une des MG rapporte également son rôle de soutien et de motivation des patients à RCV au décours d'une hospitalisation pour leur pathologie cardio-vasculaire (**MG7** : *«ceux qui sont médicalement pris en charge de manière serrée, infarctus [...] hospitalisés [...] j'encourage... Je les motive»*).

3°) De quelle manière procèdent les médecins généralistes ?

Leur mode de communication est surtout oral, avec, pour quelques MG, l'aide de supports écrits. Ils ont recours à des supports écrits :

- soit dans le recueil d'informations auprès des patients (**MG1, MG2, MG6, MG10** : *«je leur demande de revenir en notant tout ce qu'ils ont pris sur une semaine»*),
- soit pour les informer et les conseiller (**MG3** : *«je leur donne des prospectus avec 'j'évite / je préfère' sur le cholestérol.»*). Les prospectus informatifs ne sont pas utilisés par le MG1 car jugés non adaptés (**MG1** : *«longs, pas fonctionnels»*) ou sont délivrés mais dénigrés par le MG7 car non lus par les patients (**MG7** : *«par oral, parce que je ne sais pas s'ils lisent le papier [...] mais je donne quand même. Je pense qu'ils liraient si je leur préparais leurs menus.»*).

Dans la démarche à proprement parler des MG, différentes attitudes sont exposées : soit dans l'information et le conseil, soit une attitude d'inspiration éducative.

L'information et le conseil sont choisies en toute situation par quelques-uns (**MG3, MG6, MG9, MG7** : *«l'explication du pourquoi et du comment», «j'y passe beaucoup de temps déjà dans l'information, les conseils»*), ou pour l'un de MG, spécifiquement lorsque le patient est réticent et à faible risque (**MG8** : *«on sent tout*

de suite la réticence ... Plutôt à ce moment-là, je donne des conseils d'ordre général, en disant sur quoi il faut insister... Tout ça, si le risque est purement théorique.»). Certains jugent l'efficacité de ces 2 attitudes mitigée (MG1, MG4, MG5, MG6), ce qu'ils expliquent soit parce que les informations sont impersonnelles (MG6), soit parce que les conseils peuvent être contre-productifs sur la durée pour un autre (MG5).

La seconde attitude d'inspiration éducative se décompose en 3 temps :

- 1°/ Ils interrogent le patient sur sa conduite alimentaire et d'autres éléments (MG1, MG2, MG4, MG5, MG6, MG8, MG10). Les MG privilégient la formulation par questions ouvertes pour recueillir :

*la conduite alimentaire de leurs patients : le MG4 procède à un rappel des dernières 24 heures (MG4 : *«je leur demande ce qu'ils ont mangé sur la journée de la veille»*), d'autres à une enquête alimentaire sur une semaine (MG1, MG2, MG6, MG10), ou encore à un questionnement plus global, moins ciblé (MG5, MG8),

*leurs connaissances (MG1, MG4, MG10 : *«je leur demande ce qu'ils ont relevé par rapport aux recos et après on en reparle»*) ;

*leur vécu de la situation (MG4, MG2 : *«savoir s'il est conscient ou gêné [...] en quoi il est concerné ou motivé»*) ;

*leurs préférences (MG6 : *«on verra ce que vous avez pu intégrer selon votre quotidien.»*).

- 2°/ Ils négocient des objectifs personnalisés (MG1, MG2, MG5, MG6, MG8 : *«voir avec eux ce qu'ils pourraient faire, comment»*), et faisables pour le patient (MG1 : *«que le patient se sente capable de mettre en œuvre»*, MG2, MG4, MG5). Dans cette relation, un élément est notable : l'alliance avec le patient (MG2 : *«ensemble»*, MG4 et MG5 : *«accord mutuel»*, MG6 et MG9 : *«s'ils sont d'accord»*).

- 3°/ Il y a un temps de réévaluation pour certains (MG1, MG2, MG4, MG6). Toutefois, quelques-uns déclarent que cette étape manque dans leur démarche (MG1 : *«je reste probablement plus sur le versant conseil, en étant tout de même adapté au patient, mais c'est l'évaluation qui manque.»*, MG9). D'autres ne l'évoquent pas, omission ou absence réelle de leur pratique, la question reste posée (MG5, MG8, MG10).

4°) Comment les médecins généralistes perçoivent-ils les patients à risque cardio-vasculaire ?

Sur les connaissances des patients dans le domaine de l'alimentation, les avis diffèrent. Les patients à RCV seraient plutôt bien informés, de manière globale, selon le MG1 (MG1 : *«je les trouve assez au courant de ce qu'ils sont censés faire.»*). En revanche, le MG7 parle de leur méconnaissance de la diététique (MG7 : *«faudrait ça pour les gens, quoi, en quelle quantité, c'est facile, sinon, ils ne comprennent pas.»*), ce qui serait la cause, selon elle, d'une non-observance des recommandations diététiques (MG7 : *«ils écoutent le Docteur [...] ils ont le sentiment de m'écouter mais [...] informations trop vagues, [...] trop général.»*). Cette dernière perception explique que la réponse de ce MG est, comme elle le spécifie, d'agir sur le versant cognitif par l'information et le conseil.

En outre, la parole du médecin aurait du poids pour les patients, d'après certains des MG (MG7 : *«ils écoutent le Docteur... Si j'avais mis un menu, elle l'aurait fait.»*, MG10).

Quant à leur motivation à s'impliquer dans une prévention diététique, peu de patients seraient motivés selon le MG2 (**MG2 : «un patient réceptif va être motivé mais c'est pas la majorité.»**). L'une des explications avancée au manque d'intérêt des patients, est le fait que certains FdRCV soient asymptomatiques (**MG3 : «demande du patient surtout pour le poids, pour le cholestérol c'est plus compliqué.»**, **MG8 : «pour le cholestérol, c'est moins visible, [...] pas toujours conscient, ça ne se voit pas, ça ne se ressent pas.»**), avec pour corollaire, une observance accrue au décours d'un événement aigu (**MG7 : «ceux qui sont médicalement pris en charge de manière serrée [...] infarctus [...] super raisonnables et super sérieux»**). Une autre explication avancée est le fait que le médicament serait perçu comme la solution par certains patients (**MG3 : (ce que se disent certains de ses patients) «Je vais prendre des médicaments et mes chiffres seront mieux.»**). Pour le MG8, le patient diabétique, lui, s'impliquerait d'avantage (**MG8 : «les gens ayant un diabète découvert récemment écoutent assez facilement et sont assez partants [...] savent bien que c'est important.»**).

La motivation du patient reste donc un élément primordial, difficile à induire ou soutenir dans le temps pour des raisons diverses et variées. La motivation du patient représente un facteur limitant majeur pour certains (**MG2, MG3 : « Il faut qu'ils soient motivés pour le faire. Ils n'ont pas de douleur, pas de symptômes [...] c'est difficile je trouve de les motiver.»**).

5°) Quels sont les déterminants aidant ou stimulant les médecins généralistes dans la prise en charge diététique des patients à risque cardio-vasculaire ?

La disposition des patients va aider, selon certains médecins, dans leur prise en charge diététique. Ces derniers citent le fait qu'ils soient :

- plutôt bien informés dans l'ensemble (**MG1**),
- motivés et adhérent à la démarche (**MG2 : «un patient réceptif, qui est prêt à s'investir, c'est beaucoup plus facile, on peut le revoir, il va être d'accord, il va être motivé.»**),
- demandeurs (**MG2 : «Quand ça vient du patient, on fait notre travail et ça glisse en fait.»**).

La disposition du médecin lui-même peut également participer de manière positive. L'une des MG dit refuser l'échec (**MG2 : «Le médecin n'aime pas être en échec, on essaye par petits bouts d'essayer de changer les choses mais c'est pas facile.»**). Pour un autre, le « contre-transfert », basé sur l'image qu'il peut avoir auprès de ses patients, l'aiderait dans sa relation avec eux : il pourrait ainsi avoir des accroches pour les faire adhérer à la prise en charge (**MG10**).

La prise en charge diététique peut-être en soi un élément motivant, de par l'efficacité de l'action de prévention ainsi que son importance dans la prise en charge globale (**MG1 : «c'est quelque chose de super important... Je pars de cet élément-là pour après généraliser sur une hygiène de vie globale.»**, **«c'est pas en augmentant les médicaments dans l'HTA [...] on gagne souvent à aller traquer le sel.»**). Ainsi, selon l'un des MG, l'intérêt de la démarche préventive diététique serait d'éviter la survenue ou l'aggravation de la pathologie et de fait une prescription médicamenteuse excessive (**MG5 : «s'ils mangent n'importe comment, mettre un médicament n'est pas très logique.»**, **«c'est sympa de diagnostiquer une pathologie mais si on peut justement en éviter c'est encore mieux sur le principe.»**). Par ailleurs, l'adaptation de la prise en

charge diététique au patient serait nécessaire pour une action sur le long terme (**MG6** : *«Si on cale pas trop avec la réalité, les gens s'épuisent.»*).

Enfin, le contexte peut être propice à cette prise en charge :

- au décours d'un événement aigu, le patient serait plus réceptif (**MG2, MG3, MG7** : *«je trouve que ceux qui ont fait un accident cardio-vasculaire, ils ont très peur d'en refaire un, donc du coup, ils sont hyper raisonnables et ils suivent à la lettre ce qu'on leur a dit.»*),
- lorsque la consultation est dédiée à cette prise en charge (**MG4** : *«quand c'est compliqué, je leur propose un RDV pour ne parler que de ça, assez rapidement.»*),
- lors de résultats biologiques, éléments concrets aidant à la démarche (**MG8** : *«si c'est au niveau du cholestérol et du diabète, c'est relativement facile [...] quelque chose de concret qu'ils perçoivent bien.»*, **MG9**).

6°) Quels sont les déterminants freinant ou limitant les médecins généralistes dans la prise en charge diététique des patients à risque cardio-vasculaire?

Les patients rencontreraient des difficultés à appliquer les recommandations, à changer de manière plus générale (**MG1, MG2** : *«changer les choses, c'est pas facile.»*). Par ailleurs, ils auraient une tolérance de la situation ne correspondant pas aux «normes médicales» (**MG8**) et particulièrement, du fait que les pathologies cardio-vasculaires seraient longtemps asymptomatiques (**MG3, MG8** : *«pas toujours conscients, ça ne se ressent pas [...] donc on a quelques difficultés.»*). Ainsi, les patients motivés ne représenteraient pas la majorité des patients (**MG2**) ; certains patients peuvent être ambivalents (**MG2** : *«alors qu'on a plein d'accroches [...] 'ah oui... mais...' »*), non disposés à s'impliquer, voire réticents (**MG8** : *«pas toujours prêt à sauter le pas ou à faire quelque chose...»*). En outre, les patients à RCV ayant une pathologie chronique, leur motivation s'épuiserait sur la durée (**MG6** : *«le problème c'est toujours la même chose, [...] assidus, puis ça repart ; y a rien qui tienne la distance»*).

Quant aux MG, certains ne se sentent pas la légitimité d'intervenir par rapport aux choix de vie des patients sur leurs conduites alimentaires (**MG1, MG2** : *«je ne vois pas en quoi je peux lui dire... Je ne me sens pas du tout le droit de leur dire c'est pas bien.»*). De plus, les MG n'auraient pas toujours la disponibilité psychologique, intellectuelle (**MG5** : *«il faut qu'on soit nous aussi, disposés pour pouvoir discuter, c'est important.»*), ou encore temporelle nécessaire, ce qui peut limiter leur prise en charge diététique (**MG2, MG5** : *«On peut être speed, ne pas avoir envie de discuter.»*). Quelques-uns des MG relatent aussi l'incompréhension des choix du patient, mêlée à la frustration (**MG2** : *«finalement à quoi ça sert tout ça ?»*), l'épuisement (**MG2** : *«travail de longue haleine», «ça demande beaucoup d'énergie...»*) ou encore le renoncement (**MG2** : *«un patient chez qui on a déjà essayé [...] confronté à un mur [...] on va pas y revenir à chaque fois.»*, **MG7**), face à la résistance des patients ou aux échecs répétés. Certains MG déclarent manquer d'intérêt pour le thème de la diététique (**MG3, MG7** : *«le côté un peu chiant, [...] rentrer dans le détail des menus... Moi, ça me gonfle.»*) ou même ne pas se sentir compétent (**MG3** : *«Pour le suivi diététique pur [...] je ne suis pas compétente»*), ce qui laisserait sous-entendre une intervention limitée.

La prise en charge diététique des patients à RCV peut décourager certains MG, étant perçue comme complexe dans la démarche (**MG7** : «*il faudrait leur dire précisément, [...] faire leurs menus [...] ni l'envie, ni le temps.*») et/ou chronophage (**MG2** : «*ça prend du temps.*», **MG7** : «*il faudrait du temps, du temps, du temps.*»). Par ailleurs, l'une des MG souligne la primauté du suivi de la prescription médicamenteuse sur la prévention diététique (**MG1** : «*je parle plus systématiquement des traitements à chaque consultation... Je l'identifie plus comme quelque chose qui peut faire échouer la prise en charge.*»). Pour une autre, le médicament est une option assez rapidement envisageable en alternative à la prise en charge diététique (**MG3** : «*si y a un espoir que ça s'arrange (sur le plan diététique), sinon on va plutôt être sur des thérapeutiques (sous-entendu médicamenteuses) préventives.*»). De plus, l'efficacité de la prise en charge diététique n'étant pas absolue ni garantie, cela aurait tendance à limiter l'intervention du MG3 (**MG3** : «*y en a qui pense que si on a une hygiène de vie ou diététique super, il nous arrive rien ; ça diminue le risque, [...] pas une garantie [...] il ne faut pas vendre la santé à tout prix.*»).

Le contexte peut être inadapté. Ainsi, les motifs de consultation étant souvent multiples, certains restreignent le temps alloué à la prévention diététique (**MG4** : «*Souvent ils viennent avec 2-3 motifs, on ne peut pas tout voir.*», **MG7**). Les pathologies cardio-vasculaires sont déjà perçues comme nécessitant une prise en charge globale complexe, sans même qu'il soit question de la prise en charge de la diététique (**MG1** : «*plein de choses à gérer, les traitements, les interactions, l'observance [...] l'activité physique [...]*»). Le manque de temps a aussi été spécifié à plusieurs reprises (**MG7** : «*On n'a pas le temps.*»). Qui plus est, la prévalence des pathologies cardio-vasculaires étant élevée, cela impliquerait de devoir assurer des prises en charge diététiques très régulièrement au quotidien, ce qui serait difficile à envisager d'après l'une des MG (**MG7** : «*L'étiquette cardio-vasculaire, quasiment tous les patients, tu peux en parler; refaire ça à chaque consultation, toute la journée, c'est pas possible...*»). Enfin, la prévention diététique impliquerait l'entourage également, ce qui rendrait la prise en charge plus délicate (**MG1** : «*un autre obstacle, c'est peut-être aussi qu'il y a plus d'hommes à RCV et qu'il y a plus de femmes qui font la cuisine, du coup il peut y avoir des choses un peu compliquées à gérer.*», **MG8**).

2^{ème} partie : L'Education Thérapeutique diététique des patients à risque cardio-vasculaire, représentations et perceptions des médecins généralistes interviewés

1°) Que visent les médecins généralistes lors d'une prise en charge diététique de leurs patients à risque cardio-vasculaire ?

La majorité des MG dit avoir comme objectif principal, lors de la prise en charge diététique de leurs patients à RCV, le contrôle des FdRCV, ce qui permettrait ainsi :

- de limiter les médications (**MG1, MG5** : «*éviter d'avoir un traitement surnuméraire*»),
- de diminuer le RCV et d'éviter les complications (*Tous les MG*),
- d'augmenter l'espérance de vie (**MG2** : «*augmenter l'espérance de vie, on n'en a pas d'autre, ça c'est l'objectif final.*»),

- de diminuer la prévalence des maladies cardio-vasculaires (*MG5 : «surtout si on fait ça, le but c'est de diminuer les maladies cardio-vasculaires...»*).

Certains disent, en parallèle, prendre en compte le souhait du patient (*MG1 : «objectifs partagés», MG2 : «en fonction du patient», MG5 : «accord mutuel», MG6 : «tout en tenant compte des désirs du patients»*).

