



HAL
open science

**La place des médecins généralistes en santé publique :
regards croisés de médecins généralistes et de
professionnel×le×s impliqué×e×s dans un projet de
promotion de l'activité physique à destination de jeunes
en surpoids**

Léa Sainlot

► **To cite this version:**

Léa Sainlot. La place des médecins généralistes en santé publique : regards croisés de médecins généralistes et de professionnel×le×s impliqué×e×s dans un projet de promotion de l'activité physique à destination de jeunes en surpoids. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03243369

HAL Id: dumas-03243369

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03243369v1>

Submitted on 31 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Léa Sainlot

Née le 29 Septembre 1990 à Besançon (25)

**La place des
médecins
généralistes en
santé publique.**

**Regards croisés de médecins
généralistes et de professionnel-le-s
impliqué-e-s dans un projet de
promotion de l'activité physique à
destination de jeunes en surpoids.**

Thèse soutenue à Rennes

Le 16 Juin 2020

devant le jury composé de :

Ronan THIBAULT

PU-PH - CHU Rennes / *Président de jury*

Ronan GARLANTEZEC

MCU-PH - CHU Rennes / *Examineur*

Anthony CHAPRON

MCU-PH - CHU Rennes / *Examineur*

Mélanie BESNIER

Médecin généraliste - CHU Rennes / *Examinatrice*

Marie-Renée GUEVEL

Maîtresse de conférence - EHESP Rennes /
Directrice de thèse

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET Jacques	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES Gérard	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Claude	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Nom Prénom	Sous-section CNU
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie médicale
GODEY Benoît	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUILLE François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie ; transfusion
HUSSON Jean Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE TULZO Yves	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENER Eric	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie viscérale et digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Médecine palliative
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier	Médecine générale
NAUDET Florian	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Nom Prénom	Sous-section CNU
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT Pierric	Médecine générale
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT Louis	Médecine d'urgence
SULPICE Laurent	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE Jean Marc	Médecine intensive-réanimation
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS- PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie ; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE Agnès	Médecine générale
BEGUE Jean Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
BROCHARD Charlène	Physiologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CASTELLI Joël	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHAPRON Anthony	Médecine générale
CHHOR-QUENIART Sidonie	Médecine générale
CORVOL Aline	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELINÉ Julien	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET Laure	Médecine générale
GANGLOFF Cédric	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT Isabelle	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie ; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET Solène-Florence	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU Audrey	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MENARD Cédric	Immunologie
MICHEL Laure	Neurologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique

Nom Prénom**Sous-section CNU**

PANGAULT Céline	Hématologie ; transfusion
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU Marie	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI Agata	Philosophie

REMERCIEMENTS

À

Monsieur le Professeur Ronan THIBAUT

Merci de présider ce jury.

Monsieur le Professeur Ronan GARLANTEZEC

Merci de l'attention accordée à mon travail.

Monsieur le Docteur Anthony CHAPRON

Merci de l'attention accordée à mon travail.

Madame la Docteur Mélanie BESNIER

Merci de l'attention accordée à mon travail.

Madame Marie-Renée GUEVEL

Merci pour la qualité et la pertinence de votre encadrement, pour votre soutien et votre enthousiasme.

**MERCI A VOUS TOU·TE·S,
QUI AVEZ PARTICIPE A CE
QUE CE TRAVAIL DE THESE
PRENNE FORME, CHACUN·E
A VOTRE MANIERE :**

A mes parents, à Natacha et Maxime,

A Valentin,

A Hélène et Nolwen,

**Aux musicien·ne·s des Zéclectiques acoustiques,
aux chanteur·euse·s de la Clique Harmonique,**

**Aux amitiés des époques présentes, passées et
futures,**

**A Adelaïde, Matthieu, Cécile, Eloïse, Julia, Elise,
Rémi, Séverine, Rémy, Lamia, Daphné, Pauline,
Rodolphe, Marylène, Tania, Marc, Pauline, Manon,
Arnaud, Cécile, Simon, Léo, Gwenhaël, Mathilde,
Paul, Camille, Gwenaël, Justine, Clémence, Laura,
Leïla et Joëlle,**

A la musique, la danse et la randonnée vélo,

**A la course à pied, au canal Saint Martin et à la
Coulée Verte,**

**A Mathilde, Judicaëlle, Emilie, Klervi et l'association
SenS,**

A toute l'équipe de la maison médicale de Tremblay,

**A tou·te·s les professionnel·le·s engagé·e·s dans le
dispositif PA'SAJE et aux médecins généralistes qui
ont accepté de répondre à mes entretiens,**

**A mes cousin·e·s, mes tantes, mes oncles et mes
neveux,**

A mes grands-parents de Breuillet et de Saint Juan.

Codes utilisés pour une écriture inclusive :

Nous avons choisi d'avoir recours à l'écriture inclusive dans un souci de respect de l'égalité entre les femmes et les hommes. L'écriture inclusive nous apparaît être un outil intéressant pour rendre visible la diversité des personnes cachées derrière les règles d'accord officielles.

Nous nous sommes appuyés sur un manuel d'écriture inclusive (1) afin de décider des principaux codes adoptés pour notre rédaction.

Nous avons utilisé le « point milieu » en composant le mot comme suit :

RACINE DU MOT + SUFFIXE MASCULIN + POINT MILIEU + SUFFIXE FEMININ.

Un point milieu supplémentaire suivi d'un « s » est ajouté pour indiquer le pluriel.

L'écriture inclusive des adjectifs, déterminants et pronoms couramment utilisés est la suivante :

SINGULIER	PLURIEL
ce-tte	ces
celui-elle	ceux-elles
certain-e	certain-e-s
chacun-e	chacun-e-s
différent-e	différent-e-s
du-de la	des
il-elle	il-elle-s
la-le	les
-	nombreux-ses
tout-e	tou-te-s
un-e	des

Table des matières

<u>LISTE DES ANNEXES ET ILLUSTRATIONS</u>	12
1. INTRODUCTION	13
2. MATERIEL ET METHODES : UNE ETUDE DE CAS D'UN PROJET PLURIPROFESSIONNEL DE PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE A DESTINATION DE JEUNES EN SURPOIDS	17
2.1 PRESENTATION DU DISPOSITIF PA'SAJE	17
2.2 POPULATION	18
2.3 RECUEIL DES DONNEES	21
2.4 ANALYSE DES DONNEES	22
3. RESULTATS	23
3.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGE·E·S	23
3.2 QUI SONT LES MEDECINS GENERALISTES INVESTI·E·S EN SANTE PUBLIQUE ? EMERGENCE DE TROIS TYPES DE « PROFILS »	24
3.2.1 LES MEDECINS INVESTI·E·S DANS LES ACTIVITES DE SANTE PUBLIQUE : LES « INVESTIS »	26
3.2.2 LES MEDECINS NE SE SENTANT PAS CONCERNE·E·S PAR LA SANTE PUBLIQUE : LES « NON CONCERNES »	29
3.2.3 LES MEDECINS SE SENTANT CONCERNE·E·S PAR LA SANTE PUBLIQUE MAIS PAS TOUJOURS INVESTI·E·S DANS LES ACTIVITES DE SANTE PUBLIQUE : LES « RECEPTIFS »	30
3.3 LEGITIMITE ET PLACE DES MEDECINS GENERALISTES EN SANTE PUBLIQUE	32
3.3.1 L'INTERVENTION DES MEDECINS GENERALISTES EST-ELLE LEGITIME DANS LES DEMARCHES DE PREVENTION A DESTINATION DES JEUNES EN SURPOIDS ?	32
3.3.2 QUELLE PLACE LES MEDECINS GENERALISTES PEUVENT-ILS OCCUPER DANS LES DISPOSITIFS DE SANTE PUBLIQUE ?	40
3.4 INTERACTIONS PROFESSIONNELLES ET ROLES DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE DISPOSITIF PA'SAJE	45
3.4.1 ROLES ET IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS PA'SAJE	45
3.4.2 COMMUNICATION ET INTERACTIONS PROFESSIONNELLES DANS PA'SAJE	47
4. DISCUSSION	52
4.1 « PROFILS TYPES » DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGE·E·S	53
4.1.1 RAPPROCHEMENT DES PROFILS DE MEDECINS « INVESTIS » ET « PROMOTEURS »	54
4.1.2 RAPPROCHEMENT DES PROFILS DE MEDECINS « NON CONCERNES » ET « PURS SOIGNEURS »	55

4.1.3	PROFIL INTERMEDIAIRE DE MEDECINS « RECEPTIFS »	56
4.1.4	POSITIONNEMENT DES MEDECINS GENERALISTES EN FONCTION DE LEUR PROFIL	57
4.2	ENJEUX DE LA MEDICALISATION DU SURPOIDS DES JEUNES	60
4.3	PLACE DES MEDECINS GENERALISTES AU SEIN DES DISPOSITIFS DE SANTE PUBLIQUE	62
4.4	ROLES DES MEDECINS GENERALISTES ET INTERACTIONS PROFESSIONNELLES DANS LE DISPOSITIF PA'SAJE	64
4.5	LIMITES	68
4.6	PERSPECTIVES DE RECHERCHE	69
5.	CONCLUSION	70
	<hr/>	
	BIBLIOGRAPHIE	74
	<hr/>	
	GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS UTILISEES	76
	<hr/>	
	ANNEXES	77
	<hr/>	

LISTE DES ANNEXES ET ILLUSTRATIONS

Liste des annexes

Annexe n°1 : Guide d'entretien _____ 77

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Caractéristiques des professionnel·le·s engagé·e·s dans le dispositif PA'SAJE _____ 19

Tableau n°2 : Caractéristiques des professionnel·le·s potentiellement concerné·e·s par le dispositif
PA'SAJE _____ 20

Tableau n°3 : Caractéristiques des médecins généralistes hors territoire n'ayant aucun lien avec le
dispositif PA'SAJE _____ 21

Tableau n°4 : Caractéristiques générales et profils des médecins généralistes interrogé·e·s _____ 26

1. INTRODUCTION

La santé publique n'est pas toujours plébiscitée par les médecins généralistes. Une enquête réalisée en 2003 révèle que pour 64% d'entre eux-elles, l'information et l'éducation du patient ne sont pas réellement perçues comme faisant partie de leur rôle (2). Pourtant, les médecins généralistes ont le sentiment d'avoir une place mal reconnue en santé publique et revendiquent volontiers une plus grande implication dans ce domaine (3). En pratique, bien qu'il-elle-s aient diverses occasions d'avoir une activité se rapportant à la santé publique, il-elle-s ne s'approprient pas tou-te-s ce rôle, ni ne le font de la même manière.

La santé publique est définie dans le glossaire de la promotion de la santé élaboré par l'OMS, comme « science et art » visant « à améliorer la santé, à prolonger la vie et à donner une meilleure qualité de vie à des populations entières, par la promotion de la santé, la prévention de la maladie et d'autres types d'intervention sanitaire » (4). Par conséquent, les médecins généralistes sont concerné-e-s de près par la santé publique, afin de contribuer à la mise en œuvre des objectifs annoncés. L'idée que les missions de santé publique des médecins généralistes font partie intégrante de leur exercice est également présente dans la définition européenne de la médecine générale (Wonca Europe 2002, actualisée en 2005). Il y est spécifié que les médecins généralistes « acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté » (5). Cette définition précise que « leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative » (5).

Malgré tout, si les médecins généralistes reconnaissent qu'il-elle-s ont un rôle à jouer en santé publique (3), leur place au sein de celle-ci n'est pas évidente à trouver. En effet, la santé publique est un concept très large, qui demande de mobiliser des approches de prévention des maladies et de promotion de la santé, dont les médecins généralistes ne sont pas toujours familiers.

Selon François-Xavier Schweyer, on peut distinguer quatre types d'activités en santé publique accessibles aux médecins généralistes : le conseil de nature hygiéno-diététique, l'orientation vers un-e correspondant-e pour réaliser un acte de prévention, la réalisation d'un acte ponctuel de prévention ou la mise en place d'une prise en charge globale nécessitant un suivi (6). Selon François Bourdillon et al., ces activités de prévention au sens large s'effectuent la plupart du temps « au fil des consultations » de façon « opportuniste » par le-a médecin. Elles incluent la prévention « médicalisée » (vaccination, interventions brèves pour l'alcool ou le cannabis, conseils minimaux pour le tabagisme, frottis cervico-vaginal) mais également les activités de conseils ou d'information, l'éducation à la santé (vie sexuelle et affective, parentalité...) et l'éducation thérapeutique (dans le cadre de maladies chroniques). A côté de ces activités de prévention, ces auteur-e-s identifient d'autres pratiques se rapportant à la santé publique, telles que les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles ou les activités de concertation, coopération et coordination. Ces dernières peuvent donner lieu à certaines pratiques chez les médecins généralistes, telles que l'exercice à temps partiel au sein de dispositifs (addiction, santé mentale, planification familiale, EHPAD, hôpitaux locaux...), ou l'investissement bénévole dans des structures de dépistage ou des réseaux régionaux (7).

Malgré la diversité de ces activités, en France, la notion de prévention demeure très largement associée à des actions ou interventions médicalisées, dispensées à l'échelle individuelle, en cabinet (7). Pourtant, au niveau international, notamment dans les pays nordiques et anglo-saxons, le concept de promotion de la santé tend à se substituer à celui de prévention, proposant une approche globale et affirmant la participation de chacun-e à la gestion de sa propre santé.

La promotion de la santé est définie dans la Charte d'Ottawa (1986) comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » et qui « comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique » (4).

Contrairement au Canada, la promotion de la santé reste une notion que le système de santé français - et les médecins généralistes - peinent à s'approprier. Selon Michel Joubert, la tendance française à s'inscrire dans un mouvement général de médicalisation de la société a conduit à négliger les « déterminants de santé » (conditions de vie et de travail), la dimension locale, la diversité des conditions sociales et culturelles, et la valorisation des ressources propres aux publics, qui constituent pourtant les leviers de la promotion de la santé (8).

Cette inadéquation entre la définition essentielle du concept de promotion de la santé et l'interprétation qu'en fait notre système de santé peut mettre les médecins généralistes en difficulté. Selon Gwénola Levasseur, la prédominance du modèle curatif individuel ne les prépare guère à inscrire leurs actions dans une perspective collective et les conforte dans une vision strictement médicale de la santé, ce qui traduit une culture de « santé publique » partielle et inachevée (9).

Néanmoins, de nouvelles perspectives semblent se dessiner ces dernières années en France. La définition de « prévention globale » retenue par la mission Flajolet (élaborée en 2008 à la demande du premier ministre) inclut « l'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique » (10). L'adoption en décembre 2017 de la stratégie nationale de santé 2018-2022 semble témoigner d'une volonté du gouvernement d'affirmer les valeurs portées par la prévention et la promotion de la santé en les plaçant au cœur de la politique de santé. L'inscription de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé dans un des quatre axes de cette stratégie rend compte d'un intérêt particulier accordé aux déterminants de santé (11).

La thématique du surpoids et de l'obésité des jeunes constitue un exemple de domaine à l'intersection de la santé publique et de la médecine générale, impliquant la mobilisation des approches de prévention et de promotion de la santé. Pour les médecins généralistes, l'enjeu est de savoir comment se positionner pour accompagner ces jeunes. D'une part, en assumant leur responsabilité et leur légitimité à intervenir dans ce domaine. D'autre part, en leur permettant de bénéficier d'une approche orientée vers la promotion de la santé prenant en compte les déterminants non exclusivement médicaux.

Le surpoids et l'obésité des jeunes est un phénomène qui a tardé à être considéré comme une préoccupation majeure de santé, alors qu'il s'accroît depuis une quarantaine d'années. En France, selon les données rassemblées lors de l'expertise collective de l'Inserm en 2000 (12) seulement 4 à 6% des enfants de 9-10 ans étaient en surpoids en 1980 contre 18% des 3 à 17 ans en 2006, selon l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) (13).

Les objectifs visés par les politiques de santé publique n'ont pas été atteints : l'étude ESTEBAN (14) montre que la prévalence du surpoids chez les 6-17 ans s'est seulement stabilisée à 17% (dont 4% d'obésité) en 2015, au lieu de diminuer comme le prévoyait le troisième Plan National Nutrition Santé (15). De même, en 2015, seuls 51% des garçons et 33% des filles de 6 à 17 ans atteignaient les 60 minutes par jour d'activité physique modérée à intense recommandées par l'OMS (16). Qui plus est, le niveau d'activité physique des enfants est resté stable ces dix dernières années, au lieu d'augmenter comme prévu. Autre constat d'échec, la prévalence du surpoids (obésité incluse) est restée supérieure chez les enfants issus de ménages moins diplômés (14).

Les trois premières versions du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (2001, 2006, 2011) ainsi que le « Plan Obésité » 2010-2013 ont fait l'objet en Juillet 2016 d'un rapport sévère établi par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (17). Celui-ci met notamment en évidence l'inefficacité de la communication institutionnelle pour toucher les populations les plus précaires, pourtant parmi les plus concernées par la malnutrition, la sédentarité et l'obésité. Il dresse également un bilan contrasté du Plan Obésité, positif sur le plan de l'offre de soin et du dépistage, mais insuffisant en ce qui concerne les actions de prévention.

En accord avec les orientations de la stratégie nationale de santé 2018-2022 structurées autour de la prévention et de la promotion de la santé, le Ministère de la Santé et des Solidarités propose un quatrième Programme National Nutrition Santé pour 2019-2023, qui replace la lutte contre le surpoids et l'obésité des jeunes comme un enjeu central. Les objectifs fixés sont de diminuer de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents (dont la tendance était à la stabilisation) et de 10% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents issus de familles défavorisées (dont la tendance était en augmentation)(18).

Dans ce contexte, les médecins généralistes sont appelés à adapter leurs pratiques en tenant compte de l'évolution de la santé publique vers une approche de promotion de la santé, mais aussi des enjeux que représente l'accompagnement des jeunes en surpoids.

De précédents travaux montrent ainsi des évolutions dans les postures des médecins généralistes. A l'issue d'une enquête qualitative réalisée en 2007-2008, Lise Monneraud met en évidence l'apparition récente d'une catégorie de médecins « promoteurs » dans l'action publique de santé, qui redéfinissent les contours du métier de médecin (19). Celle-ci décrit comment, en insufflant de nouvelles dynamiques d'organisation collective du travail, il-elle-s se positionnent en leaders charismatiques, faisant don de leur temps, leurs connaissances, leurs réseaux, leur personne. Ces évolutions de la profession souhaitées par les médecins « promoteurs » ont certes pour objectif de recentrer l'exercice sur les besoins des patients, mais surtout d'améliorer les conditions d'exercice de chacun, en

favorisant le partage d'expérience, en fluidifiant les réseaux d'adressage et d'orientation. Lise Monneraud y voit une nouvelle forme de sacerdoce, prenant le relais du modèle ancien du·de la praticien·ne corvéable à merci.

L'observation de ce type de prise de position chez des médecins témoigne d'un besoin d'affirmation de leur intérêt pour la santé publique, et d'une nécessité d'y redéfinir leur place.

Quelle(s) place(s) les médecins généralistes se proposent-ils d'occuper dans le domaine de la santé publique ? Comment les différent·e·s professionnel·le·s impliqué·e·s dans les activités de santé publique conçoivent le rôle des médecins généralistes en santé publique ?

Nous nous proposons d'approfondir ces questions au moyen d'un travail empirique basé sur une étude de cas : le dispositif PA'SAJE.

2. MATERIEL ET METHODES : UNE ETUDE DE CAS D'UN PROJET PLURIPROFESSIONNEL DE PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE A DESTINATION DE JEUNES EN SURPOIDS

2.1 PRESENTATION DU DISPOSITIF PA'SAJE

Le programme « PA'SAJE » (PArcours SAnté JEunesse) est un exemple de dispositif de santé publique à ancrage scolaire dans lequel les médecins généralistes n'ont pas *a priori* de rôle central. Il répond à l'appel à projet « Prévention et Promotion de la Santé 2018 » émanant de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne. Ce projet propose des mesures individualisées pour favoriser l'activité physique des jeunes de CE2, CM1, CM2, sixième et cinquième, en surpoids, dont la situation socio-économique ou l'environnement familial peuvent être des obstacles à la pratique sportive. Ce dispositif est accessible aux enfants scolarisés dans les écoles et collèges de la communauté de communes « Couesnon Marches de Bretagne » et qui répondent aux « critères » cités précédemment. Il mobilise un réseau de professionnels de proximité.

Les jeunes sont essentiellement repérés par une infirmière scolaire qui propose leur inclusion et prend contact avec leur famille. Il est prévu que d'autres professionnel-le-s de santé, notamment les médecins généralistes, puissent également participer à ce travail de repérage et de recrutement.

L'entrée dans le dispositif permet aux jeunes de bénéficier d'un accompagnement collectif et personnalisé pendant au moins une année scolaire, avec la possibilité que cet accompagnement soit reconductible. L'objectif est de les aider à intégrer durablement l'activité physique dans leur vie quotidienne.

L'encadrement des jeunes est prévu par des éducateur-trice-s sportif-ive-s, une infirmière scolaire, une psychologue, une diététicienne, une sophrologue, trois représentant-e-s des pôles de santé du territoire (deux coordinatrices et un médecin généraliste retraité), une animatrice territoriale de santé et une assistante sociale. Ces différents professionnel-le-s forment un groupe de travail, au sein duquel chacun-e participe à la fois au fonctionnement interne (par l'intermédiaire d'un comité de pilotage) et à l'encadrement des jeunes. L'accompagnement proposé aux jeunes et à leurs familles comprend une aide au choix et au financement d'une activité sportive, la possibilité de participer à des journées de regroupement autour du sport, et la mise à disposition de matériel sportif. En parallèle, il-elle-s peuvent bénéficier gratuitement d'entretiens avec une psychologue ou une sophrologue. Le lien avec les médecins généralistes est assuré par les coordinatrices des pôles de santé, jouant le rôle d'interface entre le dispositif et les professionnel-le-s de santé des pôles.

Les principaux financeurs du dispositif sont l'ARS, l'intercommunalité Couesnon Marche de Bretagne et le Département (dans le cadre des contrats départementaux de territoire).

Sur l'année scolaire 2018-2019, onze jeunes en surpoids ont ainsi été accompagnés par ce dispositif, et la plupart ont réitéré leur engagement pour l'année suivante.

2.2 POPULATION

La population de l'étude était composée de 21 professionnel-le-s dont 9 médecins généralistes. 19 professionnel-le-s exerçaient sur le territoire concerné par le dispositif PA'SAJE (la communauté de communes Couesnon Marches de Bretagne). Seuls deux professionnels (médecins généralistes) exerçaient sur des territoires distincts.

Le territoire d'étude était une zone rurale à semi-rurale dotée de deux pôles de santé regroupant chacun une trentaine de professionnel-le-s de santé. Depuis 2017, ce territoire est couvert par le Contrat Local de Santé (CLS) du Pays de Fougères, qui encourage la mise en place d'actions de prévention et promotion de la santé, notamment en faveur de la santé des jeunes. Le dispositif PA'SAJE s'inscrit dans un des axes du CLS intitulé « promouvoir l'éducation nutritionnelle et les activités physiques ». Il s'agit donc d'un territoire plutôt dynamique et engagé en faveur de la promotion de la santé.

Dans un premier temps, nous avons interrogé l'ensemble des professionnel-le-s du territoire ayant directement participé à la mise en œuvre du dispositif PA'SAJE ainsi que des professionnel-le-s indirectement concerné-e-s par le dispositif PA'SAJE.

Dans un deuxième temps, nous avons interrogé deux médecins généralistes hors du territoire étudié, afin d'apporter un regard décentré par rapport au dispositif étudié.

Les professionnel-le-s ayant directement participé à la mise en œuvre du dispositif étaient au nombre de 9 (cf tableau n°1). Ces personnes ont toutes participé au groupe de travail, au fonctionnement du dispositif, aux animations et activités proposées aux enfants dans le cadre du dispositif. Ces 9 professionnel-le-s entretenaient des liens étroits avec le dispositif. Afin de mieux les identifier, nous proposons de les nommer les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif.

Le recrutement de ces professionnel-le-s s'est fait de manière « ciblée », l'objectif étant de pouvoir recueillir la totalité des points de vue des acteur-trice-s ayant participé au dispositif.

