



HAL
open science

La construction d'un nouveau territoire professionnel en activité physique dans les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (reppop)

Blandine Lefebvre

► To cite this version:

Blandine Lefebvre. La construction d'un nouveau territoire professionnel en activité physique dans les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (reppop). Education. Université Claude Bernard - Lyon I, 2010. Français. NNT : 2010LYO10210 . tel-00703966

HAL Id: tel-00703966

<https://theses.hal.science/tel-00703966>

Submitted on 4 Jun 2012

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.

**THESE DE L'UNIVERSITE DE LYON
Délivrée par
L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1**

ECOLE DOCTORALE : EDISS

DIPLOME DE DOCTORAT STAPS

Soutenue publiquement le 20 Octobre 2010

Par

LEFEBVRE Blandine

**LA CONSTRUCTION D'UN NOUVEAU TERRITOIRE
PROFESSIONNEL EN ACTIVITE PHYSIQUE DANS LES RESEAUX
DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESEITE EN
PEDIATRIE(REPPPOP).**

Directrice de thèse : Mme Claire PERRIN.

Membres du jury :

Charles GADEA,	Professeur des Universités, Université St Quentin en Yvelines. <i>Président</i>
Anne MARCELLINI,	Professeure des Universités, Université Montpellier 1. <i>Rapporteur.</i>
Fabien OHL,	Professeur des Universités, ISSEP Lausanne. <i>Rapporteur.</i>
Mike Mc NAMEE	Professeur des Universités, FECSS, Swansea University. <i>Rapporteur.</i>
Jean CAMY,	Professeur des Universités émérite, Université Lyon 1.
Claire PERRIN,	Maître de conférences-HDR, STAPS, Université Lyon 1. <i>Directrice.</i>

J'adresse mes plus sincères remerciements à Claire Perrin, Maître de Conférences, HDR, pour ses conseils précieux et la qualité de son suivi à toutes les étapes de mon travail de thèse, sa constante disponibilité et les encouragements qu'elle a su me prodiguer tout au long de mon parcours.

Jean Camy, professeur émérite à l'Université Lyon 1 (UFR-STAPS), pour sa relecture critique du travail de mise en forme définitive.

L'équipe S.P.O.R.T.S (Sport, Professions, Organisations de Travail et de Service), pour le financement de mes déplacements lors de colloques, ainsi que pour les échanges scientifiques dans le cadre de son séminaire mensuel qui a permis une mutualisation constructive des réflexions autour de mon travail de thèse.

Eric Boutroy, Isabelle Darnis, Véronique Nègre, Philippe Mortel pour les relectures attentives et critiques qu'ils ont fait de textes intermédiaires. Je leur suis infiniment reconnaissante pour leur aide.

Je remercie également, l'organisme FORMIRIS, Mission Recherche pour m'avoir accordé un financement partiel mais significatif de ce diplôme de troisième cycle.

Enfin, je remercie particulièrement tous ceux et toutes celles qui ont témoigné un intérêt particulier lors de mon travail de terrain, et m'ont accordé un temps précieux en acceptant de devenir des interviewé(e)s. Dans ce cadre je tiens à adresser un remerciement spécial aux professionnels investis dans le fonctionnement du Réppop Grand Lyon.

La construction d'un nouveau territoire professionnel en activité physique dans les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (Réppop)