Toutefois, l'une des MG donne la priorité aux objectifs biomédicaux plutôt qu'aux objectifs de ses patients à RCV (*MG7 : «d'abord mes chiffres, et mes résultats pour leur santé, et après leur symptômes...»*).

Le respect de la qualité de vie du patient voire son amélioration est également un objectif rapporté (*MG1 : «en gardant une qualité de vie qui lui convienne», MG5 : «logiquement, l'amélioration de la qualité de vie »*).

Un MG déclare viser des objectifs diététiques conformes aux recommandations, « l'équilibre alimentaire» (*MG4*).

2°) Comment les médecins généralistes se représentent-ils l'Education Thérapeutique diététique des patients à risque cardio-vasculaire dans l'idéal ?

Les MG interrogés ont diverses conceptions de ce que serait, dans l'idéal, l'Education Thérapeutique diététique des patients à RCV, à savoir :

- un principe, basé sur l'autonomisation du patient (*MG1 : «leur permettre de comprendre, d'appliquer des principes leur permettant de se soigner par les mesures diététiques pour avoir moins besoin des médecins et de soins», MG7 : «faut (leur) apprendre à faire»*) : faire du patient l'acteur principal de sa prise en charge et un expert de sa pathologie (*MG2 : «un patient assez novice au départ, qui arrive à avoir une représentation plus scientifique de son RCV et de ce qu'il est», «connaître un peu mieux sa maladie et ses risques et de pouvoir faire avec»*). Autonomiser le patient permettrait une action sur le long terme (*MG9 : «l'autonomiser sur le long terme »*),
- une posture d'accompagnement (*MG1 : «la notion d'accompagnement et d'objectifs partagés qui est super important dans l'ETP»*), de « partenariat », basé sur l'échange (*MG2 : « C'est vraiment un échange de savoir et aussi pour le médecin, c'est très riche d'enseignement pour comprendre pourquoi le patient résiste.»*) et la négociation (*MG5 : «c'est à adapter en fonction de chacun. Y a une histoire de négociation avec chaque patient pour savoir ce qu'il est prêt à faire, ce qu'il se sent capable de faire»*),
- un programme collectif : les réseaux spécifiques avec leurs actions de groupe correspondraient à la prise en charge idéale pour certains des MG interrogés, par l'émulation que pourrait générer le collectif (*MG3 : «le fait que ce soit collectif, de voir des patients qui ont les mêmes problèmes, ça peut donner une émulation qui donne envie d'avancer.»*) ou par son organisation (*MG10 : «j'ai des patients diabétiques qui font partie du réseau diabète : ça c'est l'idéal, parce qu'ils sont en groupe, y a une diététicienne qui s'occupe d'eux, ils sont même en groupe pour marcher.»*),
- une pratique, menée seul pour certains MG, consistant en une enquête bio-psycho-sociale plus ou moins complète pour déterminer des objectifs adaptés et réalisables pour le patient (*MG1, MG4 : «l'interroger sur ce qu'il pense, ses croyances, se mettre des séances assez régulièrement*

rapprochées avec son accord [...] en fonction du bilan éducatif qu'on aura fait, se fixer des objectifs...», MG6). Idéalement, des séances éducatives concrètes sur la pratique culinaire seraient nécessaires pour l'une des MG (*MG7 : «ils savent, mais il faut aller chez eux, faire la cuisine, qu'on leur montre en pratique et en concret, ce qu'on mange, comment on fait cuire...»*). Pour un autre MG, l'idéal serait une prise en charge pluridisciplinaire impliquant spécifiquement des diététiciens (*MG5 : «parce qu'on n'a pas la même approche, on n'a pas de formation spécifique pour ça. Nous on a des règles de base, [...] qu'il y ait aussi quelqu'un qui fasse que ça, [...] c'est une consultation très spécifique, assez longue, puisque ça demande une enquête plus approfondie pour découvrir ses habitudes, ce qu'il aime ou n'aime pas...»*).

3°) Quelle importance prêtent les médecins généralistes à la prise en charge et à l'Education Thérapeutique diététiques des patients à risque cardio-vasculaire?

Pour certains, l'importance de cette prise en charge est une évidence : c'est indispensable (*MG1, MG6, MG7, MG10 : «c'est indispensable [...] une prise en charge d'un patient à RCV sans mesures hygiéno-diététiques, c'est impossible.»*).

D'autres précisent que ça a beau être important, ça ne l'est pas plus que le reste de la prise en charge (*MG2 : «La diététique est pas inférieure ni supérieure par rapport à d'autres prises en charge. [...] c'est partie prenante de la prise en charge.»*, MG3).

L'importance de cette prise en charge tient aux bénéfices attendus : l'efficacité, la limitation de la prescription médicamenteuse, l'action sur la durée, le relationnel.

Les effets seraient plus ou moins marqués selon les FdRCV, d'après le MG2 (*MG2 : «la diététique, ça impacte sur le poids, le cholestérol, le diabète [...] chez un patient diabétique, la diététique va entrer en ligne de compte de manière importante parce que ça impacte sur l'HbA1c, son poids... plus un diabétique qu'un coronarien qui a des chiffres biologiques satisfaisants malgré un léger surpoids.»*).

Un autre avantage mis en avant est de limiter la prescription médicamenteuse (*MG8 : «c'est très important [...] pour beaucoup où on s'aperçoit que quand on arrive à un bon résultat, on a beaucoup moins besoin de médicaments voire pas besoin de médicaments.»*). De fait, ça permettrait d'éviter les effets secondaires potentiels des médicaments, ce qui est particulièrement intéressant dans le cadre de la prévention primaire, pour le MG1 (*MG1 : «[les statines] en prévention primaire, c'était pas nécessairement miraculeux [...] idiot d'exposer les patients aux effets secondaires alors qu'en jouant sur l'alimentation, on pourrait avoir des résultats aussi bons...»*).

Pour le MG5, l'importance tient aussi au fait que ça relève de la prévention, ça s'inscrit donc sur le long terme (*MG5 : «ça peut éviter de voir apparaître d'autres pathologies plus lourdes et c'est surtout de se dire qu'on est là pour jouer sur du long terme, donc, c'est important»*).

En plus de l'intérêt biomédical, il pourrait y avoir aussi un effet positif sur la relation médecin-patient selon le MG9 (*MG9 : «c'est important pour le contrôle des FdRCV [...] mais ça peut aussi améliorer la relation médecin-patient, parce qu'ils ont l'impression que tu prends vraiment leur cas en considération [...] c'est pas la 1^{ère} chose mais ça en fait partie.»*).

4°) Quelles représentations ont les médecins généralistes de l'Education Thérapeutique diététique des patients à risque cardio-vasculaire ?

a - Dans quelle mesure est-ce faisable?

La faisabilité tiendrait à la volonté du médecin pour les uns (**MG3** : *«individuellement, en cabinet, on peut le faire quand on veut, comme on veut», MG8, MG10* : *«Si on veut, on peut.»*), ce qui ne serait pas suffisant pour une autre (**MG2** : *«Après on a envie de faire les choses et ça peut rester une envie...»*).

Elle nécessiterait un certain effort de la part des MG (**MG1, MG8** : *«Mais on ne change pas ses habitudes tout de suite; c'est un effort pour l'instant de le faire alors que je pense que ça pourrait être naturel.»*) et une adaptation des pratiques actuelles (**MG8** : *«c'est faisable à mon avis, à condition de changer nos techniques, nos habitudes à nous... c'est à nous de revoir notre façon de consulter, de manière à ce que le diagnostic et le suivi diététique soient pris en charge au même titre que les effets secondaires des médicaments, la prise de tension etc »*).

Certains l'envisagent d'emblée intégrée à la consultation (**MG1** : *« [...] je pars du principe qu'il ne reviendrait pas juste pour ça (=consultation dédiée), mais, en même temps si je ne propose pas, je ne saurai pas.»*, **MG6**). D'autres médecins considèrent qu'une consultation dédiée serait nécessaire (**MG3** : *«je ne fais pas de consultations complètement dédiées à ça mais faudrait sans doute pour que ce soit efficace»*, **MG4**), mais délicate à proposer (**MG1, MG2** : *«C'est difficile de justifier 'on vous fait revenir pour parler de votre maladie au sens large' », MG8*).

Le fait que l'ETP soit déjà utilisée pour la prise en charge d'autres pathologies est encourageant (**MG2** : *«je l'utilise déjà pour d'autres pathologies en collectif... le fait qu'on le fasse en collectif pour certaines pathologies, fait qu'on va plus facilement l'utiliser en individuel...»*, **MG3**).

Un avantage tient au fait que le MG a un suivi régulier de ses patients à RCV (**MG10** : *«on les voit tous les 3 mois ces patients-là... On peut passer une consultation où on va cibler sur la diététique, donc c'est faisable.»*).

Une pratique régulière permettrait d'acquérir des automatismes, et serait ainsi moins chronophage (**MG1** : *« (ex des asthmatiques) la technique d'inhalation, je la revois à quasiment chaque consultation [...], fait régulièrement, ça devient un automatisme et ça ne prend pas de temps. Si j'arrive à le faire pour ça, y a pas de raison que ce ne soit pas envisageable pour d'autres choses.»*).

Cependant, différentes raisons font que la faisabilité n'est pas si évidente :

- le contexte médical et l'exercice médical chargé (**MG1, MG3, MG4** : *«je peux le proposer à tout le monde mais faut pouvoir donner suite et en parallèle gérer les patients aigus.»*, **MG7, MG8, MG10**). Cela sous-entend une primauté de l'aigu sur le chronique et un manque de temps pour la plupart des MG interrogés, sauf le **MG8**, qui parle de défaut d'organisation (**MG8** : *«je ne dis pas qu'on manque de temps au total mais c'est une question d'organisation.»*),
- la démarche, perçue comme pluridisciplinaire (**MG3** : *«il faut avoir le réseau pour»*) et chronophage (**MG4** : *«c'est surtout le temps», «faut pas qu'il y en ait 15 en même temps pour l'ETP parce que sinon c'est compliqué.»*)

- l'indisponibilité des patients (**MG3** : *«j'ai du mal à voir après comment, en pratique, les gens ont la disponibilité de le faire»*) ou leur opposition (**MG4, MG9** : *«c'est faisable à part avec certains patients qui sont vraiment réticents... on peut essayer de les motiver... Après, il faut plusieurs consultations mais c'est envisageable.»*).

b - Quelle efficacité en attendent-ils, comparativement à l'information et au conseil ?

Pour 7 des MG interrogés, l'information et le conseil seraient moins efficaces que l'ETP (**MG2, MG4** : *«leur débiter tout ce qu'il faut faire et leur dire on se revoit, ça ne va pas être très efficace.»*). Le MG2 aura cette formule notable: *«on peut donner des connaissances, mais contre des croyances, ça ne fait pas grand-chose.»*. Délivrer des notions à une personne sans chercher à connaître sa conception des choses ne lui fera pas accepter notre point de vue.

L'information serait accessible partout (**MG7, MG9** : *«l'information, ça a beaucoup moins d'impact parce qu'ils l'entendent à droite à gauche, ils savent déjà...»*), mais pas adaptée, elle n'aurait que peu d'effets (**MG1** : *«l'information seule sans l'adapter au mode de vie du patient, ça marche probablement un peu [...] y a quand même un petite efficacité.»*), ou uniquement auprès des patients déjà impliqués (**MG8** : *« l'information serait à 2-3/10 d'efficacité, parce que ça touche que les patients convaincus au départ, déjà prêts, ceux qui rentreront quel que soit le système»*).

Quant au conseil, certains MG précisent qu'il est facile à prodiguer (**MG2** : *«on s'investit pas vraiment dans cette histoire-là [...] si on ne veut pas trop se fatiguer, on va donner un petit conseil»*). Le MG1 ajoute que le conseil aurait l'avantage d'être « adapté au patient », mais resterait « assez théorique » et serait donc peu efficace. D'autres rapportent que le conseil a tendance à générer des résistances (**MG3** : *«y a toujours une bonne excuse pour biaiser les conseils qu'on peut donner...»* ; **MG5 ; MG7**). Ainsi, le conseil favorisant une certaine ambivalence voire opposition du patient, cela impliquerait d'y revenir à plusieurs reprises, ce qui serait usant (**MG3** : *«on a un peu l'impression de rabâcher, rabâcher, de dire 'je vous l'ai déjà dit mais ce serait bien de ...', ils font ce qu'ils veulent »* (avec lassitude)). Enfin, l'un des MG retiendra de son expérience personnelle une efficacité mitigée du conseil (**MG8** : *«Dans le temps, on imposait un régime. Il y a 30 ans, on soignait des maladies et pas des gens... donc à leur imposer 'faut pas manger ceci', avec des succès mitigés quand même.»*).

Ainsi, l'ETP est perçue comme plus efficace que l'information ou le conseil pour la plupart des MG, pour diverses raisons :

- la personnalisation de la démarche (**MG4, MG10** : *«il faut leur 'rentre' dedans pour savoir 'qu'est-ce que vous faites ? qu'est-ce que vous mangez ?' [...] Si on sait ce qu'ils font concrètement, c'est pas la même chose que si on leur dit juste 'arrêter ceci ou cela' »*),
- l'appropriation par le patient de sa prise en charge (**MG2** : *«je suis persuadée et je pense que des études montrent ça : l'ETP a une efficacité supérieure par rapport au conseil, ne serait-ce que parce que le patient s'approprie le truc.»*),
- l'implication du patient et du médecin (**MG3, MG4** : *«le patient est acteur et c'est essentiel [...] plus facile de valoriser sa démarche», «enfin voilà, l'implication du patient, l'implication du médecin»*),

- la prise en charge globale (MG5 : *«il peut y avoir une attitude parce qu'il y a un problème sous-jacent. Si on veut donner une réponse uniquement médicale à un symptôme : 'il faut manger ceci etc', il va rien comprendre et puis ça ne marchera pas»*).

Cependant l'efficacité sur le long terme est perçue comme illusoire pour quelques-uns des MG (MG1 : *«pas non plus se leurrer sur l'efficacité à long terme»*, MG8).

De plus, le MG2 pense que cette démarche n'est pas pour tout patient (MG2 : *«l'ETP [...] y a des gens qui ne sont absolument pas prêts à se prendre en charge. [...] Leur taper sur les doigts va être plus efficace qu'un partenariat ; [...] ça ne correspond pas à tout le monde»*).

Quelques MG ont mis en avant qu'il pouvait y avoir une efficacité potentielle de chacune de ces démarches en fonction de la situation (MG3, MG5 : *« (ex des huîtres chez l'insuffisant cardiaque) c'est un conseil mais qui a toute son importance», «elles ont toutes une importance en fonction de la situation.»*).

Le MG6 a voulu parler de complémentarité de ces 3 démarches (information, conseil, ETP) et de l'effet « potentialiseur » de leur combinaison (MG6 : *«les 3 sont fondamentales... il faut que tout le monde se mette dans le même sens [...] C'est efficace si c'est complémentaire»*).

En outre, l'efficacité serait fortement dépendante de la motivation du patient (MG2 : *«après sur l'efficacité, je pense que le patient doit être motivé pour faire quelque chose...»*, MG3, MG4).

c - Quelles satisfactions disent-ils pouvoir en tirer ?