Profession	Age	Sexe	Nombre d'années d'exercice	Rôle spécifique dans le dispositif PA'SAJE
Directrice d'un centre aquatique / éducatrice sportive	39	F	6	Portage et coordination du projet PA'SAJE (chargée de mission sport santé pour la communauté de communes) / entretiens initiaux et finaux avec les jeunes
Infirmière scolaire	47	F	11	Repérage et recrutement des jeunes en surpoids dans les écoles et collèges
Coordinatrice de pôle n°1 / diététicienne	40	F	3	Animation d'ateliers diététiques / lien avec les professionnel-le-s du pôle de santé n°1
Coordinatrice de pôle n°2 / secrétaire	60	F	4	Lien avec les professionnel-le-s du pôle n°2
Animatrice Territoriale de Santé (ATS)	26	F	2	Accompagnement des professionnel-le-s portant le projet PA'SAJE dans la cadre du CLS sur le territoire intercommunal (Pays)
Psychologue	43	F	12	Entretiens initiaux et finaux avec les jeunes / consultations de psychologie sur demande
Sophrologue	41	F	3	Séances individuelles ou collectives de sophrologie
Médecin 2 (généraliste retraité)	67	M	39	Lien avec les professionnel-le-s du pôle de santé n°2 (président de pôle)
Assistante sociale	56	F	33	Lien avec les professionnel-le-s du CDAS

Tableau n°1 : Caractéristiques des professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif PA'SAJE

Les autres professionnel-le-s indirectement concerné-e-s par le dispositif (n'ayant pas participé au groupe de travail ni à la mise en œuvre du projet) étaient au nombre de 10 (cf tableau n°2).

Ces 10 professionnel-le-s avaient tou-te-s au moins entendu parler du dispositif, certain-e-s en avaient une connaissance vague, d'autre plus approfondie. Ces professionnel-le-s entretenaient des liens indirects avec le dispositif PA'SAJE. Afin de les identifier, nous proposons de les appeler les professionnel-le-s potentiellement concerné-e-s par le dispositif.

Le recrutement de ces professionnels s'est fait « en boule de neige », d'abord basé sur un réseau de connaissances de l'enquêtrice puis guidé par les suggestions des professionnel-le-s au cours de l'enquête.

Profession	Age	Sexe	Nombre d'années d'exercice sur le territoire	Lien au dispositif PA'SAJE
Médecin 1	58	M	33	Participation à l'initiation du programme (ancien président du pôle de santé n°1) / Possibilité de participer au repérage et recrutement des jeunes
Médecin 3	62	M	33	Médecin traitant de deux patients inclus dans PA'SAJE (mais pas à l'origine de leur inclusion)
Médecin 4	61	F	20	Médecin traitant d'un patient inclus dans PA'SAJE (mais pas à l'origine de son inclusion)
Médecin 5	37	F	6	Possibilité de participer au repérage et recrutement des jeunes
Médecin 6	40	M	2	Médecin traitant d'un patient inclus dans PA'SAJE (mais pas à l'origine de son inclusion)
Médecin 7	38	F	8	Possibilité de participer au repérage et recrutement des jeunes / plusieurs tentatives pour tenter d'inclure des jeunes (critères d'inclusion non remplis)
Chargée de mission pour l'ARS Bretagne	55	F	4	Emission d'un avis favorable pour la candidature de PA'SAJE à l'appel à projet de l'ARS
Directrice d'établissement scolaire / Professeure des écoles	45	F	21	Présence d'un enfant de son établissement inclus dans PA'SAJE / en lien avec l'infirmière scolaire engagée dans le dispositif
Elu communautaire vice-président aux affaires relevant des solidarités, enfance, jeunesse, culture, sport et santé	74	M	19	Soutien institutionnel et financier du projet, dans le cadre de ces attributions pour la communauté de communes
Kinésithérapeute	Entretien non analysé			

Tableau n°2 : Caractéristiques des professionnel-le-s potentiellement concerné-e-s par le dispositif PA'SAJE

Les deux médecins généralistes situés hors du territoire ont fait l'objet d'un recrutement « ciblé », du fait de la présence d'initiatives de promotion de l'activité physique sur leurs territoires. Le choix s'est porté sur des médecins exerçant en zone rurale ou semi-rurale, similaire à celle du terrain d'étude. Ils ne connaissaient pas le dispositif PA'SAJE. Afin de les identifier, nous proposons de les appeler les médecins généralistes hors territoire (cf tableau n°3).

Profession	Age	Sexe	Nombre d'années d'exercice	Initiatives de promotion de l'activité physique sur le territoire d'exercice
Médecin 8	51	M	17	Centre de médecine du sport et de rééducation / clubs sportifs / clubs de remise en forme avec programmes de coaching
Médecin 9	59	M	30	Dispositif de sport sur ordonnance porté par la communauté de commune et coordonné par un éducateur sportif / programme ETP obésité de l'enfant

Tableau n°3 : Caractéristiques des médecins généralistes hors territoire n'ayant aucun lien avec le dispositif PA'SAJE

2.3 RECUEIL DES DONNEES

La méthodologie de recherche était qualitative (20). Entre janvier 2019 et janvier 2020, 21 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés et enregistrés au moyen d'un enregistreur portable. Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail ou au domicile des enquêté-e-s. Les durées d'entretiens étaient majoritairement comprises entre 30 minutes et 1 heure. Le recueil du consentement pour l'enregistrement des données a été systématiquement réalisé.

Au début de chaque entretien, nous avons recueilli par écrit les caractéristiques générales des personnes interrogé-e-s, telles que l'âge, le sexe, la profession et les éventuelles spécificités d'exercice, le nombre d'années d'exercice et la date d'installation sur le territoire. Des données d'ordre général, concernant le contexte, les conditions d'entretien ou les impressions immédiates après la réalisation de l'entretien ont été consignées par écrit.

Sur l'ensemble des professionnel-le-s interrogé-e-s, nous constatons de grandes disparités dans la nature des liens entretenus avec le dispositif. L'éventualité de liens quasiment inexistant de certain-e-s professionnel-le-s (notamment des médecins) avec le dispositif n'avait pas été anticipé. Le présupposé selon lequel les médecins ayant des patient-e-s inclu-e-s dans le dispositif PA'SAJE entretenaient des liens rapprochés avec le dispositif s'est révélé inexact. En effet, les patients avaient pu être inclus directement par l'infirmière scolaire, sans que le médecin traitant n'ait eu à intervenir. Le

guide d'entretien, initialement prévu pour des professionnel-le-s ayant une relative maîtrise du fonctionnement du dispositif a parfois dû être adapté aux situations.

Ce guide d'entretien (cf annexe n°1) comportait six parties dont les intitulés étaient : présentation générale, rôle des différent-e-s acteur-trice-s autour du dispositif PA'SAJE, effets du programme sur les jeunes et les familles, en cas d'absence de lien avec le dispositif PA'SAJE, réflexion générale sur les dispositifs de santé publique. Des exemples de thématiques figuraient au sein de chacune de ces parties. Les différentes thématiques n'ont pas toutes été abordées systématiquement, ni dans l'ordre, afin de laisser la possibilité aux interlocuteur-trice-s de s'écarter de la trame prévue pour aborder les sujets importants à leurs yeux.

Une partie intitulée « en cas d'absence de lien avec le dispositif PA'SAJE » a été ajoutée dès les premiers entretiens réalisés, afin de pouvoir s'adapter aux professionnel-le-s n'ayant pas connaissance ou ayant une connaissance limitée du dispositif. Le même guide d'entretien a été utilisé pour tou-te-s les professionnel-le-s, mais certaines questions s'adressaient plus spécifiquement aux médecins et d'autres plus spécifiquement aux professionnel-le-s « engagé-e-s » dans le dispositif.

Notre choix méthodologique a été d'interroger les différent-e-s professionnel-le-s en s'appuyant sur leur expérience au sein du dispositif PA'SAJE (ou de programmes similaires), afin de partir d'une expérience concrète en vue de les amener à formuler des positionnements plus généraux dans un deuxième temps. Partir du vécu et de l'expérience des professionnel-le-s nous semblait propice à l'élaboration de positionnements plus larges et plus riches que si nous avions posé la question de la légitimité ou de la place du médecin généraliste en santé publique dans l'absolu.

2.4 ANALYSE DES DONNEES

Sur les 21 entretiens réalisés, 20 ont été intégralement retranscrits, à l'aide du logiciel Sonal.

Les propos ont été retranscrits mot à mot. En vue de garantir leur anonymat, les professionnel-le-s interrogé-e-s ont été identifié-e-s par leur profession, avec un numéro pour ceux qui partageaient la même profession. Les noms propres cités pendant les entretiens ont été changés, ou abrégés par des initiales (pour les noms relatifs à la géographie).

Un entretien n'a pas été retranscrit ni analysé, dans l'objectif d'alléger l'analyse en la centrant sur les éléments pertinents pour répondre à la question de recherche. Il s'agissait d'un entretien avec une kinésithérapeute appartenant à un des deux pôles de santé du territoire, qui n'a pas été directement impliquée dans le dispositif. Les propos recueillis apportant peu d'éléments de réponse directement liés à la question de recherche, nous avons décidé de ne pas l'intégrer au corpus d'entretiens à analyser.

L'élaboration d'une structure de codage à l'aide d'un tableur Excel a permis la réalisation d'une analyse thématique. Les thèmes récurrents ont d'abord été repérés, permettant ainsi de rassembler les extraits de verbatim sous chacun des thèmes. Puis des sous-thèmes ont été identifiés à l'intérieur de chaque thème. A chaque fois qu'un sous-thème semblait émerger, il était confronté à l'ensemble

du corpus afin de chercher des propos illustrant ce sous-thème, non identifiés à première lecture. Les extraits de verbatim ont ensuite été réorganisés et associés aux sous-thèmes correspondants. La cohérence générale de cette structure de codage a été vérifiée par une chercheuse (différente de l'enquêtrice).

Un analyse descriptive de la population d'étude, basée sur les caractéristiques générales recueillies par écrit et lors de l'entretien a également été réalisée (cf tableaux n°1, 2, 3, 4).

Les entretiens ont été denses et variés, possiblement en lien avec la diversité des professionnel-le-s interrogé-e-s. Dans une démarche de cohérence pour répondre à la question de recherche, nous n'avons pas fait apparaître dans ce travail l'intégralité des analyses effectuées. Les résultats concernant les effets du programme sur les jeunes et leurs familles en particulier ont été écartés, sans lien direct avec notre problématique.

3. RESULTATS

Après une brève description des caractéristiques générales des médecins généralistes interrogé-e-s, nous détaillerons les trois profils de médecins observés selon leur niveau d'implication en santé publique. Nous nous interrogerons ensuite sur la légitimité des médecins à intervenir dans les démarches de prévention du surpoids des jeunes puis sur la place des médecins généralistes dans les dispositifs de santé publique. Enfin, nous nous pencherons sur l'expérience concrète du dispositif PA'SAJE afin de recueillir les positionnements des différents professionnel-le-s concernant les rôles des médecins généralistes et les interactions professionnelles au sein de ce type de dispositif pluriprofessionnel.

3.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGE-E-S

Parmi les neuf médecins généralistes interrogé-e-s, on comptait trois femmes et six hommes. La moyenne d'âge était de 52 ans et les extrêmes variaient de 37 à 67 ans. L'âge médian était de 58 ans. Chez les femmes, la moyenne d'âge était de 45 ans (extrêmes variant de 37 à 61 ans). Chez les hommes, la moyenne d'âge était de 56 ans (extrêmes variant de 40 à 67 ans).

Le nombre d'années d'exercice était en moyenne de 21 ans (26 ans pour les hommes et 13 ans pour les femmes) avec des durées extrêmes variant entre 2 et 39 ans pour les hommes et entre 10 et 20 ans pour les femmes.

Tou-te-s exerçaient en zone rurale ou semi-rurale. Trois médecins exerçaient en maison médicale (MM) et six en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Huit médecins étaient adhérents à un pôle de santé.

3.2 QUI SONT LES MEDECINS GENERALISTES INVESTI-E-S EN SANTE PUBLIQUE ? EMERGENCE DE TROIS TYPES DE « PROFILS »

Les déclarations des médecins généralistes concernant leur implication dans les activités de santé publique semblent révéler trois niveaux d'implication possible. Nous avons choisi de partir de ces déclarations (recueillies en entretien) pour distinguer trois types de profils. Sur les neuf médecins généralistes interrogé-e-s, cinq affirmaient être impliqué-e-s dans diverses activités de santé publique ; un disait ne pas se sentir concerné par la santé publique et ne pas s'y impliquer ; et trois exprimaient se sentir concerné-e-s par la santé publique mais sans pouvoir réellement s'investir dans les activités de santé publique. Nous proposons de nommer ces profils respectivement : « investis », « non concernés » et « réceptifs ». Les différences observées entre les trois profils identifiés portent notamment sur les choix organisationnels relatifs à l'activité professionnelle, les sensibilités et valeurs personnelles, le sens donné à l'activité professionnelle et les expériences en éducation à la santé, prévention et promotion de la santé.

Le tableau n°4 met en parallèle les profils des médecins généralistes interrogé-e-s, leurs caractéristiques générales et les éléments illustrant leur implication en santé publique.

Nous reviendrons plus largement sur ces catégorisations dans la discussion.

Profil	Profession	Age	Sexe	Type d'exercice	Implication dans des projets de santé publique	Spécificités d'exercice
« investi »	Médecin 1	58	M	MSP / pôle de santé n°1	Participation à la mise en place d'un programme d'ETP sur la prévention des chutes chez les personnes âgées / Repérage de situations nécessitant une coordination par la PTA	Médecine du sport / Médecine d'urgence Médecine Légale / Médecin Pompier / président de pôle n°1
	Médecin 2	67	M	MSP / pôle de santé n°2	Participation au groupe de travail du dispositif PA'SAJE / Animation de séances d'ETP sur le diabète / Implication dans un programme de d'encadrement de l'activité physique « Cogléo » / mise en place d'un partenariat avec une salle de sport pour encadrer l'activité physique	Retraité / Président de pôle n°2
	Médecin 5	37	F	MM / pôle de santé n°1	Activité en centre IVG Relais local d'un réseau d'addictologie / Participation à des actions sur la « vie affective et sexuelle »	D.U. Gynécologie
	Médecin 7	38	F	MSP / pôle de santé n°1	Activité en centre IVG / Relais local d'un réseau de dépistage des troubles de l'apprentissage chez l'enfant / Participation à des actions sur la « vie affective et sexuelle » / Repérage de situations nécessitant une coordination par la PTA	D.U. Gynécologie / D.U. Médecine préventive de l'enfant
	Médecin 9	59	M	MSP / pôle de santé n°3	Participation à la mise en place de programmes d'ETP cardiovasculaire et sur l'obésité de l'enfant / participation à la mise en place d'un programme de rééducation à l'effort en partenariat avec des kinésithérapeutes / participation à « Bougez sur Ordonnance », un dispositif de prescription de sport sur ordonnance	Médecine du sport / Médecine d'urgence
« non concerné »	Médecin 3	62	M	MSP / pôle n°2	Aucune	

« réceptif »	Médecin 4	61	F	MM / pôle de santé n°2	Animation de séances d'ETP diabète dans le passé	Formation ETP
	Médecin 6	40	M	MSP / pôle de santé n°2	Se tient au courant des initiatives en participant aux réunions du pôle de santé	Ancien infirmier
	Médecin 8	51	M	MM	Participation à des groupes de pairs pour l'amélioration des pratiques professionnelles (prescriptions médicamenteuses)	Ostéopathie

MM : maison médicale ; MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

Tableau n°4 : Caractéristiques générales et profils des médecins généralistes interrogé-e-s

3.2.1 Les médecins investi-e-s dans les activités de santé publique : les « investis »

Cela concernait trois hommes et deux femmes (*médecins 1, 2, 5, 7, 9*). Les hommes étaient nettement plus âgés que les femmes (les hommes avaient entre 58 et 67 ans et les femmes entre 37 et 38 ans).

Concernant les choix organisationnels relatifs à l'activité professionnelle, les cinq médecins ont fait le choix d'un mode d'exercice pluriprofessionnel en pôle de santé. Il-elle-s se démarquent par une volonté affirmée d'être à l'origine des initiatives d'aménagement de leur exercice professionnel.

Deux médecins (*médecins 1 et 9*) font part de leur investissement dans l'organisation de l'exercice en pluriprofessionnalité. Les raisons invoquées motivant cette attitude sont la volonté d'avoir un meilleur confort de travail et de mieux répondre aux besoins de la population : « *[L'objectif est de] mieux s'organiser entre médecins pour à la fois répondre aux besoins de la population mais aussi pouvoir organiser son temps de travail et pouvoir se ménager des temps de repos, de ne pas être tout le temps sous pression des urgences (médecin 1).* » La volonté d'assurer l'attractivité et le renouvellement des professionnel-le-s au sein de la structure d'exercice professionnelle témoigne de cette recherche d'un meilleur confort de travail : « *Travailler avec des professions paramédicales aussi, c'est des gens qui sont pour beaucoup relativement jeunes, donc ça a donné vraiment un coup de neuf à notre exercice, plus motivant, ça bouge davantage, et puis surtout, basement terre à terre, ça permet d'envisager un avenir plus serein. D'ailleurs ça s'est démontré, puisque depuis dix ans on tourne, et même s'il y a des départs, il y a toujours des remplacements derrière. Les départs ont tous été remplacés, parce qu'on est en structure plus motivante (médecin 9.)* »

Ces deux médecins ont également largement impulsé la création d'un pôle de santé pour l'un et la création d'une maison de santé pluridisciplinaire pour l'autre : « *Pour la maison de santé, oui, c'est venu de trois médecins dont moi, dont un autre collègue qui était dans le cabinet où on était auparavant, et puis de mon épouse aussi qui était associée et qui travaillait dans le même cabinet que nous. Donc on était trois, et puis, voilà, à chaque fois on a fait un tour de table et plusieurs réunions préparatoires pour voir qui serait motivé par un projet d'exercice coordonné pluriprofessionnel, et de*

prendre en main quand même aussi notre avenir économique aussi, en créant le bâtiment, en investissant etc. (médecin 9). »

Un autre médecin (médecin 2) est président d'un pôle de santé et monte régulièrement des programmes pluriprofessionnels : *« Et dernièrement, on a mis sur pieds un programme en lien avec l'Orange Bleue, parce que c'était une remarque des kinés, qui disaient qu'ils avaient des gens qui étaient en kiné depuis des années pour un mal de dos, ils faisaient rien vraiment d'extraordinaire, et puis ça tournait en rond. [...] Et de ce fait, comme j'ai vu que l'Orange Bleue avait un programme d'ETP et de prise en charge adaptée des patients douloureux, avec P.H. la kiné, on a été voir l'Orange Bleue, on a discuté avec eux. Et donc on a essayé de modifier un petit peu leur prise en charge, d'inciter les patients à y aller, avec un certificat, enfin, un bilan du kiné (médecin 2). »*

Une médecin mentionne sa démarche d'aménagement de son activité de médecine générale. Le fait d'intégrer à son exercice une pratique pluriprofessionnelle en centre IVG lui a permis de diversifier sa pratique et lui a apporté *« un petit peu d'oxygène dans [son] quotidien de médecin généraliste (médecin 7). »*

Concernant les sensibilités, les valeurs personnelles et les centres d'intérêt évoqué-e-s par ces médecins, on retiendra tout d'abord le souhait d'adopter une approche globale et transversale. A ce titre, quatre médecins (médecins 1, 5, 7, 9) mettent en avant leur attachement au travail en équipe et en pluriprofessionnalité ou en pluridisciplinarité. Cela permet d'être moins isolé-e et favorise l'intelligence collective : *« On essaye de mettre ensemble des pratiques, et du coup on essaye de s'épauler, avec les professionnels autour de nous, les orthophonistes, les psychomotriciens. De trouver des alliés, parce que dans tout ça on n'est certainement pas tout seul, et puis certainement pas les meilleurs, mais en tout cas de se réunir tous ensemble, c'est intéressant quand même (médecin 7). »*

Quatre médecins (médecins 1, 2, 7, 9) font référence à leur intérêt pour une approche globale centrée sur le patient. Trois d'entre eux (médecins 1, 2, 9) voient dans l'éducation thérapeutique une manière pertinente d'incarner cette approche : *« Moi j'ai toujours trouvé que les programmes d'éducation thérapeutique, quels qu'ils soient, que ce soit le diabète, ou les autres qu'on a mis en place, étaient une façon différente et intéressante d'impliquer le patient [...], que ce soit le patient qui soit au centre du truc (médecin 2). »*

Cet intérêt pour une approche globale s'illustre aussi par le choix de la médecine générale en vue d'éviter l'hyperspécialisation. Certaines disciplines semblent susciter un intérêt particulier. C'est le cas de la santé publique (privilégiant la prévention sur le soin et non centrée sur une approche exclusivement médicale) pour quatre d'entre eux-elles (médecins 1, 5, 7, 9). Cette appétence pour la prévention et la santé publique peut être constitutive de leur personnalité : *« Je pense que c'est dans mon caractère d'aller vers ce genre de choses, oui. C'est le côté un peu santé publique, et le côté aussi prévention, quoi. J'aime beaucoup tout ce qui est préventif, ça me botte beaucoup quoi (médecin 7). »*

D'autres disciplines suscitent un intérêt particulier : les disciplines transversales (médecine interne, pathologies métaboliques...) (médecins 7 et 9), l'activité physique (médecin 1 et 9). Une médecin

mentionne son engagement associatif et syndical pour illustrer sa volonté de se décentrer de la médecine : « *C'était aussi pour rencontrer d'autres mondes, pour rencontrer d'autres personnes, et puis même pour rencontrer d'autres filières, parce qu'en étant présidente d'association, j'ai discuté avec les gens qui étaient en Sciences, qui étaient en Lettres, et voilà ça c'était intéressant.[...] Voilà, j'avais une curiosité pour les autres, [une vision] plus large que la médecine (médecin 5).* »

Concernant le sens donné à l'activité professionnelle, les cinq médecins manifestent une volonté de s'investir dans l'enseignement ou la formation à destination des collègues ou des étudiants. Cela peut s'illustrer par le choix d'avoir une activité de formation des internes : « *faire de la formation d'internes, qu'on fait depuis huit ans, ça amène un peu de sang neuf, de gens qui n'ont pas la même formation que nous, qui travaillent beaucoup en fonction des recommandations, des preuves d'efficacité de tel ou tel médicament, ce qui n'est pas tellement ce qu'on a appris, nous. [...]* Voilà, la confrontation est toujours intéressante (médecin 9). » Un des médecins explique qu'un des objectifs de la création du pôle de santé était « *de faire des formations ensemble, d'organiser des choses ensemble etc. (médecin 1).* »

Une des médecins souligne la nécessité que son activité professionnelle réponde à un besoin : « *Au centre IVG, là par contre j'ai vu une activité qui me plaisait avec des besoins (médecin 9).* » Elle exprime également le souhait que son activité soit tournée vers les publics vulnérables. C'est dans cet objectif qu'elle s'est formée au dépistage des troubles de l'apprentissage, afin d'en faire bénéficier ses patients.

Concernant les expériences en éducation à la santé, prévention et promotion de la santé, les cinq médecins sont investi-e-s dans des programmes pluriprofessionnels sur ces thèmes. Quatre d'entre eux-elles (médecin 1, 2, 5, 9) sont impliqué-e-s dans des programmes d'éducation thérapeutique, avec un rôle de coordination ou d'animation de séances (sur les thèmes de la prévention des chutes chez les personnes âgées, du diabète, du risque cardiovasculaire, de l'obésité des enfants).

Deux médecins (médecin 1 et 2) disent avoir recours à des programmes de rééducation à l'effort proposés par des structures sportives ou médico-sportives (programmes encadrés par des éducateur-trice-s sportif-ive-s ou des kinésithérapeutes en piscine ou en salle de sport, marche nordique). Deux médecins (médecins 1 et 7) disent avoir recours à la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) dans des situations complexes nécessitant une coordination médico-sociale. Une médecin (médecin 7) est directement impliquée dans un réseau de dépistage des troubles des apprentissages de l'enfant. Un médecin supervise des actions de préventions « *sur l'activité physique adaptée, [...] sur la personne âgée et [...] sur le côté vie sexuelle et affective, prévention, contraception, prévention de l'IVG (médecin 1)* » initiées dans le cadre du pôle de santé. Un médecin (médecin 9) participe à des programmes pluriprofessionnels autour de l'activité physique (prescription de sport sur ordonnance et programme de rééducation à l'effort en partenariat avec des kinésithérapeutes).

On note chez deux médecins (médecin 1 et 5) le caractère particulièrement précoce (au début des études de médecine) de l'investissement dans des actions de santé publique ou d'éducation à la santé.

Deux médecins (*médecin 5 et 7*) ont intégré à leur exercice habituel certaines spécificités directement en rapport avec la santé publique, la prévention et la promotion de la santé (pratique d'IVG, dépistage des troubles des apprentissages de l'enfant, consultations d'addictologie).

Concernant le niveau de diplôme, quatre des cinq médecins généralistes sont très diplômé-e-s (*médecins 1, 5, 7, 9*). Deux possèdent un diplôme universitaire de gynécologie (*médecins 5 et 7*), deux une capacité en médecine du sport (*médecins 1 et 9*) et deux possèdent un diplôme de médecine d'urgence (*médecin 1 et 9*). L'un d'entre eux-elles se démarque particulièrement par ses très nombreux diplômes et formations dans des domaines très variés (médecine du sport, médecine aéronautique, médecine tropicale, médecine d'urgence, oxylogie, médecine légale et réparation juridique du dommage corporel).

On note chez trois médecins (*médecin 1, 5, 7*) une nette volonté de poursuivre une formation continue tout au long de leur exercice.