Résumé : La légitimation scientifique et institutionnelle des bénéfices de l'activité physique (AP) régulière sur la prévention du surpoids et de l'obésité a rendu possible le développement de nouvelles dynamiques professionnelles autour de l'AP dans les Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (Réppop). La création d'une nouvelle offre de service en AP destinée à soutenir un engagement des jeunes patients dans une pratique physique régulière, mobilise la profession médicale (médecins généralistes, pédiatres, médecins du sport), les professions paramédicales (diététiciens, kinésithérapeutes) et les professionnels du sport et de l'activité physique (professeurs d'Activité Physique Adaptée et Santé (APAS), éducateurs sportifs). A l'interface de la sociologie des groupes professionnels et de la sociologie du sport, la thèse a pour objectif d'étudier la construction d'un territoire Activité Physique Adaptée et Santé (APAS) dans les Répop. Ces dispositifs présentent la particularité d'être en cours de construction et de mobiliser des groupes professionnels dans un projet global à partir de leurs compétences spécifiques et de compétences transversales. A côté des groupes établis dans le champ médical, le groupe émergent de l'APAS s'appuie sur cet espace transversal pour construire son territoire spécifique, dans une situation de collaboration qui suscite paradoxalement des concurrences directes avec les autres groupes en présence. La dynamique est étudiée au carrefour des perspectives des professions, de celles des jeunes patients et de leur famille ainsi que de celles de l'Etat, en cohérence avec l'approche théorique d'Andrew Abbott (2003). L'exploration est menée aux niveaux « micro » et « méso » sociologiques. Le niveau « micro » sociologique articule des observations longues et des entretiens, centrés sur les interactions entre professionnels, parents et jeunes d'un même réseau, ainsi que sur l'évolution des choix de ce dispositif en matière de prise en charge en activité physique. Le niveau « méso » sociologique s'est intéressé aux processus d'interaction à l'œuvre dans les cinq Répop pendant une durée de deux ans. Un recueil exhaustif de données est effectué avec quarante trois entretiens de recherche réalisés auprès des professionnels impliqués dans les différents dispositifs d'éducation à et via l'AP, qu'ils fassent partie des cellules de coordination ou bien qu'ils exercent en libéral.

Partie 1. Les reconfigurations professionnelles dans les réseaux de santé

Le fonctionnement en réseau de santé repose sur une organisation du travail revisitée. Les médecins, ainsi que les professionnels paramédicaux et les psychologues, évoluent dans un espace professionnel moins précisément défini que celui de l'hôpital, laissant des ouvertures à des professionnels non issus du champ de la santé. L'approche globale et positive de la santé suppose en effet de dépasser le modèle biomédical pour répondre aux besoins de santé des jeunes et leur famille, et développer leur autonomie dans la prise en charge du facteur de risque pour la santé. Elles nécessitent une approche professionnelle pluridisciplinaire construite autour d'une culture commune de la promotion de la santé et de l'éducation du patient. L'introduction de l'APA-S bénéficie alors du caractère innovant des réseaux de santé que l'on peut qualifier de semi-ouverts, à la fois parce qu'ils représentent un espace collaboratif pour les professions établies, et que la nécessaire articulation avec le social permet à de nouvelles professionnalités d'émerger comme ont déjà pu le montrer les études sur les réseaux diabète (Perrin, 2008).

Partie 2. La spécificité des problèmes professionnels dans les Réppop.

En intégrant les cellules de coordination des ces réseaux, les professionnels oscillent entre un « statut bricolé » de coordonnateur et la reconnaissance d'une expertise dans le suivi de l'obésité infantile. Les étudiants, diplômés en master APA-S, sont embauchés à temps partiel dans la coordination et/ou de façon complémentaire dans le réseau pour l'encadrement des séances d'activité physique proposées aux jeunes obèses. Dans leur conquête du statut de coordonnateur en activité physique adaptée, ils bénéficient du contexte de reconfiguration professionnelle des professions établies, du fait du primat accordé aux activités d'éducation et de prévention sur celles du soin.

Partie 3. La construction d'un territoire de l'APA-S dans les coordinations des Réppop.

Dans le contexte pluridisciplinaire des coordinations des Réppop, tous les professionnels cherchent à définir ou réaffirmer précisément les frontières de leur territoire et à garantir leur légitimité dans ces dispositifs. Ainsi, le territoire professionnel de l'activité physique va se construire dans cette écologie professionnelle (Abbott, 2003) des cellules de coordination, à partir de relations d'alliance et de concurrence avec des éléments d'autres écologies. C'est autour de la gestion d'un ensemble de conflits de juridiction par les professionnels de l'APA-S avec les groupes professionnels concurrents, que se joue cette émergence. Dans la valorisation de compétences spécifiques de prises en charge éducatives construites autour d'une expérience en activité physique, se définissent les frontières de ce nouveau territoire. L'alliance avec les médecins coordonnateurs en attente de compétences éducatives dans les réseaux apparaît déterminante pour l'émergence de cette nouvelle professionnalité.