La satisfaction que les MG ont à pratiquer l'Education Thérapeutique diététique avec leurs patients à RCV porte sur différents éléments :

- sur le plan médical : les bénéfices constatés (MG6 : *«c'est une démarche [...] qui fonctionne quand on a le temps de le mettre en place avec des gens qui sont intéressés»*, MG10). Cette satisfaction reste au conditionnel pour certains, l'efficacité restant à prouver (MG3, MG7, MG9 : *«je pense que si y a du résultat, ce serait vraiment très satisfaisant mais je ne sais pas si ça fonctionne»*) ou la pratique nécessitant une amélioration (MG1 : *«quand ça marche parce que c'est pas souvent que ça marche», «mais en termes de résultats sur la modification des comportements alimentaires des patients et les résultats biomédicaux, je ne trouve pas ça si efficace [...] mais ça va dans le bon sens»*, MG2, MG4) ;
- sur le plan intellectuel : la démarche est jugée comme intéressante par certains MG (MG1 : *«sur le démarche globale, c'est quand même quelque chose qui est intéressant.»*, MG4, MG6). Cette démarche ayant pour but d'agir sur la durée, elle est «valorisante» (MG5, MG8 : *«quand je sens que le patient est motivé, et qu'il devient autonome dans sa gestion, ça c'est valorisant pour nous, on a l'impression d'avoir réussi quelque chose [...] intéressant, juste besoin d'un rappel de temps en temps...»*) ;
- sur le plan relationnel : l'alliance (MG1 : *«satisfaisant [...] en termes d'alliance thérapeutique, y a des choses super intéressantes et rien que ça, ça vaut le coup»*) et la prise en charge globale (MG4 : *«c'est intéressant pour la relation et la connaissance qu'on a du patient parce qu'on l'interroge sur des choses sur lesquels on ne l'interroge pas forcément sinon.»*). Mais cet aspect reste secondaire à l'intérêt

médical pur pour quelques-uns (MG2 : « *finalement la satisfaction de la relation qui aurait pu être améliorée, elle ne rentre pas tant que ça en compte dans ma satisfaction globale*», MG9) ;

- sur le plan personnel : l'autosatisfaction du patient (MG1, MG8 : « *la satisfaction de la satisfaction du patient qui a réussi à faire quelque chose*», « *c'est plus le retour du patient [...], pas les chiffres mêmes*»).

La satisfaction de certains médecins est cependant contrariée par :

- le manque d'intérêt pour le thème de la diététique (MG7 : « *prendre du plaisir à lui expliquer qu'il mange sa glace ou pas... bof [...] Sur l'impact si,... sur la pratique et le concret...* (sous-entend son manque d'intérêt)»);
- l'impression de se battre contre des moulins à vent, d'être des « Don Quichotte » (MG6 : « *[...] et puis aussi le ras-le-bol face à des industriels de l'agro-alimentaire qui vont à l'encontre de ce que nous, on prône*»).

5°) Comment les médecins généralistes perçoivent-ils leur rôle, les capacités nécessaires et quelle motivation expriment-ils ?

a - Dans quelles mesures se sentent-ils concernés, en tant que médecin généraliste, par la prise en charge diététique de leurs patients à risque cardio-vasculaire?

Certains MG se sentent investis dans ce domaine (MG1, MG4, MG7 : « *je ne vois pas quelle personne prend du temps pour parler de bouffe, parce que c'est notre rôle*», « *en prévention, je pense que j'ai une place hyper importante*», MG10).

Ils expliquent l'importance de leur rôle de par leur position dans le parcours de soins :

- le fait d'être le 1^{er} recours (MG3, MG4 : « *plus c'est proche des gens et plus c'est facile, comme pour le médecin traitant, on est le médecin de 1^{er} recours, ça me semble la personne à privilégier*», MG9 : « *la 1^{ère} place parce qu'en 1^{ère} ligne*»);
- le fait d'assurer le suivi régulier (MG2 : « *on a forcément un rôle privilégié de suivi régulier du patient*»).

Ils assurent alors le dépistage (MG3, MG9 : « *déjà de dépister à qui il faut faire cette prévention*»), le diagnostic (MG8 : « *c'est quand même à moi de faire le diagnostic d'anomalies diététiques et de pousser la personne à avoir suffisamment de connaissances pour pouvoir répondre à ses questions.*») et le suivi (MG5 : « *un rôle de conseils, c'est important [...] tirer la sonnette d'alarme... après de les informer et puis de les suivre régulièrement...*»), en délivrant informations et conseils (MG7 : « *l'information du pourquoi, du comment, c'est nous, maintenant le reste...*»). Certains se disent dans l'accompagnement, le partenariat (MG3 : « *Moi, je me vois plus comme partenaire avec les patients, de voir ce qui pourrait les aider, mais encore faut-il qu'ils soient actifs.*», MG5). Un des MG parle d'éducation et de responsabilisation du patient (MG10 : « *c'est à eux de prendre leur santé en main. [...] J'ai un rôle d'éducation là-dessus*»).

Cette démarche correspondrait par ailleurs à la prise en charge globale (MG1 : « *On est dans la prise en charge globale du patient et l'alimentation ça en fait partie* ») et graduelle attendue d'un MG (MG6 : « *Je ne vais pas mettre en route un traitement qui serait à vie, alors que le 1^{er}, c'est un traitement non médicamenteux.* »).

Certains évoquent toutefois certaines limites à leur rôle. Pour l'une des MG, les compétences nécessaires vont au-delà de celles qui lui incombent (MG7 : « *pour moi, il faudrait leur apprendre à cuisiner et ce ne sera jamais mon rôle [...] je suis médecin pas cuisinière [...] ça dépasse mon rôle. Je suis bien dans mon rôle, mais c'est pas suffisant : je pense qu'il faudrait d'autres personnes qui fassent ça... qui s'appellent les diététiciens.* »). Pour un autre, la complexité de certaines prises en charge le dépasse et vont l'inciter à déléguer (MG8 : « *soit pour certains qui ont une demande particulière ou qui sont un peu plus réticents, les guider vers des structures...* »).

Ce rôle peut également être partagé pour quelques MG avec d'autres intervenants (MG1, MG2, MG4, MG5 : « *je pense qu'on n'est pas seul, après, nous, on a peut-être une partie qui est plus centrale mais les autres peuvent aussi.* », MG8).

Les professionnels potentiellement impliqués sont les diététiciens et les nutritionnistes, les réseaux ou encore les médecins spécialistes, avec cependant quelques réserves : l'absence de remboursement des diététiciens (MG1 : « *probablement que la diététicienne serait plus calée que moi [...] mais le problème, c'est que c'est pas pris en charge par la SECU [...] y a peut-être quelque chose qu'on peut faire en tant que généraliste à notre niveau pour les aider dans cette prise en charge-là* »), les réseaux que certains patients rechignent à intégrer (MG10 : « *c'est pas toujours évident de les emmener là-dedans (réseau), il faut qu'ils soient en retraite ou qu'ils aient du temps libre* »), les spécialistes qui seraient plus dans l'information que l'éducation (MG4 : « *c'est notre rôle sauf s'ils sont suivis par des spé même s'ils ne le font pas nécessairement, j'ai l'impression que les spécialistes font plus de l'information* »).

b - Dans quelles mesures se sentent-ils aptes à assurer cette prise en charge éducative diététique de leurs patients à risque cardio-vasculaire ?

b1 - Quelles sont leurs connaissances du sujet ?

Dans la théorie, les notions sont claires quand les médecins disent avoir suivi une formation spécifique (MG1 : « *le fait d'avoir fait la formation à l'IREPS sur l'ETP, ça permet d'avoir des notions assez claires...* »), avoir été sollicités par des réseaux (MG4 : « *on a eu une petite formation avec le réseau diabète et une diététicienne et une animatrice* »), s'être documentés (MG4 : « *j'étais intéressée avant la sollicitation du RESODIAB, du coup j'ai lu des choses, plus quelques séminaires* »), ou par des expériences similaires dans d'autres domaines (MG2 : « *Les notions d'ETP, je les pratique pour différentes pathologies donc c'est quelque chose qui devient moins flou.* », MG8). Pour d'autres, c'est une démarche logique (MG6 : « *Bah ça me paraît très clair, parce que je fais ça, mais c'est la logique quoi ... complètement, c'est une logique de vie et scientifique quoi.* »).

Bien que les notions soient relativement claires dans la théorie pour certains, d'autres n'ayant pas suivi de formation sur le sujet, sont dans l'ignorance des notions sous-jacentes à l'ETP (MG3 : « *J'ai pas eu de formation particulière à l'ETP, donc c'est relativement flou.* », MG9). La mise en pratique est floue pour quasiment tous les médecins interrogés (MG1, MG2 : « *La mise en œuvre de pratiques d'ETP, en consultation* »).

individuelle dans le cadre du cabinet de MG, je trouve ça complexe et donc forcément flou dans ce sens», MG4, MG5, MG7, MG9).

Un autre élément pose question à certains médecins : comment stimuler l'adhésion du patient à cette démarche (**MG3 ; MG10 : «c'est comment décider les patients à entrer dans ce type de projet...»**) ?

b2 - Dans quelle mesure se sentent-ils compétents en la matière ?

Quelques médecins se disent à l'aise dans l'éducation diététique de leurs patients à RCV (**MG1, MG2 : «je me sens à l'aise avec la casquette d'éducatrice, après sur précisément la diététique avec mes patients à RCV, oui relativement à l'aise...», MG6, MG7).**

A l'inverse, une des MG se dit « pas compétente pour » et qualifie ses compétences dans le domaine de « nulles » (MG3).

Les explications citées à la perfectibilité de leurs compétences sont :

- le manque de formation en ETP (**MG3 : «je sais pas encore vraiment dans le détail ce que c'est, donc je ne vais pas prétendre que je vais mettre en place [...] Bah déjà la formation dessus, faudrait...», MG8, MG9),**

- le manque de maîtrise dans le détail de la diététique/nutrition (**MG1, MG2, MG4 : «il me manque peut-être des notions sur les régimes, j'ai les grandes notions, pas dans le détail...», MG10),**

- l'absence de formation en psychologie, pour gérer en particulier la résistance du patient (**MG10 : «il me manque certainement [...] de la formation au niveau psychologique... être plus pointu du point de vue psychologique devant un patient qui vous dit 'moi, j'en ai rien à faire'...»,**

- l'inexistence de formation à la communication pour faciliter les échanges avec les patients (**MG5 : «C'est toujours l'histoire de la communication, parce que, même si on se connaît bien, on peut mal se comprendre et puis faire comprendre l'inverse de ce qu'on aurait voulu dire.»**, MG7, MG9),

- l'absence de formation à la motivation (**MG5, MG8 : «pas totalement à l'aise [...] le patient qui est pas toujours compliant tout de suite», «une formation complémentaire, pour la motivation, savoir comment faire passer d'une certaine façon certains messages », MG9).**

D'autres encore précisent la nécessité de savoir amener une consultation dédiée (**MG8 : «j'ai encore des améliorations à faire dans la gestion des consultations spécifiques»**), ou de savoir gérer un temps restreint (**MG6 : «ce qui met pas à l'aise, c'est si je suis à la bourre, [...], je sens que je suis pas forcément bon... »).**

b3 - Quelles sont les ressources auxquels ils ont recours pour l'Education Thérapeutique diététique de leurs patients à risque cardio-vasculaire?

Presque tous les MG interrogés disent avoir recours, en cas de besoin, aux diététiciens, de manière préférentielle :

- pour des raisons de temps ou de compétences (**MG3, MG5, MG10 : «j'aime bien les envoyer chez le diététicien, ça fait un allié complémentaire qui a du temps pour parler.»**),

- ou à la demande du patient (MG2 : *«quand il y a une demande plus ciblée, c'est sûr que je vais aussi l'envoyer voir une diététicienne [...] pour que ce soit efficace, il faut que le patient le veuille et qu'il n'y aille pas contraint et forcé»*, MG6).

Des inconvénients sont toutefois rapportés :

- ils n'y en a pas nécessairement à proximité (MG1 : *«y a pas de diététiciens près de l'endroit où je travaille; probablement que s'il y en avait une... oui ce serait plus simple»*),
- ce n'est pas remboursé (MG9 : *«on peut éventuellement faire appel à un diététicien, mais l'inconvénient c'est que ce soit pas remboursé, du coup c'est pas toujours facile à mettre en place»*).

Les médecins spécialistes sont parfois aussi cités comme ressources avec, cependant, quelques réserves en fonction de leur spécialité : des contraintes de temps, un manque d'intérêt ou d'implication (MG1, MG7, MG9 : *«le cardiologue, je ne pense pas que ce soit trop son truc ... mais éventuellement les endocrins, certains font un peu de nutrition.»*).

Certains disent également s'appuyer sur les réseaux (MG1 : *«certains patients à haut RCV qui sont passés au CHU, ont eu quelques séances avec le réseau RESPAVIE (évoquait probablement RESPECTICOEUR). Il y a des patients diabétiques qui ont bénéficié de quelques séances avec le RESODIAB. Les réseaux, ça aide quand même.»*, MG2, MG4, MG8), voire des organismes privés (MG7 : *«après y a tout ce que font les gens type 'Weight Watchers', y en a beaucoup qui font, c'est du pratique, du concret, ils apprennent, c'est très intéressant.»*). Il y a toutefois quelques difficultés à « faire rentrer les patients dans le circuit », du fait de leur réticence (MG4 : *«y a des patients qui sont assez réfractaires...»*) ou d'un manque de disponibilité (MG10 : *«L'idéal c'est ça (=réseau), [...] mais c'est pas toujours évident de les emmener là-dedans, il faut qu'ils soient en retraite ou qu'ils aient du temps libre.»*).

Les autres moyens que les MG disent utilisés sont :

- les supports écrits (MG10 : *«y a un bouquin 'on est son propre médecin', d'un cardio-nutritionniste [...]. C'est de la prévention [...] je cherche toujours quelque chose pour convaincre.»*),
- les campagnes de santé publique à travers les médias (MG3 : *«les messages qu'on peut entendre à la TV, à la radio, c'est très puissant comme message sur la santé publique, ils sont porteurs. Ils l'ont en tête»*),
- Internet (MG6 : *«y a internet, je leur dis, s'ils veulent des informations, qu'ils fassent la démarche aussi quoi...»*).

Ils disent y trouver une caution auprès du patient (MG3 : *«comme ils l'ont entendu à la TV ou la radio, c'est que ça doit être vrai. Ça nous donne du poids.»*, MG10).

A noter que certains MG déclarent que le manque de ressources n'aide pas à mettre en place une ETP (MG1 : *«c'est aussi un peu difficile de mettre en place une ETP de par ce manque de ressources»*, MG3), alors que d'autres disent pouvoir assurer la prise en charge seul (MG4, MG8 : *«j'ai l'impression de correctement faire ou savoir-faire même si je ne le fais pas encore [...] je n'ai pas de besoin spécifique que je ressente.»*, MG9).

c - Dans quelle mesure sont-ils motivés pour faire de l'Education Thérapeutique diététique avec leurs patients à risque cardio-vasculaire ?

Globalement les MG interviewés sont plutôt motivés et ce pour diverses raisons :

- le principe de prévention, à savoir, agir en amont de la pathologie et ainsi contrôler également la prescription médicamenteuse (**MG2** : *«y a plein de motivations... intellectuelle, relationnelle, de médecine globale, moins prescriptrice de médicaments...»*, **MG5**, **MG8**, **MG9**, **MG10**),
- l'importance de l'action (**MG4** : *«je suis motivée parce que je sais que c'est important.»*),
- les principes qui sous-tendent la démarche d'ETP, sur le plan intellectuel et relationnel (**MG1**, **MG2** : *«c'est un outil qui est pertinent pour que le patient s'approprie sa maladie et ses risques. C'est motivant pour le médecin, puisque c'est quelque chose de dynamique, on n'est pas juste passif à faire une ordonnance [...] C'est un échange, une meilleure connaissance du patient»*). Un des médecins en déduit même que la pratique en serait de fait moins usante du fait de l'implication et de l'autonomisation du patient (**MG1** : *«c'est souvent moins fatiguant pour le médecin aussi.»*), élément motivant supplémentaire,
- la mise en application accessible : la pratique de l'ETP présentant des similitudes avec la pratique du MG1, elle serait envisageable, d'autant que ce qu'elle aurait à changé seraient réalisable (**MG1** : *«La motivation vient aussi du fait que c'est pas si compliqué que ça à mettre en place, c'est pas si éloigné de ma pratique et qu'il me manque finalement pas grand-chose [...] (noter les objectifs fixés dans le dossier) [...] le fait que ce soit un objectif réaliste et probablement atteignable sans trop d'effort, ça me motive.»*),
- le fait que ce soit une compétence attendue du MG pour le MG8 (**MG8** : *«je dirais très motivé quand même, parce que ça fait partie de mon boulot...»*).