3.2.2 Les médecins ne se sentant pas concerné-e-s par la santé publique : les « non concernés »

Un seul des médecins interrogé-e-s correspondait à cette catégorie (*médecin 3*). Il s'agissait d'un homme âgé de 62 ans.

Concernant les choix organisationnels relatifs à l'activité professionnelle, celui-ci considère que son rôle est limité au soin des patients dans le cadre de la relation interpersonnelle soignant-soigné. Il confie ne pas souhaiter réfléchir à l'organisation de son exercice professionnel. Il précise d'ailleurs qu'il s'est trouvé engagé malgré lui dans un projet pluriprofessionnel : « *On s'est engagés dans un plan multidisciplinaire, qui correspondait pas du tout à ce à quoi j'aspirais, puisque depuis le début, je suis là en solo, et je suis dans une équipe avec laquelle je collabore pas quoi.* » Il explique son attitude par son pessimisme et son mal-être : « *Je suis dans beaucoup de choses négatives, pour autant, j'ai pas grand-chose à proposer de constructif, c'est pour ça que je me suis jamais investi dans quoi que ce soit pour essayer de faire changer les choses.* »

Concernant les sensibilités et valeurs personnelles, ce médecin s'inscrit clairement dans une tradition d'exercice d'une médecine solitaire en opposition avec une conception pluridisciplinaire de la médecine. Pour lui, la perpétuation de la tradition familiale implique un mode d'exercice solitaire : « *[Mon père], il gérait tout, donc il n'était pas question pour moi de déléguer quoi que ce soit.* » Il exprime d'ailleurs un sentiment de manque de légitimité : « *Je m'étais lancé dans ce métier à corps perdu parce que j'étais à la ramasse depuis le début, c'est-à-dire j'avais de temps pour rien. Donc j'ai enfilé des chaussures qui étaient sans doute beaucoup trop grandes pour moi.* »

Sa volonté de hiérarchiser les priorités de son exercice afin de se centrer sur son cœur de métier s'inscrit dans un contexte de surcharge de travail : « *Moi depuis le départ, puisque mon objectif c'était d'être médecin généraliste, j'ai vite compris que je pourrais pas intégrer toutes les données, et que mon rôle c'était plus de savoir un petit peu de tout, plutôt que d'essayer de tout savoir dans chaque domaine où c'était de toute façon impossible, et ça menait à la folie, ou à l'incompétence*

totale, ou à la déconnection totale. » En effet, il n'envisage pas de diversification de son activité au-delà du soin.

Par ailleurs, il manifeste son attachement à considérer la santé à une échelle individuelle plutôt que collective : « *Je crois que je fais du bon boulot dans la relation personnelle, autant tout ce qui est santé publique, ça m'agace considérablement. C'est-à-dire que j'ai le sentiment qu'on est passés d'une santé individuelle à une santé publique, et que tout est axé là-dessus, et ça je trouve ça...dramatique.* » Il exprime un sentiment de méfiance à l'égard de la santé publique, qu'il justifie par la crainte de voir les raisonnements à l'échelle collective prendre le pas sur la santé individuelle « *On raisonne en termes de statistiques, on ne raisonne pas en termes d'individus, et l'évolution actuelle de la médecine en France, qui est un désastre, je crois que c'est en grande partie imputé à tout ça.* »

Concernant les expériences en éducation à la santé, prévention et promotion de la santé, ce médecin les refuse systématiquement et revendique son aversion pour l'encadrement institutionnel de la médecine : « *Je considère que le grand danger de notre société c'est la prise du pouvoir par l'administration. L'arrivée de l'ARS qui est une entité administrative, je ne l'ai jamais vue comme étant un moyen de m'aider. [...] Voilà, j'ai toujours considéré que c'était plus une entrave au type d'exercice que je voulais faire. Donc je ne me suis jamais engagé là-dedans, et au contraire, j'ai plutôt rejeté - consciemment ou inconsciemment - tout ce qui pouvait être les préconisations ou les types de collaboration entre la maison de santé et l'ARS. PA'SAJE étant l'une de ses émanations, j'ai mis ça de côté.* » Néanmoins, il reconnaît une certaine ambivalence de son discours, car il considère malgré tout que les projets de santé publique peuvent être pertinents : « *En admettant mon propre échec dans la prise en charge individuelle, c'est vrai. Pour autant je pense que ce qui est proposé par PA'SAJE est une bonne chose !* »

Concernant le niveau de diplôme, ce médecin ne mentionne pas de spécificité d'exercice. Il reconnaît délaissé sa formation, afin de pouvoir assumer une activité débordante : « *J'ai délaissé ma formation puisque j'avais pas le temps de me former pour continuer à suivre mes patients. J'ai essayé de compenser ma compétence que je sentais perfectible par une disponibilité sans doute excessive.* »

3.2.3 Les médecins se sentant concerné-e-s par la santé publique mais pas toujours investi-e-s dans les activités de santé publique : les « réceptifs »

Trois médecins présentaient ce profil (*médecins 4, 6, 8*) : deux hommes de 40 et 51 ans, et une femme de 61 ans.

Concernant les choix organisationnels relatifs à l'activité professionnelle, deux médecins (*médecins 4 et 8*) exercent au sein d'une maison médicale tandis qu'un (*médecin 6*) exerce au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Deux médecins font partie d'un pôle de santé (*médecin 4 et 6*).

Aucun des trois médecins n'aborde spécifiquement son rapport à l'organisation de l'exercice professionnel. Un médecin souligne le manque de temps et de disponibilité comme principal facteur limitant son investissement dans le fonctionnement du pôle de santé : « *Moi techniquement ça fait un peu moins de deux ans que je suis là, j'ai encore trop d'énergie à mettre dans mes propres patients,*

avant de pouvoir me consacrer à ne serait-ce que le pôle, à PA'SAJE ou d'autres trucs, quoi. Je suis trop jeune installé. Peut-être que quand j'aurais plus de bouteille, dans cinq-dix ans on verra. [...] Mais tout ça, ça demande de la disponibilité d'esprit, et donc pour être serein, il faut déjà avoir un peu posé les choses avec ses patients, et là, ce sera possible (médecin 6). »

Concernant les sensibilités, valeurs personnelles et centres d'intérêt, on retrouve des éléments empruntés aux catégories des médecins « investis » et « non concernés ». Deux médecins (*médecins 4 et 6*) rapportent avoir à cœur de pratiquer une médecine traditionnelle « de famille ». Au contraire, un médecin (*médecin 8*) met en avant son intérêt pour l'approche multidisciplinaire et non hyperspécialisée de la médecine générale : « *Le choix de la médecine générale, c'est pour avoir une pratique multidisciplinaire, ne pas m'enfermer dans une spécialité (médecin 8). »*

Tou-te-s trois affichent un intérêt pour la santé publique et sa dimension préventive, mais mettent en avant un manque de temps ou de disponibilité les empêchant parfois de s'y investir comme il-elle-s le souhaiteraient. Ce médecin souligne la carence française en la matière « *Mais la santé publique, enfin tout ce qui tourne autour de la prévention je trouve que c'est vachement important, et on en manque en France (médecin 6). »* Au sujet d'un dispositif de santé publique, cette médecin confie : « *Je m'y intéresse sans avoir le temps de m'impliquer plus que ça, mais je m'y intéresse et je suis suffisamment motivée pour y croire et pour le proposer à d'autres (médecin 4). »* Ce médecin a accueilli très favorablement l'évolution récente du métier vers une dimension globale et préventive, adaptée à la prise en charge des pathologies chroniques : « *La médecine générale a changé, avec le côté médecin traitant, prise en charge chronique des patients sur la prévention. Donc une prise en charge beaucoup plus globale, et beaucoup moins de pathologie aiguë [...] j'ai trouvé que ça devenait beaucoup plus intéressant. Et plus en cohérence avec ce que je voulais faire (médecin 8). »*

Un médecin (*médecin 6*) se dit intéressé par l'activité de formation et d'accueil de stagiaires mais estime ne pas pouvoir s'y investir dans l'immédiat ; un médecin (*médecin 8*) accueille des internes en stage.

Concernant les expériences en éducation à la santé, prévention et promotion de la santé, elles prennent des formes atténuées par rapport aux médecins « investis », mais néanmoins existent chez les trois médecins. Une médecin (*médecin 4*) a eu une implication de courte durée dans un programme d'éducation thérapeutique en raison d'une surcharge de travail. Pour un autre médecin (*médecin 6*), il s'agit d'une implication plutôt « passive » via la participation aux réunions du pôle de santé, lui permettant d'avoir connaissance des actions de santé publique en cours. Pour le troisième médecin (*médecin 8*), il s'agit d'une implication de longue date dans des groupes de pairs visant l'amélioration des pratiques professionnelles (en matière de prescriptions médicamenteuses) plutôt que l'éducation des patients.

Tou-te-s trois font état du manque de temps pour expliquer leur implication limitée dans les activités de santé publique : « *Je crois que ce qui revient, c'est le temps qu'on a quoi. Enfin l'envie de bien soigner ses patients et de maîtriser un sujet pour être efficace, ben on a tous envie d'être bons sur tous les domaines. [...] Maintenant j'ai pas le temps d'aller faire des réunions, à droite à gauche, non, c'est compliqué (médecin 6). »* Cela rejoint les propos de cette médecin qui pointe la surcharge de

travail comme facteur limitant son investissement en santé publique : « *Alors là, je suis tellement compressée par toutes sortes de tâches, que je ne me vois pas m'impliquer concrètement là-dedans (médecin 4).* »

Une médecin, ayant bénéficié d'une formation en éducation thérapeutique, témoigne de l'intégration de cette approche à sa pratique habituelle, afin d'accompagner le changement de comportement : « *Cette approche, de l'éducation thérapeutique, [c'est] un autre discours qu'on pouvait tenir au patient pour les motiver à changer leur comportement, leurs habitudes. [...] j'étais très contente de cette formation et de trouver d'autres formules pour...voilà d'avoir une autre approche, de leur parler autrement, de les écouter autrement, voilà. C'était très formateur pour l'ensemble de la pratique en fait (médecin 4).* »

Un médecin (*médecin 8*) manifeste une implication dans le domaine de l'activité physique, illustrée par des habitudes de travail avec des structures sportives adaptées à certains types de publics (salle de sport réservée aux femmes, centre aquatique encadré par des kinésithérapeutes).

Concernant le niveau de diplôme, aucun-e des trois médecins ne mentionne de diplôme universitaire ni de démarche de formation continue. Une médecin (*médecin 4*) fait état de l'absence de spécificité de son exercice mais s'est toutefois formée en éducation thérapeutique. Un autre (*médecin 6*) signale avoir exercé le métier d'infirmier hospitalier avant de devenir médecin généraliste. Le troisième (*médecin 8*) a fait une formation d'ostéopathie dans un objectif de diversification de sa pratique.

Après avoir décrit les caractéristiques communes aux médecins correspondant aux trois profils observés, nous proposons de nous questionner sur la légitimité et la place des médecins généralistes en santé publique. Pour cela, nous nous intéresserons d'abord à la thématique du surpoids des jeunes : nous nous demanderons si les différent-e-s professionnel-le-s interrogé-e-s considèrent l'intervention du médecin généraliste légitime dans ce domaine. Dans un deuxième temps, nous chercherons à comprendre si les différents professionnel-le-s interrogé-e-s revendiquent ou non une place centrale pour les médecins généralistes dans les dispositifs de santé publique.

3.3 LEGITIMITE ET PLACE DES MEDECINS GENERALISTES EN SANTE PUBLIQUE

3.3.1 L'intervention des médecins généralistes est-elle légitime dans les démarches de prévention à destination des jeunes en surpoids ?

Nous avons choisi la thématique du surpoids des jeunes - au carrefour du soin, de la prévention et de la promotion de la santé - comme base de réflexion sur la place des médecins généralistes en santé publique. Cet exemple nous servira de fil conducteur pour illustrer la plupart des réponses aux questions soulevées dans ce chapitre.

3.3.1.1 Sentiments d'efficacité et de satisfaction mitigés des médecins généralistes à l'égard de leurs pratiques habituelles

Il ressort de nos entretiens que la majorité des médecins interrogé-e-s (*médecins 1, 2, 5, 7, 9* : « *investis* » et *4, 6* : « *réceptifs* ») considère que leur efficacité dans la prise en charge du surpoids des jeunes est modeste, voire très limitée. Néanmoins, les situations où les résultats sont concluants

semblent les encourager à poursuivre ce travail, même s'il est laborieux : « *On a quand même une bonne part d'échec, mais comme tout ce qui est addictions, faut quand même pas rêver ! Je pense qu'on dit à cent pour cent de nos patients d'arrêter de fumer, et quand on en touche déjà un sur trois, on se trouve déjà très bons. [...] Et pour ce qui est des problèmes de poids, non non, les taux de réussite sont faibles je pense si on regarde les chiffres. Mais les fois où ça marche, je trouve que c'est suffisamment fort pour que ça me marque moi plutôt du côté positif. J'essaie de rester positive (médecin 7, profil « investie ») ! »*

Un seul médecin (médecin 8, « réceptif ») exprime un sentiment de satisfaction dans la majorité des situations de jeunes en surpoids, en absence de complication. Il estime que la prise en charge proposée en premier recours en médecine générale donne de bons résultats.

Un médecin rapporte un sentiment d'échec face au problème du surpoids des jeunes. Les conseils alimentaires dispensés aux familles lui apparaissent voués à l'échec, générant découragement et insatisfaction : « *J'essaie de discuter avec la mère et l'enfant des raisons qui font qu'on peut être comme ça, c'est-à-dire du terrain familial, des habitudes alimentaires, du terrain familial au point de vue morphotype, de la régularité ou la rigueur ou pas en ce qui concerne l'alimentation. C'est-à-dire les règles de base quoi : trois repas, limiter les calories inutiles, privilégier l'eau, diversifier l'alimentation, enfin bon, ce que j'ai toujours fait, bon, et qui n'a jamais été très productif. C'est pas satisfaisant (médecin 3, « non concerné »).* »

Un certain nombre de stratégies employées en consultation sont jugées efficaces par les médecins généralistes :

- L'accompagnement selon une approche inspirée de l'éducation thérapeutique ou de l'entretien motivationnel (médecins 1, 5, 7 : « investis » et 4 : « réceptive ») : « *La morale ça marche pas, la menace ça marche pas, les médicaments ça peut pas répondre à tout ; donc j'étais très contente de cette formation [en éducation thérapeutique] et de trouver d'autres formules pour...voilà d'avoir une autre approche, de leur parler autrement, de les écouter autrement, voilà. (médecin 4 : « réceptive »).* »
- L'accompagnement et l'élaboration de solutions personnalisées (médecins 2, 9 : « investis » et 8 « réceptif ») : « *Dans mes consultations, j'essayais de voir avec les gens, entre autres, quelle activité physique ils étaient prêts à faire. Pas leur dire "il faut que vous marchiez une demi-heure par jour". Mais "qu'est-ce qui vous plairait ? Est-ce que vous préférez le vélo" (médecin 2, « investi ») ? »*
- L'orientation vers des structures spécialisées (coaching sportif), dispositifs ou spécialistes en cas de situations complexes ou en cas d'échec de la prise en charge en médecine générale (médecins 7, 9 : « investis » et 8 : « réceptif ») : « *Et aller être encadré dans une salle de sport avec des coachs qui savent faire les choses, [les jeunes] voient qu'ils progressent, il y a une*

vraie dynamique, et ça marche. Ils sont satisfaits au niveau physique et psychologique aussi, ça leur fait du bien, donc ça ça marche très bien. (médecin 9 : réceptif »). »

- L'éducation à une meilleure hygiène de vie par des discussions sur la nutrition et l'activité physique (médecin 6, 8 : « réceptifs ») : « *Donc on regarde ce qu'ils mangent au goûter, si c'est des choses naturelles ou si c'est vraiment des trucs de grande surface avec toutes les huiles cachées, tous ces produits-là. [...] En fait un interrogatoire, ça va vite, parce que des fois t'as des erreurs énormes, donc c'est très simple [...] Et j'ai l'impression que dans les surcharges pondérales, c'est très fréquent (médecin 8 : « réceptif »).* »
- Les interventions brèves sur l'hygiène de vie (médecins 7, 9 : « investis »)
- Le renforcement positif des attitudes (médecin 7 : « investie »)
- La responsabilisation des jeunes (médecin 8 : « réceptif »)

A l'inverse, certaines stratégies jugées inefficaces ont été pointées du doigt :

- Les méthodes injonctives (médecins 1, 7 : « investis » et 4 : « réceptive ») : « *Le fait de dire "Ne fais pas ci, fais pas ça, fais-ci, fais-ça !", ça marche pas ! On le voit avec le tabac, on le voit avec d'autres trucs. Si le patient n'a pas décidé de le faire, il ne le fera pas. [...] Dire aux gamins "il faut que tu fasses du sport, il faut pas que tu manges de Nutella"... Voilà, on est en échec (médecin 1 : « investi »).* »
- Les méthodes culpabilisantes ou trop insistantes (médecins 4 : « réceptive » et 9 : « investi »)
- Le rappel des règles alimentaires de base (médecin 3 : « non concerné »)
- L'évitement du sujet du surpoids ou la complaisance (médecin 9 : « investi »)

Certains facteurs semblent favoriser une prise en charge satisfaisante du surpoids :

- L'implication et la réceptivité des parents (médecins 2, 5, 7, 9 : « investis » et 6 : « réceptif ») : « *Moi je trouve que là où j'ai des résultats c'est quand les parents ils ont déjà conscience du truc, ils sont déjà sensibilisés, et ils interviennent dedans. Si c'est que l'enfant, c'est quand même un peu dur (médecin 7 : « investie »).* »

A l'inverse, certains facteurs ont été identifiés comme des obstacles à une prise en charge efficace des jeunes en surpoids :

- Le manque d'implication des parents ou le déni du problème : (médecins 2, 5, 7, 9 : « investis » et 6 : « réceptif »)

- La pauvreté des moyens à disposition en médecine générale pour prendre en charge le surpoids : (médecins 1, 2, 5, 7: « investis » et 4, 8 : « réceptifs »). Quatre médecins (médecins 1, 7: « investis » et 4, 8 « réceptifs ») mettent l'accent sur le fait que le format de la consultation de médecine générale ne leur paraît pas adaptée pour faire de l'éducation sur ces thèmes-là. Un des obstacles cités réside dans le fait que la consultation se déroule « *sur un temps court qui ne permet pas, on laisse pas assez parler le patient de ce qui peut l'avoir amené à ces trucs-là. Et puis du coup, le format de consultation, c'est pas adapté à ça (médecin 1 : « investi »)* ». Il est aussi fait allusion à la pauvreté des possibilités de recours sur le territoire pour orienter les cas complexes.

Les pratiques habituelles des médecins généralistes au sujet du surpoids des jeunes apparaissent peu efficaces, malgré l'identification de stratégies plus satisfaisantes que d'autres. Nous proposons à présent d'étudier les points de vue de médecins généralistes et de différent-e-s professionnel-le-s au sujet de la légitimité de l'intervention des médecins généralistes dans les démarches de prévention du surpoids des jeunes.

3.3.1.2 *Intervention des médecins généralistes dans les démarches de prévention du surpoids : contrastes entre le sentiment de légitimité incomplète des médecins généralistes et les attentes des professionnel-le-s non médecins*

Pour six professionnel-le-s (médecins 1 : « investi » et 4, 6 : « réceptifs », coordinatrice 2, animatrice territoriale de santé, sophrologue), l'enjeu de la prise en charge du surpoids des jeunes est davantage éducatif que médical et relève donc plutôt de la prévention, de la promotion de la santé ou de l'éducation à la santé. Ce travail nécessite une approche préventive, une éducation aux règles hygiéno-diététiques et une prise en compte des déterminants sociaux : « *C'est pas une prise en charge médicale, c'est une prise en charge plus finalement sociale, c'est des règles hygiéno-diététiques, même si dans la consultation médicale on va toujours parler de ça, mais on est plus dans la prévention, on n'attend pas qu'ils soient malades, on n'attend pas qu'ils soient diabétiques. On est dans une prise en charge plus préventive, plus orientée santé (médecin 1 : « investi »)*. »

Pour une majorité d'entre eux-elles (médecins 1 : « investi » et 4, 6 : « réceptifs », animatrice territoriale de santé, sophrologue), ce travail d'éducation auprès des jeunes fait partie du rôle des médecins généralistes en libéral, en complémentarité avec d'autres professionnel-le-s (de santé, du milieu scolaire...)

Trois professionnelles non médecins (assistante sociale, sophrologue, directrice) soulignent l'importance de l'intervention des médecins dans la prise en charge du surpoids des jeunes. Elles pensent qu'il y a un intérêt à ce que le sujet – et le diagnostic - du surpoids soit abordés par un-e médecin et insistent sur la responsabilité du-de la médecin à s'assurer de la cohérence du parcours de l'enfant sur le plan médical. Une sophrologue s'inquiète de potentielles conséquences négatives en cas d'absence de consultation médicale au sujet du surpoids, occasionnant des prises en charge critiquables sur le plan médical. Elle redoute « *que tout l'aspect médical et la prise en charge de l'enfant ne se fasse pas comme il faut. C'est le médecin qui peut facilement renvoyer vers une*

*diététicienne ; s'il faut faire des examens plus précis... [...] Là en fait, on sait pas si les enfants, leur surpoids ne génère pas des petites pathologies (sophrologue). » Une professeure des écoles insiste sur la situation très inconfortable des professionnel-le-s du milieu scolaire qui sont régulièrement amené-e-s à « donner l'alerte » sur des situations de surpoids avancé sans en avoir la légitimité ni la compétence. Elle estime que cette responsabilité revient avant tout aux médecins et insiste sur le fait qu'assumer ce rôle pénalise les professeur-e-s dans leur crédibilité par rapport aux parents : « *Et puis, comme on n'a pas de légitimité, c'est compréhensible aussi que les parents ruent dans les brancards. Si une conductrice d'auto-école me disait que mon gâteau était pas cuit, j'ai envie de lui dire : "écoute, voilà, t'es pas une professionnelle non plus". Et c'est normal. [...] On se met en difficulté, on ne sait pas où on va, parce qu'on n'a pas les mots. Moi je vois qu'il y a un trouble, je vois qu'il y a quelque chose qui m'interroge, qui me pose question, mais je ne sais pas ce que c'est. Je n'ai pas non plus de solution à offrir, puisque je ne sais pas ce que c'est (directrice).* ».*

La plupart des médecins interrogé-e-s (*médecins 2, 5, 7, 9 : « investis » et 4, 6, 8 « réceptifs »*) considère avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des jeunes en surpoids. Certain-e-s se disent compétent-e-s et légitimes pour faire des rappels des règles de base d'hygiène de vie et échanger sur ces sujets avec les familles (*médecins 5 et 9 : « investis »*). Pour d'autres (*médecins 1, 5, 7 : « investis » et 4 : « réceptive »*), avoir recours en consultation à une approche inspirée de l'éducation thérapeutique ou de l'entretien motivationnel leur permet d'asseoir leur légitimité : « *Moi je me sens plutôt à l'aise dans cette pratique puisqu' ayant une formation à l'éducation thérapeutique, ben voilà, faire du diagnostic un peu thérapeutique, faire de l'accompagnement, notamment autour de la nutrition ou des choses comme ça, faire du suivi, là-dessus, je me sens assez libre (médecin 5 : « investie »).* »

Néanmoins, certaines réserves à ce sentiment de légitimité ont pu être mises en évidence. Six médecins (*médecins 3 : « non concernés » et 1, 5, 7 : « « investis » et 6, 8 : « réceptifs »*) expriment des doutes quant à la légitimité des médecins généralistes à accompagner les jeunes en surpoids. Il-elle-s (*médecins 3 : « réceptif » et 5, 7 : « investies »*) confient ressentir un manque de compétences dans des domaines spécifiques tels que le suivi psychologique des enfants, la nutrition ou l'activité physique (au-delà des conseils généraux de base) : « *Après il y a tout le côté psychologique quand on sent que les enfants sont en souffrance où là, on aurait peut-être besoin d'un peu plus de soutien. Parce que faire de la psychologie avec des adultes, ça va encore. La psychologie avec des enfants, là par contre on est un petit peu carencés probablement sur notre formation, et on n'est probablement pas forcément pertinents et on peut même avoir des paroles qui sont entendues qui sont pas bien comprises, pas bien interprétées (médecin 5 : « investie »).* » Pour certain-e-s (*médecins 1, 5 : « investis »*), ce sont les compétences pédagogiques pour accompagner le changement de comportement qui font défaut : « *Parce que des fois, on n'a pas forcément les mots, on fait pas forcément passer le message comme il faudrait, ou alors on est trop directif, trop dans l'injonction ou la prescription. Alors que finalement, il faut laisser des espaces ou justement on n'est pas là-dedans (médecin 5 : « investie »*). D'autres (*médecins 5 : « investie » et 6, 8 : « réceptifs »*) font état de leur besoin de faire appel à d'autres professionnel-le-s ou structures spécialisées (diététicien-ne, kinésithérapeute, nutritionniste, pédiatre, programme spécialisé, centres spécialisés...) notamment en cas de situations complexes ou de sentiment d'échec.