Mots clés : Réseaux de santé, obésité pédiatrique, éducation, activité physique adaptée, territoire professionnel.

Physical activity: the emergence of a new professional jurisdiction in childhood obesity prevention and management networks

Abstract: Scientific and academic recognition of the benefits of regular physical activity (PA) in the prevention of overweight and obesity has made possible the development of new professional dynamics around PA in childhood obesity prevention and management networks—known as REPOPs—in France. The creation of a new offer of PA services intended to encourage young patients in their commitment to regularly engage in physical activity rallies together the medical profession (general practitioners, paediatricians, sports medicine physicians), other healthcare professions (dietitians, physiotherapists), and sports and physical activity professionals (Adapted Physical Activity and Health (APAH) teachers, sport teachers). Lying at the interface between the sociology of professional groups and the sociology of sport, this paper aims to study the creation of a jurisdiction of Adapted Physical Activity and Health (APAH) in REPOPs. These systems have the distinctive feature of being under construction and bringing together the specific and interdisciplinary competencies of professional groups around a common project. Alongside the groups already established in the medical field, the emerging APAH group is using this multidisciplinary arena to build its own jurisdiction in a collaborative manner that, paradoxically, is giving rise to direct competition with the other groups. Using Andrew Abbott's theoretical approach (2003), this dynamic is explored at the point where the perspectives of the professions, those of young patients and their families, and those of the government, converge. The investigation was carried out at the micro- and meso-sociological levels. The micro-sociological level articulates lengthy observations and interviews focusing on the interactions between the professionals, parents, and youths within the same network, as well as on the changes in the system's choices for managing physical activity. The meso-sociological level looks at the interactive processes at work in the five REPOPs over a two-year period. Forty-three research interviews with professionals—both those who are part of coordination units and those who have their practice—involved in the various educational systems and via PA resulted in an exhaustive collection of data.

Part 1. Organisational changes in healthcare networks

The reorganisation of work is an underlying element of being part of a healthcare network. The work environment of physicians, as well as other healthcare professionals and psychologists, is less precisely defined than that found in a hospital. As a result, it leaves open the door to non-healthcare professions. The holistic, positive approach to healthcare implies two things: moving past the biomedical model to meet the health needs of youths and their families, and making them more active in managing risk factors for their health. It calls for a multidisciplinary professional approach built around a common culture of health promotion and patient education. The addition of APAH benefits from the innovative nature of healthcare networks, which can be described as semi-open both because they constitute a collaborative forum for the professions already present, and because the necessary articulation with social aspects allows the emergence of new professions, as the studies on diabetes networks (Perrin, 2008) have already demonstrated.

Part 2. The specific nature of the professional problems encountered in REPOPs

The professionals who join REPOP coordination units hover between the 'cobbled status' of coordinator and the recognition of expertise in the management of childhood obesity. Graduates with a Master's in APAH are hired as part-time coordinators and/or work additional hours in the network supervising physical activity sessions attended by obese youths. As they work to obtain the status of adapted physical activity coordinator, they benefit from the restructuring of the professions already in place, due to the primacy given to education and prevention activities over healthcare activities.

Part 3. The construction of an APAH jurisdiction in REPOP coordination

All the individual professions working together to coordinate the REPOPs attempt to define or reassert the exact boundaries of their jurisdiction and to secure their legitimacy in these systems. As a result, the professional jurisdiction of physical activity will be formed within this ecology of professions (Abbott, 2003) of coordination units, through relationships of cooperation and competition with elements from other ecologies. It is emerging against a backdrop of the management by APAH professionals of a set of jurisdictional disputes with competing professional groups. The boundaries of this new jurisdiction are being drawn through the promotion of specific competencies in health education built around experience in physical activity. The alliance with coordinating physicians in need of educational talent for the networks appears to be central to the emergence of this new profession.