Il y a cependant des facteurs de démotivation :

- le MG3 dit avoir, dans la prise en charge diététique des patients à RCV, une pratique actuelle, qui à l'analyse relève du conseil, décourageante (**MG3** : *«on a un peu l'impression de rabâcher, rabâcher, de dire 'je vous l'ai déjà dit mais ce serait bien de ...', ils font ce qu'ils veulent »*),
- l'impression d'être des « Don Quichotte » face à l'ambivalence ou la résistance des patients (**MG6** : *«quelques fois, on a l'impression d'être des 'Don Quichotte', parce que c'est se battre contre des moulins à vents pour certaines personnes [...] donc au bout d'un moment, la motivation baisse.»*, **MG9**),
- la prise en charge diététique est perçue comme complexe et chronophage (**MG7** : *«La bouffe, c'est d'aller dans le détail [...] c'est pas que dire, faut pas manger, c'est aussi la mise en pratique... là c'est vraiment entrer dans l'intimité des gens ; il faut beaucoup de temps...»*),
- le domaine n'est pas prioritaire pour une des médecins interrogés (**MG1** : *«des envies et des choses à améliorer dans ma pratique, y en a plein [...] je ne suis pas sûre que ce soit celui-là qui est prioritaire.»*),
- le thème de la diététique est inintéressant pour certains (**MG4**, **MG7** : *«je suis motivée par rapport aux résultats mais pas motivée par rapport à ce qu'on met dans l'assiette [...] c'est chiant... Important mais chiant... Faudrait des gens qui savent et veulent faire ça.»*).

6/ Dans quelle mesure est-ce intégré dans leur pratique actuelle ?

« Intégré » n'est pas le terme vraiment le mieux adapté dans le sens où les MG n'ont pas tous eu de formation à l'ETP : j'emploierai plutôt le terme de « comparable ».

Ainsi leur démarche est comparable à l'ETP surtout dans le fait de sonder le patient (ce qu'il sait, fait, aime, souhaite), de fixer des objectifs négociés réalistes et de réévaluer.

Les MG rapportent également différents éléments qui manquent à leur démarche pour approcher la pratique de l'ETP :

- une réévaluation plus systématique (MG1),
- une trace écrite, qui formaliserait plus la démarche (MG1),
- une consultation dédiée, plus adaptée pour approfondir la démarche (MG2, MG8),
- des séances éducatives à proprement dites.

Certains (MG3, MG5, MG8, MG10) précisant ne pas connaître suffisamment l'ETP, se disent pouvant agir comme « Monsieur Jourdain ».

7/ Quels sont les éléments favorisant la pratique de l'Education Thérapeutique diététique ?

Les MG rapportent plusieurs éléments favorisant leur disposition à faire de l'Education Thérapeutique :

- se former à l'ETP (MG4, MG9), la diététique (MG1, MG3, MG10),
- pratiquer plus pour que ça devienne un automatisme (MG1, MG8),
- avoir des stimulations extérieures, comme des projets coordonnés par des réseaux (MG2, MG4).

Ils soulignent, de plus, qu'ils se doivent d'être dans une certaine disposition intellectuelle et psychologique.

Le fait que les patients soient également disposés est un autre élément facilitant la pratique de l'Education Thérapeutique diététique : ce qu'ils sont lorsqu'ils sont soucieux ou demandeurs. Ils seraient plus réceptifs en particulier après un événement aigu (MG7). Les informer (MG2) et les motiver (MG5, MG8) aideraient aussi (MG2).

La démarche en elle-même est engageante :

- par ses caractéristiques : une démarche personnalisée adaptable, l'idée d'autonomisation du patient, le principe d'accompagnement, l'action sur le long terme,
- par ses bénéfices : décrypter la résistance du patient (MG2), faire de la prévention (MG5), éviter la médication (MG1, MG5, MG9). En réseau, l'action collective serait stimulante et motiverait le MG à faire un diagnostic éducatif (MG2, MG4).

Enfin, le contexte favorable est :

- à saisir au moment où il survient, lors du diagnostic initial ou d'un événement aigu,
- ou à provoquer par des campagnes de dépistage et d'informations (MG2, MG10). Le prétexte extérieur peut aussi être une action conjointe MG-Réseau (MG2, MG4).

8/ Quels sont les éléments entravant la pratique de l'Education Thérapeutique diététique ?

Les MG disent manquer :

- de formation, de connaissance de la démarche (MG3, MG8, MG9, MG10),
- de disponibilité physico-psycho-intellectuelle,
- de pratique, ce qui occasionne une moindre performance,
- de compétence à motiver leurs patients (MG5, MG8, MG10) et à gérer leurs résistances, ce qui génère découragement, agacement, lassitude et renoncement,
- d'aisance à gérer la suggestion d'une consultation dédiée. Certains ressentent même une certaine appréhension face à l'accueil de cette proposition par le patient (MG2).

De manière lucide, le MG8 exprime la difficulté à se déshabituer de sa pratique habituelle, basée sur une formation plus orientée vers la gestion «verticale», transmissive, comme dans le cadre d'événement aigu.

Chez le patient, les éléments entravant l'Education Thérapeutique diététique seraient dus à différents aspects :

- propres à la pathologie : asymptomatique, complexe, chronique donc sur la durée,
- propres au contexte : par méconnaissance de l'ETP. Les patients pourraient être déstabilisés par ce type de prise en charge (MG2),
- propres à sa disposition psychologique : il n'est pas toujours prêt à rentrer dans cette démarche. Le manque de motivation, le découragement par le manque de résultats voire même l'opposition sont autant de situations de résistance. Le déni, le désintérêt, l'ambivalence, le refus, la résilience, l'exigence de médicaments comme solution, sont autant d'attitudes du patient compliquées à gérer pour les MG et non propices à l'initiation d'une Education Thérapeutique diététique.

La démarche éducative est perçue comme chronophage et de fait usante. La démarche est qualifiée de «pas assez carrée» contrairement aux algorithmes claires des prises en charge de pathologies aiguës (MG10) ; il en sous-entend la complexité car cela n'est pas schématisable de manière linéaire. Cette démarche nécessite d'être assez rigoureux : ainsi, ne pas retranscrire ce qui est entrepris limite la pratique (MG1). Le fait qu'il n'y ait pas de temps dédié en est également limitant ; le MG2 souligne que si la démarche est intégrée à une consultation standard, elle va en être floue, mais qu'y dédier une consultation spécifique n'est pas aisé pour autant. Par ailleurs, le manque de ressources peut être contraignant (MG3).

Enfin, le contexte actuel fait de l'Education Thérapeutique diététique un militantisme : elle est méconnue des patients et des médecins et n'est d'ailleurs pas rémunérée ni valorisée (MG2, MG6). Cette méconnaissance fait que l'organisation du temps ne sera pas structurée en fonction et sera donc inadaptée au premier abord. Rajouter le fait qu'il y ait de multiples motifs de consultation peut amplifier cette perception de manque de temps (MG1, MG3, MG5, MG7, MG10).

Cette démarche entre dans le cadre d'une prise en charge holistique, une globalité complexe, difficile à gérer elle-même. L'implication de l'entourage est un des facteurs de complexité (MG1, MG2, MG8).

Par ailleurs, un aspect que le MG1 a tenu à souligner est la valeur socio-culturelle de l'alimentation, qui induit autant de croyances et de représentations chez les patients, ce avec quoi il faut savoir composer.

9/ Quelles stratégies évoquent les médecins généralistes pour optimiser la pratique de l'Education Thérapeutique diététique avec les patients à risque cardio-vasculaire ?

Certains MG mentionnent quelques améliorations envisageables, sur les plans professionnelles et organisationnelles :

- «se former mieux» (MG4, MG8 : *«je vous disais une formation complémentaire, pour la motivation, savoir comment faire passer d'une certaine façon certains messages»,* MG9),
- proposer des consultations dédiées à la problématique de la diététique (MG2, MG8 : *«On ne peut pas avoir le temps quand c'est n'importe quand et surtout quand on n'est pas venu pour ça... c'est plus la gestion de ces consultations, être plus strict, pour dire que c'est bien des consultations dédiées à ça et que ça et s'il y a autre chose, on revoit plus tard.»*); l'ambivalence reste malgré tout, du fait du manque de temps et du refus possible du patient (MG1 : *«plus se dire, on s'occupe de ça aujourd'hui, ça on voit la prochaine fois mais bon, pour ça il faudrait que j'ai le temps de reconvoquer les patients, qu'ils aient l'envie de venir...»*),
- limiter le nombre de motifs par consultation (MG1 : *«Probablement qu'il faudrait que j'essaye de limiter le nombre de choses à voir pendant chaque consultation [...] ce serait parfait s'il n'y avait pas de multiples plaintes.»*),
- noter dans le dossier du patient les objectifs fixés (MG1 : *«La 1^{ère} chose serait de m'astreindre à mieux remplir mes dossiers : quand on discute d'un objectif, que je le note pour m'en rappeler la fois suivante et l'évaluer, ça c'est pas très compliqué et ça devrait être faisable sans trop de difficultés.»*),
- adapter l'outil informatique (MG2 : *« le manque d'identification sur le logiciel [...] Si j'avais un petit outil qui me disait, ce serait pas mal [...] Un outil qui va stimuler le patient et le médecin.»*),
- organiser des séances collectives au sein des cabinets (MG6 : *«si on avait une grande salle de réunion, ce serait de réunir tous les gens et de faire un truc de groupe ; ça limiterait les répétitions et puis y aurait une certaine émulation [...] mais faut l'organiser [...] plus de temps pour répondre aux questions [...] plus efficace sur une temps mieux placé»,* MG10).

D'autres évoquent des éléments du parcours de soins qui pourraient être améliorés :

- une action conjointe entre le MG et un diététicien (MG1 : *« on essaye de monter une maison de santé [...] s'il y en avait une (=une diététicienne), ce serait plus simple [...] mettre en place des ateliers, des séances collectives.»*) ou un réseau (MG4 : *«si ça vient à eux, c'est plus facile»* (en faisant référence à l'action faite avec RESODIAB)),
- la mise en place de consultations spécifiées financées remboursées (MG2 : *« Autre chose d'aidant, une consultation dédiée à l'ETP et financée [...], c'est normal que ce soit rémunéré en conséquence. [...] s'il y avait d'inscrite, dans la nomenclature, l'ETP et que le patient soit remboursé par rapport à ça »,* MG10),

- l'orientation vers des consultations spécialisées (**MG3** : « *Faudrait une consultation dédiée à que ça et rien d'autre [...] C'est là aussi que j'extériorise un peu les choses vers les autres, pour qu'ils aillent à ces consultations que pour ça.* », **MG7**),

- une démarche calquée sur la démarche SOPHIA (**MG7** : « *avec la Sécu, un peu comme ils font avec SOPHIA : ils font intervenir des infirmiers du CHU, avec des appels pour voir comment ça va ; pourquoi pas transférer le principe sur la diététique, [...] nous derrière, ça nous implique un peu pour qu'on note les résultats biologiques pour voir s'il y a un impact, je trouve ça génial.* »), dans l'esprit « Disease management ».

Enfin quelques MG soulignent le bénéfice d'une promotion de l'ETP, de faire connaître la démarche au grand public :

- une information sur l'existence de l'ETP aux patients (**MG2** : « *Si effectivement, il est motivé ou qu'il a entendu parler, c'est plus simple pour nous. [...] S'il pouvait y avoir plus d'articles sur l'ETP, ça serait plus intéressant.* ») et une communication sur la prévention (**MG2** : « *ça peut être une journée à l'échelle nationale, rappeler le patient à sa pathologie et que le médecin peut faire autre chose.... S'il y avait une communication là-dessus : la CPAM...* »),

- les messages de santé publique, d'après certains MG, ont un impact notable sur lequel on pourrait s'appuyer (**MG10** : *Peut-être plus de campagnes... On voit plein de pubs pour les médicaments là... Plus de campagnes nationales* »).

III. Interprétation et Discussion

1. Biais méthodologiques et psychologiques

1.1 Recrutement

J'ai interrompu le recrutement au terme du 10^{ème} entretien individuel, ayant atteint la saturation des réponses, ce qui, cependant, peut être le fait d'un manque de variabilité des profils de MG. Il manque, par exemple, des médecins qui exercent en milieu rural. Les réponses aux divers questionnements semblent toutefois exhaustives ; ainsi les potentielles réponses manquantes seraient probablement négligeables ou insignifiantes de l'ordre de la nuance.

1.2 Recueil

Durant le recueil de données que j'ai effectué seule, n'ayant pas l'expérience de l'interview, il est possible que certaines questions ou relances aient pu biaiser certaines réponses des MG. Dans la mesure du possible, pour limiter mon influence sur leurs discours, j'ai essayé de garder des formulations de questions ouvertes, de rebondir sur les expressions des MG, de reformuler pour qu'ils confirment la bonne compréhension de leurs idées ou pour qu'ils précisent.

En outre, certains MG ont pu avoir, par moment, des réponses biaisées sous l'effet de la « désirabilité sociale », mécanisme psychologique qui s'exerce de manière consciente ou inconsciente, et qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à son interlocuteur. J'ai cherché à atténuer ce biais en poussant les MG à développer leurs réponses, parfois illustrées d'exemples concrets.

1.3 Analyse

Il n'y a pas eu de triangulation de l'analyse qui aurait pu amoindrir la subjectivité de cette étape. Seul mon directeur de thèse a apporté un second regard sur l'analyse thématique que j'ai présenté sous la forme de 2 tableaux (**Annexe 5**).

2. Intérêt des mesures diététiques et de l'Education Thérapeutique diététique aux yeux de médecins généralistes dans la prise en charge des patients à risque cardio-vasculaire

L'ensemble des MG interrogés donnent à cette démarche une importance, tenant surtout aux bénéfices attendus sur le contrôle des FdRCV et celui de la prescription médicamenteuse. La prise en charge diététique des patients à RCV est perçue comme une action de prévention ayant un intérêt, de manière évidente et logique, sur le plan biomédical. Qualifiée d'indispensable par quelques-uns, focalisés sur le lien de causalité alimentation-pathologies cardio-vasculaires, cette importance est tempérée par d'autres, qui relativisent en faisant référence à l'intérêt des autres prises en charge, en particulier médicamenteuse. Cela peut laisser sous-entendre que, bien que ce soit primordial dans l'absolu, il y a d'autres prises en charge, complémentaires, qu'ils ne veulent pas négliger au profit de l'Education

Thérapeutique diététique. Ils souhaitent également réserver du temps, de l'attention et de l'énergie à ces alternatives. Bien que la finalité des mesures diététiques apparaisse importante, si d'autres axes d'action existent menant aux mêmes objectifs biomédicaux (ici sur le plan cardio-vasculaire), l'adhésion à l'une ou l'autre des pratiques dépend en partie de leur efficience et de leur facilité d'exécution. Ainsi, l'activité physique et la prescription médicamenteuse peuvent restreindre l'attention portée à l'Education Thérapeutique diététique. Il existe, d'ailleurs, un manque de précision sur ce en quoi cette dernière consiste concrètement ainsi qu'un manque de recul et de retour sur son efficacité.

En outre, certains médecins (*MG5, MG10*) attribuent également de l'intérêt à l'Education Thérapeutique diététique par l'effet sur le long terme que peut avoir une démarche préventive de cette nature. En effet, il ne faut pas perdre de vue que les patients à RCV ont une pathologie chronique et cette démarche tient compte de cet aspect-là, en s'inscrivant dans le temps. Remettre la prise en charge dans la perspective de la durée induit de rendre le contrôle de sa maladie et de sa santé au patient dans son contexte de vie. Cela implique de le préparer à s'assumer au jour le jour, d'où l'intérêt de l'ETP, particulièrement dans le cadre des mesures diététiques, qui nécessitent une vision holistique (*physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle*). L'impact « global » est d'ailleurs évoqué : certains MG soulignent la nécessité de respecter en parallèle le souhait des patients, particulièrement pour ne pas affecter leur qualité de vie voire éventuellement pour l'améliorer.

Enfin, bien que cité, l'effet positif potentiel sur la relation médecin-patient de l'Education Thérapeutique diététique des patients à RCV ne participerait pas vraiment à l'importance qu'ils prêtent à cette démarche. Le MG9 dit avoir déjà une relation particulière avec ses patients à RCV sans avoir recours à cette pratique dans la prise en charge diététique. En revanche, le MG4 souligne le fait que faire un diagnostic éducatif permet d'aborder des sujets qui ne l'auraient pas été en d'autres circonstances. La différence essentielle entre ces 2 médecins est que la 2^{ème} a expérimenté la démarche (*à travers une action coordonnée par le RESODIAB*), ce qui n'est pas le cas du MG9 qui dit, de plus, méconnaître l'ETP.