Ce sentiment de légitimité incomplète peut amener les médecins généralistes (*médecins 1 : « investi » et 4, 6 : « réceptifs »*) à attribuer en priorité ce travail d'éducation à d'autres professionnel-le-s (de santé, du milieu scolaire, intervenant-e-s au sein d'un dispositif de santé publique), tout en considérant que cela peut relever également de leur responsabilité en fonction des circonstances : « *Elles [les familles] n'ont peut-être pas assez de sous pour manger tout ce qu'ils veulent. Ils mangent mal parce qu'ils achètent au moins cher des produits déjà tout finis... Il y a toute une éducation à faire. Il y a un grand rôle éducatif en fait dans cette action. C'est pour ça que le médecin, certes, mais je le vois pas en priorité, moi je vois plus l'aspect éducatif (médecin 4 : « réceptive »).* » La difficulté pour les médecins d'aborder simultanément les aspects médicaux et éducatifs justifie la nécessité de faire appel à d'autres professionnel-le-s : « *C'est-à-dire que je pense que si quelqu'un a une maladie, il faut qu'on la prenne en charge, il n'y a pas de doutes, et du mieux possible. Mais si en même temps, sur le côté hygiène de vie, on n'a pas un coup de main d'autres personnes, c'est toujours difficile. C'est à mon avis extrêmement compliqué en consultation de gérer à la fois des choses médicales un petit peu compliquées, et de pouvoir passer du temps à discuter de tout ce qui est l'hygiène de vie... (médecin 1 : « investi »).* » Les médecins peuvent également faire le choix de s'effacer de ce type d'accompagnement, considérant que leur posture de médecin n'est pas propice au travail éducatif auprès des jeunes : « *ça [la consultation du/de la médecin généraliste] ne se prête pas à ça, non. Ça c'est l'ETP qui va amener ça, donc c'est pour ça qu'on monte aussi des programmes d'ETP et dans l'ETP, l'abord du patient de façon totalement différente, les règles de type entretien motivationnel, le fait que ce soit pluripro, le fait que ce soit très convivial, il y a pas cette espèce d'image très dominante du médecin, qui facilite à mon avis les modifications d'hygiène de vie (médecin 1 : « investi »).* »

Après avoir mis en évidence les enjeux de légitimité posés par la question de l'intervention des médecins généralistes, nous proposons de nous intéresser aux conséquences de leur intervention, potentiellement à l'origine d'une sensation de médicalisation du surpoids.

3.3.1.3 Risques et bienfaits de la médicalisation du surpoids

Parmi les professionnel-le-s interrogé-e-s, certain-e-s ont mis en évidence des conséquences négatives auxquelles s'exposent les médecins généralistes en cas de médicalisation du surpoids :

- Le risque de fragiliser les jeunes et de dramatiser le problème (*médecins 1, 2 : « investis » et 6, 8 : « réceptifs », coordinatrice 1 et 2*) : « *Et puis ça paraît un peu trop lourd, et à accepter, c'est un peu difficile si on lui dit qu'il est malade, or c'est pas forcément le cas. Je pense qu'il faut séparer ces problèmes de santé et la maladie. Là il faut prendre en charge son bien-être et sa santé, et pas traiter une maladie. Donc c'est un peu différent, voilà. Mais ça peut s'expliquer sur une consultation, mais je ne suis pas sûr que ce soit nécessaire (médecin 8 : « réceptif »).* »
- Le risque de démoraliser, de provoquer du rejet ou du déni chez les jeunes (*médecins 2, 9 : « investis » et 8 : « réceptif », coordinatrice 2*) : « *Et puis, si le médecin lui dit "bah il y a un programme pour l'obésité, il faut faire attention", peut-être que l'enfant, ça va le rebuter, c'est pas forcément...ça va le braquer aussi (coordinatrice 1).* »

- Le risque de stigmatiser ou d'apparaître jugeant (médecins 1, 5, 9 : « investis » et 8 : « réceptif »). Un médecin décrit ce climat de stigmatisation qu'il peut y avoir lors d'une consultation médicale : « Les obèses souffrent énormément de stigmatisation et, en consultation, quand on découvre des problèmes d'obésité, c'est extrêmement difficile pour le médecin de ne pas être dans la stigmatisation, je pense qu'on est un peu lourds (médecin 1 : « réceptif »). »
- Le risque de donner le sentiment que les activités de la vie quotidienne doivent être médicalisées (médecins 5, 9 : « investis » et 6, 8 : « réceptifs »). Pour eux-elles, la pratique sportive dans une logique de bien-être et non de maladie devrait être privilégiée : « Ils n'ont pas besoin de nous pour faire du sport, quoi. Non non, il faut être dans une logique la plus normale possible. C'est juste qu'il faut leur donner goût à faire du sport. Enfin, il faut pas médicaliser tout ça, quoi (médecin 6 : « réceptif »). »

Trois médecins (médecin 9 : « investi » et 6, 8 : « réceptifs »), s'il-elle-s ne sont pas réticent-e-s au fait d'aborder le sujet du surpoids dans le cadre d'une consultation médicale, alertent toutefois sur la vigilance dont il faut faire preuve pour éviter de « trop médicaliser » ou « surmédicaliser » le surpoids. Une consultation avec le médecin afin de vérifier l'absence de maladie ou de complication peut être le moyen de mettre de côté l'aspect « pathologique » pour la suite de la prise en charge.

Au contraire, trois professionnel-le-s (médecin 8 : « réceptif », une assistante sociale et une directrice d'établissement scolaire), voient la médicalisation du surpoids comme bénéfique :

Selon ces trois professionnel-le-s, la médicalisation du surpoids permet de favoriser la prise de conscience du problème et éviter sa banalisation. Le fait que ce soit le médecin qui aborde le sujet du surpoids est également utile aux parents : « Le regard médical il est quand même important aussi pour les parents, et ça vient sans doute à la fois cautionner les attitudes des parents, peut-être aussi leur faire peur, mais ça les légitime peut-être aussi à se booster et à faire des choses, parce que là, le stade du raisonnable on va dire est dépassé et que là l'enfant ne peut plus continuer comme ça. C'est peut-être une prise de conscience (assistante sociale). »

La médicalisation du surpoids peut être vue comme un moyen d'éviter l'aggravation du problème, sans générer de répercussions négatives : « Bah moi je trouve que c'est important [la médicalisation du surpoids]. Et non, je ne pense pas que ça puisse avoir de répercussions, ou alors une prise de conscience plus rapide peut-être, qu'il y ait des choses qui ne s'installent pas chez les adultes ou chez les jeunes (directrice). »

La médicalisation du surpoids peut aussi permettre de démystifier ou dédramatiser le problème : « Si on rassure les gens en disant mais vous n'êtes pas les seuls dans ce cas-là sur le territoire, il y a une dizaine d'enfants. Ça peut peut-être démystifier ou dédramatiser des situations. Parce que les parents ne savent pas, et ils vont se dire : "Bah non, finalement, il n'y a pas que moi" (assistante sociale). »

3.3.1.4 Limiter la médicalisation par le recours aux dispositifs de santé publique ?

Dans l'idée d'éviter la médicalisation du surpoids, et de limiter la place du médical dans les sphères relevant de l'éducation à la santé, la promotion de la santé et la prévention, cinq professionnel-le-s (*médecins 1, 9 « investis », coordinatrices 1 et 2, animatrice territoriale de santé*) soulignent l'intérêt d'avoir recours aux dispositifs ou aux structures d'activité physique. Une des coordinatrices l'exprime de cette manière : « *Alors que le programme lui justement, il sort un peu de ce cadre médical, et c'est pour ça qu'il a son intérêt (coordinatrice 1).* » Un des médecins ajoute : « *C'est pour ça qu'il faut des outils, ce que nous avons mis en place en fait partie, et puis justement, de proposer d'aller vers des structures extérieures d'activité physique, ça permet de ne pas médicaliser. C'est ça qui est bien (médecin 9 « investi »).* » Un médecin (*médecin 8 : réceptif*) rappelle d'ailleurs la nature préventive des dispositifs de santé publique à destination des jeunes en surpoids, qui ne sont pas des dispositifs de soins.

Le recours à des programmes ou dispositifs de santé publique dans une perspective « non pathologisante » soulève la question d'une évaluation médicale préalable. Les avis au sujet de la nécessité d'une consultation médicale initiale sont assez variés. Cette consultation est souhaitable pour trois professionnel-le-s (*médecin 8 « réceptif », animatrice territoriale de santé, sophrologue*) car elle permet d'éviter de passer à côté d'éventuelles complications physiques et psychologiques : « *Il peut y avoir des pathologies aussi, on peut passer à côté d'une pathologie endocrinienne. Donc il y a quand même un minimum. [...] Oui, je pense quand même qu'il faut écarter les pathologies physiques ou psychologiques, avant de se lancer juste vers une activité sportive (médecin 8 : « réceptif »).* »

Deux médecins (*médecin 6 « réceptif » et 9 « investi »*) considèrent que la consultation médicale n'est pas primordiale mais se prononcent plutôt en faveur d'une évaluation médicale au cours du parcours de santé de l'enfant : « *Maintenant, si on fait notre boulot correctement, il y a quand même certaines choses à vérifier parfois, donc je crois que c'est pas un non-sens si on veut orienter quelqu'un vers une pratique d'activité physique loisirs, c'est quand même bien, à un moment ou à un autre d'envisager une étape médicale même si c'est pas la plus importante (médecin 9 : « investi »).* » Pour deux médecins (*médecins 2, 5 : « investis »*), cette consultation ne semble pas nécessaire : « *Non et au contraire, je crois que c'était une bonne chose qu'ils soient pas obligés de passer chez le médecin : poids, taille... [...] Dans l'esprit des gens, tu vas quand même voir le médecin quand t'es malade (médecin 2, « investi »).* »

En résumé, les professionnel-le-s médecins et non médecins sont globalement en accord sur l'idée d'une complémentarité des rôles des différent-e-s professionnel-le-s pour réaliser le travail éducatif central dans la démarche de prévention du surpoids des jeunes. Néanmoins, les médecins généralistes émettent certaines réserves à leur sentiment de légitimité, les incitant à considérer que leur intervention peut avoir des conséquences négatives, ce qui les amène à privilégier l'intervention d'autres professionnel-le-s avant la leur. Cela contraste avec le positionnement des professionnel-le-s non médecins, qui soulignent l'importance de l'intervention des médecins, et voient dans la médicalisation du surpoids des conséquences bénéfiques. Les dispositifs de santé publique peuvent apparaître comme un moyen d'éviter la médicalisation du surpoids. Nous proposons de nous intéresser à présent aux dispositifs de santé publique à orientation promotion de la santé, afin

d'essayer de déterminer quelle place peuvent y occuper les médecins généralistes. Nous mettrons en parallèle les aspirations des médecins généralistes et les attentes des professionnel-le-s non médecins.

3.3.2 Quelle place les médecins généralistes peuvent-ils occuper dans les dispositifs de santé publique ?

Les médecins apparaissent majoritairement disposé-e-s à trouver une place au sein des dispositifs de santé publique. Quatre médecins (*médecins 1, 2, 7, 9* : « investis ») affirment spontanément l'absence de sentiment d'hostilité ou de sentiment de concurrence à l'égard des dispositifs de santé publique. Un des médecins interrogé-e-s (*médecin 2*) observe un manque d'intérêt de la part de certain-e-s de ses collègues plutôt qu'un sentiment de concurrence ou d'hostilité.

Deux médecins (*médecins 1, 7* : « investis ») mettent en valeur la dimension complémentaire de l'intervention proposée par un dispositif par rapport à leur intervention de médecin généraliste. Il-elle-s présumant que les médecins généralistes n'ont pas de raison de se sentir concurrencé-e-s par un dispositif car : « *on est vraiment pas sur un truc qui empiète, on est vraiment sur une prise en charge qui est à côté de la nôtre et dont tout le monde est persuadé qu'elle est parfaitement nécessaire, donc je crois qu'il n'y a vraiment pas de conflit à ce niveau-là quoi (médecin 1 : « investi »).* »

Un médecin rapporte la crainte qu'il a éprouvée lorsque sa communauté de communes a mis en place un dispositif de sport sur ordonnance : il a initialement redouté que celui-ci ne fasse concurrence au programme local de rééducation à l'effort monté par le pôle de santé avec des kinésithérapeutes. Il explique comment cette crainte s'est finalement avérée infondée, sur le constat que les deux programmes étaient complémentaires et non exclusifs l'un de l'autre : « *On avait un peu peur que ça fasse double emploi ou concurrence avec ce système-là. En fait, pas du tout parce qu'il y a beaucoup de situations, et donc il y a des patients qu'on va orienter vers le kiné, et d'autres qu'on oriente naturellement vers le dispositif "Bougez sur ordonnance". D'ailleurs, ça n'empêche pas qu'ils soient pris en charge éventuellement qu'ils aient un petit bilan de leurs compétences physiques avec le kiné auparavant, s'il le faut (médecin 9 : « investi »).* »

3.3.2.1 Pas de nécessité de place centrale pour les médecins généralistes au sein des dispositifs de santé publique

Treize professionnel-le-s (*médecins 1, 5, 7, 9* : « investis » et *4, 8* : « réceptifs », directrice, coordinatrice 1, infirmière scolaire, sophrologue, chargée de mission à l'ARS, éducatrice sportive, animatrice territoriale de santé) pensent que la place des médecins généralistes ne doit pas être centrale et que leur présence est facultative.

Cinq médecins (*médecins 1, 5, 7, 9* : « investis » et *8* : « réceptif ») considèrent que leur place se situe plutôt à distance du dispositif, sans rôle spécifique dans le contrôle de son fonctionnement : « *C'est un dispositif de prise en charge de prévention, et on n'est pas dans la maladie. Donc [le médecin*

généraliste] ne doit pas occuper une place centrale, en disant "voilà, c'est un médecin qui gère parce que c'est un problème médical", non (médecin 8 : « réceptif »). »

Les médecins généralistes pourraient par exemple avoir un rôle d'interlocuteur-trice ponctuel-le : *« Donc moi je pense que le médecin généraliste il peut très bien être un peu à part, un peu à distance, et apporter son aide quand il y a besoin, quand les autres professionnels en ressentent le besoin. Je pense qu'il faut qu'on soit là comme support. "Bah là on s'est posé plein de questions, est-ce que vous pouvez nous donner un éclairage (médecin 5 : « investie ») ? »*

Une implication de plus grande ampleur pourrait être possible, en fonction de leurs souhaits et de leurs centres d'intérêt : *« On peut, mais il faut que ça nous intéresse ! Parce qu'on ne peut pas tout faire. Moi personnellement, je sais que ça m'intéresserait moins, et que je passe plus de temps avec mes patients qui ont des problèmes ostéo-articulaires pour leur expliquer comment fonctionne leur épaule. [...] Mais je passerais moins [volontiers] une demi-heure à leur faire des cours de cuisine. Mais on ne peut pas tout faire ! Mais oui, pourquoi pas, si quelqu'un s'y intéresse et a envie de suivre ça, il peut ! Il peut, dans un projet de santé. Mais pas tout le monde, à mon avis c'est pas indispensable (médecin 8 : « réceptif »). »*

La plupart des médecins (*médecins 1, 5, 7, 9 : « investis » et 4, 8 : « réceptive »*) ne souhaite pas non plus assurer la coordination des dispositifs de santé publique. Deux médecins (*médecins 5 et 9 : « investis »*) précisent que cela ne remet pas en question leur rôle de coordination des parcours de soins de leurs patient·e·s. Questionné au sujet du rôle « pivot » parfois attribué aux médecins généralistes, ce médecin répond : *« quand il s'agit par rapport à notre patient lui-même, individuellement, dans la relation qu'on a, c'est là où on est le pivot. Mais on ne va pas coordonner tous les projets, on ne peut pas être coordinateur des projets (médecin 9 : « investi »). »*

Cinq médecins (*médecins 1, 5, 7, 9 : « investis » et 8 : « réceptif »*) affirment leur préférence pour privilégier plutôt la place des différent·e·s professionnel·le·s des disciplines concernées : *« Oui, faire appel [aux médecins] ponctuellement. Je pense que c'est bien aussi de faire intervenir d'autres personnes, ça permet aussi de faire voir à tout le monde qu'il y a d'autres acteurs de santé : il n'y a pas que le docteur et l'infirmière, voilà (médecin 5 : « investie ») ! »*

Cette volonté de privilégier la place d'autres professionnel·le·s s'illustre dans la propension des médecins généralistes à attribuer la coordination à d'autres professionnel·le·s, par exemple à un·e coordinateur·trice de pôle de santé (*médecins 1, 7 : « investis »*), un·e infirmier·e (*médecin 4 : « réceptive »*) ou un·e chargé·e de mission sur des thèmes en rapport avec le dispositif (*médecin 8 : « réceptif »*). Les médecins (*médecins 1, 7, 9 : « investis » et 6 : « réceptif »*) sont d'autant plus enclins à déléguer la coordination des dispositifs qu'il·elle·s considèrent qu'un temps dédié et une rémunération sont nécessaires pour cette tâche.

Deux médecins (*médecins 9 : « investi » et 8 : « réceptif »*) pensent qu'il est nécessaire que la personne chargée de la coordination d'un dispositif de santé publique ait des compétences en matière de gestion de projet. Cela les amènent à se tourner vers des personnes formées dans cette optique, afin de leur déléguer ces tâches chronophages : *« Il y a des gens qui font de la coordination bien*

mieux que nous, dont c'est le métier et qui ont certainement plus de temps à dégager pour ça aussi parce que ça peut être un métier, oui (médecin 9 : « investi »). »

Un médecin ajoute que déléguer la coordination des programmes de santé publique à d'autres professionnel-le-s permet aux médecins de se libérer du temps pour se tenir au courant et s'investir dans différents projets. Il s'appuie sur l'exemple de son pôle de santé au sein duquel les médecins délèguent de plus en plus le travail de coordination - technique et administratif - aux deux coordinatrices : « *Pendant longtemps c'était des médecins qui le faisaient mais c'est du boulot, et ça devient technique, et du coup on a délégué. Ça nous permet de nous tenir au courant aussi. Et de participer à plus de trucs par leur intermédiaire (médecin 9 : « investi »).* »

Deux médecins (médecins 7 : « investie » et 8 : « réceptif ») insistent sur la nécessité d'être vigilant-e à ne pas placer les médecins en position de supériorité par rapport aux autres professionnel-le-s : « *Après c'est toujours un peu délicat, parce qu'il ne faut pas qu'on se place au-dessus des autres, je pense que c'est pas notre place de dire " nous on est l'instance supérieure : les paramédicaux, faut faire comme-ci, comme ça". Donc je trouve finalement que c'est pas mal que ce soit horizontal comme organisation (médecin 7 : « investie »).* »

Trois professionnel-le-s (animatrice territoriale de santé, directrice et médecin 9 : « investi ») formulent la nécessité d'être vigilant à ne pas trop mobiliser les médecins généralistes, en leur laissant la possibilité de s'investir à hauteur de leur possibilités. Cette angoisse de trop les solliciter transparaît dans ces propos : « *J'ai peur de trop mobiliser les médecins, c'est ça le truc. Et donc, autant pouvoir les mobiliser sur ce qu'ils peuvent nous donner et après, si des médecins sont intéressés pour aller plus loin, justement, et intégrer davantage le dispositif pour proposer plus de choses, au contraire, c'est bien sûr ouvert. Mais voilà on veut pas que ce soit une contrainte pour eux, en tout cas (animatrice territoriale de santé).* » Cette professionnelle envisage - dans l'objectif de faire bénéficier au dispositif de « *l'œil professionnel et de la critique professionnelle* » des médecins tout en optimisant leur temps d'implication - d'organiser des réunions dans lesquelles les médecins auraient un rôle consultatif. Elle imagine proposer : « *des présentations dans le cadre de ces réunions pour présenter un peu le dispositif et avoir l'avis des professionnels, quitte à ce qu'avant la réunion on leur envoie un descriptif pour pas qu'ils découvrent le jour de la réunion.* »

Trois professionnel-le-s (médecin 9 : « investi », directrice, animatrice territoriale de santé) voient une condition à la présence facultative des médecins : le fait que les médecins généralistes bénéficient d'informations émanant du dispositif afin de pouvoir assurer le suivi des patient-e-s depuis l'extérieur. La proposition de cette directrice d'établissement scolaire s'inscrit dans ce sens : « *ça serait bien que [le médecin généraliste] ait un compte-rendu par exemple de la façon dont ça se passe. [...] De l'intégrer en lui envoyant par exemple un compte-rendu du nombre de participations.* » La possibilité de se faire représenter, notamment par les coordinateur-trice-s de pôle de santé peut être un moyen de permettre cet échange d'informations.

Deux professionnelles (éducatrice sportive et chargée de mission à l'ARS) expriment une Crainte que la présence de médecins au sein de dispositifs à visée « prévention et promotion de la santé » favorise une orientation davantage tournée vers le médical que vers la santé publique ou le social :

« J'ai peur qu'avec un médecin, ou un professionnel de santé [au sein d'un dispositif] globalement, l'approche c'est plutôt une approche qui irait vers le soin [et qui risquerait de freiner] la dynamique d'approche santé publique, et notamment d'aller vers le plus grand nombre (chargée de mission à l'ARS). » La présence des médecins peut également être vue comme un obstacle à la création d'un lien de confiance avec les bénéficiaires : « J'aurais peur qu'avec un médecin il y ait une espèce de barrière. Parce que je pense que tout un chacun à un rapport pas forcément très ouvert avec le médecin [...] J'aurais peur que ce soit ressenti trop médicalisé, [avec le risque] d'une prise en charge un peu moins sociale, peut-être (éducatrice sportive). »

Six professionnel-le-s (médecins 2, 5, 7, 9 : « investis », sophrologue, animatrice territoriale de santé) expriment le souhait que les médecins généralistes participent ponctuellement aux activités proposées par les dispositifs de santé publique.

Cinq professionnel-le-s (médecins 2, 7, 9 : « investis », une sophrologue et une animatrice territoriale de santé) trouvent que leur présence physique ponctuelle permet de montrer aux jeunes et aux familles qu'il-elle-s sont « partie prenante » et de renforcer la légitimité médicale des dispositifs. Cette médecin donne l'exemple de la participation à des groupes de marche : « Mais de participer, si c'est une marche, marcher avec eux. Au même titre que tous les autres, que l'éducateur sportif, que n'importe qui (médecin 7 : « réceptive »). »

Trois professionnel-le-s (médecin 2 : « investi », animatrice territoriale de santé, sophrologue) estiment que cela favorise le développement d'un sentiment de proximité et d'accessibilité du-de la médecin. Selon une animatrice territoriale de santé : « ça dédramatise on va dire l'aspect "médecin qui nous analyse de fond en comble et qui nous trouve plein de maladies." » Participer physiquement aux activités peut permettre de contrer « des fausses idées que peuvent avoir les enfants ou même les parents sur les médecins, voilà. Que les médecins sont des personnes comme les autres ! (animatrice territoriale de santé). » La participation des médecins aux activités leur permettrait de renverser leur image : « Et une fois de temps en temps, venir sur le dispositif dans un état différent, donc en jogging ou avec des baskets, ça montre qu'on est avec eux. C'est vrai que je pense que le fait de casser les barrières par le code vestimentaire et puis par le fait "d'être avec" c'était intéressant (sophrologue). »

Deux médecins (médecin 1, 5 : « investis ») mettent en avant l'importance de se défaire de leur posture de médecin lors de leur participation : « Je pense qu'un médecin généraliste, il peut aussi participer aux ateliers, être accompagnant. Enfin il faut qu'on n'ait pas ce statut-là quelque part, parce que les gens ils nous prennent souvent comme statut un peu jugeant, un peu "voilà, le médecin il est là, donc il faut que je me comporte bien". [...] Et c'est vrai que quand on se présente, qu'on dit qu'on est médecin [...] on peut avoir ce côté-là, même si nous on n'est pas jugeant, bah des fois on peut avoir ce regard-là... (médecin 5 : « réceptive »). » Une médecin (médecin 7 : « investie ») apporte quelques nuances à cette vision des choses. Pour elle, le-a médecin adopte le statut de participant-e mais sans se défaire totalement de sa « casquette de médecin » : « Mine de rien, elle n'est pas là, mais elle est quand même un peu là, et ça rappelle quelque chose. » Cela permettrait de renforcer la légitimité médicale du dispositif.

Une médecin adopte un positionnement incertain : elle émet l'hypothèse que les médecins n'ont peut-être pas leur place dans le fonctionnement d'un dispositif de santé publique : « *Je ne vois pas trop où est notre place dans tout ça finalement (médecin 4 : « réceptive »).* »

3.3.2.2 *Souhait d'une place centrale pour les médecins généralistes au sein des dispositifs de santé publique*

Trois professionnel-le-s (*médecin 3 : « non concerné » et 6 : « réceptif », psychologue*) se sont positionné-e-s en ce sens.