Finalement, l'impact biomédical reste l'élément sur lequel tous les MG interrogés se retrouvent. L'aspect biomédical semble participer en grande partie à l'importance que les MG donnent à la démarche d'Education Thérapeutique diététique.

A travers leur conception de l'idéal de l'Education Thérapeutique diététique des patients à RCV, je relève les différents intérêts que les MG peuvent trouver à cette prise en charge :

- par l'autonomisation du patient, ils font référence à son implication et l'appropriation par ce dernier de sa prise en charge, ce qui permettrait d'agir sur le long terme ;
- par la posture, un partenariat basé sur la négociation, ils pourraient enrichir l'échange médecin-patient et la prise en charge globale du patient;
- par l'enquête bio-psycho-sociale du diagnostic éducatif et l'accès à une meilleure compréhension du patient, ils pourraient cibler des objectifs personnalisés et réalisables, guider ses choix, tout en respectant sa qualité de vie.

En outre, la pluridisciplinarité, évoquée par certains médecins, assurerait par la multiplication des partenaires, l'enrichissement de l'expertise du patient sur sa pathologie et sa santé.

- les programmes collectifs leur offriraient un avantage organisationnel et un cadre pouvant générer l'émulation par l'effet de groupe.

Les propos recueillis auprès de ces 10 MG, sur l'intérêt de l'Education Thérapeutique diététique des patients à RCV, coïncident en différents points avec certains de leurs objectifs de prise en charge diététique de ces patients et avec les recommandations des diverses sociétés savantes qui l'évoquent [16].

Ainsi, dans la théorie, il semble que les MG puissent se retrouver sur le principe, dans les consensus de recourir à l'Education Thérapeutique diététique des patients à RCV, mais la mise en pratique pose encore beaucoup de questions.

3. Déterminants de l'implication des médecins généralistes et de leur application des recommandations sur les mesures diététiques chez les patients à risque cardio-vasculaire

3.1 Déterminants fondamentaux pour initier une implication des médecins généralistes

Selon moi, l'adoption d'une démarche tient à 3 aspects : que la finalité importe, que la démarche pour y parvenir soit faisable et efficace, qu'on se sente utile ou nécessaire dans le processus. J'ai cherché à transposer cette réflexion pour voir si les MG peuvent être disposés à appliquer l'Education Thérapeutique diététique avec leurs patients à RCV.

3.1.1 Importance de l'Education Thérapeutique diététique des patients à risque cardio-vasculaire

L'importance des mesures diététiques et l'intérêt de l'Education Thérapeutique diététique chez les patients à RCV semblent admis par l'ensemble des MG interrogés, comme développé précédemment. La finalité biomédicale reste la première mise en avant par les MG. De fait, un retour sur l'efficacité biomédicale de la démarche aurait d'autant plus de poids dans l'adhésion à son application. Il peut y avoir en cela une certaine inadéquation entre :

- la définition que donnent les autorités savantes de l'ETP dans la prise en charge de maladies chroniques, se focalisant sur le patient, son autonomisation et sa responsabilisation, menant plus à la notion d'Empowerment ° [17],

° Empowerment ° : cf lexique

- et les attentes des MG, semblant surtout centrées sur la maladie et les résultats biomédicaux : le Disease Management [18] peut être un cadre adapté à cette perception de l'application de l'Education Thérapeutique diététique, avec cette notion sous-jacente d'observance. On peut voir dans cette conception l'influence de la formation médicale initiale, surtout hospitalière, portant essentiellement sur la médecine d'événements aigus : elle prépare et conditionne les médecins à une gestion directe d'événements « curables » à court terme, chez un patient « soumis/dépendant », et l'efficacité attendue est « immédiate » sur le plan biomédical. La transposition de ce mode de fonctionnement à la prise en charge de pathologies chroniques sans adaptation peut générer une insatisfaction à différents niveaux. Les pathologies chroniques ont la caractéristique d'être persistantes et nécessitent dès lors une gestion « indirecte » impliquant le patient, pour assurer le contrôle à moyen et long termes. L'efficacité attendue ne peut être uniquement biomédicale mais bien « multisectorielle » à l'image de la prise en charge holistique qu'implique l'ETP, ce qui est plus difficile à percevoir et à évaluer.

3.1.2 Faisabilité et efficacité de l'Education Thérapeutique diététique des patients à risque cardio-vasculaire

L'efficacité de l'Education Thérapeutique diététique, dans le sens « changement de comportement alimentaire » est, elle, supputée pour quasiment tous les MG interrogés. Une confirmation est tout de même attendue, comme le déclare le MG8, pour adopter cette nouvelle démarche, ce d'autant qu'elle reste à définir dans la pratique libérale et qu'elle nécessite de mobiliser de l'énergie, un nouveau savoir-être et savoir-faire. Certes, les 2/3 des MG interrogés voient en l'ETP une pratique plus efficace que l'information et le conseil ; mais cette hiérarchie vaut si l'application de l'ETP coïncide avec ce que c'est censé être dans la théorie.

La faisabilité n'est, d'ailleurs, pas remise en question par la plupart des MG, qui soit y voient une question de volonté du médecin, soit l'expérimentent déjà. Le MG4 et le MG6 ont déjà une démarche avec quelques patients à RCV dans l'esprit éducatif. Quant au MG1, elle se réfère à son expérience d'ETP dans un autre domaine (asthme), pour souligner la faisabilité dans le cadre de la médecine libérale. Reste que les pratiques déclarées sont propres à chaque médecin, sans validation extérieure. Quant au MG8, il considère cela envisageable au prix d'adaptations des conditions de sa pratique actuelle. Certains émettent cependant une certaine réserve, car au-delà de la volonté et de l'expérience, différentes contraintes peuvent faire que l'application de la théorie soit trop approximative comme le souligne le MG2, formée à l'ETP. Cela peut paraître paradoxal, que ce soit une personne formée à la démarche qui émette des réserves, mais finalement, étant au fait de la définition actuelle de l'ETP, elle est plus à-même de relever les éléments manquants à la mise en pratique. En fait, elle souligne qu'aujourd'hui les conditions ne sont pas réunies pour le faire en consultation individuelle en médecine générale : **« on va utiliser certains éléments d'ETP sans les nommer, ni forcément les noter [...] on ne sait pas ce qu'on fait et ça reste flou »** : l'ETP intégrée à la consultation resterait floue ; **« faire revenir spécialement pour ça, je trouve ça compliqué »** : mettre en place des consultations dédiées est ressenti comme compliqué à proposer. Le MG2 résume les freins au recours à l'ETP en cabinet ainsi : **« faire quelque chose de méconnu, non rémunéré, dans un temps qui n'est pas dédié pour... »** (en faisant la moue) ».

Mais si on envisage le problème selon un angle différent, la question qu'on peut se poser est de savoir si la formation à l'ETP proposée envisage la pratique dans des conditions compatibles avec la médecine libérale. Certes le cadre actuel peut ne pas être propice, l'approche étant nouvelle dans la pratique libérale, mais encore faut-il qu'elle soit envisageable une fois certains « aménagements » mis en place. Dans le cadre de l'application de l'ETP en médecine générale, le Dr E. Drahi (1), propose l'Educ'Attitude : faire l'ETP individuelle séquentielle dans l'empathie, en usant de techniques de communication et de motivation. Il suggère de micro-diagnostics éducatifs, de micro-objectifs, de micro-évaluations : ce qui permettrait de répondre au frein « temps », par la minimisation et le fractionnement et au frein « disponibilité des patients », en s'appuyant sur l'avantage de la proximité et du suivi du MG.

3.1.3 Rôle du Médecin Généraliste dans l'Education Thérapeutique des patients à risque cardio-vasculaire

Ils décrivent différents modes d'implication dans le processus. Leur position et leur posture vont dépendre de leurs représentations et de la définition qu'ils donnent de l'ETP.

Pour les autorités de santé, la prévention est une des compétences attendues du MG, ce que ces derniers semblent accepter : aucun des MG interrogés n'a renié cette fonction, certains, bien au contraire, revendiquent la valeur de cette compétence (MG5 et MG8 et MG10). D'après l'étude de l'INPES relatée dans le Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009, plus de 90% des médecins généralistes interrogés jugent d'ailleurs que la prévention face au RCV relève de leur rôle [19]. Qui dit « prévention dans la prise en charge des patient à RCV », dit entre autres « mesures diététiques ». Mais pour ce qui est de la manière de les délivrer, les avis divergent : les recommandations font référence à l'Education Thérapeutique mais sans spécifier la mise en pratique.

Il apparaît différents positionnements dans le processus.

- Le MG3, bien qu'elle conçoive l'Education Thérapeutique diététique possible en cabinet, ne se sentant pas apte, délègue si besoin. Il n'y a pas de réelle implication, le médecin est uniquement au diagnostic du problème biomédical. Elle laisse la fonction aux personnes compétentes.
- Le MG7 envisage l'Education Thérapeutique diététique comme devant être « pratique » avec des séances éducatives appliquées (ex. : cours de cuisine). L'éducation de ce savoir-faire culinaire devrait relever d'un professionnel spécifique, et elle, médecin, prend part en initiant le travail par les informations et les conseils. Il existe une implication « préparatoire » essentiellement sur le plan cognitif.
- Les MG5 et MG8, qui considèrent la prévention par les mesures diététiques comme relevant d'une prise en charge globale, systémique, qu'ils se sentent devoir assurer, considèrent pouvoir et avoir à faire plus que donner des informations et des conseils. L'implication est « totale » et la pluridisciplinarité est envisagée en cas de besoin d'expertise complémentaire.

1. Dr E. Drahi : Médecin généraliste, membre de la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, société savante de l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continue UNAFORMEC et Coordinateur du réseau diabète d'Orléans « Diabolo ».

Comme le souligne A. Giordan (1) et G.Lagger (2), il existe d'autres dimensions à l'apprentissage que le cognitif : l'affectif (ou l'émotionnel), le perceptif (ou le sensoriel), l'infra- et le méta-cognitif /-affectif /-perceptif (**Annexe 6**). Ces 4 autres dimensions participent à l'apprentissage, particulièrement chez l'adulte, chez qui il faut déconstruire et réorganiser des conceptions préexistantes [17,19]. Ces notions pédagogiques loin d'être innées, ne sont pas abordées lors du cursus standard de médecine et pourraient participer à une évolution des représentations actuelles de certains MG.

Toujours en fonction de leur définition de l'Education Thérapeutique diététique et de leur position dans le parcours de soins, les MG adoptent différentes postures. Je me suis servie de la typologie de la relation médecin-patient soumise par G.Girard (3) et le Dr. P. Grand'Maison (4) [20] pour décrire les diverses attitudes des MG.

- Le MG2 ressent le besoin de distinguer sa posture dans sa pratique « habituelle » (« curateur/ expert ») de celle dans l'ETP (« éducateur/partenaire »). Cette différence génère pour elle une difficulté, tenant surtout à la perception que pourraient en avoir les patients, qui pourraient être déstabilisés, selon elle, de ces postures changeantes. L'expérience des MG4 et MG6, qui intègrent à leur pratique l'approche éducative comme **une coopération-un partenariat**, sans distinction particulière entre acte de soin et éducatif, ne relatent pas de retour négatif, ni de déroute de leurs patients. Cela laisse présager que l'a priori d'une mauvaise réception ou d'une déstabilisation des patients est probablement révoquant.

- Le MG7 envisage explicitement les aspects cognitifs de l'Education Thérapeutique diététique, qu'elle résume à l'enseignement de connaissances qu'elle assure et d'un savoir-faire « culinaire » devant relever d'un professionnel spécifique. Elle se place plus dans une **relation « expertise-dépendance »**. Mais qu'en est-il du savoir-être et des compétences d'adaptation nécessaires au patient au quotidien ?

En résumé, l'Education Thérapeutique diététique peut :

- relever du MG, qui, soit l'intègre à sa pratique quotidienne, soit l'applique en parallèle de cette dernière,
- dépendre d'un autre professionnel ; auquel cas, le MG n'est alors qu'un diagnosticien et un aiguilleur et n'exploite pas toutes les compétences qui lui sont dévolues, ni les avantages propres à sa position dans le système de soin.

1. A. Giordan : Professeur à l'université de Genève où il a dirigé le Laboratoire de didactique et épistémologie des sciences (LDES), connu pour son nouveau modèle de l'apprendre, le modèle allostérique.
2. G. Lagger : Intervient dans le Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques au CHU de Genève, et fait partie du Laboratoire de Didactique et d'Epistémologie des Sciences.
3. G. Girard : Psychologue clinicien à l'unité de médecine de famille du CHU de Sherbrooke, responsable du service de psychologie et chargé de cours au département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke (Québec).
4. Dr. P. Grand'Maison : Médecin de famille, professeur titulaire et chef du département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke (Québec).

La majorité des MG définissent donc cette démarche de diverses façons sans pour autant avoir d'idées arrêtées sur la question ni de perception précise de la mise en pratique. Globalement, ils se sentent tout de même concernés par le sujet.

L'importance de la démarche, ils l'acceptent. L'efficacité de l'ETP, ils la supposent. La faisabilité, ils l'envisagent. Leur rôle, ils le perçoivent de diverses façons. Ces bases posées, l'idée pour les MG, d'adopter l'Education Thérapeutique diététique avec les patients à RCV semble donc acceptable, au moins dans la théorie. Pour passer à la concrétisation, il existe tout de même d'autres facteurs à prendre en compte. Je me suis appuyée sur le modèle transthéorique de changement de Prochaska (1) (**Annexe 7**) pour chercher à interpréter l'évolution potentielle des pratiques des MG.

3.2 Dispositions des médecins généralistes pour adopter l'Education Thérapeutique diététique (*interprétation basée sur le modèle de Prochaska*)

Selon les différents discours des MG sur l'Education Thérapeutique diététique des patients à RCV, on peut situer leur disposition à changer leur pratique à différents stades, et ainsi, suggérer des pistes d'aide et d'accompagnement pour favoriser cette évolution [21].

1/ Stade pré-contemplatif :

Les MG qui considèrent que l'Education Thérapeutique diététique des patients à RCV relève d'un autre professionnel, ne se sentant pas concernés, ne sont, de toute évidence, pas prêts à changer de pratique.

Les actions à mener seraient :

- de favoriser la prise de conscience de ce qu'impliquerait la conservation d'une démarche « traditionnelle », calquée sur le mode curatif des pathologies aiguës et ce qu'apporterait le changement pour une démarche éducative diététique avec les patients à RCV,
- d'adapter l'environnement (le lieu d'exercice, les recommandations, la législation et la valorisation de l'acte) pour le rendre propice à ce changement.

2/ Stade contemplatif :

A ce stade, l'ambivalence commence à se manifester : les éléments cités précédemment, (à savoir l'importance de l'Education Thérapeutique diététique, son efficacité attendue, la fonction compatible avec le rôle du MG) peuvent y participer. On peut considérer que les MG ont dépassé la phase pré-contemplative et que le changement de pratique, à savoir l'adoption de l'Education Thérapeutique diététique avec les patients à RCV, pose question et commence à être envisagée.

1. J.O. Prochaska : Professeur de psychologie, directeur du centre de recherche dans la prévention contre le cancer à l'Université de Rhode Island.

Les actions à mener sur le plan psychologique seraient :

- stimuler l'« éveil émotionnel »,
- permettre une « réévaluation personnelle ».

Cela peut se traduire par :

- l'expérimentation occasionnelle de l'ETP pour la tester et se faire sa propre idée,
- faire leur auto-évaluation dans la mise en pratique (pertes/gains),
- évaluer leur motivation durant cette expérience, en pointant les avancées et le fait que le changement est possible et efficace.

3/ Stade préparatoire :

Les MG, qui évoquent des stratégies pour assurer l'application de cette démarche, peuvent être classés dans cette phase préparatoire. Pour permettre de passer de la préparation à l'action dans les meilleures conditions, on peut relever et anticiper les éléments faisant défaut aux MG et au cadre dans lequel ils exercent, pour adapter la nouvelle configuration nécessaire.

Bien que les 4 temps de l'ETP soient compréhensibles pour la quasi-totalité des MG interrogés, la connaissance de la démarche est limitée pour les $\frac{3}{4}$ d'entre eux, l'ETP ne faisant pas partie de la formation de base. Hormis l'intégration de l'ETP à la formation initiale et continue, les compétences psychopédagogiques et de communication sont des éléments à développer et à approfondir pour un bénéfice qui serait même plus étendu que l'application de l'ETP.

L'engagement se fera si les stratégies évoquées pour pratiquer l'Education Thérapeutique diététique avec leurs patients à RCV sont soutenues et légitimées par :

- leurs pairs, à travers l'adaptation de la formation et des outils de travail (*ex : logiciel informatique adapté*), ainsi que l'établissement de recommandations claires pour intégrer cette nouvelle facette de l'identité professionnelle,
- par la société, à travers la législation, la valorisation intellectuelle (« *faire connaître et promouvoir l'ETP* ») et financière de l'acte (« *rémunérer l'ETP* »).

Ces actions donneraient une caution extérieure nécessaire à certains MG pour adopter cette nouvelle approche.

4/ Stade d'action :

Ce stade fait référence au passage à l'acte. Il est déjà concrétisé pour certains MG : chacun expérimente une démarche éducative telle qu'il la conçoit, n'ayant pas de cadre « officiel » pour ce qui est de l'application de l'Education Thérapeutique diététique des patients à RCV dans le cadre du cabinet du MG.

L'évolution des pratiques professionnelles étant effective, l'accompagnement des MG à cette étape consiste à la mise en avant du bien-être et de l'estime de soi, de leurs pairs et des patients à recourir à cette nouvelle démarche. La valorisation financière par le système de santé validerait l'intérêt et l'importance de cette pratique.

5/ Stade de maintien :

Pour que l'Education Thérapeutique diététique avec les patients à RCV devienne une habitude, il faut éviter les facteurs de « rechute », de retour aux pratiques antérieures.

Les actions, à mener sur le plan psychologique, seraient :

- contrôler les stimuli ;
- mettre en place des contre-mesures environnementales.

En pratique, cela se traduirait par maintenir un cadre favorable à l'exercice, optimiser la structuration du système en l'adaptant pour intégrer le MG dans un processus adéquat. Développer les ressources humaines et matérielles améliorerait les conditions d'exercice.

6/ Stade d'accomplissement ou de terminaison :

A cette ultime phase, l'intégration de l'ETP est atteinte et n'est plus ressentie comme une contrainte. Cette nouvelle habitude, devenue évidence et automatisme, est alors à son tour difficile à changer. A ce stade, la relation d'aide peut permettre de propager le changement de pratique, en faisant des MG parvenus à ce stade des modèles et des « ambassadeurs ».

Bien que les MG se disent motivés par le recours à l'Education Thérapeutique diététique dans la prise en charge des patients à RCV, la motivation à elle seule n'est pas suffisante car soumise à de nombreuses contraintes : humaines (personnelles, sociales) et organisationnelles (professionnelles, contextuelles,...). Si on souhaite qu'il y ait véritablement un changement des pratiques, touchant à l'identité même du métier, cela souligne qu'il y a besoin de l'organiser, de l'accompagner de manière adaptée en fonction du stade de chacun, de la sensibilisation à l'accomplissement.

Certains de ces points sont d'ailleurs la cible de mesures issues du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), qui prévoyait en particulier, dans son 2^{ème} axe stratégique (Elargir la médecine de soins à la prévention) :

- d'intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique (mesure 4),
- de rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville (mesure 5),
- de mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants (mesure 6), en développant notamment une coordination régionale des ressources dans ce domaine.

L'INPES a évalué, en 2008, l'état de l'enseignement de l'éducation du patient dans la formation initiale des professionnels de santé [22]: sur la moitié des facultés de médecine ayant répondu à l'enquête (soit 19/41), seulement la moitié (soit 11/19) déclare assurer cet enseignement. Le processus va, de toute évidence, être long et complexe.

4. Mise en pratique complexe, informelle, pour des résultats difficiles à évaluer

4.1 Critères de sélection des patients à bénéficier de la prise en charge diététique

4.1.1 Eléments biomédicaux

Dans leur pratique actuelle, les MG déclarent aborder la diététique avec les patients à RCV, ayant un ou plusieurs FdRCV majeurs, quel que soit le niveau de gravité.

Pour la plupart, les scores de gravité (tel Framingham ou l'échelle SCORE) ne sont pas des outils auxquels ils ont recours pour déterminer les patients devant bénéficier d'une prise en charge diététique ; ce qui peut se concevoir, cette prise en charge concernant chaque patient à RCV tout au long de son suivi. Un des MG a recours, tout de même, à l'échelle SCORE comme outil pédagogique auprès de ses patients à RCV pour leur faire visualiser les bénéfices potentiels : cet outil est estimé par ce dernier facile d'utilisation et pratique pour justifier les objectifs médicaux.

En revanche, si le RCV est jugé élevé, certains médecins disent agir plus « rapidement » ou « insister plus » sur la prise en charge diététique. Mais même dans ce contexte, les scores ne sont pas utilisés ; la démarche reste intuitive (MG5, MG6). Une raison invoquée, pour la non-utilisation de ce genre d'outil est le fait que ce soit jugé peu pratique par ces mêmes MG. Pour évaluer le RCV, ce que certains MG prennent alors particulièrement en compte, c'est la nature du FdRCV. Ainsi, le patient diabétique va bénéficier de l'attention privilégiée de certains MG, qui pensent obtenir un impact clinique bénéfique notable par une prise en charge diététique. L'autre élément pris en compte est l'efficacité attendue ; ce qui est évident à travers les propos du MG1, qui évoque les patients hypertendus, qu'elle suit de près sur le plan diététique, considérant pouvoir « gagner à traquer le sel ».

4.1.2 Eléments psychologiques

Le fait que le patient soit symptomatique ou non est un facteur influençant l'implication du patient selon certains MG : ils abordent plus facilement le sujet de la diététique avec le patient souffrant de surpoids ou d'obésité (MG1, MG2, MG6, MG10). Pour le patient dyslipidémique, cela serait plus difficile d'après ces derniers. Quelques MG profitent alors des résultats de biologie pour appuyer la prise en charge diététique.

La problématique sous-jacente à cela est liée à la motivation du patient à initier une prise en charge diététique. La motivation est difficile à déclencher et entretenir, comme le souligne chacun des MG à diverses reprises. C'est ici que des notions de sciences humaines peuvent être contributives :

- la psychologie (ex : les stades d'acceptation de la maladie, le modèle des croyances de santé (Health Belief Model) ou encore le lieu de contrôle de la santé (Locus of control)) [24],
- la pédagogie (ex : les 5 dimensions de l'apprenant) [18,20],
- la communication [13].

L'entretien motivationnel est un outil de communication qui pourrait aider à gérer bon nombre des résistances que montrent les patients. Une méta-analyse de 72 essais randomisés montre d'ailleurs l'efficacité de l'entretien motivationnel dans les $\frac{3}{4}$ de ces essais ; un effet positif est confirmé dans 64% des essais sur la durée moyenne habituelle de consultation (15min), dans les situations de comportement à risque et les maladies liées à certains modes de vie. [25]

4.2 Mesures diététiques et médicaments : entre complémentarité et concurrence

Le niveau de prévention est un autre élément influençant l'intervention des MG. La prévention primaire semble être la phase privilégiée par quelques-uns pour la prise en charge diététique des patients à RCV, la prévention secondaire consistant plus pour eux en la prise en charge médicamenteuse (*MG1, MG2, MG10*). Il semble exister une certaine hiérarchisation des prises en charge en fonction de l'évolution de la pathologie : l'introduction de médicaments change la prise en charge globale et a tendance à supplanter les autres types de prises en charge.

Plusieurs schèmes de pensée ressortent des propos des différents MG interrogés, sur la chronologie de recours à la prise en charge diététique et médicamenteuse :

1 / La prise en charge diététique peut être perçue comme inefficace ou difficile à initier et à appliquer (*MG3*). Les médicaments sont alors une alternative immédiate ou rapidement choisie ; mais se pose la question des facteurs d'inefficacité de la prise en charge diététique.

L'ETP dans cette situation est une démarche qui reste à clarifier dans la pratique quotidienne de médecine générale et dont l'efficacité potentielle reste à valider.

Faire connaître l'ETP (aux professionnels de santé, au public) et développer la formation à l'ETP peut limiter la présentation de ce cas de figure.

2 / Bien que l'aspect diététique puisse être pris en compte, l'efficacité de la prise en charge peut rester insuffisante pour contrôler la pathologie. Les médicaments sont alors nécessaires en complément. Les difficultés exprimées alors tiennent à la complexité de la prise en charge globale d'une pathologie multifactorielle (*MG1*). Certes, certains MG disent profiter du renouvellement de traitements à visée cardio-vasculaire pour aborder le sujet de la diététique. Toutefois, le MG1 avoue que ces consultations nécessitent qu'elle réserve un certain temps à la prescription médicamenteuse (*informations, interactions, observance*). D'autres vont occulter la prise en charge diététique au profit des médicaments lors de la prévention secondaire (*MG2, MG10*).

Le problème, dans ce contexte, est surtout de combiner la gestion des prescriptions médicamenteuses, sans négliger la prise en charge diététique.

Formaliser l'ETP dans le cadre de la Médecine Générale peut répondre à la gestion en parallèle de ces 2 axes thérapeutiques. L'ETP individuelle séquentielle développée dans les travaux du Dr J.P. Assal (1) [26] ou du Dr E. Drahi est un exemple.

3 / Enfin, la gestion du temps est une difficulté régulièrement citée, et de fait, la mise en pratique de l'Education Thérapeutique diététique, estimée chronophage, serait d'autant moins engageante. Bien que cela n'émerge pas tel quel des interviews, l'efficacité de la prise en charge diététique peut ne pas être nécessairement remise en question pour autant. Mais je pense que par souci de « rentabilité » (résultats biomédicaux obtenus pour le temps passé avec le patient, dépense d'énergie pour le MG), on peut parfois opter pour la prise en charge médicamenteuse plutôt que la prise en charge diététique. Les croyances sous-jacentes potentielles des MG et/ou des patients, sont que les médicaments sont d'effet plus rapide, plus sûr ou de gestion plus simple (MG2). Même si ces croyances sont uniquement celles des patients, les MG ont alors à gérer cette pression sociale poussant à la prescription de médicaments (MG3, MG6). Dans la situation, où la prise en charge médicamenteuse peut être privilégiée à l'Education thérapeutique diététique, du fait de croyances, différents axes sont à développer :

- penser la pratique autrement : envisager le temps non pas comme perdu à court terme mais investi à long terme et optimiser la pratique de l'Education Thérapeutique diététique,
- apporter une caution externe à la démarche des MG, pour légitimer l'Education Thérapeutique diététique face aux patients,
- développer les compétences psychopédagogiques des MG pour leur faciliter la gestion de la résistance du patient.

4.3 Pratiques déclarées par les médecins généralistes, comparées dans leurs diversités

Quand la question est abordée, concrètement, tous les MG interrogent les patients à RCV sur ce qu'ils mangent, mais de diverses façons :

- la formulation de la question peut être ouverte et large pour certains MG (MG5, MG7, MG9) : les réponses des patients alors obtenues sont a priori probablement vagues,
- d'autres, on recourt à des questions ouvertes, mais ciblées dans le temps :

1/ soit sur 24 heures en rétrospectif (*rappel des 24heures de la veille* : MG3, MG4, MG10), ce qui permet de recueillir des éléments concrets, dans un même temps de consultation. Mais les inconvénients principaux sont que ce ne soit pas nécessairement représentatif de la conduite alimentaire quotidienne du patient et qu'il puisse y avoir un défaut de rappel,

1. Pr. J.P. Assal : Professeur de médecine et médecin-chef, division enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, du département de médecine interne, au CHU de Genève.

2/ soit sur une semaine en prospectif (*MG1, MG2, MG6, MG8*), ce qui a de multiples avantages :

- * la précision des informations recueillies,
- * l'implication du patient,
- * un gain de temps pendant la consultation,
- * une certaine forme de valorisation de la prise en charge diététique puisque cela implique d'y consacrer une 2^{ème} consultation. Bien que quelques MG se retrouvent dans cette pratique, une 2^{ème} consultation peut toutefois être perçue comme un inconvénient pour d'autres. Certains ont exprimé des difficultés à proposer une consultation dédiée spécifiquement à cela soit par crainte d'une faible réceptivité du patient (*MG8*), soit du fait d'un manque de disponibilité du patient supposé (*MG2, MG3*) par le MG.

Du recueil des informations sur la conduite alimentaire des patients, va découler des pratiques différentes :

- si les réponses du patient sont vagues, l'adaptation de la réponse du MG au patient sera approximative,
- si les réponses du patient sont précises et représentatives de son quotidien, l'analyse de la conduite alimentaire du patient en sera plus informative. L'un des MG, ayant recours à cette démarche, précise bien qu'il lui est plus facile de s'appuyer sur du concret et que le patient lui paraît également plus réceptif et impliqué (*MG6*).

De là, les MG présentent différentes attitudes :

- soit ils informent et conseillent,
 - soit ils en tirent des objectifs, négociés dans un contexte d'alliance thérapeutique, ou non négociés, ce qui rejoint la démarche de conseil,
- avec ou sans date de réévaluation posée.

La réévaluation a été évoquée par quelques MG. Non évoquée, est-ce un oubli ? Auquel cas, faut-il l'interpréter comme un manque de valorisation de cette étape ? Ou est-ce parce qu'ils ne l'effectuent pas ? L'une des MG relève que dans sa pratique quotidienne, cette étape reste rare, ce qu'elle critique (*MG1*). C'est d'ailleurs ce même MG qui trouve illusoire l'effet sur le long terme de cette démarche, ce qui cautionne d'autant plus la valeur de cette étape de réévaluation.

Les séances éducatives n'ont pas été identifiées telles quelles mais un médecin réalisait ce qui pourrait s'apparenter à des séances éducatives portant sur le versant cognitif. Il donne des notions de base sur l'équilibre alimentaire et demande à ses patients d'évaluer le recueil de leurs habitudes alimentaires sur une semaine à partir de cette base (*MG6*). Un autre MG a suggéré, dans sa perception de l'idéal de l'Education Thérapeutique diététique, des séances éducatives pour développer le savoir-faire (culinaire) des patients à leur domicile par des professionnels spécifiques, ne l'impliquant pas elle médecin (*MG7*).

Des 10 interviews, 2 des MG ont véritablement une démarche formalisée. Le MG6, après avoir justifié de l'intérêt d'agir sur l'aspect diététique et donné les notions de base d'une alimentation équilibrée sur un temps de consultation, demande au patient de revenir avec un recueil de ce qu'il ingère sur une semaine. Au RDV suivant, 15 jours après, il voit avec le patient ce qui semble ne pas répondre aux recommandations d'une alimentation équilibrée et lui demande de revenir avec un nouveau recueil sur une semaine en fonction de ce que le patient aura voulu et pu changer. Le MG4, elle, fait un rappel des 24 heures puis demande si le patient relève des éléments à modifier et décide avec lui de ce qu'il pourrait corriger, ce qu'elle réévalue à 15 jours. Aucun des 2 n'a eu de formation spécifique à l'Education Thérapeutique.

Les autres MG, incluant ceux qui ont eu une formation à l'ETP, décrivent des démarches éducatives moins formelles ou partielles, ou des démarches non éducatives.

Les MG ayant eu une formation spécifique à l'ETP ont tendance à l'intégrer à la consultation, sans que ce soit particulièrement formalisé :

- la première critique son manque de réévaluation systématique, et qualifierait sa pratique dans ces cas précis, de conseils personnalisés plus que d'éducation de ce fait (*MG1*),
- la seconde souligne la difficulté à s'autoévaluer dans sa pratique quotidienne mais relève que sa pratique reste « floue » car intégrée à la consultation. Il serait préférable selon elle, qu'elle y réserve une consultation spécifique, dédiée, ce qu'elle ne fait pas dans le cadre de la prise en charge diététique des patients à RCV. Elle considère cela difficile à proposer aux patients (manque de caution extérieure) et trouve un intérêt moindre au sujet de la diététique des patients à RCV que pour d'autres prises en charge (*MG2*).