Selon ces professionnel-le-s, l'absence de médecin généraliste au sein des dispositifs de santé publique est regrettable. Selon un médecin (*médecin 3 : « non concerné »*), les dispositifs ne devraient pas fonctionner de manière parallèle et autonome par rapport aux médecins généralistes. Les médecins devraient y occuper une place centrale. Mais cela constitue pour lui un idéal inaccessible, car en pratique, il constate qu'il est impossible pour les médecins d'occuper cette place, du fait d'une surcharge de travail.

Deux médecins (*médecin 3 : « non concerné » et 6 : « réceptif »*) expriment leur préférence à ce que la coordination soit attribuée à un médecin généraliste. Ils voient la coordination comme un travail qui relèverait d'un-e médecin généraliste dans l'idéal : « *Oui, ça peut être intéressant [qu'un médecin généraliste coordonne le dispositif], oui, je pense. Mais il faut un trouver un ! Ça c'est une vaste question. Parce que déjà on est submergés par les prises en charge de notre patientèle. Alors sauf effectivement si c'est une volonté d'avoir un rôle d'action de santé publique, oui. Et qu'on fait des consultations dédiées pour ça, et qu'on dégage un temps, je sais pas, une demi-journée voire une journée par semaine. Mais il faut pouvoir le faire (médecin 6 : « réceptif »).* »

La psychologue s'inquiète que le volet médical puisse faire défaut au sein des dispositifs de santé publique et compte donc sur la présence des médecins pour valider la prise en charge médicale des patients. Elle compte également sur les médecins pour constituer des relais supplémentaires des discours ou conseils d'hygiène de vie.

Après avoir mis en évidence les caractéristiques communes aux médecins « investis » en santé publique, nous avons identifié des enjeux de légitimité relatifs à la place des médecins généralistes dans la prise en charge du surpoids des jeunes. Nous avons ensuite constaté un consensus entre médecins et professionnel-le-s non médecins portant sur une place discrète et ponctuelle des médecins généralistes dans les dispositifs de santé publique. Nous allons à présent nous intéresser à un dispositif de santé publique en particulier : le dispositif PA'SAJE. Nous étudierons les rôles et les interactions des médecins généralistes au sein de ce dispositif, afin de tenter de mettre en lumière les attentes et les aspirations des différent-e-s professionnel-le-s à ce sujet.

3.4 INTERACTIONS PROFESSIONNELLES ET ROLES DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE DISPOSITIF PA'SAJE

3.4.1 Rôles et implication des médecins généralistes dans PA'SAJE

3.4.1.1 Rôles des médecins généralistes dans PA'SAJE

Les différent-e-s professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif PA'SAJE et les médecins généralistes considèrent de manière plutôt consensuelle que les points suivants relèvent du rôle des médecins généralistes :

- Le dépistage, le repérage, le recrutement des jeunes en surpoids vers le dispositif et la communication d'informations aux familles sur le fonctionnement du dispositif (*médecins 1, 5, 7, 9 : « investis » et 4, 8 : « réceptifs », infirmière scolaire, psychologue, animatrice territoriale de santé, assistante sociale, éducatrice sportive, élu communautaire, chargée de mission à l'ARS*). Malgré cela, les professionnel-le-s constatent que l'infirmière scolaire joue un rôle prépondérant dans le repérage et le recrutement.
- Le suivi des jeunes (dont il-elle-s sont les médecins traitants) dans leur évolution au sein du dispositif, la coordination de leur parcours de soins et la collecte d'informations émanant du dispositif (*médecins 5, 9 : « investis » et 8 : « réceptif », infirmière scolaire, animatrice territoriale de santé, élu communal, chargée de mission à l'ARS, éducatrice sportive*).
- La participation présentielle ponctuelle aux activités proposées par le dispositif (*médecins 1, 5, 7 : « investis », sophrologue, psychologue, animatrice territoriale de santé*)
- Le devoir de connaissance du fonctionnement du dispositif et de ses intervenant-e-s (*médecin 9 : « investi », chargée de mission à l'ARS*). Même s'il ne s'agit pas à proprement parler d'un rôle, deux professionnel-le-s ont évoqué cette attente vis-à-vis des médecins généralistes, afin qu'il-elle-s puissent au mieux communiquer les informations concernant le dispositif à leurs patient-e-s.

L'ensemble des professionnels engagé-e-s dans PA'SAJE et des médecins généralistes potentiellement concerné-e-s par ce dispositif semblent d'accord sur les rôles à attribuer aux médecins généralistes. Nous allons à présent chercher à savoir comment ces dernier-e-s se sont approprié ces rôles.

3.4.1.2 Implication des médecins généralistes dans PA'SAJE

La très faible implication des médecins généralistes dans le dispositif PA'SAJE a été mise en avant par quatre professionnelles (*coordinatrices 1 et 2, animatrice territoriale de santé, psychologue*). D'après elles, ce manque d'implication est compensé par une représentation satisfaisante des professionnel-le-s de santé au sein du dispositif et par le rôle de relais qu'assurent les coordinatrices de pôle auprès des médecins généralistes. L'absence d'investissement des médecins généralistes dans le dispositif ne semble pas avoir entravé son bon fonctionnement. Selon quatre professionnelles

(médecins 5, 7 : « investies » et 4 : « réceptive », coordinatrice 1), l'intérêt et l'enthousiasme ressentis par les médecins généralistes à l'égard du dispositif peuvent être déconnectés de leur implication. Deux médecins (médecin 5, 7 : « investies ») n'excluent pas de s'y investir davantage dans le futur. Une seule professionnelle (psychologue) se prononce sur le caractère problématique de leur manque d'investissement et exprime le souhait qu'il-elle-s s'impliquent davantage dans les réunions ou les échanges avec les professionnel-le-s du dispositif.

Nous avons pu mettre en évidence des éléments en faveur de l'implication des médecins généralistes dans le dispositif PA'SAJE :

- Le recrutement effectif d'un ou plusieurs de leurs patient-e-s (médecins 7 : « investie » et 8 : « réceptif », coordinatrice 1)
- Le sentiment que le dispositif répond à un de leurs besoins (médecin 7 : « investie », chargée de mission à l'ARS)
- L'existence de temps d'échanges, rencontres et synthèse avec les professionnel-le-s du dispositif (médecin 4 : « réceptive »)

Les facteurs cités comme jouant en défaveur de l'implication des médecins sont :

- Le manque de temps et de disponibilité (médecins 3 : « non concerné » et 4, 6, 8 : « réceptifs » et 1, 7 : « investis », éducatrice sportive, psychologue, coordinatrice 1). C'est le facteur systématiquement invoqué pour justifier le manque d'investissement des médecins.
- L'absence de besoin ressenti par les médecins en lien avec l'impression que leurs patient-e-s sont peu concerné-e-s par le dispositif (médecins 1, 5 : « investis » et 8 : « réceptif »). Deux médecins mentionnent le fait qu'ils ont peu de patients jeunes, tandis qu'un médecin estime avoir peu de patient-e-s concerné-e-s par le surpoids pour lequel-le-s le suivi en libéral ne serait pas suffisant.
- Le sentiment de fatalité et de lassitude (médecin 3 : « non concerné », psychologue) dans la prise en charge des jeunes en surpoids générant parfois un sentiment d'échec.
- La perspective d'une fin de carrière proche (médecin 2 : « investi ») responsable d'une difficulté à s'investir et s'engager sur des projets de long terme. Ce médecin fait allusion à plusieurs-e-s de ses collègues sur le point de prendre leur retraite : « Ils sont en fin de course. Puisqu'il y a eu J.P.B qui est parti en retraite là en début d'année. Il y a A.M. qui se dit : "si ça continue comme ça moi je m'arrête". Il y a C.T. qui devrait partir l'année prochaine, A.T. qui devrait partir un peu dans la foulée. Donc entre guillemets, ils expédient les affaires courantes. »

- Le caractère trop restrictif des critères de recrutement (*médecin 5 : « investie »*) : pouvant être décourageant si les tentatives d'inclusion de patient·e·s se soldent par des échecs pour cette raison.
- La complexité et le manque de clarté de la procédure d'entrée dans le dispositif (*médecin 6 : « réceptif »*) responsable d'un non recours au dispositif par manque de temps pour se procurer les informations nécessaires.

Nous allons à présent nous intéresser à la manière dont les médecins généralistes et les professionnel·le·s engagé·e·s dans le dispositif PA'SAJE communiquent et interagissent.

3.4.2 Communication et interactions professionnelles dans PA'SAJE

3.4.2.1 Implication des professionnel·le·s engagé·e·s dans PA'SAJE

Contrairement aux médecins généralistes potentiellement concernés par PA'SAJE, les professionnel·le·s engagé·e·s dans le dispositif font preuve d'une implication et d'un investissement important·e·s, comme le notent huit professionnel·le·s (*médecin 1 : « investi », coordinatrice 1 et 2, psychologue, éducatrice sportive, animatrice territoriale de santé, assistante sociale, élu communautaire*). Une assistante sociale confirme l'implication de l'ensemble de ces professionnel·le·s : *« On sent que les gens qui sont investis, ce sont les mêmes depuis le départ, donc c'est pas rien. Moi qui participe à d'autres projets, on voit quelquefois qu'il y a un turnover, et donc ça c'est très gênant. Mais là, il y a une implication des personnes, quoi. »*

De plus, l'engagement « extraordinaire » de certaines professionnelles a semblé déterminant pour l'efficacité du dispositif. L'infirmière scolaire est indispensable au dispositif selon quatre professionnel·le·s (*coordinatrice 1 et 2, sophrologue, éducatrice sportive*) : *« Elle est le pilier du dispositif, et sans elle, je sais pas comment ils auraient lancé le dispositif, parce que finalement, elle est au cœur du repérage. Si on imagine qu'il lui arrive quelque chose - elle est d'ailleurs tombée en arrêt maladie - mais au moment du repérage, si elle n'est plus là, il n'y a plus de dispositif. C'est vrai que là, l'essentiel repose sur elle (sophrologue). »*

De même, d'après trois professionnel·le·s (*coordinatrice 1, médecin 2 : « investi », assistante sociale*) l'éducatrice sportive qui a coordonné le dispositif est essentielle au bon fonctionnement du dispositif.

Nous avons vu que le rôle de recrutement, largement investi pas l'infirmière scolaire, fait partie des rôles également attribués aux médecins généralistes. Nous proposons de nous intéresser à la manière dont les professionnel·le·s voient le partage de ce rôle.

3.4.2.2 *Le rôle de recrutement : décalage entre une place largement attribuée à l'infirmière scolaire et une aspiration à davantage de complémentarité avec les médecins généralistes*

Les professionnel·le·s interrogé·e·s considèrent que l'infirmière scolaire a un rôle prépondérant à jouer dans le recrutement, et constatent d'ailleurs qu'elle a été à l'origine de la plupart des démarches pour recruter les jeunes dans le dispositif PA'SAJE. Il·elle·s lui attribuent volontiers une place centrale dans ce rôle, considérant les nombreux avantages de sa position et de son statut par rapport aux médecins généralistes. En voici quelques-uns, cités par les différent·e·s professionnel·le·s :

- Un meilleur accès à l'ensemble des jeunes du territoire (*médecins 2, 7 : « investis » et 6, 8 : « réceptifs », coordinatrice 1, sophrologue, animatrice territoriale de santé, assistante sociale, éducatrice sportive*) : en rapport avec la fréquentation du milieu scolaire par la plupart des enfants d'un territoire. Un médecin témoigne en ce sens : *« Ben, c'est sûr que c'est un recrutement entre guillemets plus scientifique, oui. Et plus large, parce que, encore une fois, elle, elle prend - elle essaye du moins - de prendre tous les gamins d'une tranche d'âge, alors que nous on n'a pas cette possibilité-là. On les prend quand ils viennent, alors qu'elle elle va les chercher (médecin 2 : « investi »). »*
- Un meilleur accès aux jeunes éloignés des soins et une capacité à identifier les facteurs de vulnérabilité (*médecins 4, 8 : « réceptifs » et 5 : « investie », animatrice territoriale de santé*) : car l'infirmière scolaire peut identifier à l'école les jeunes issus de familles vulnérables, qui vont rarement (voire jamais) consulter de médecin. Au contraire, les médecins généralistes peuvent être en difficulté pour hiérarchiser les publics « prioritaires » car n'ayant pas de vision d'ensemble de la population d'un territoire : *« Effectivement, elle connaît tous les enfants, et puis elle peut aussi trier en fonction de la "gravité" entre guillemets. C'est-à-dire que nous, dans notre patientèle, on en a peut-être un ou deux pour lesquels on se dit : "ceux-là il faut absolument" mais sur tout le territoire, il y en a peut-être d'autres qui sont plus prioritaires que nos patients à nous, donc quelque part, c'est plutôt assez intelligent comme prise en charge. Parce qu'au moins on focalise sur les personnes qui sont plus prioritaires que d'autres (médecin 5 : « investie »). »*
- Une connaissance des jeunes dans leur environnement scolaire (*psychologue, animatrice territoriale de santé, sophrologue, éducatrice sportive, médecin 6 : « réceptif »*). Cela lui permet de prendre en compte le contexte global des jeunes, sans se limiter au seul contexte familial ou médical : *« Mine de rien, elle connaît aussi les difficultés scolaires, elle en discute aussi avec les enseignants, elle a aussi une autre perception, quoi. Elle a le côté médical, mais elle a aussi le côté apprentissage, et [...] l'environnement familial, quand elle échange avec les enseignants. J'ai la sensation qu'elle a une vision globale et pas biaisée par ce que la famille peut dire (éducatrice sportive). »*
- Un rôle de prévention et d'éducation à la santé auprès des jeunes permettant de consacrer du temps à ces activités (*médecins 5, 7, 9 : « investis » et 6, 8 : « réceptifs », assistante sociale*)

contrairement aux médecins généralistes qui déplorent leur manque de temps dédié à la prévention et à l'éducation à la santé dans leur activité de consultation.

- Un meilleur accès à toutes les catégories socio-professionnelles (*médecins 1, 2, 7* : « *investis* ») en rapport avec la fréquentation de l'école par les enfants de tous les milieux socio-économiques. Les difficultés professionnelles ou socio-économiques vont parfois de pair avec un suivi médical épars ou inexistant.
- Une absence d'obstacle à la mobilisation et l'implication de l'infirmière scolaire (*coordinatrices 1 et 2, psychologue, sophrologue, éducatrice sportive*) : qui s'oppose au manque de disponibilité des professionnel-le-s libéraux-ales, et en particulier des médecins généralistes, difficiles à mobiliser.
- Une meilleure efficacité (*coordinatrice 1*) : permettant d'obtenir rapidement un nombre de jeunes important dans le dispositif.
- Une capacité à inspirer confiance aux jeunes supérieure aux médecins généralistes (*coordinatrice 2*).
- Une moindre tendance à la minimisation du problème de surpoids (*psychologue*) : notamment concernant les familles plutôt favorisées. Cette psychologue craint que les médecins ne prennent pas assez au sérieux le problème de surpoids des jeunes : « *Je connais des gens qui ont amené leur enfant de douze-treize ans chez le médecin, en s'inquiétant pour le poids de leur enfant : le médecin a dit : "Oh, ça va passer avec l'adolescence". Sachant que cet enfant-là était dans un milieu favorable.* » Elle se demande si les médecins ne sont pas parfois faussement rassurés par l'existence d'un environnement favorisant.

Néanmoins, une grande partie des professionnel-le-s semble aspirer à un partage de ce rôle avec d'autres professionnel-le-s, et notamment avec les médecins généralistes, mettant en avant leur complémentarité, en vue de multiplier les moyens d'accès aux populations éloignées des soins.

Six professionnel-le-s (*médecins 6* : « *réceptif* » et *7* : « *investie* », *infirmière scolaire, sophrologue, coordinatrice 1, psychologue*) estiment que les médecins généralistes et l'infirmière scolaire ont des compétences équivalentes et complémentaires pour le repérage des jeunes. C'est d'ailleurs le postulat de l'infirmière scolaire, persuadée que son rôle et celui des médecins généralistes sont complémentaires pour effectuer cette tâche : « *Ben je pense qu'on est au cœur des soucis familiaux et sociaux, et le surpoids on le voit aussi. Donc je pense qu'on est tous les deux, quelle que soit la profession, apte à surveiller quoi. Et à recruter.* »

Selon dix professionnel-le-s (*médecins 9* : « *investi* », *3* : « *non concerné* » et *4* : « *réceptive* », *infirmière scolaire, coordinatrice 1, assistante sociale, sophrologue, chargée de mission à l'ARS, élu communautaire, directrice*), il est souhaitable qu'il y ait une complémentarité entre l'infirmière scolaire et d'autres professionnel-le-s. Ces derniers peuvent être des professionnel-le-s de santé (médecin

généraliste, médecin scolaire, psychologue scolaire, professionnel-le-s de PMI, orthophoniste, professions médicales et paramédicales sont par exemples nommé-e-s) ou des professionnel-le-s du milieu scolaire (notamment les enseignant-e-s).

Cette volonté de complémentarité des professionnel-le-s pour certains rôles au sein du dispositif pose la question du travail en pluriprofessionnalité. Nous proposons de restituer les perceptions des différent-e-s professionnel-le-s interrogé-e-s au sujet du travail en pluriprofessionnalité dans PA'SAJE.

3.4.2.3 Travail en pluriprofessionnalité et décloisonnement des sphères professionnelles

Le caractère pertinent et efficace du travail en pluriprofessionnalité au sein du dispositif PA'SAJE est souligné par quatre professionnel-le-s (*coordinatrice 1, élu communautaire, chargée de mission à l'ARS, sophrologue*). La dimension également multi institutionnelle (faisant intervenir la communauté de communes, l'ARS, l'Education Nationale) du dispositif est soulignée comme un atout. Une telle pluridisciplinarité en fait à leurs yeux un dispositif novateur et original.

Trois professionnel-le-s (*élu communautaire, médecin 7 : « investie », chargée de mission à l'ARS*) considèrent que le dispositif s'inscrit dans une logique de décloisonnement des sphères éducatives et médicales : « *Donc ça me paraît bien d'échanger avec [les enseignants], moi je trouve qu'à chaque fois qu'on les appelle, ils sont quand même très contents de communiquer avec nous, et ça donne des choses. Si on fait rentrer PA'SAJE à l'école, et tout ça avec l'infirmière scolaire et les profs, ça permet à tout le monde de dire : "bah on est tous d'accord sur ce qu'on peut faire ou ce qu'on ne peut pas faire" et puis de redire tous le même discours. Et ça, ça change les choses (médecin 7 : « investie »).* »

Néanmoins, quatre professionnel-le-s (*médecin 2 : « investi », coordinatrice 2, psychologue, sophrologue*) ont le sentiment que le dispositif n'a pas permis de sortir du cloisonnement des sphères éducatives et médicales.

Une professionnelle chargée de mission à l'ARS sur l'axe prévention et promotion de la santé mentionne à ce sujet l'existence des CLS, dont l'objectif est, selon elle, de permettre le travail en réseau et de favoriser le décloisonnement des sphères professionnelles : « *parce que l'objectif d'un Contrat Local de Santé, c'est quand même de mettre en place des programmes d'action, mais pas des programmes d'action en tuyaux d'orgue. C'est des programmes d'action qui font que justement on essaie de voir comment sur un territoire on peut créer du réseau et on décloisonne. On le dit souvent, mais c'est par des actions concrètes qu'on peut réussir.* »

La complémentarité des rôles et le décloisonnement des sphères professionnelles semblent être des ambitions partagées par la plupart des professionnel-le-s. Pourtant, les difficultés de communication constatées peuvent faire obstacle à la concrétisation de ces objectifs.

3.4.2.4 *Manque de communication entre les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif et les médecins généralistes*

Six professionnel-le-s (*médecin 4, 6 : « réceptifs », coordinatrice 1, animatrice territoriale de santé, infirmière scolaire, éducatrice sportive*) jugent la communication émanant du dispositif insuffisante, mais constatent que les médecins généralistes ne prennent pas non plus d'initiative pour renforcer ces échanges. Quatre professionnel-le-s (*médecins 1, 5, 7 : « investis », psychologue*) notent que les échanges se font plutôt sur un mode informel entre les médecins et les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif.

Un seul des médecins interrogé-e-s juge la communication satisfaisante ; la perte d'informations étant plutôt liée selon lui à un oubli ou un défaut d'attention des médecins : « *On est au courant que si on lit ses mails. Donc je les ai lus, je les ai vus et je les ai oubliés (médecin 3 : « non concerné »).* »

Ce défaut de communication peut en partie s'expliquer par une qualité de communication interne suffisante au bon fonctionnement du dispositif : « *Le volet relation avec les médecins, c'est pas qu'il est nul mais il pourrait être mieux. Alors je pense qu'il y a le fait que je communique pas assez sur le projet parce que ça va vite et comme ça marche super bien entre nous, bah... [...] On est en autonomie, voilà (coordinatrice 1) !* ».

Par conséquent, sept professionnel-le-s (*coordinatrice 2, animatrice territoriale de santé, infirmière scolaire, psychologue, médecins 4, 6 : « réceptifs » et 7 : « investie »*) expriment leur désir de renforcer la communication entre les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif et les médecins traitants des enfants inclus. Cela pourrait permettre notamment de faciliter l'utilisation du dispositif par les médecins et d'améliorer le suivi des patient-e-s. Cette situation par exemple aurait justifié un échange direct avec le-a médecin traitant concerné : « *Oui, en fait Nolan s'interrogeait beaucoup sur sa santé mentale. [...] J'ai essayé d'un peu le rassurer [...] mais bon, voilà, il y avait peut-être d'autres questionnements, des réponses médicales qui pouvaient lui être apportées (psychologue).* » L'infirmière scolaire propose de mettre en place des échanges téléphoniques avec les médecins généralistes en amont du processus de recrutement afin de leur présenter le dispositif et les encourager à faire des retours au sujet de l'évolution des jeunes dont il-elle-s sont les médecins traitants.

3.4.2.5 *Compréhension et visibilité du dispositif depuis l'extérieur très imparfaites*

La compréhension incorrecte ou incomplète du projet par les médecins généralistes a pu faire obstacle à leur investissement selon cinq professionnel-le-s (*médecins 3 : « non concerné » et 4, 6 : « réceptifs », animatrice territoriale de santé, assistante sociale*). Cela semble souvent être en lien avec un manque de communication autour du dispositif, et donc une mauvaise visibilité de celui-ci. Ces imprécisions dans la compréhension du dispositif ont pu avoir des conséquences négatives sur la contribution des médecins généralistes au recrutement.

Deux médecins (*médecins 3 : « non concerné » et 6 : « réceptif »*) évoquent leur propre manque de disponibilité mais aussi leur absence de motivation pour aller chercher les informations qu'ils estiment

manquantes : « *C'est-à-dire qu'on court dans tous les sens, on n'a pas forcément saisi la démarche générale du projet, et qu'on manque de...enfin moi personnellement je manque de motivation pour ça. C'est-à-dire que, on en parle, ça me paraît évident, et puis dans ma pratique euh... (médecin 3 : « non concerné »).* »

Un médecin met en avant le manque de clarté du protocole d'inclusion, responsable d'une compréhension et d'une appropriation partielles : « *Mais moi je me suis pas beaucoup appuyé dessus. J'ai dû avoir recours au programme PA'SAJE pour deux-trois enfants, et puis, enfin très clairement, c'est pas très bien identifié qui je dois solliciter, et comment il faut faire, quoi. Sur le principe je suis hyper d'accord. [...] Mais maintenant comment activer, j'ai l'impression que c'est un gros bordel à activer, alors que c'est peut-être plus simple que ça (médecin 6 : « réceptif »).* »

Le manque de visibilité du projet pour d'autres professionnel·le·s ou structures extérieur·e·s au dispositif, responsable de difficultés d'appropriation de cet outil, est également ressorti dans les propos recueillis auprès de cinq professionnelles (*sophrologue, assistante sociale, éducatrice sportive, animatrice territoriale de santé, psychologue*). .

Les lacunes de décryptage du dispositif par les différent·e·s professionnel·le·s s'illustrent également par leur faible connaissance des professionnel·le·s engagé·e·s dans PA'SAJE. En effet, six professionnel·le·s (*médecins 3 : « non concerné » et 1, 5, 7 : « investis » et 6 : « réceptif », chargée de mission à l'ARS*) déclarent ne pas connaître plus de deux professionnel·le·s engagé·e·s dans le dispositif. Un seul des médecins interrogé·e·s (*médecin 2 : « investi »*) connaît bien ces professionnel·le·s, du fait de sa présence dans le groupe de travail du dispositif.