Pour les MG n'ayant pas suivi de formation spécifique à l'ETP, les conduites sont très variées :

- l'une, non intéressée par le thème de la diététique et s'estimant non compétente, informe et conseille puis passe la main à une diététicienne si nécessaire (*MG3*),
- une autre considère que l'Education Thérapeutique diététique se doit d'intégrer des séances pratiques culinaires, ce qui ne serait pas de son ressort ; selon elle, son rôle est d'informer et de conseiller, ce en quoi elle se sent déjà suffisamment impliquée et mobilisée (*MG7*),
- un des MG souligne la nécessité de se donner le temps à soi et au patient d'aborder le sujet et opte pour des consultations dédiées à cette prise en charge diététique lorsque le patient est disposé. Mais il déclare ne pas avoir l'automatisme de le proposer régulièrement (*MG8*),
- une intervention ponctuelle à type de conseils ciblés en fonction d'un balayage rapide de la conduite alimentaire du patient, avec une réévaluation bioclinique, est la démarche privilégiée par la MG interrogée la plus jeune et nouvellement installée (*MG9*). Malgré une formation universitaire plus récente, elle n'est pas plus encline à avoir recours à une démarche éducative.

Finalement, que les MG aient eu ou non une formation à l'ETP, d'autres facteurs participent à la pratique propre à chacun :

- les dispositions innées,
- les expériences de terrain,
- leur représentation de l'identité du MG,
- leur perception des bénéfices et des inconvénients des différentes pratiques thérapeutiques,
- la faisabilité et de l'efficacité des différentes démarches thérapeutiques,
- l'idée qu'ils ont les compétences nécessaires et les ressources utiles à une démarche éducative.

4.4 Stratégies permettant de conditionner le « Bon Moment » pour faire de l'Education Thérapeutique diététique avec un patient à risque cardio-vasculaire

Ce « bon moment » survient quand sont réunis : la disposition du patient, la disposition du médecin et un contexte « local » et social adapté.

4.4.1 Organiser le cadre pour favoriser des conditions propices.

Un cadre « imposé » par une entité extérieure est une solution que met en avant le MG2. Elle évoque sa participation à une étude menée par l'APS qui avait permis de mettre en place une telle démarche. Spontanément, elle déclare peiner à proposer à ses patients à RCV des consultations dédiées à la prise en charge diététique hors contexte de campagne.

La problématique sous-jacente est la question de la légitimité à intervenir, en tant que MG, dans les choix alimentaires des patients à RCV. La légitimité est envisageable de 2 façons :

- dans la relation au patient : la juste distance avec le patient et la non-intrusion dans son intimité sont assurées par ce qu'est l'ETP en soit, les objectifs étant validés par le patient lui-même,
- dans l'action : le gage de compétence est avancé par la participation de structures compétentes.

Cette double caution peut faciliter l'engagement des MG dans la démarche.

Le MG4 a également eu l'expérience de travailler conjointement avec le RESODIAB, sur un projet pour la prise en charge des patients obèses. Elle a bénéficié à cette occasion d'une « formation » au diagnostic éducatif et au travail en réseau, pour permettre des séances éducatives de proximité. Le retour de ses patients a été globalement positif.

Ainsi, si la démarche est identifiée par les professionnels et par le public comme une prise en charge existante, de proximité, appuyée par des structures compétentes, la proposer sera semble-t-il plus aisé. Formaliser cette pratique permettrait aussi sa valorisation aux yeux des autorités de santé et des patients, mais aussi des MG eux-mêmes.

Si l'implication de réseaux n'est pas jugée indispensable pour certains médecins, ils évoquent la nécessité d'une organisation adaptée pour intégrer une telle pratique au niveau du cabinet :

- programmer une/des consultation(s) dédiée(s) pour valoriser la prise en charge éducative diététique,

- identifier explicitement la consultation dédiée, comme réservée à cette prise en charge pour éviter les motifs parasites,
- prévoir une plage de consultation dont la durée est adaptée en conséquence,
- s'autoriser à séquencer la prise en charge et à y revenir sur un temps spécifique.

Cette nouvelle facette d'éducateur implique un rapport au temps différent, qui est dépendant du rythme d'intégration du patient, variable et imprévisible, à la différence de la physiologie humaine guidant le « MG curateur », connue et prévisible.

4.4.2 Composer avec le contexte psycho-social du patient

Plusieurs facteurs psychologiques font qu'un patient exprime une certaine résistance aux suggestions du MG. On peut tout de même chercher à favoriser l'entrée du patient dans ce processus. Ainsi, une formation à certaines notions de psychologie (stade d'acceptation de la maladie, stade de changement de Prochaska...) peut permettre d'aider « activement » l'avancée du patient dans son cheminement.

Une formation sur des techniques de communication, comme l'entretien motivationnel, peut permettre de réagir correctement face à ces multiples situations de « résistance » des patients et d'être aidant à chaque étape de l'Education Thérapeutique diététique, de la sensibilisation à cette prise en charge jusqu'à l'engagement dans le processus.

Ainsi développer les compétences psychopédagogiques et de communication des MG peut faire qu'ils gèrent mieux la non-disposition des patients voire qu'ils inversent la situation et motivent les patients à entrer dans la démarche éducative.

Si les engrenages « autorités de santé et professionnels de santé » sont congruents, le patient avancera d'autant plus facilement. Une pratique promue par les autorités de santé et proposée par les MG à des patients informés de l'existence de cette prise en charge devrait favoriser la mise en place de cette pratique.

IV. Conclusion

L'évolution épidémiologique des pathologies chroniques, et particulièrement cardio-vasculaires, nécessite de repenser la Médecine Générale.

La prévention par les mesures diététiques chez les patients à risque cardio-vasculaire, à assurer sur le mode éducatif comme le suggèrent les Autorités de Santé, semble satisfaire dans la théorie la logique des MG interrogés. Malgré tout, ces derniers ne la mettent pas en pratique telle quelle, malgré la motivation qu'ils expriment pour l'adoption de la démarche éducative, qui leur paraît plus adaptée.

Les MG rapportent les tensions qu'ils ressentent dans leur exercice actuel dans ce domaine.

Certes, ils soulignent qu'il faut mettre à jour leur formation pour pouvoir exercer cette nouvelle approche. Mais développer leurs connaissances de l'ETP ainsi que leurs compétences psychopédagogiques et de communication, n'est pas la seule chose à envisager. Cette facette d'éducateur est une conception modifiant l'identité professionnelle telle qu'elle est enseignée durant le cursus, plus portée sur la facette de curateur. Bien que la plupart des MG soient prêts à assumer ce nouvel aspect de leur fonction, cette identité ne sera pleinement endossée que si elle est soutenue des Autorités de Santé et connue des patients. Il y a, en effet, l'aspect pratique mais aussi symbolique de la situation qui doit être pris en compte.

C'est au prix de multiples conditions qu'on verra un véritable changement de pratique des MG dans la prise en charge diététique des patients à RCV :

- pouvoir penser son rôle autrement (éducateur), un rôle qui serait, de plus, promu par les Autorités de Santé et connu des patients (campagnes et autres communications, moyens pour réorganiser le cursus),
- s'armer des compétences adéquates (psychologie, pédagogie, communication),
- exercer dans un cadre adapté (ressources humaines et matérielles, valorisation financière).

LES ANNEXES

Annexe 1 : Les facteurs de risque cardio-vasculaire

Le **Tabagisme expose à de nombreux risques dont les pathologies cardio-vasculaires. Le sevrage tabagique est une mesure préventive dont les répercussions favorables (disparition du risque cardio-vasculaire) apparaissent à 3 ans.*

Le diagnostic d'HTA** est posé quand, au cours de 3 visites dans un intervalle de 3 à 6 mois, un patient, auquel on mesure au moins à 2 reprises la tension artérielle, a des résultats $>$ ou $=$ à 140mmHg et/ou 90mmHg. Les objectifs tensionnels sont variables en fonction de l'âge et de facteurs de risque surajoutés (diabète, néphropathie, ...).*

Le **diabète de type 2 est confirmé suite à 2 glycémies à jeûn $>$ ou $=$ à 1.26 g/L (7mmol/L) ou lorsque la glycémie à jeûn est d'emblée $>$ à 2 g/L. Le diabète de type 1 est considéré comme à risque cardio-vasculaire après 15 ans d'évolution. De plus, en cas de micro-albuminurie ou de néphropathie avérée surajoutée, le risque est majoré.*

La **dyslipidémie peut porter sur :*

le LDL avec des objectifs variables en fonction des FDRCV associés,

le HDL qui est à considérer comme un FDR si <0.4 g/L mais protecteur si $>$ à 0.6g/L,

les triglycérides si TG $>$ 1.5 ; l'hyper triglycémie est un FDRCV majeur discuté car bien qu'associé à un risque augmenté de MCV, le degré d'imputabilité est méconnu).

Pour ce qui est du **surpoids et de l'**obésité**, l'Indice de Masse Corporel (IMC) est un élément objectif d'évaluation. Pour un IMC compris entre 25 et 30, on parle de surpoids. L'obésité est définie par un IMC $>$ 30 et qualifiée d'androïde ou abdominale avec un risque cardio-vasculaire majoré, pour un périmètre abdominale >102 cm chez l'homme et >88 cm chez la femme.*

La **sédentarité, autrement dit l'absence d'une activité physique régulière, est un élément difficile à évaluer ; toutefois, on considère que 30 minutes de marche, 3 fois par semaine, est une activité minimale suffisante pour prévenir du risque cardio-vasculaire lié à l'inactivité physique.*

L'aspect psycho-social**, comme la précarité, influence également les pathologies cardio-vasculaires.*

Le **sexe est également à prendre en compte : les hommes sont plus à risque cardio-vasculaire que les femmes, rapport qui s'équilibre après la ménopause. L'**âge** est considéré comme un facteur de risque à partir de 50 ans chez l'homme et 60ans chez la femme.*

*Les **antécédents personnels de MCV** place le patient à haut risque cardio-vasculaire. Les **antécédents familiaux** au 1^{er} degré, à savoir des événements coronariens avant 55ans chez l'homme et 65ans chez la femme, ou des événements vasculaires cérébraux avant l'âge de 45ans, sont des facteurs de risque à ne pas oublier.*

Annexe 2 : Extraits des recommandations de l'HAS

*HTA (HAS et Afssaps 2005) :

« La décision de la prise en charge du patient hypertendu repose à la fois sur les valeurs de la pression artérielle, et sur le niveau de risque cardio-vasculaire global. Des mesures hygiéno-diététiques sont recommandées chez tous les patients hypertendus quel que soit le niveau tensionnel, avec ou sans traitement pharmacologique associé. Ces mesures sont d'autant plus efficaces si elles sont proposées dans le cadre d'une éducation thérapeutique destinée à informer le patient sur son HTA et les risques cardio-vasculaires associés, et à définir des objectifs précis et réalistes adaptés à chaque patient... Ces mesures seront mises en place lors de l'instauration de la prise en charge et leur application sera réévaluée tout au long du suivi. ».

*La Dyslipidémie (HAS 2005) :

« Tout patient ayant un LDL-c >1,6 g/l (4,1 mmol/l), ainsi que tout sujet ayant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire, doit bénéficier d'une prise en charge diététique. Cette dernière doit être associée à la correction des autres facteurs de risques cardio-vasculaire. En prévention primaire à risque cardio-vasculaire faible : le traitement diététique doit être proposé en monothérapie pendant au moins 3 mois et sera poursuivi même si l'objectif thérapeutique est atteint... Pour le patient à haut risque cardio-vasculaire: le traitement médicamenteux doit être instauré le plus tôt possible (Grade B) associé à la prise en charge diététique et la correction des autres facteurs de risque. »

*Le Diabète de type 2 (HAS 2006) :

« La lutte active contre la sédentarité et la planification alimentaire représentent des interventions irremplaçables à toutes les étapes de la prise en charge du diabète. Il est recommandé de proposer au patient une éducation en groupe de préférence, ou individuelle, par des médecins et des paramédicaux (diététicien, infirmier, éducateur médico-sportif). L'objectif de la prise en charge diététique est la correction des principales erreurs alimentaires qualitatives... » . « Les patients diabétiques de type 2 sont d'abord traités par des mesures hygiéno-diététiques, qui doivent être poursuivies à toutes les étapes. »

Annexe 3 : Le profil des 10 médecins généralistes interviewés

MG	Age	Sexe	Années d'installation	Form. Spé.(ETP)	Enseignant Fac	Cabinet	Lieu d'exercice
1	30aine (32)	F	de 0 à 9 (4)	+	+	Groupe	S-R
2	50aine (50)	F	de 10 à 19 (18)	+	+	Groupe	U
3	40aine (42)	F	de 0 à 9 (8)	-	-	Seule	U
4	30aine (34)	F	de 0 à 9 (3)	+	+	Groupe	S-R
5	40aine (43)	H	de 10 à 19 (10)	-	-	Groupe	S-R
6	50aine (56)	H	de 20 à 29 (28)	-	-	Groupe	U
7	40aine (43)	F	de 10 à 19 (14)	-	+	Groupe	S-R
8	60aine (63)	H	de 30 à 39 (33)	-	+	Groupe	U
9	30aine (30)	F	de 0 à 9 (2)	-	-	Groupe	U
10	60aine (60)	H	de 30 à 39 (32)	-	-	Seul	U

Annexe 4 : Guide d'entretien individuel

1. Comment abordez-vous les mesures diététiques avec vos Patients à Risque Cardio-Vasculaire (PRCV) ? *(Question d'ouverture générale sur la pratique perçue)*

Quand/circonstance, à quelle fréquence ? Durée ? Avec qui ? De quelle manière ? Avec quels moyens ?

Si blocage, proposer de partir de la dernière consultation correspondant à cette situation....

Pour quoi, dans quel but ?

2. Quels sont vos objectifs lorsque vous assurez la prise en charge diététique de vos PRCV ? Quelles seraient vos objectifs si vous assuriez une démarche éducative diététique avec vos PRCV ? *(Finalités)*

3. Que signifie, dans votre idéal, « faire de l'ETP » aux Mesures Diététiques avec vos PRCV ? (préconisée par les recommandations de l'HAS) ? *(Représentation des pratiques recommandées)*

PRINCIPES (valeurs) / POSTURE (relation, communication) / PRATIQUE (4étapes : Diag E / Obj pers / Séances educ / éval-suivi) / PROGRAMME d'ETP (équipe, coordination...)

Avant d'aller plus loin dans la discussion, pour qu'on s'entende sur l'expression « pratique d'ETP » = démarche en 4 temps (Notion de diagnostic éducatif /alliance thérapeutique avec objectifs personnalisés / séances éducatives / évaluation et suivi)

4. Ces pratiques vous paraissent comment : de floues à très claires // sur une échelle de 0 à 10

Floue 0 -----→ 10 Très claire

5. Aujourd'hui, estimez-vous avoir des pratiques d'ET dans la prise en charge diététique de vos PRCV ?

Pas du tout 0-----→ 10 Totalement

Qu'est qui vous manque ? Ou que vous ne faites pas ?

6. Où vous situez vous sur une échelle de 0 à 10 concernant la motivation à l'adoption d'une démarche éducative diététique avec vos PRCV ?

Pas du tout motivé 0 -----→ 10 Très motivé

Comment expliqueriez-vous cette motivation ou ce manque de motivation ?

7. Plus clairement, quels sont les éléments qui favorisent la mise en place de l'ET dans la prise en charge diététique de vos PRCV ? Ceux qui la pérennisent ?

Facteurs motivants dont les bénéfices / Facteurs aidants / Facteurs facilitants

8. A l'inverse quels sont les éléments freinateurs à cette mise en place ? Ceux qui limitent la pérennisation ?

Facteurs démotivants dont les inconvénients perçus et attendus / Facteurs limitants / Tensions

9. Quelle place/rôle considérez-vous avoir, en tant que MG, dans l'ET diététique de vos PRCV ?
(Rôle du MG)

Celle du MG / Celle d'autres professionnels / Rôle partagé

Nature/type (contrôle / expertise / égalitaire- accompagnement / facilitation-autonomisation)

10. Quelle importance portez-vous à l'ET diététique de vos patients à RCV ? (Importance)

ETP inutile 0 -----→ 10 ETP indispensable

11. L'ETP vous semble-t-elle plus efficace qu'une information simple ou qu'un conseil ?

Comment classeriez-vous sur une échelle d'efficacité ces 3 démarches : Info / conseil / ETP

Pas du tout efficace 0 -----→ 10 Très efficace

12. Etes-vous / Seriez-vous à l'aise dans l'ET diététique de vos PRCV?
(Compétences perçues et attendues mais pas que... _ Atouts et Handicaps)

Pas du tout à l'aise 0 -----→ 10 Tout à fait à l'aise

13. Dans quelle mesure le recours à une démarche éducative diététique avec vos PRCV est-elle envisageable/ faisable dans votre pratique quotidienne ? (Faisabilité)

Impossible en pratique 0 -----→ 10 Tout à fait faisable

14. Sur qui ou sur quoi vous appuyez-vous / appuieriez-vous pour assurer l' ET diététique de vos PRCV ? *(Ressources)*

(Réseaux ? Autres professionnels : méd. Spé. Ou paramédicaux ? Entourage ? _ Internet ? Supports papiers ou média....)