4. DISCUSSION

L'objectif de l'étude était de comprendre quelle place les médecins généralistes pouvaient occuper en santé publique, en considérant à la fois leurs aspirations personnelles et les attentes des autres acteur·trice·s de santé publique. Nous avons sélectionné quatre points d'intérêt extraits de nos résultats pour tenter d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche. Tout d'abord, nous reprendrons les profils observés afin d'identifier les caractéristiques associées à une implication des médecins généralistes en santé publique. Dans un deuxième temps, nous étudierons comment la notion de médicalisation du surpoids révèle des clivages entre médecins et non médecins, renvoyant à des attentes différentes concernant le rôle et la place des médecins généralistes. Nous verrons ensuite comment ces tensions semblent se résoudre par la possibilité d'une place discrète et ponctuelle pour les médecins généralistes au sein des dispositifs de santé publique. Dans un dernier temps, nous repartirons du vécu de l'expérience PA'SAJE pour montrer l'existence d'un lien entre le rôle attribué aux médecins généralistes et la nature des interactions interprofessionnelles dans ce dispositif pluriprofessionnel.

4.1 « PROFILS TYPES » DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGE·E·S

Concernant les profils identifiés dans notre travail, il est intéressant de noter que les médecins « investis » en pratique dans les activités de santé publique partagent entre eux-elles un ensemble de caractéristiques communes qui les différencie des médecins « réceptifs » ou « non concernés ». Cette forme d'homogénéité chez les médecins « investis » va donc dans le sens d'une forme de cohérence chez cette catégorie de médecins.

Dans ses travaux, Lise Monneraud (19) fait le constat de l'existence de caractéristiques communes associées à certains types de profils de médecins en fonction de leur positionnement vis-à-vis des autorités publiques et de l'organisation de leurs conditions d'exercice professionnel. Elle propose la distinction de deux types profils : les « promoteurs » et les « purs soigneurs » présentant chacun un ensemble de caractéristiques communes.

D'après ses observations, les médecins « promoteurs » suivent deux dynamiques principales : d'une part, une évolution vers plus de globalité et de transversalité ; d'autre part, une meilleure prise en compte du territoire (environnement géographique, politique et démographique). La démarche de ces médecins « promoteurs » apparaît comme une solution face à la démographie médicale déficitaire en milieu rural. Pour eux-elles, trouver de nouveaux modes d'organisation du travail (comme le recours à des outils tels que les réseaux de santé ou de services) permet de restaurer une qualité de travail.

Lise Monneraud décrit un deuxième type de figure qui s'oppose au médecin « promoteur » : celle du « pur soigneur ». Les médecins appartenant à cette catégorie refusent le réaménagement de leurs pratiques et ne souhaitent pas s'impliquer dans des pratiques de groupe. Il-elle-s considèrent que les actions de santé publique ne sont pas de leur ressort, voire ne se sentent pas légitimes. Cette figure du « pur soigneur » ne semble pas dépendre du mode d'exercice mais plutôt du caractère du-de la médecin. Est rattachée à cette figure la croyance dans la noblesse de la mission de soins et la nécessité de ne pas s'écarter de son cœur de métier. Le refus d'implication dans les structures collectives de la part de ces médecins est souvent ambivalent, ceux-elles-ci admettant l'intérêt des démarches des « promoteurs » mais soulignant leur manque de temps, l'obligation de faire fonctionner leur source de revenus et leur volonté de ne pas s'éloigner du soin pour lequel il-elle-s ont été formé·e·s.

Il est intéressant de noter que les profils des médecins « investis » et des médecins « non concernés » observés dans notre travail se rapprochent fortement des profils des médecins « promoteurs » et « purs soigneurs » décrits par Lise Monneraud (19).

Nous commencerons par mettre en évidence les caractéristiques partagées par les médecins « investis » et les « promoteurs », puis celles partagées par les médecins « non concernés » et les « purs soigneurs ». Nous décrirons ensuite le troisième profil de médecins « réceptifs » observé dans nos travaux. Pour finir, nous tenterons de mettre en parallèle les profils des médecins interrogé·e·s avec leurs positionnements : d'abord au sujet de leur place dans les dispositifs de santé publique puis sur leur légitimité à intervenir dans la prévention du surpoids des jeunes.

4.1.1 Rapprochement des profils de médecins « investis » et « promoteurs »

En effet, on note de nombreuses caractéristiques communes entre les médecins « investis » dans les activités de santé publique et les médecins « promoteurs ». Tout d'abord, les deux dynamiques suivies par les « promoteurs » sont également à l'œuvre chez les médecins « investis ».

La première, l'évolution vers plus de globalité et de transversalité, se retrouve dans nos observations sous forme d'une sensibilité à une approche « globale centrée sur le patient » et à une approche orientée vers l'éducation thérapeutique. Dans nos observations, les médecins ont tou-te-s évolué vers une organisation de travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, illustrant cette recherche de transversalité. L'intérêt de ces médecins pour les disciplines transversales telles que la médecine interne, la pathologie métabolique, la santé publique et leur choix de la médecine générale comme moyen d'éviter l'hyperspécialisation en sont également des témoins.

La deuxième, la meilleure prise en compte du territoire observée par Lise Monneraud chez les médecins « promoteurs » est également à l'œuvre chez les « investis ». Le regroupement en maisons de santé pluriprofessionnelles ou l'adhésion à des pôles de santé font partie des stratégies adoptées pour faire face à la démographie médicale déficitaire. L'implication au sein de réseaux de santé ou l'orientation vers certaines pratiques spécifiques (d'addictologie par exemple) afin de se positionner comme relais local traduit également cette volonté de prise en compte des enjeux de territoire.

Ensuite, on retrouve comme chez les « promoteurs » les deux objectifs principaux d'amélioration de leurs conditions d'exercice et de focalisation sur les besoins des patients. Pour ces médecins « investis », le choix d'un mode d'exercice pluriprofessionnel correspond à cette recherche d'une dynamique d'organisation de travail évolutive et innovante. Comme les « promoteurs », il-elle-s se positionnent fréquemment en « leaders » en impulsant eux-elles-mêmes les démarches pour réorganiser leur exercice professionnel. Cela se manifeste par exemple par le fait d'être à l'origine des démarches de création de pôle de santé ou de maison de santé pluriprofessionnelle. Comme pour les « promoteurs », l'amélioration de leurs conditions d'exercice passe par le partage d'expérience et la transmission de savoir. Cela se manifeste chez les « investis » par une implication dans l'enseignement ou la formation à destination des collègues ou des étudiants. La nécessité de recentrer leur exercice sur les besoins des patient-e-s est également au centre des préoccupations de ces médecins. En effet, soucieux-ses d'être utiles aux patient-e-s qu'il-elle-s soignent, les « investis » semblent avoir à cœur de s'adresser notamment aux plus vulnérables, quitte à réorienter leurs activités vers domaines où il-elle-s ont identifié des besoins.

Une des caractéristiques mises en évidence chez les « promoteurs », leur capacité à composer avec plusieurs ordres normatifs, faisant d'eux-elles des interfaces entre différents mondes sociaux, possédant plusieurs rôles institutionnels et ayant accès à des cercles de sociabilité complémentaires (19), se retrouve également chez certain-e-s des médecins « investis ». Cela se manifeste par exemple par un parcours associatif et syndical ou un cumul de fonctions (médecin, pompier, président-e de pôle...).

Les médecins « investis » dans les activités de santé publique identifié-e-s dans notre travail partagent donc les principales caractéristiques des médecins décrit-e-s par Lise Monneraud comme « promoteurs » dans l'action publique de santé. Les médecins « investis » sont donc des médecins « promoteurs » selon la définition établie par cette chercheuse. Cette caractérisation de notre population de médecins nous semble intéressante, car elle renforce l'hypothèse d'un ensemble de caractéristiques communes, que nous avons basée sur nos observations.

Cela nous permet donc d'isoler les critères les plus pertinents pour décrire les médecins les plus investis en santé publique, en s'appuyant sur d'autres travaux que les nôtres. En résumé, les médecins « investis » partagent un intérêt pour une approche globale et transversale (illustrée par exemple par une appétence pour le travail en équipe pluriprofessionnelle ou pour une approche orientée vers l'éducation thérapeutique) et une volonté de prise en compte des besoins du territoire (illustré par exemple par le regroupement en maisons pluridisciplinaires ou en pôles de santé). Il-elle-s sont volontiers initiateur-trice-s de modifications de leur organisation professionnelle dans le but d'améliorer leurs conditions d'exercice et de se recentrer sur les besoins des patient-e-s. Il-elle-s ont à cœur le partage d'expérience et sont investi-e-s dans la transmission de savoirs et la formation, y compris la leur. La présence de cet ensemble cohérent de critères communs observé chez des médecins constitue probablement un élément prédictif d'une capacité à s'impliquer dans les activités de santé publique. En effet, par opposition aux « purs soigneurs », ces médecins semblent disposé-e-s à accorder du temps à d'autres activités que le soin (comme l'organisation de l'activité professionnelle ou les activités de santé publique), en vue d'en retirer des bénéfices pour leur pratique. En somme, s'écarter du cœur du métier pour lequel il-elle-s ont été formé-e-s, dans l'objectif d'une amélioration qualitative et durable de leur pratique.

4.1.2 Rapprochement des profils de médecins « non concernés » et « purs soigneurs »

La deuxième catégorie de médecins mise en évidence dans le travail de Lise Monneraud, les « purs soigneurs » peut être rapprochée de notre profil de médecins ne se sentant pas concerné-e-s par la santé publique ou « non concernés ». Ce profil ne concerne qu'un seul des médecins interrogé-e-s dans notre étude mais néanmoins la comparaison semble pertinente sur de nombreux points.

Tout d'abord, les « purs soigneurs » refusent d'envisager un réaménagement de leurs pratiques et ne souhaitent pas s'investir dans des réseaux ou pratiques de groupe, comme c'est le cas pour le médecin « non concerné » qui souhaite garder une pratique solitaire et refuse l'idée de répartir des tâches entre professionnel-le-s.

Ensuite, comme cela est décrit chez les « purs soigneurs », ce médecin « non concerné » met en doute sa légitimité à s'investir dans des démarches de prise en charge transversale ou multidisciplinaire, estimant n'avoir rien à proposer de constructif.

De même, il transparaît chez ce médecin, comme chez les « purs soigneurs », la volonté de ne pas s'écarter de son cœur de métier. Il éprouve la nécessité de centrer son exercice sur le strict nécessaire en raison d'une surcharge de travail et d'un épuisement professionnel. Pour ce médecin, la

santé publique incarne une conception de la médecine très éloignée de la sienne - basée sur la relation individuelle « soignant-soigné ».

La posture critique à l'égard du « système » décrite dans les travaux de Lise Monneraud existe aussi chez ce praticien. Cette dimension critique se manifeste également à l'égard des autorités institutionnelles de santé et de la santé publique. Ce positionnement vient compléter la justification de son refus des réseaux institutionnels.

Néanmoins, comme décrit chez les « purs soigneurs », la posture de ce médecin « non concerné » est ambivalente, ce qu'il reconnaît volontiers. Malgré son positionnement réfractaire vis-à-vis des dynamiques de coopération interprofessionnelle, ce médecin admet l'intérêt des démarches de santé publique et du recours aux réseaux institutionnels tels que le dispositif PA'SAJE. Il choisit toutefois de ne pas y prendre part, en raison d'un manque de temps et d'une difficulté à gérer le quotidien.

Même si les caractéristiques principales des médecins « purs soigneurs » semblent présentes chez ce médecin « non concerné », il aurait été nécessaire de le comparer à d'autres médecins « non concernés » pour savoir s'il-elle-s partageaient cet ensemble de caractéristiques communes. Nous ne pouvons rien conclure sur ce profil mais il pourrait être intéressant d'approfondir cette question dans d'autres recherches, en émettant l'hypothèse que les médecins « non concernés » par la santé publique soient des « purs soigneurs » selon la définition établie par Lise Monneraud.

4.1.3 Profil intermédiaire de médecins « réceptifs »

Notre travail repère une troisième catégorie de médecins, correspondant à des médecins qui se sentent concerné-e-s par la santé publique mais ne sont pas forcément investi-e-s dans les activités de santé publique. Nous proposons de les désigner par le terme « réceptifs », en écho aux termes « investis » et « non concernés ». Au nombre de trois dans notre étude, ces médecins ne semblent correspondre ni au profil « promoteur » ni au profil « pur soigneur » mais empruntent certaines caractéristiques à l'un ou l'autre, constituant plutôt des profils mixtes.

En effet, deux d'entre eux-elles se sont tourné-e-s vers un mode d'exercice traditionnel de la médecine, avec une volonté affichée de devenir « médecin de famille », correspondant plutôt au tempérament des « purs soigneurs » tandis que le troisième revendique le choix d'une médecine offrant une pratique multidisciplinaire, adaptée à la prise en charge des pathologies chroniques, le rapprochant plutôt des « promoteurs ».

Comme les « purs soigneurs », ces médecins soulignent le manque de temps et de disponibilité comme principal facteur limitant leur investissement dans le domaine de la santé publique, les obligeant à se centrer sur leur activité de soins avant tout. Néanmoins, contrairement aux « purs soigneurs » il-elle-s ne sont pas opposé-e-s au travail en équipe permettant la délégation de certaines tâches qu'il-elle-s ne peuvent pas faire.

Cela ne les empêche pas d'éprouver intérêt et enthousiasme à l'égard de la santé publique et des actions qui en émanent, à l'instar des médecins « promoteurs ». Il-elle-s affichent d'ailleurs un intérêt pour la santé publique, et en particulier pour la prévention.

En pratique, il-elle-s ne refusent pas les réaménagements de leurs pratiques comme les « purs soigneurs », mais leur investissement pour faire évoluer leur exercice professionnel semble atténué par rapport aux « promoteurs ». Il-elle-s sont rarement à l'origine des adaptations de leurs conditions de travail mais il-elle-s sont réceptif-ive-s aux initiatives pour organiser un travail d'équipe portées par d'autres. La notion de partage d'expérience est présente comme chez les « promoteurs », et il-elle-s affichent une volonté de participer à une transmission de savoirs.

Pour résumer, ces médecins « réceptifs » constituent un profil composite, ni assimilable au profil « promoteur », ni au profil « pur soigneur ». Il-elle-s ont pour caractéristique centrale d'être favorables aux démarches d'organisation collective et transversale du travail et sont sensibles aux thématiques de santé publique. Il-elle-s semblent en accord avec les valeurs portées par les « promoteurs » mais ne souhaitent pas être instigateurs de ces démarches et estiment d'ailleurs ne pas être en capacité de le faire, par manque de disponibilité, de temps, d'énergie ou d'intérêt. Néanmoins, il-elle-s peuvent être en capacité de s'investir ou de soutenir des initiatives portées par d'autres, dans la mesure de leurs possibilités.

Ce profil « réceptif » concerne un petit nombre de médecins qui semblent partager un ensemble de caractéristiques communes. Néanmoins, il serait intéressant de mener d'autres travaux confirmant l'existence de ce type de profil. Aussi, pour s'assurer de la pertinence des caractéristiques retenues, il serait souhaitable d'approfondir la question en comparant les caractéristiques communes d'un plus grand nombre de médecins « réceptifs » aux démarches de santé publique.

Maintenant que les trois profils de médecins observés ont été caractérisés, nous proposons de rechercher d'éventuelles associations entre leurs prises de position et leur profil. Nous chercherons à mettre en évidence ces associations sur les thèmes du surpoids des jeunes puis des dispositifs de santé publique.

4.1.4 Positionnement des médecins généralistes en fonction de leur profil

4.1.4.1 Au sujet de leur légitimité à intervenir dans la prise en charge du surpoids des jeunes

Les médecins « investis » ont tendance à remettre en question leur légitimité à intervenir auprès des jeunes en surpoids en raison d'un manque de compétences pédagogiques, notamment pour accompagner de manière pertinente le changement de comportement. Ces médecins considèrent que ces pratiques relèvent davantage de l'éducation thérapeutique et que le format de la consultation de médecine générale n'est pas adaptée. De la même manière qu'il-elle-s ont tendance à se méfier de la médicalisation, il-elle-s s'inscrivent dans une volonté de privilégier d'autres approches que la seule approche médicale et mettent en avant la complémentarité des compétences des acteur-trice-s de santé publique.

Le médecin « non concerné » remet également en question la légitimité des médecins généralistes à intervenir sur ces questions, mais en raison d'un manque de compétences théoriques sur les thèmes de la nutrition et de l'activité physique.

Les médecins « réceptifs » considèrent que l'enjeu du surpoids est davantage éducatif que médical et que ce travail éducatif relève des médecins généralistes en libéral, en complémentarité avec d'autres intervenant-e-s. La priorité de l'intervention est plutôt donnée aux professionnel-le-s du domaine social, sportif ou paramédical, en laissant la possibilité aux médecins d'intervenir de manière concomitante ou en deuxième recours. Ceux-elles-ci ne considèrent pas qu'une consultation de médecine générale soit synonyme de « surmédicalisation » : le contenu éducatif de cette consultation la définissant plutôt comme une intervention de santé publique. Il est intéressant de noter que ces médecins « réceptifs » semblent les seuls à ne pas douter de leur légitimité à faire de l'éducation à la santé auprès des jeunes. De plus, il-elle-s semblent déconnecter la notion de médicalisation de la personne du-de la médecin. Selon eux-elles, ce serait plutôt l'approche choisie par les médecins qui déterminerait le caractère médicalisant ou non de l'intervention. Ainsi, selon eux-elles, les pratiques d'éducation à la santé ou de prévention des médecins généralistes s'inscrivent dans le cadre de la santé publique, et ne sont donc pas synonymes de médicalisation.

4.1.4.2 Au sujet de leur place dans les dispositifs de santé publique

Les médecins « investis » ont nettement tendance à considérer que leur présence au cœur des dispositifs de santé publique est facultative. Ne souhaitant pas y occuper une place centrale, ces médecins se positionnent plutôt dans un rôle d'intervenant-e-s ponctuel-le-s. Il-elle-s ne pensent pas que ce soit nécessairement leur rôle (ni celui d'un professionnel de santé) de coordonner ces dispositifs. Privilégiant la place d'autres professionnel-le-s sur la leur, il-elle-s attribuent volontiers la coordination des dispositifs à des professionnel-le-s jugé-e-s plus compétent-e-s pour ce rôle. Il-elle-s accordent une attention particulière à ce que les médecins ne soient pas placé-e-s en position de supériorité par rapport aux autres professionnel-le-s. Il-elle-s justifient le caractère facultatif de leur présence par la nécessité de ne pas trop mobiliser les médecins et par la possibilité de se faire représenter par d'autres professionnel-le-s. Par ailleurs, il-elle-s se déclarent en faveur d'une participation physique ponctuelle des médecins généralistes aux activités proposées par les dispositifs. Pour eux-elles, cette participation est l'occasion de mettre de un peu de côté leur « casquette » de médecin au profit du statut de « simple participant », en vue de renforcer leur soutien et leur accessibilité auprès des bénéficiaires. Cette présence participative peut également être selon eux-elles un moyen de renforcer la légitimité médicale du dispositif.

Ce positionnement peut paraître surprenant pour deux raisons. La première tient à l'investissement affiché de ces médecins en santé publique, raison pour laquelle il-elle-s ont été identifié-e-s comme « investis ». On aurait pu s'attendre à ce que leur intérêt pour la santé publique les encourage à s'investir dans des projets offrant plus de possibilités que le format de consultation classique. La deuxième raison est liée à la position de « leader » qu'il-elle-s sont amené-e-s à occuper en tant que « promoteurs » et leur tendance à la prise d'initiative dans le but d'améliorer leurs conditions

d'exercice. On aurait pu s'attendre à ce qu'il·elle·s revendiquent une place plus centrale et s'approprient la coordination des dispositifs. Nous faisons l'hypothèse que leur positionnement sur ce point témoigne plutôt de l'importance qu'il·elle·s accordent au travail en équipe et à la transversalité des approches. Nous notons chez ces médecins « investis » une aspiration à un fonctionnement horizontal et une volonté d'« effacer » un peu leur posture de médecin pour permettre à d'autres professionnel·le·s de trouver leur place, notion que nous n'avons pas mise en évidence dans notre étude des profils.

Le médecin au profil « non concerné » pense que les médecins généralistes devraient occuper une place centrale au sein des dispositifs de santé publique, et auraient vocation à en être les coordinateur·trice·s. Ce positionnement correspond à une situation idéale de son point de vue, bien que difficilement envisageable sur le plan pratique. La principale raison à cela étant selon lui la surcharge de travail des médecins généralistes. Il est le seul des médecins interrogé·e·s à considérer que la présence des médecins généralistes est indispensable. Cette attitude évoque le positionnement paternaliste du « médecin de famille-pivot » (21) souhaitant centraliser les informations et contrôler les itinéraires thérapeutiques de ses patient·e·s. Néanmoins, les éléments permettant de définir le profil de médecin-pivot (relatif à la manière de concevoir les relations avec les patients) n'ont pas été étudiés ici. De plus, l'interprétation de ces prises de positions doit rester prudente étant donné la représentation du profil « non concerné » par un seul médecin.

Chez les médecins « réceptifs », les avis sont en défaveur de la présence des généralistes dans les dispositifs. Ceux·elles·ci mettent en avant le caractère facultatif de la présence centrale des généralistes et même, pour certain·e·s, l'absence de place pertinente pour un·e médecin généraliste dans ce type d'action. Comme chez les médecins « investis », la possibilité d'interventions ponctuelles, l'attention à ne pas placer les médecins en position de supériorité et le caractère non indispensable de l'implication des généralistes dans le groupe de travail d'un dispositif sont présentes. Les positionnements au sujet de la coordination sont moins homogènes, bien que la plupart ne juge pas nécessaire qu'elle soit assurée par un médecin généraliste.

Ce positionnement semble avoir tendance à rejoindre celui des médecins « investis » avec toutefois davantage d'hétérogénéité. Il s'inscrit plutôt logiquement dans la continuité des valeurs identifiées chez les « réceptifs », à savoir un sentiment favorable à l'égard des démarches de santé publique, malgré un investissement modéré. Le petit nombre de médecins concerné·e·s implique des réserves dans l'interprétation.

Finalement, les médecins « investis » étant les plus nombreux·ses parmi les médecins interrogé·e·s dans notre étude, il est assez logique de constater que leur positionnement s'avère prédominant (par rapport aux autres profils) concernant la place des médecins dans les dispositifs de santé publique. Le positionnement des médecins « réceptifs » se rapprochant sensiblement de celui des « investis » (bien que moins net et moins homogène), il n'est pas étonnant que les points de vue des médecins « investis » et « réceptifs » reflètent le point de vue de la majorité des médecins généralistes sur ce thème, dans le cadre de notre travail. La posture du médecin « non concerné » apparaît ici comme une exception.

4.2 ENJEUX DE LA MEDICALISATION DU SURPOIDS DES JEUNES

Le thème de la médicalisation du surpoids, bien qu'il ne figurait pas dans notre guide d'entretien a été régulièrement abordé par les professionnel-le-s interrogé-e-s. Il a émergé pendant notre analyse comme un des points d'intérêt de notre travail. Cependant, n'ayant pas anticipé cette situation, la notion de médicalisation n'a pas été définie préalablement lors des entretiens.

Or il s'agit d'une notion complexe, qui peut évoquer des sens très variés, en fonction des représentations et de l'univers symbolique de la personne qui y fait référence. En nous appuyant sur les propos des professionnel-le-s qui se sont exprimé-e-s au sujet de la médicalisation, nous avons rassemblé les éléments qui nous semblaient pertinents pour en ébaucher une définition.

Pour les professionnel-le-s interrogé-e-s, la notion de médicalisation peut renvoyer à une confusion entre le « normal » et le « pathologique », amenant par exemple à considérer une personne en surpoids comme malade. Cette « identification pathologique » se fait au détriment d'une approche centrée sur le bien-être et « la plus normale possible ». Selon eux-elles, un « problème de santé » n'est pas forcément une maladie : la médicalisation peut consister à prendre les problèmes de santé (comme le surpoids par exemple) pour des maladies. Cette notion peut renvoyer à l'emprise du médical sur des domaines de la vie quotidienne. Nous avons également relevé l'idée que la médicalisation pouvait correspondre à une « objectivation » des paramètres tels que le poids et la taille, avec la nécessité d'exercer dessus une forme de contrôle. Est apparue également la notion de « stigmatisation » induite par la médicalisation. La médicalisation peut être incarnée par la personne du médecin et « le regard médical » qu'elle porte. La médicalisation peut aussi passer par les mots utilisés (par exemple les mots évocateurs de diagnostics, comme le terme « obésité »), ou par la posture directive du médecin.

Ces éléments de définition extraits de nos entretiens s'avèrent ne pas être très éloignés des définitions issues de la littérature. Selon Danièle Carricaburu et Marie Ménoret, « la notion de médicalisation renvoie précisément à un mécanisme « définitionnel » dans la mesure où elle décrit le processus selon lequel des problèmes considérés de prime abord comme non médicaux vont être définis et traités comme des problèmes médicaux, le plus souvent en termes de maladies ou de désordres » (22). Chez Peter Conrad, la médicalisation est conçue objectivement comme la « définition d'un comportement que l'on ramène uniquement à un problème médical ou à une maladie, et le mandat donné à la profession médicale pour y apporter quelque type de traitement » (23).

Le champ de la santé publique (prévention, promotion de la santé, éducation à la santé) est donc tout particulièrement sujet à médicalisation car il concerne des domaines où les frontières entre le normal et le pathologique sont parfois floues, et où les approches préventives et curatives peuvent se superposer. C'est le cas du surpoids des jeunes, qui peut être considéré ou non comme une pathologie, et pour lequel l'approche préventive et éducative a toute sa place.

Si la littérature semble assez riche au sujet de la médicalisation au sens large, en lien avec le développement des sciences et des techniques, nous n'avons pas pu mettre en évidence de travaux traitant de la médicalisation en tant que phénomène incarné par la posture du médecin généraliste ou par son intervention dans le champ de la santé publique.

Dans nos travaux, les médecins généralistes reconnaissent volontiers que le travail éducatif auprès des jeunes en surpoids fait partie de leur rôle, tout en considérant que ce travail doit être réalisé en priorité par d'autres professionnel·le·s mieux placé·e·s pour cela. Leur sentiment de légitimité à assumer cette démarche préventive et éducative auprès des jeunes connaît des limites, notamment en ce qui concerne leurs compétences pédagogiques dans le domaine de l'éducation à la santé, mais aussi leurs compétences précises dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique. Pourtant, les professionnel·le·s non médecins interrogé·e·s semblent avoir des attentes envers les médecins généralistes. Il·elle·s accordent de l'importance à ce que les médecins généralistes abordent le sujet du surpoids en consultation et établissent un diagnostic médical. Il·elle·s insistent sur la responsabilité du·de la médecin à s'assurer de la cohérence du parcours de l'enfant sur le plan médical. Certain·e·s mettent en avant leur propre absence de légitimité dans le domaine médical, parfois responsable de situation très inconfortables (notamment pour les enseignant·e·s).

On retrouve cette distinction entre médecins et professionnel·le·s non médecins au sujet des conséquences de la médicalisation du surpoids. Alors que ce sont majoritairement des médecins qui soulignent les risques portés par la médicalisation et redoutent l'impact négatif de leur posture de médecin face aux jeunes en surpoids, ces risques ne sont quasiment pas mentionnés par les professionnel·le·s non médecins. En revanche, les bienfaits potentiels attribués à la médicalisation sont davantage évoqués par des professionnel·le·s non médecins. Les médecins craignent que la médicalisation du surpoids dramatise le problème, démoralise les jeunes ou les stigmatise. Il·elle·s s'inquiètent de voir les activités de la vie quotidienne - telles que le sport ou l'alimentation - médicalisées. Cette inquiétude rejoint celle exprimée par Hachimi Sanni Yaya qui voit dans la médicalisation : « un processus généralisé de pathologisation du social marqué par cette extension quasi infinie du champ d'intervention de la médecine sur les divers aspects de la vie humaine, incluant ses angoisses, ses joies, ses peines, ses questionnements, et ses préoccupations, dans le cadre de cette recherche perpétuelle de la santé parfaite » (24).

Dans une tout autre vision des choses, des professionnel·le·s majoritairement non médecins rappellent les effets recherchés de la médicalisation du surpoids : favoriser la prise de conscience du problème, éviter sa banalisation et son aggravation, démystifier ou dédramatiser.

Cette divergence de positionnement entre médecins et non médecins semble en partie se résoudre dans la possibilité d'avoir recours à un dispositif ou une structure d'activité physique dans lequel·le·s la présence du médecin n'est pas centrale.

Cette tension entre crainte d'un excès ou d'une insuffisance de médicalisation à laquelle sont sujet·te·s professionnel·le·s médecins et non médecins soulève la question de la légitimité des rôles de chacun·e. En analysant la manière dont ces professionnel·le·s se représentent leur rôle et ceux

des autres, nous avons mis en lumière des besoins implicites de réassurance, de décharge, de partage et de délégation (21).

Le besoin de réassurance correspond au besoin d'être confirmé-e dans son savoir, dans ses compétences et dans ses décisions. Il émane notamment des non-médecins qui veulent s'assurer de la validité et de la cohérence médicale des parcours des jeunes en surpoids qu'il-elle-s vont être amené-e-s à prendre en charge. Mais il est également présent chez les médecins généralistes, qui doutent de leur capacité et de leur légitimité à proposer une approche éducative pertinente.

Le besoin de décharge des émotions et des angoisses liées à l'activité professionnelle a essentiellement été rapporté dans notre étude par des non-médecins, en proie à des situations inconfortables de non-légitimité professionnelle.

La nécessité de partage des responsabilités est illustrée dans notre étude par l'importance qu'accordent les professionnel-le-s non médecins à l'intervention des médecins généralistes auprès des jeunes pour aborder le sujet du surpoids et poser un diagnostic.

Le besoin de délégation semble émaner aussi bien des professionnel-le-s non médecins que des médecins généralistes : les domaines considérés hors de leur champ de compétences ou d'intérêt sont attribués à d'autres professionnel-le-s (par exemple les médecins délèguent la diététique ou l'activité physique, les professionnel-le-s non médecins délèguent le bilan initial de l'obésité).

Nous émettons l'hypothèse que ces besoins correspondent globalement à une crainte pour ces professionnel-le-s d'assumer seul-e-s la responsabilité de l'accompagnement des jeunes en surpoids, avec le risque de négliger certains aspects de la prise en charge en dehors de leur champ de compétences. Cela se traduit pour les différent-e-s professionnel-le-s par une tendance à souligner à la fois leur propre manque de légitimité mais aussi l'importance du rôle d'autres professionnel-le-s.

En somme, la notion de médicalisation appliquée au surpoids fait apparaître des divergences entre médecins et non médecins dans leur manière de concevoir le rôle des médecins généralistes. La mise en lumière de l'existence de besoins implicites de réassurance, décharge, partage et délégation traduit d'importants questionnements autour de la légitimité des rôles de chacun-e. La tendance des médecins généralistes à attribuer le travail d'éducation à la santé en priorité à d'autres professionnel-le-s, et à envisager négativement les conséquences de la médicalisation se trouve en décalage avec les attentes des professionnel-le-s non médecins, demandeurs d'une validation médicale et rappelant les bienfaits potentiels de la médicalisation du surpoids. Ainsi, la notion de médicalisation permet d'apporter des précisions sur la manière dont est envisagée la place des médecins généralistes en santé publique. L'existence d'un décalage entre le rôle que se proposent d'occuper les médecins généralistes et celui que les professionnel-le-s non médecins attendent qu'il-elle-s occupent est une des notions importantes apportées par notre travail.

4.3 PLACE DES MEDECINS GENERALISTES AU SEIN DES DISPOSITIFS DE SANTE PUBLIQUE

Les médecins généralistes et les professionnel-le-s non médecins interrogé-e-s sont en majorité d'accord pour dire que la place des médecins généralistes ne doit être ni centrale et ni permanente au sein des dispositifs de santé publique. Ce positionnement fait écho à la posture de la plupart des médecins généralistes interrogé-e-s, considérant que leur place se situe plutôt « en retrait » de ces

dispositifs. Ces derniers, ne voyant pas de dimension concurrentielle dans les dispositifs de santé publique mais plutôt une forme de complémentarité par rapport à leur activité, proposent d'y occuper une place discrète, en se positionnant par exemple comme des interlocuteur·trice·s ponctuel·le·s. Il·elle·s ne s'attribuent pas le rôle de coordination, considérant que celui-ci peut être réalisé par d'autres professionnel·le·s, à condition qu'il·elle·s bénéficient d'un temps dédié et d'une rémunération pour cela.

Les raisons invoquées pour justifier le caractère facultatif de la présence des médecins semblent être de nature différente chez les médecins et chez les professionnel·le·s non médecins. Les médecins ont plutôt tendance à invoquer leur attachement à l'horizontalité de leurs rapports avec les autres professionnel·le·s et leur volonté de privilégier la place d'acteur·trice·s ayant d'autres approches que la leur. Les professionnel·le·s non médecins quant à eux·elles ont plutôt tendance à vouloir éviter de trop mobiliser les médecins qu'il·elle·s savent peu disponibles, ou à éviter de trop « médicaliser » le dispositif. Médecins et non médecins voient une condition à la présence facultative des médecins généralistes : qu'il·elle·s bénéficient d'informations émanant du dispositif afin d'assurer le suivi des patient·e·s.

Médecins et non médecins semblent également en accord sur le caractère souhaitable d'une participation physique ponctuelle des médecins généralistes aux activités proposées par les dispositifs. Sur cet aspect, médecins et non médecins invoquent les mêmes raisons : la participation des médecins apporte une forme de légitimité médicale au dispositif, renforce le soutien aux patient·e·s et le sentiment de proximité et d'accessibilité du·de la médecin. Nous pouvons nous étonner du fait qu'il·elle·s n'évoquent pas dans ces raisons la possibilité de renforcer les liens entre professionnel·le·s. Nous formulons l'hypothèse que les professionnel·le·s réfléchissent en premier lieu aux besoins des patient·e·s plutôt qu'à leurs interactions professionnelles. Cela témoigne d'une difficulté à penser l'interprofessionnalité. En effet, comme l'expliquent Marie-Renée Guével et Anne Lourdaï : « Au-delà de la juxtaposition des compétences, l'interprofessionnalité - comme le souligne le préfixe « inter » - se fonde sur les interactions entre les différents professionnels impliqués (25). » Nous nous arrêterons plus en détail sur ces questions d'interactions professionnelles dans le dernier point de notre discussion, en nous appuyant sur l'exemple du dispositif PA'SAJE.

De façon extrêmement minoritaire, certain·e·s professionnel·le·s médecins ou non médecins revendiquent une place centrale pour les médecins généralistes, considérant leur présence indispensable au sein des dispositifs. Ce positionnement peut évoquer une inquiétude sur la validité médicale des dispositifs. De la même manière, une petite minorité de médecins se prononce en faveur d'une coordination par un·e médecin généraliste. Cela peut refléter une volonté des médecins de s'approprier la coordination au-delà des parcours de soins de leurs patients. L'interprétation de ces attitudes doit néanmoins rester très prudente du fait du très petit nombre de professionnel·le·s concerné·e·s.

En résumé, la tension mise en évidence entre médecins et non médecins autour de la médicalisation du surpoids semble trouver une forme de résolution dans la possibilité pour les médecins généralistes

de travailler avec d'autres professionnel-le-s au sein de dispositifs de santé publique. En effet, les médecins généralistes et les professionnel-le-s non médecins affichent globalement le même positionnement quant à la place qu'il-elle-s peuvent y occuper. Les médecins généralistes, en affirmant leur volonté d'avoir un rôle discret au sein des dispositifs de santé publique et en laissant ainsi la place à d'autres professionnel-le-s, semblent vouloir privilégier le respect de l'autonomie de chaque professionnel et les échanges occasionnels. Le mode d'interaction professionnelle correspondant le mieux à ces aspirations semble être la coopération, selon la définition qu'en donnent Sarradon-Eck Aline et al. (21). Les professionnel-le-s non médecins interrogé-e-s semblent en accord avec cette vision des choses, rejoignant l'hypothèse selon laquelle la coopération serait le mode privilégié d'organisation privilégié par les soignants (21).

Nous proposons de mettre cette hypothèse à l'épreuve de l'expérience concrète dans la partie suivante consacrée au dispositif PA'SAJE.

4.4 ROLES DES MEDECINS GENERALISTES ET INTERACTIONS PROFESSIONNELLES DANS LE DISPOSITIF PA'SAJE

Le dispositif PA'SAJE correspond, comme les anciens « réseaux de santé », à un réseau institutionnalisé tel que décrit dans l'étude menée par Sarradon-Eck Aline et al. (21). Il ne s'agit pas à proprement parler d'un réseau de santé, mais plutôt d'un protocole créé dans une dynamique de « projet de santé » en réponse à un appel à projet de l'ARS, et s'inscrivant dans un des axes du CLS. Tels qu'ils sont décrits dans cette étude, ces réseaux institutionnalisés ont pour caractéristique d'être construits spécifiquement dans un objectif de coordination des soins, ce qui en fait un terrain très propice aux interactions de type collaboration.

Néanmoins, dans le protocole prévu par le dispositif PA'SAJE, la description *a priori* des rôles des médecins généralistes ne concerne que des tâches « externes », réalisables depuis leur lieu de travail habituel, sans qu'il ne soit prévu d'espace de travail commun avec les autres professionnel-le-s engagé-e-s dans le projet (alors que ces derniers partagent des temps de réunion, de regroupement, des temps informels etc.). Nous pouvons donc nous interroger sur la nature des interactions professionnelles dans ce dispositif en faisant l'hypothèse qu'il ne s'agit pas d'une organisation de type collaborative.

Entre eux-elles, les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif adoptent effectivement un mode d'interaction assimilable à une collaboration. Nos travaux ont mis en évidence les principales caractéristiques d'une organisation collaborative d'après la définition de l'équipe de recherche du LEHA d'Aix-Marseille (21) : une forte implication des professionnels (en particulier de l'infirmière scolaire et de la coordinatrice porteuse du projet PA'SAJE), des relations privilégiées et de confiance, mais aussi le caractère consommateur de temps et d'énergie induit par ce mode de fonctionnement. La mobilisation de ces professionnel-le-s pour organiser des activités pendant les week-ends et l'implication bénévole de certain-e-s en témoignent. Parmi eux-elles, quelques professionnelles se démarquent tout particulièrement par leur investissement « extraordinaire ». Cet engagement marqué

fait d'elles des personnes centrales, voire indispensables. C'est notamment le cas de l'infirmière scolaire sur qui a reposé l'essentiel du recrutement des jeunes, et de la coordinatrice du dispositif qui a porté et encadré le projet. La reconfiguration de l'exercice de ces professionnel-le-s dans une perspective collective, dans des lieux et sur des temps inhabituels leur permet donc de « travailler ensemble » au sens fort du terme.

En revanche, les interactions entre les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif et les médecins généralistes sont d'une toute autre nature, bien plus pauvres. En effet, plusieurs paramètres illustrent et expliquent la faiblesse de ces interactions : une difficulté des médecins généralistes à s'approprier leurs rôles en tant qu'« acteurs extérieurs », une très faible implication des médecins généralistes dans le projet, un manque de communication entre eux-elles et le dispositif, une compréhension et une visibilité du dispositif très imparfaites et une mauvaise interconnaissance des différent-e-s professionnel-le-s.

Au sujet des rôles, la grande majorité des professionnel-le-s (y compris les médecins généralistes) s'accorde sur les rôles qui relèvent des médecins généralistes dans le programme PA'SAJE. Il nous semble intéressant de noter que ces rôles, concernant essentiellement les tâches de repérage, recrutement, suivi et coordination des parcours de soins des jeunes en surpoids, correspondent quasi-exclusivement à des tâches « extérieures » au dispositif, au sens où elles sont réalisées en consultation par les médecins généralistes, sans nécessité de déplacement ou d'interaction avec les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif. Pourtant, le protocole du dispositif étant assez souple, il aurait été possible pour les médecins généralistes d'assister aux réunions, de participer aux prises de décision ou aux activités. En tant qu'enquêtrice, j'ai d'ailleurs procédé de cette manière pour entrer en contact avec les personnes en charge du dispositif : j'y ai été accueillie très favorablement et intégrée au groupe de travail. Un médecin généraliste retraité a lui aussi fait le choix de participer bénévolement aux réunions et aux regroupements, s'intégrant ainsi dans l'équipe PA'SAJE. Les différent-e-s professionnel-le-s interrogé-e-s n'ont donc pas envisagé que les médecins généralistes aient des rôles impliquant des contacts ou des échanges physiques avec les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif.

Il n'apparaît pas très surprenant que les professionnel-le-s non médecins restreignent les rôles des médecins à des rôles « extérieurs ». En effet, dans leurs discours, la question des rôles des médecins semble étroitement liée à celle de leur implication. Cela révèle l'influence des représentations qu'il-elle-s peuvent avoir au sujet des capacités d'implication des médecins. Estimant que leur implication ne pourra être que limitée, il-elle-s évitent de proposer aux médecins des rôles trop chronophages.

En revanche, concernant les médecins, nous aurions pu nous attendre à ce que les médecins aux profils « investis » dans les activités de santé publique, partisans du travail en équipe et en pluridisciplinarité se positionnent dans des rôles plus interactifs. Un seul rôle basé sur des interactions physiques a été cité par des médecins (« investis ») et des professionnel-le-s non médecins : la participation ponctuelle des médecins généralistes aux activités proposées par le dispositif PA'SAJE. Le fait de considérer que la plupart des rôles des médecins en rapport avec le dispositif sont

« extérieurs » constitue probablement un obstacle au développement d'interactions professionnelles plus riches, sur un mode collaboratif.

Les professionnel-le-s interrogé-e-s constatent unanimement une implication très faible de la part des médecins à l'égard du dispositif : non seulement il-elle-s en sont physiquement absents et ne participent pas à sa mise en œuvre, mais il-elle-s ne se sont pas non plus réellement approprié leurs rôles « extérieurs » de repérage, recrutement, suivi et information des familles. L'obstacle principal à leur implication, systématiquement évoqué par médecins et non médecins est le manque de disponibilité et de temps – facteur déjà clairement identifié dans la littérature comme faisant obstacle à l'implication des médecins dans les actions de santé publique (6).

Notre travail propose un élément que nous n'avons pas mis en évidence dans la littérature : le manque d'implication des médecins dans certaines actions de santé publique peut être lié à l'absence de besoin ressenti par le médecin. L'impression que ses patient-e-s ne sont pas concerné-e-s ou ne répondent pas aux critères édictés par les actions proposées semble être une raison pour les médecins de ne pas s'y investir.

Au sujet de la communication, les médecins généralistes aussi bien que les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif PA'SAJE reconnaissent le caractère médiocre de leurs échanges, en qualité et en quantité. Les médecins généralistes admettent ne prendre aucune initiative pour communiquer avec les professionnels engagé-e-s dans le dispositif, en dehors de quelques échanges informels. Pourtant, médecins et non médecins disent aspirer à un renforcement de cette communication, qu'il-elle-s estiment nécessaire pour une meilleure qualité de travail collectif. Ce défaut d'échanges d'informations de part et d'autre est responsable d'une mauvaise visibilité et d'une mauvaise compréhension du dispositif de la part des médecins généralistes. Cela explique probablement en partie les difficultés d'appropriation de cet outil, qui ont pu avoir des conséquences négatives sur leur investissement, notamment pour le recrutement. L'absence d'échange au sujet de l'évolution des enfants a empêché la mise en place d'un suivi conjoint avec les médecins traitants. Pourtant, cet échange d'informations est reconnu par les différent-e-s professionnel-le-s comme une condition cruciale au suivi des patients.

L'absence de relation de proximité entre les médecins généralistes et les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif, illustrée par le fait que les médecins connaissent très peu de personnes engagées dans le projet, est un autre élément témoignant de la faiblesse de ces interactions. L'absence de liens privilégiés entre les médecins et les professionnel-le-s engagé-e-s préexistait à la mise en place du dispositif mais la pauvreté des échanges ne leur a pas permis de se rencontrer ni de se connaître.

En somme, les interactions professionnelles mises en jeu entre les médecins généralistes et les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif PA'SAJE ne correspondent pas à celles auxquelles aspirent les réseaux institutionnels de ce type, c'est-à-dire tendant vers une approche collaborative. Aucun des critères proposés par les travaux de Sarradon-Eck Aline et al. (21) pour décrire les interactions collaboratives ne correspond à la situation de PA'SAJE : les rôles majoritairement

extérieurs empêchent le « temps passé ensemble », la faible implication des médecins s'oppose à « l'investissement en temps et en énergie », le manque de communication prend le pas sur « la pluralité et l'intensité des échanges », l'absence de relations privilégiées s'opposent aux impératifs d' « interconnaissance et inter-reconnaissance ». Certaines caractéristiques des interactions à l'œuvre dans PA'SAJE semblent même s'apparenter davantage à la logique d' « instrumentalisation » décrite dans les travaux de Sarradon-Eck Aline et al. (21). En effet, les éléments de définition de ce mode d'interaction transparaissent dans le caractère « utilitaire » des échanges de services entre le-a médecin généraliste et le dispositif : l'un comme l'autre pouvant être considéré comme un « prestataire de service ». La pauvreté des contacts et des échanges et l'absence d'identification des personnes au-delà de leur rôle professionnel correspondent également à cette logique d' « instrumentalisation ».

Pourtant, les acteur-trice-s semblent aspirer à des interactions plus riches et réfléchissent aux moyens pour améliorer la communication entre le dispositif et les médecins généralistes. Les positionnements des différent-e-s professionnel-le-s au sujet du rôle de repérage et de recrutement des jeunes suivent également cette tendance. En effet, même s'il-elle-s reconnaissent les nombreux avantages que possède l'infirmière scolaire par rapport au médecin généraliste pour la réalisation de cette tâche, les différent-e-s professionnel-le-s estiment que ce rôle relève également des médecins généralistes et d'autres professionnel-le-s issu-e-s des sphères de la santé, du social, du milieu scolaire. En sollicitant la contribution de chacun-e et le partage des responsabilités pour ce rôle, ces professionnel-le-s semblent affirmer leur volonté d'agir en complémentarité. Nous pouvons y voir une tentative d'organisation collective pour œuvrer dans une direction commune, celle de tenter d'atteindre par tous les chemins possibles les populations les plus nécessiteuses. Les discours sur la pertinence de la pluriprofessionnalité à l'œuvre dans le dispositif semblent également aller dans ce sens. Ainsi, les propos recueillis auprès des professionnel-le-s interrogé-e-s laissent plutôt penser qu'il-elle-s aspirent davantage à une forme de coopération. En effet, l'idée de réserver aux médecins des rôles « extérieurs » au dispositif et peu chronophages peut refléter ce « respect de la part d'autonomie de chaque acteur » propre à la coopération (21). La volonté de renforcer la communication et de faire en sorte que les médecins s'impliquent « physiquement » de manière occasionnelle s'inscrivent aussi dans ce mode d'interaction (21).

Comme le souligne l'étude de Sarradon-Eck Aline et al., un grand nombre de réseaux ne sont pas fondés sur la collaboration. Dans ces cas-là, il n'existe pas vraiment de « vision globale de la prise en charge du malade, mais plutôt une superposition de visions partielles du fait du manque de connaissance du travail de l'autre (et des difficultés rencontrées) et des regards suspicieux portés sur lui » (21). Nous pouvons nous interroger sur l'existence d'une réflexion préalable à la mise en place du dispositif PA'SAJE : les acteur-trice-s ont-ils défini à l'avance le mode d'interactions qu'ils souhaitaient adopter ? La raison d'être d'un tel dispositif correspond-t-elle davantage au besoin d'une vision globale de la prise en charge des jeunes en surpoids ou à celui d'un outil d'aide ponctuelle ? En tout état de cause, le dispositif PA'SAJE ne peut pas être considéré comme un réseau fonctionnant sur le mode de la collaboration interprofessionnelle, mais plutôt comme un réseau qui semble aspirer à une forme de coopération.

L'hypothèse selon laquelle les professionnel-le-s - et en particulier les médecins généralistes - privilégieraient une organisation coopérative par rapport à une forme collaborative rejoint le constat dressé par l'équipe de recherche du LEHA d'Aix-Marseille. La forme collaborative (qui semble être dominante au sein des réseaux institutionnalisés) requiert « une motivation, un investissement en temps, et l'acceptation de procédures communes » et peut apparaître comme un système « lourd ». La coopération pourrait représenter une alternative intéressante « qui prendrait plus en compte la réalité de la pratique quotidienne ». Plus souple que la collaboration, la coopération « implique une moins grande dépense d'énergie (pas de réunions, moins d'implication personnelle, pas de perte de temps, pas de lourdeur bureaucratique) et un plus grand respect de l'autonomie de chacun » (21). Néanmoins, nos observations sur le dispositif PA'SAJE révèlent qu'il existe des décalages dans les discours des professionnel-le-s - et en particulier des médecins généralistes - entre une volonté affichée de travailler en coopération et l'investissement réel pour aller dans ce sens.

En résumé, les rôles attribués aux médecins généralistes au sein du dispositif PA'SAJE n'ont pas favorisé les interactions entre professionnel-le-s engagé-e-s et médecins généralistes qui semblent pourtant aspirer à davantage de complémentarité. En parallèle, il n'est pas sûr que la nature des interactions interprofessionnelles ait été clairement définie, même si l'ensemble des professionnel-le-s interrogé-e-s semblent aspirer à un fonctionnement se rapprochant de la coopération. Cela met en évidence la nécessité de faire le choix d'un mode d'interaction suffisamment riche pour pouvoir mettre en œuvre une réelle complémentarité des rôles entre les médecins généralistes et les autres professionnel-le-s.

4.5 LIMITES

Notre question de recherche a évolué au cours de l'enquête et s'est précisée tout au long des entretiens puis lors des analyses. Elle a émergé des thèmes abordés en entretien, des enjeux qui paraissaient centraux dans les propos des personnes interrogées. La méthodologie d'enquête et le guide d'entretien étaient initialement prévu-e-s pour analyser le positionnement des médecins généralistes et des différents professionnel-le-s dans le cadre restreint du dispositif PA'SAJE.