15. Quelle satisfaction tirez-vous/ tireriez-vous de l'ET diététique de vos PRCV ? *(Satisfaction)*

Pas du tout satisfaisant 0 -----→ 10 Tout à fait satisfaisant

16. Avez-vous mis en place des stratégies pour réussir à faire plus d'ET lors de la prise en charge diététique de vos PRCV ? Lesquelles ?

(ex : recherche de réseau, formation,)

17. Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

Annexe 5 : Grilles d'analyse des entretiens individuels

Ci-après le tableau d'analyse portant sur la pratique déclarée des MG est présenté en exemple.

Le second tableau *(les perceptions et les représentations des MG sur l'ETP dans le cadre de la prise en charge diététique des patients à RCV)* étant plus conséquent n'a pas été rajouté. Mais les différents thèmes portaient sur :

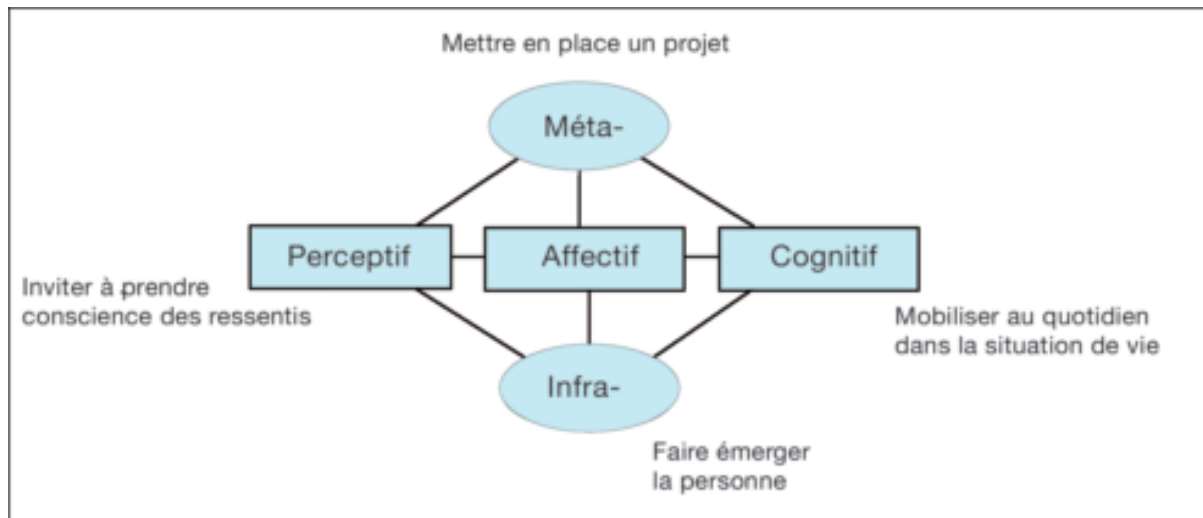
- Objectifs de la prise en charge diététique des patients à RCV,
- Education Thérapeutique Diététique des patients à RCV dans l'idéal,
- Clarté des notions sous-jacentes à l'ETP,
- Mise en pratique de l'Education Thérapeutique Diététique des patients à RCV,
- Rôle du MG dans l'Education Thérapeutique Diététique des patients à RCV,
- Importance de l'Education Thérapeutique Diététique des patients à RCV,
- Motivation à faire de l'Education Thérapeutique Diététique avec les patients à RCV,
- Comparaison d'efficacité dans la prise en charge diététique des patients à RCV de: Info / Conseil / ETP,
- Faisabilité de l'Education Thérapeutique Diététique avec les patients à RCV,
- Eléments favorisant la pratique de l'Education Thérapeutique Diététique avec les patients à RCV,
- Eléments freinant la pratique de l'Education Thérapeutique Diététique avec les patients à RCV,
- Compétences nécessaires,
- Ressources nécessaires,
- Satisfaction à faire de l'Education Thérapeutique Diététique avec les patients à RCV,
- Stratégies.

Grille d'analyse : Pratique déclarée des MG dans la prise en charge diététique des Patients à Risque cardio-vasculaire

[illegible]

Page 2

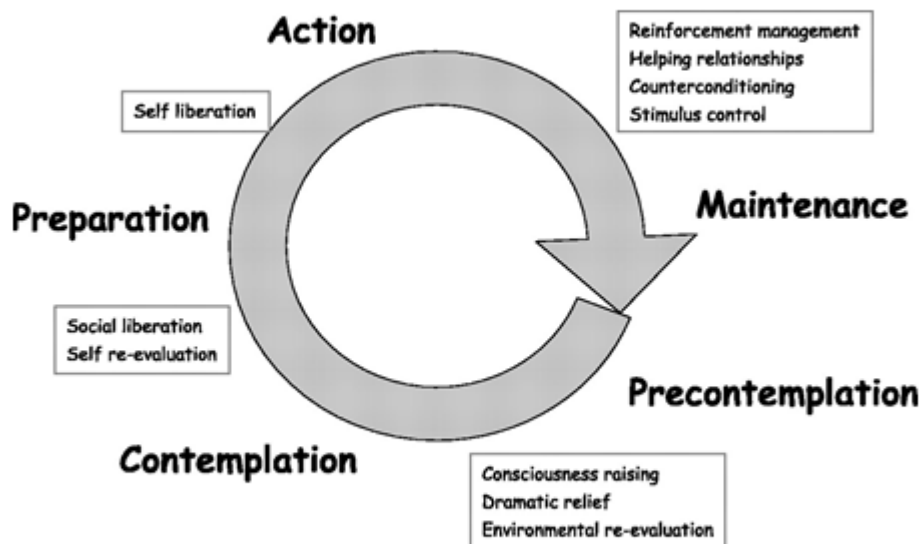
Annexe 6 : Les 5 dimensions de l'apprenant



Les propositions pédagogiques indiquées sont des exemples non exhaustifs de portes d'entrée privilégiant un axe de départ en particulier, ouvrant ensuite sur les autres.

Annexe 7 : Les stades de changement de Prochaska

The TTM of behaviour change with stages identified in bold and process in boxes [reprinted with permission from (Adams and White, 2003)].



Adams J., and White M. Health Educ. Res. 2005;20:237-243

Health Education Research Vol.20 no.2, © Oxford University Press 2005; All rights reserved

**HEALTH EDUCATION
RESEARCH**

Lexique

Béavioriste (*approche*) [p.15] : reposant sur un conditionnement. Le postulat d'une approche béavioriste est qu'un changement de comportement est le fait de stimuli environnementaux. « Le conditionnement opérant » dans le cadre du contrôle du comportement, en est une application concrète : cela consiste en un renforcement si la réponse à l'environnement est positive ou une remédiation si elle est négative (*issue des approches de Watson et Skinner*).

Constructiviste (*approche*) [p.15] : basé sur les notions d'assimilation et d'accommodation. Ainsi, on intègre les données nouvelles en fonction de ses acquis antérieurs et de sa propre organisation cognitive (*issue de l'approche de Piaget*).

Convention Médicale [p.14] : texte régissant les relations entre les caisses d'Assurance Maladie et les professionnels de santé (*Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux*). Elle établit les tarifs de remboursement des soins médicaux et les obligations réciproques entre les professionnels et les caisses.

Consommation de Soins et de Biens Médicaux [p.11] : comprend les soins hospitaliers et ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses, pansements, etc). Seules les dépenses concourant au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé sont prises en compte. Sont exclues les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en institution.

Education à la Santé [p.15] : ensemble des démarches permettant à une population participante d'acquérir des compétences pour atteindre la Santé, état de bien-être complet (physique, mental et social).

«L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés.» (OMS, 1998)

Education Thérapeutique du Patient [p.14] : démarche visant à aider les malades à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Education Thérapeutique diététique [p.19] : expression que j'emploie pour spécifier que je cible l'éducation nutritionnelle chez des patients (=les patients à risque cardio-vasculaire) dont le comportement alimentaire participe à leur pathologie.

Empowerment [p.42] : perçu comme un processus par certain, il répond à l'idée d'autonomisation du patient. Perçu par d'autres, comme le résultat de démarches éducatives, il est difficile à caractériser, tant il est lié à la personne en interaction avec d'autres personnes, dans un environnement spécifique, vivant une situation unique.

Evidence Based Medecine [p.14] : Médecine fondée sur des données probantes.

Incidence [p.11] : nombre de nouveaux cas observés dans une population donnée, divisé par la taille de cette population et la durée de la période d'observation (généralement une année).

Morbidité [p.9] : nombre de malades annuels, rapporté au nombre d'habitants d'un territoire donné.

Mortalité [p.9] : nombre de décès annuels, rapporté au nombre d'habitants d'un territoire donné.

Prévalence [p.11] : nombre de cas d'une maladie, au sein d'une population donnée, à un moment donné (soit un instant, soit un intervalle de temps). C'est une proportion qui s'exprime généralement en pourcentage.

Prévention [p.9] : ensemble des démarches ayant pour but de prévenir la survenue, le développement ou l'aggravation d'une maladie, d'un handicap (ou d'un accident).

Promotion de la Santé [p.9] : s'adresse à la population générale. Le but est de favoriser l'adoption d'une vie saine. Elle vise le maintien de la qualité de vie voire même un bien être optimal dans l'idéal.

«Donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. [...] La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu» (Charte d'Ottawa, 1986)

Liste des sigles

ALD : Affection de Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

APS : Association Agir pour la Promotion de la Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medecine

ESC : European Society of Cardiology

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FdR : Facteur de Risque

FdRCV : Facteur de Risque Cardio-Vasculaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

HTA : HyperTension Artérielle

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

MG : Médecin Généraliste

PIMESP : Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique

RCV : Risque Cardio-Vasculaire

RCVG : Risque Cardio-Vasculaire Globale

Bibliographie

[1] Observatoire régional de la santé des Pays de Loire (2012). «La santé observée dans les Pays de Loire». p.29

[2] INSERM, CépiDc. «Interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2010». Disponible sur :

<http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>

[3] InVS (2008). «Numéro Thématique : Surveillance de l'Hypertension artérielle en France» *BEH, Bull. Epid. Hebdomadaire*, 49-50, 478-485.

[4] InVS (2008). «Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4 % et des disparités géographiques croissantes» *BEH, Bull. Epid. Hebdomadaire*, 43, 409-413.

[5] CNAMTS. Points de repère n°3 : Coût des 30 ALD pour l'assurance maladie. Disponible sur :

[http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/points-de-repere/n-3-cout-des-trente-affecti-
ons-de-longue-duree.php](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/points-de-repere/n-3-cout-des-trente-affecti-
ons-de-longue-duree.php)

[6] ANAES (2004). «Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global». Recommandations, p.24-25. Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_vasculaire_rap.pdf

[7] ANAES (2004). «Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global». Recommandations, p.65-70.

[8] Afssaps (2005). «Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique». Recommandations, p.24-25. Disponible sur :

<http://www.nsfa.asso.fr/spip.php?article43>

[9] HAS (2007). «Education Thérapeutique du patient _ Comment la proposer et la réaliser». Recommandations, 8p. Disponible sur :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - comment la proposer et la realiser - recommandations juin 2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)

[10] INPES et HAS (2007). «Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques». Guide méthodologique, 109p.

[11] European Guidelines on cardiovascular disease Prevention in clinical practice (2012). «The 5th Joint Task Force of the ESC and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice» *European Heart Journal*, 33, 1635-1701.

[12] Giordan, A. (2010). « Education thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent » *Médecine des maladies Métaboliques*, 4 (3), 7p.

[13] Miller, W.R. et Rollnick, S. (2006). «L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement». Paris InterEditions, coll. : Techniques de développement personnel, 241 p.

[14] Duchesne, S. et Haegel, F. (2004). «L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif». Nathan universités, ...p.

[15] Le Rhun, A., Gagnayre, R., Crozet, C., Deccache, A. et al. (2005). «Modéliser la complexité des pratiques d'éducation thérapeutique ».

[16] Gallois, P., Vallée, J.P., Le Noc, Y. (2009). «Education thérapeutique du patient _ Le médecin est-il aussi un 'éducateur ' ?» *MEDECINE*, 5 (5), 222.

[17] Drahi, E. (2009). «Et si l'éducation thérapeutique des patients n'était pas à sa place ?» *MEDECINE*, 5 (2), 52-54.

[18] Giordan, A. (1998). «Apprendre !». Paris : Belin.

- [19] INPES (2009). « Baromètre Santé Médecins Généralistes, 2009 ». p.57. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
- [20] Golay, A., Lager, G., Giordan, A. (2009). « Comment motiver le patient à changer? ». Maloine : Education du patient, 247p.
- [21] Girard, G. et Grand'Maison, P. (1993). « L'approche négociée : modèle de relation patient-médecin » *Le Médecin du Québec*, 28 (5), 29-39.
- [22] Müller, B. et Saner, H. (2008). « Comment motiver le patient pour changer son mode de vie? » *Forum Med Suisse*, 8 (35), 626-631.
- [23] INPES, Foucaud, J. et al. (2008). « État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France _ Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé » *EVOLUTIONS, Résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé*, 12, 6p.
- [24] Synthèse de séminaire assuré par Lacroix A. (1996). « Approche psychologique de l'Education du Patient : obstacles liés aux patients et aux soignants ». *Bulletin d'éducation du patient*, 15 (3), 78-86. Disponible sur : <http://www.ipcem.org/RESSOURCES/PDFress/Lacroix.pdf>
- [25] Rubak, S. et al. (2005). « Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis » *Br J Gen Pract*, 55, 305-312.
- [26] Assal, J.P. (1997). « Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de la prise en charge. ». *Encycl Méd Chir*, Elsevier, Paris, 16p.

LES MESURES DIETETIQUES CHEZ LES PATIENTS A RISQUE CARDIO-VASCULAIRE EN MEDECINE GENERALE : PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS DE MEDECINS GENERALISTES

Les maladies cardio-vasculaires représentent un problème de santé publique. Les autorités de santé préconisent, chez les patients à risque cardio-vasculaire, la prévention par les mesures hygiéno-diététiques, dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient. Bien que les médecins généralistes aient à participer à la prévention, ils sont peu impliqués dans les démarches éducatives.

Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de 10 médecins généralistes de la région nantaise, pour recueillir leurs perceptions des recommandations, ce qui influence leur application de ces dernières et comment ils pourraient intégrer cette nouvelle approche à leur pratique.

La prise en charge diététique déclarée par la plupart d'entre eux, est instinctive, informelle et la résultante de leur expérience sur le terrain. Certains ont une pratique de l'ordre de la démarche éducative, d'autres informant et conseillent. La formation médicale universitaire, portée surtout sur le biomédical, et la formation hospitalière, sur les prises en charge aiguës (*selon un mode transmissif*), ne préparent pas au mieux à la prise en charge des pathologies chroniques, telles les maladies cardio-vasculaires.

La prise en charge diététique sur un mode éducatif paraît envisageable et son efficacité pressentie par la majorité des médecins interrogés. Mais leur motivation à appliquer cette nouvelle approche est bridée par les contraintes sociales, organisationnelles et personnelles.

La mise en pratique de l'éducation thérapeutique à la diététique chez les patients à risque cardio-vasculaire nécessiterait :

- l'ouverture de la formation médicale à la psychopédagogie et à la communication,
- l'intégration de cette nouvelle facette d'éducateur du médecin généraliste par les professionnels eux-mêmes, les autorités de santé et les patients.

MOTS-CLES : prévention, diététique, risque cardio-vasculaire, éducation thérapeutique, médecine générale