Pourtant, des positionnements plus généraux sur la place des médecins généralistes en santé publique ont émergé des discours des enquêté-e-s, au-delà de PA'SAJE, au-delà des dispositifs de santé publique et parfois au-delà du thème du surpoids des jeunes. De plus, nous n'avions pas anticipé le fait que de nombreux-ses professionnel-le-s avaient des liens très faibles avec le dispositif et une connaissance très superficielle de celui-ci. Il nous a semblé intéressant de ne pas se limiter à recueillir des perceptions sur une étude de cas isolée mais de pouvoir aussi en extraire des positionnements plus généraux.

Par conséquent, les propos recueillis peuvent se situer à différents niveaux – celui du dispositif PA'SAJE, celui des dispositifs de santé publique, celui de la prise en charge du surpoids, celui de la promotion et de la prévention en santé – rendant le travail de tri et d'analyse compliqué. Déterminer à

quel niveau se rapportaient certains propos difficiles à classer a parfois fait l'objet de choix arbitraires. Même si cela a rendu l'analyse plus complexe, il est probable que l'ancrage des entretiens dans le concret ait permis à la fois d'obtenir des positionnement fins et précis, mais également des positionnements plus généraux riches et variés.

Par ailleurs, le guide d'entretien n'ayant pas été structuré de manière à différencier clairement les différents niveaux, les professionnel-le-s n'ont pas tou-te-s été questionné-e-s sur chacun de ces niveaux. De la même manière, certaines questions concernaient plus particulièrement certain-e-s professionnel-le-s (par exemple les professionnel-le-s engagé-e-s dans le dispositif, ceux-elles ayant une bonne connaissance du dispositif ou les médecins généralistes). Cela explique le fait que les professionnel-le-s ne se sont pas exprimé-e-s sur toutes les thématiques, générant parfois des propos partagés par un faible nombre de personnes. Même s'il s'agit d'une méthodologie qualitative n'ayant pas pour ambition la représentativité des propos, nous avons eu des difficultés à déterminer quelle importance accorder aux idées partagées par deux ou trois enquêté-e-s seulement.

D'autre part, il y a tout lieu de penser que notre méthodologie de recrutement des médecins généralistes a majoritairement sélectionné des médecins plutôt investi-e-s en santé publique. Ce biais de recrutement est d'une part lié au mode de sélection des médecins généralistes : il s'agissait soit de médecins « potentiellement concernés » par le dispositif (s'il-elle-s avaient un patient inclus dans le dispositif ou s'ils exerçaient sur le territoire couvert par le dispositif PA'SAJE) ou de médecins « hors-territoire » (mais exerçant sur des territoires porteurs d'initiatives de promotion de l'activité physique). D'autre part, ce biais peut être lié au thème du travail réalisé et à l'intérêt sélectif qu'il a pu susciter : les médecins déjà investi-e-s dans des actions de santé publique sont probablement plus susceptibles d'accepter un entretien dans une perspective de recherche sur un thème de santé publique que des médecins ne se sentant pas concerné-e-s par la santé publique. Les médecins ayant accepté de participer à l'étude ont donc probablement d'emblée des caractéristiques du profil des médecins « investis » en santé publique.

Nous avons choisi de ne pas interroger les bénéficiaires du dispositif. Ce choix a été déterminé par la volonté d'explorer principalement les enjeux de légitimité interprofessionnels présents derrière la question de la place des médecins généralistes. Le recueil des points de vue des jeunes et de familles ne nous a pas paru pertinent pour répondre à cette exigence. Néanmoins, il aurait été intéressant de connaître leurs attentes quant à la place et au rôle du médecin dans le dispositif PA'SAJE et de les questionner sur leur rapport aux médecins, notamment en ce qui concerne l'aspect « médicalisation ».

4.6 PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Finalement, notre enquête peut être vue comme un travail exploratoire nous ayant permis de faire émerger une question de recherche principale et d'identifier au moins deux hypothèses, chacune pouvant faire l'objet d'un travail de recherche.

La question de recherche qui s'est dessinée au fur et à mesure de notre travail, celle de la place de médecins généralistes en santé publique, est plus large et plus générale que celle prévue à l'origine. Ce travail nous a permis de clarifier les enjeux existant autour de la place des médecins généralistes en santé publique, dont nous pourrions nous servir pour constituer une méthodologie et un guide d'entretien nous permettant d'aborder cette question de manière mieux structurée. Cette question mériterait probablement d'être centrée sur le point de vue des médecins généralistes uniquement, car constituant un sujet déjà suffisamment vaste. Il conviendrait pour cela d'interroger des médecins généralistes ayant des niveaux plus variés d'implication en santé publique.

Ensuite, dans le guide d'entretien, il serait intéressant de consacrer une partie spécifique à la caractérisation des profils, afin de vérifier si notre hypothèse de l'existence d'un ensemble de caractéristiques communes aux médecins « investis » se confirme. De même, la pertinence des profils « non concernés » et « réceptifs » repérés dans notre travail pourrait être questionnée. Le lien entre l'implication en santé publique et l'implication dans les démarches d'organisation collective de l'exercice professionnel demanderait à être exploré également. Cela consisterait à répondre à la question : les médecins « investis » en santé publique sont-ils également des « promoteurs » ? En miroir, le lien entre l'absence d'implication en santé publique et l'attachement à se centrer sur son cœur de métier pourrait être exploré. Cela consisterait à répondre à la question : les médecins « non concernés » par la santé publique sont-ils également des « purs soigneurs » ?

Enfin, le reste des questions sur la place et le rôle des médecins généralistes pourrait être organisé autour de trois axes principaux : dans leurs activités de consultation, dans leurs activités d'orientation, dans leurs activités de coopération ou de coordination.

La question de la place des médecins généralistes au sein des réseaux institutionnalisés pourrait faire l'objet d'une autre étude, dans l'objectif de tester l'hypothèse selon laquelle la coopération constitue le mode d'interaction privilégié par les soignant·e·s et autres acteur·trice·s de santé publique.

L'hypothèse de l'existence d'une discordance dans la conception du rôle des médecins généralistes dans le domaine de la prévention et promotion de la santé (entre le rôle secondaire que s'attribuent les médecins généralistes et l'importance qu'accordent les professionnel·le·s non médecins à leur intervention) pourrait elle aussi faire l'objet d'un travail de recherche. Ce travail pourrait par exemple s'appuyer sur une thématique de santé publique ou promotion de la santé (surpoids, santé mentale, conduites addictives...).

5. CONCLUSION

Notre système de santé traverse actuellement une phase d'adaptation en réaction à l'importance croissante des problèmes de santé à caractère chronique. Afin d'y apporter une réponse plus globale et plus pertinente, les orientations récentes mettent l'accent sur la santé publique, la prévention et la promotion de la santé, comme en témoigne la stratégie nationale de santé adoptée en décembre 2017. Dans ce cadre, les médecins généralistes, concerné·e·s de près par ces transformations en cours et à venir, sont amené·e·s à repenser leur place au sein de la santé publique, que ce soit dans

leurs pratiques quotidiennes de consultation, ou encore dans les activités de santé publique auxquelles il-elle-s peuvent participer, en partenariat avec d'autres acteur·trice·s.

Notre travail apporte des éléments de compréhension des rapports entre les médecins généralistes et la santé publique. Nous avons identifié trois types de profils de médecins, en fonction de leur implication dans les activités de santé publique : les « investis », les « réceptifs » et les « non concernés ». Les médecins « investis » en santé publique semblent partager un ensemble de caractéristiques communes. Il-elle-s manifestent notamment leur attachement à une approche globale et transversale et sont volontiers initiateur·trice·s du réaménagement de leur organisation professionnelle, faisant d'eux-elles des médecins qui accordent volontiers du temps à d'autres activités que le soin dans l'objectif d'une amélioration qualitative et durable de leur pratique.

En s'appuyant sur le fonctionnement du dispositif PA'SAJE, notre travail apporte quelques clés pour décrypter les enjeux présents derrière les rôles et les interactions des médecins généralistes au sein de ce dispositif. Dans cet exemple, il existe une apparente contradiction entre les représentations que les différents professionnel·le·s se font du rôle des médecins généralistes et l'aspiration collective à un fonctionnement plus coopératif. En effet, les professionnel·le·s semblent tendre vers un renforcement de la communication et des échanges, incitant à penser une reconfiguration des interactions entre les médecins généralistes et les professionnel·le·s engagés dans le dispositif. Pour cela, une réflexion préalable sur la raison d'être du dispositif aiderait à déterminer les modes d'interactions appropriés (la collaboration pour une prise en charge globale, la coopération pour une entraide plus épisodique s'ajoutant à une prise en charge parallèle, l'instrumentalisation pour des services très ponctuels). Les rôles des médecins généralistes pourraient ainsi être définis logiquement par rapport à l'objectif visé.

L'ambition d'amélioration des interactions professionnelles ne peut être pensée en dehors d'une amélioration de la connaissance interprofessionnelle et d'une vision partagée de la santé publique et de la promotion de la santé. La stratégie nationale de santé fait un pas en ce sens, en soulignant la nécessité de sensibiliser dès la formation initiale les étudiant·e·s des filières médicales, sociales et médico-sociales à la prévention, la promotion de la santé et à la culture pluriprofessionnelle. Y figure la volonté d'amorcer le développement d'une culture du travail en équipe et de favoriser une plus grande proximité entre professionnel·le·s de santé, travailleur·euse·s sociaux·ales et acteur·trice·s médico-sociaux·ales grâce à des modules communs et des échanges de pratiques (11).

Combinée à la formation professionnelle continue, la formation initiale constitue un des piliers permettant aux différent·e·s professionnel·le·s de définir leurs rôles et leurs places quand il-elle-s sont amené·e·s à travailler ensemble.

Au-delà de l'exemple du dispositif PA'SAJE, notre travail apporte un éclairage sur la place que les médecins généralistes souhaitent occuper dans les dispositifs de santé publique. Les médecins généralistes interrogé·e·s ayant majoritairement un profil « investi » ou « réceptif », il-elle-s sont plutôt favorables aux dispositifs de santé publique. N'y voyant pas de dimension concurrentielle mais plutôt une opportunité pour éviter d'être à l'origine d'une « prévention médicalisée », les médecins généralistes semblent disposés à se saisir de ces dispositifs. La majorité d'entre eux-elles propose d'y

occuper une place discrète, plutôt comme interlocuteur·trice-s régulier·e-s, mais sans rôle de coordinateur·trice-s. Ce positionnement, appuyé par d'autres acteur·trice-s de santé publique, s'avère plutôt encourageant pour le développement d'initiatives similaires.

En plein développement, les CPTS créées par la loi du 26 janvier 2016, pourraient éventuellement constituer un cadre favorable au développement de telles actions. En effet, celles-ci, « composées de professionnel·le-s de santé du premier et du second recours, d'acteurs sociaux et médico-sociaux ont pour objectif une meilleure organisation des parcours des patients, avec notamment la mission d'investir des domaines insuffisamment développés, tels le dépistage ou l'éducation thérapeutique » (26). Ainsi, la formalisation des CPTS pourrait être un support intéressant pour développer des projets de santé impliquant des professionnel·le-s de santé et d'autres partenaires. L'existence de modes de financement prévus à cet effet (par les ARS via le Fond d'Intervention Régionale ou par l'Assurance Maladie via des incitations à l'exercice coordonné) pourrait permettre la valorisation du temps et l'investissement des professionnel·le-s qui coopèrent autour de projets de santé. Le rôle d'interlocuteur·trice ponctuel·le des médecins généralistes ainsi que celui des autres acteur·trice-s pourraient ainsi être clarifiés et valorisés.

Pourtant, selon un rapport de l'IGAS établi en 2018, l'accompagnement régional et le financement des CPTS restent extrêmement modestes. De plus, selon l'IGAS, la définition des CPTS est très proche de celle des équipes de soins pluridisciplinaires et des réseaux de santé, ne lui permettant pas de s'en distinguer clairement « dans le paysage déjà extrêmement touffu des dispositifs de coordination des soins » (27). En somme, dans leur forme actuelle, les objectifs des CPTS demandent à être clarifiés, et leur soutien renforcé. Néanmoins, on peut espérer qu'elles incarnent dans les années à venir un support plus solide et pérenne pour mettre en place des actions de santé publique répondant aux attentes exprimées par les différent·e-s professionnel·le-s de santé. Dans son rapport, L'IGAS préconise une stratégie de déploiement, en proposant notamment de définir un cadre précisant les attentes vis-à-vis des CPTS. Sont par exemple citées la « prévention et l'éducation thérapeutique » ou « l'organisation d'une réelle dynamique interprofessionnelle avec l'instauration de délégations de tâches, des réflexions et des actions d'amélioration de la pertinence des actes, une optimisation du temps médical respectueuse des qualifications et des métiers » (27). L'IGAS recommande également la mise en place d'une nouvelle stratégie de financement afin d'aider au déploiement des CPTS et à leur pérennité. Reste à savoir si les choix en matière de politiques publiques iront dans le sens de ces recommandations, afin de favoriser les initiatives de prévention et promotion de la santé « sur le terrain ».

Notre travail propose également une réflexion plus générale sur le rôle des médecins généralistes en santé publique. Dans l'exemple du surpoids des jeunes, la notion de médicalisation soulève des divergences de positionnements entre professionnel·le-s médecins et non médecins. Ces divergences se manifestent notamment par l'existence d'un décalage entre le rôle que les médecins généralistes se proposent d'occuper et celui que les professionnel·le-s non médecins attendent qu'il·elle-s occupent. Nos travaux avancent l'hypothèse que ce phénomène témoigne de difficultés de construction de la légitimité professionnelle.

En ce sens, les formations initiales et continues peuvent fournir des bases sur lesquelles les acteur·trice·s vont ensuite s'appuyer pour construire leur légitimité et leur identité professionnelle. Elles peuvent également leur permettre de reconnaître la légitimité de leurs collègues et partenaires, grâce à une meilleure connaissance des domaines de compétences et d'actions de chacun·e. Cette reconnaissance mutuelle d'une légitimité professionnelle apparaît être une des conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un partage des responsabilités équilibré et à la possibilité de délégation de tâches.

L'exemple du dispositif PA'SAJE est perfectible, notamment sur la question des interactions professionnelles entre les professionnel·le·s engagé·e·s et les médecins généralistes. Notre travail a pu mettre en évidence la nécessité de clarifier le rôle des médecins généralistes et la place qu'il·elle·s souhaitent y occuper. Néanmoins, il permet de se représenter l'utilisation possible de ce type d'outil, qui pourrait s'appliquer à de nombreux domaines à l'intersection de la médecine générale et de la santé publique. Les exemples de thématiques se prêtant bien à ce format ne manquent pas : vie affective et sexuelle, santé mentale, conduites addictives, troubles du sommeil, parentalité et petite enfance, perte d'autonomie et vieillissement... Le recours à ce type de dispositif peut permettre aux médecins de proposer des solutions à leurs patient·e·s dans des situations dans lequel·le·s il·elle·s peuvent se sentir en difficulté. Sur des thématiques pour lesquelles une orientation vers la promotion de la santé paraît pertinente, ces outils seraient à même de conjuguer des approches sociales, médico-sociales, médicales, éducatives, comportementales et psychologiques, contournant ainsi les conséquences négatives que peut provoquer l'intervention isolée des médecins pour arbitrer les comportements de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haddad R, Carline B. Manuel d'écriture inclusive [Internet]. 2016 [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: https://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture_1482308453426-pdf
2. Levasseur G, Bataillon R, Samzun J-L. Les conditions de travail des généralistes [Internet]. 2003 oct. Disponible sur: Rapport d'enquête disponible sur : <http://www.urml-bretagne.com>.
3. Levasseur G, Schweyer F-X. Priorités et programmes régionaux de santé : enquête auprès des médecins généralistes enseignants de Bretagne. *Sante Publique (Bucur)*. 2003;Vol. 15(3):359-67.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. Genève; 1999 [cité 5 févr 2020] p. 3. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>
5. Heyrman J, Allen J, Gay B, Crebolder H, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. WONCA Europe; 2012 [cité 26 avr 2020] p. 52. Disponible sur: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
6. Schweyer F-X. Activités et pratiques des médecins généralistes. In: Schweyer, F-X, Bloy G Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 28 août 2019]. p. 55-74. (Métiers Santé Social). Disponible sur: <https://www-cairn-info.passerelle.univ-rennes1.fr/singuliers-generalistes--9782810900213-page-55.htm>
7. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Sante Publique (Bucur)*. 2008;20(5):489-500.
8. Joubert M. Prévention et communauté. In: Introduction à la psychologie communautaire [Internet]. Dunod; 2011 [cité 18 nov 2019]. p. 155-70. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/introduction-a-la-psychologie-communautaire--9782100566907-page-155.htm>
9. Levasseur G. Loi de santé publique et médecine générale. *Sante Publique (Bucur)*. 2004;16(4):721-3.
10. Flajolet A. Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Annexe 1 : La prévention : définitions, notions générales sur l'approche française et comparaisons internationales [Internet]. Commandité par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2008 avr [cité 19 avr 2020] p. 1-17. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
11. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2017 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
12. Ailhaud G, Beck B, Bougnères P-F, Charles M-A, Frelut M-L. Obésité: dépistage et prévention chez l'enfant [Internet]. Paris: INSERM; 2000 p. 318. Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01571949>
13. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Etude nationale nutrition santé, ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). In: Colloque du Programme national nutrition santé [Internet]. Université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers: Institut de veille sanitaire; 2007 [cité 24 avr 2018]. p. 74. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-nationale-nutrition-sante-enns-2006.-situation-nutritionnelle-en-france-en-2006-selon-les-indicateurs-d-objectif-et-les-reperes-du-programm>
14. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet

- Nutrition. Chapitre Corpulence [Internet]. Saint Maurice: Santé Publique France; 2017 [cité 15 mai 2018] p. 58. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr
15. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé 2011-2015 [Internet]. 2011 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns_2011-2015-2.pdf
 16. Deschamps V, Salanave B, Torres M, Verdot C. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2e édition [Internet]. Santé Publique France; 2020 févr. (Etudes et Enquêtes). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-activit>
 17. De Batz C, Faucon F, Voynet D. Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013 [Internet]. Inspection générale des affaires sociales (IGAS); 2016 p. 151. Report No.: 2016-020R. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article622>
 18. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national nutrition santé 2019-2023 [Internet]. 2019 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
 19. Monneraud L. Les médecins « promoteurs » dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce. *Rev Francaise Aff Soc.* 2011;(2):276-96.
 20. Stéphane B, Florence W. Guide de l'enquête de terrain. La Découverte. 2010. 336 p. (Grands Repères Guides).
 21. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels [Internet]. Aix-Marseille III; 2004 sept p. 1-72. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02151419/document>
 22. Carricaburu D, Ménoret M. A nouvelles techniques, nouvelles critiques ? In: *Sociologie de la Santé* [Internet]. Armand Collin; 2004 [cité 21 avr 2020]. p. 179-98. (U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-sante--9782200262297-page-179.htm>
 23. Conrad P. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Soc Probl.* oct 1975;23(1):12-21.
 24. Sanni Yaya H. Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques. Les Presses de l'Université Laval. Québec; 2009. 424 p.
 25. Guével MR, Lourdais A. Collaboration interprofessionnelle : l'exemple du maintien dans l'emploi dans la fonction publique hospitalière. Sous Presse. 2018;15.
 26. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. janv 26, 2016.
 27. Fauchier-Magnan E, Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2018 août [cité 29 avr 2020] p. 88. Report No.: 2018-041R. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000590.pdf>

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ARS : Agence Régionale de Santé

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CLS : Contrat Local de Santé

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DU : Diplôme Universitaire

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ETP : Education Thérapeutique du Patient

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LEHA : Laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie

MM : Maison Médicale

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA'SAJE : Parcours Santé Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

ANNEXES

Annexe n°1 : Guide d'entretien

Présentation générale : profession et territoire

Nom :

Âge :

Sexe :

Profession :

Nombre d'années d'exercice / date d'installation sur le territoire :

Parcours professionnel / spécificités d'exercice :

Rôle des différent-e-s acteur-trice-s autour du dispositif PA'SAJE

Porte d'entrée pour l'implication dans le dispositif / connaissance du dispositif

Rôle personnel au sein ou en lien avec le dispositif / ressenti et vécu personnels

Auriez-vous aimé vous impliquer davantage ?

Vous êtes-vous senti.e légitime dans votre rôle ?

Point de vue personnel sur le rôle des médecins généralistes au sein du dispositif

Interactions entre les différent-e-s acteur-trice-s

Communication et coopération entre les différent-e-s professionnel-le-s du dispositif / avec les médecins généralistes / avec les enseignants / exemples de situations d'échanges

Perception du niveau d'implication des autres acteur-trice-s

Coordination du programme

Pertinence de l'ancrage scolaire / recrutement par infirmière scolaire / conséquences sur les caractéristiques socio-économiques des enfants recrutés

Effets du programme sur les jeunes et les familles

Perception des effets du programme sur les enfants / comportement relatif à l'activité physique, la nutrition, l'école et la famille : exemples de changements de comportement

Conséquences sur le parcours de santé des enfants / modification de l'accessibilité à différents professionnel-le-s de santé / consultations sollicitées par la participation au dispositif

Efficacité pour rejoindre les jeunes en situation de vulnérabilité socio-économique / éloignés de la médecine

En cas d'absence de lien avec le dispositif PA'SAJE

Pour les médecins généralistes : avis sur les pratiques personnelles de la prise en charge du surpoids des jeunes au cabinet / efficacité et satisfaction

Avis personnel sur le dispositif PA'SAJE

Exemples de dispositifs de santé publique à destination des jeunes en surpoids / expérience personnelle d'implication dans ce type de dispositif

Place des médecins généralistes et des autres acteur-trice-s au sein de ce type de dispositif

Mode de recrutement dans ce type de dispositif

Coordination de ce type de programme

Utilité pour rejoindre des populations vulnérables

Réflexion générale sur les dispositifs de santé publique

Apports de cette expérience pour la pratique personnelle

Suggestions d'améliorations pour une meilleure cohérence des parcours de santé

Connaissance d'autres dispositifs de santé publique dans le même champ (enfance, milieu scolaire ou activité physique) : positionnement des médecins généralistes

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Avez-vous des personnes à me recommander pour les prochains entretiens ?

**SAINLOT, Léa - La place des médecins généralistes en santé publique.
Regards croisés de médecins généralistes et de professionnel-le-s
impliqué-e-s dans un projet de promotion de l'activité physique à destination
de jeunes en surpoids.**

78 feuilles, 4 tableaux, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2020 ; N°

Contexte : Le développement de la santé publique et de la promotion de la santé apparaît incontournable face à l'importance croissante des pathologies chroniques. La place que peuvent y occuper les médecins généralistes reste à clarifier. *Objectif* : L'objectif est de comprendre comment différents professionnels médecins et non médecins conçoivent la place des médecins généralistes en santé publique, en s'appuyant sur l'exemple d'un dispositif à destination de jeunes en surpoids. *Méthodes* : 21 entretiens semi-dirigés auprès de 9 généralistes et 12 autres professionnels ont été réalisés entre janvier 2019 et janvier 2020. *Résultats* : Trois profils de médecins généralistes (« investis », « réceptifs », « non concernés ») ont été observés, en lien avec leur implication dans les activités de santé publique. Les médecins « investis » partagent un ensemble de caractéristiques communes, telles qu'un intérêt pour une approche globale et transversale et une volonté d'améliorer leurs conditions d'exercice. Le travail d'éducation et de prévention du surpoids auprès des jeunes est un rôle que les médecins généralistes – doutant de leur légitimité - ont tendance à attribuer en priorité à d'autres professionnels. Cette attitude est en décalage avec les attentes des professionnels non médecins, qui accordent de l'importance à leur avis médical. En revanche, médecins et non médecins se rejoignent sur le rôle que peuvent occuper les médecins généralistes dans les dispositifs de santé publique : celui d'intervenant ponctuel, non coordinateur. L'expérience PA'SAJE montre que l'obtention d'une réelle complémentarité des rôles entre les professionnels médecins et non médecins dépend de la richesse des interactions envisagées au sein du dispositif. *Conclusion* : L'implication discrète et ponctuelle des médecins généralistes au sein des dispositifs de santé publique semble convenir aussi bien aux médecins généralistes qu'aux professionnels non médecins. Travailler ensemble apparaît comme un moyen d'harmoniser les attentes sur les rôles des différents professionnels. Cela nécessite de penser les rôles des médecins généralistes en tenant compte du degré d'interactions professionnelles souhaité.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE, SANTE PUBLIQUE

Mots-clés : Médecine générale, Santé publique, Promotion de la santé, Médicalisation, Réseau coordonné, Surpoids

Mots-clés anglais MeSH : General practice, Public health, Health Promotion, Medicalization, Community networks, Overweight

Président :	Monsieur THIBAULT Ronan
Assesseurs :	Madame GUEVEL Marie-Renée
JURY :	Monsieur GARLANTEZEC Ronan
	Monsieur CHAPRON Anthony
	Madame BESNIER Mélanie