Keywords: Health networks, childhood obesity, education, adapted physical activity, professional jurisdiction.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	12
PREMIERE PARTIE : Les professions de santé : dynamiques récentes.	18
Chapitre 1 : Le monde de la santé : un ensemble de territoires professionnels.	19
1. La segmentation du territoire de la médecine.	19
1.1. La (re) définition de la médecine générale.	19
1.2. Une hiérarchisation établie des médecins.	21
1.3. Les maladies chroniques : remise en cause d'une médecine organisée autour de la maladie aiguë.	23
2. Les professions médicales, paramédicales et en relation avec la santé.	25
2.1. L'auto-organisation comme protection du territoire professionnel.	25
2.2. La valorisation de compétences professionnelles qui concourent à la santé.	28
2.3. Passer de l'émergence à la reconnaissance en tant que professionnels de santé : un chemin long et incertain.	30
Chapitre 2 : Les Activités Physiques Adaptées et santé (APA-S) comme professionnalité émergente dans les professions de santé.	32
1. Le concept d'Activité Physique Adaptée.	32
1.1. De sa création à son importation en France.	32
1.2. Niveaux de qualification et débouchés professionnels.	36
1.2.1. Le professeur en APA-S.	37
1.2.2. La problématique du niveau master en APA et Santé.	38
2. Les zones de recouvrement de la filière APA-S avec les autres filières STAPS.	40
2.1. Différenciation Education-motricité et APA-S ?	41
2.2. Différenciation Entraînement, management du sport et APA-S ?	42
2.3. Les métiers de l'APA-S : polysémiques et en manque d'auto-organisation.	42

Chapitre 3 : Une organisation en réseaux de santé : des dynamiques professionnelles spécifiques (l'exemple des Réppop).	45
1. Les réseaux de santé : des dispositifs professionnels innovants	45
1.1. Historique de la constitution des réseaux de santé.	45
1.2. Des dispositifs professionnels non hiérarchisés et « semi-ouverts ».	47
2. Les Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie.	50
2.1. Les Réppop : une inscription dans les missions du PNNS.	50
2.2. Une Coordination Nationale des Réppop.	53
2.3. Des organisations locales : les cellules de coordination.	55
2.3.1. Des implantations significatives.	55
2.3.2. Les coordonnateurs en position de médiateurs décisionnels.	57
2.4. Des spécificités liées aux financements.	59
2.5. Des possibilités d'extension de financements	63
3. Les Réppop : premiers réseaux pédiatriques.	65
3.1. Obésité, corps obèses, stigmates, culpabilité et isolement.	65
3.2. Bien être, qualité de vie, intégration et réduction de l'obésité.	67
3.3. Le « travail » du médecin, versus travail des parents.	69
Chapitre 4 : L'APA et Santé : une professionnalité émergente dans les Réppop.	71
1. Caractériser une professionnalité émergente ?	71
1.1. De la « licence » au « mandat », en passant par les interactions.	71
1.2. Les analyses sociologiques du caractère « émergent » d'une profession.	74
2. L'émergence d'un questionnement spécifique de l'AP dans la prise en charge de l'obésité infantile.	78
2.1. Les « guides » du PNNS (2005 ; 2008) : état d'une littérature qui fonde l'intégration de l'APA dans les Réppop.	79
2.1.1. Le premier guide : une réduction de l'activité physique aux données biomédicales.	80
2.1.2. Le deuxième guide : une mise en évidence du rôle de l'activité physique adaptée (APA) dans les Réppop.	81
a. Les limites de la prescription de l'activité physique.	82

b. La difficile ou l'impossible prescription de l'activité physique.	83
2.2. La singularité des réponses professionnelles apportées par les acteurs.	84
2.3. De l'importance du choix du contexte.	85
3. Problématique.	91
3.1. L'idée de singularité au centre des réflexions.	93
3.2. Les alliances entre « écologies » comme une variable possible du système.	94
Chapitre 5 : Méthodologie.	96
1. Un niveau « micro » sociologique à base d'observation et d'entretiens.	97
1.1. Le choix de la population et des lieux d'enquête.	97
1.2. Observer : avantages, précautions, limites.	98
1.3. L'observation comme phase exploratoire.	99
1.4. La posture de l'enquêteur.	102
2. Un niveau « méso » sociologique à base d'entretiens.	105
2.1. L'enquête par entretien : avantages, précautions et limites.	105
2.2. L'entretien semi-directif ou entrevue semi-structurée.	106
2.3. Mise en œuvre de l'enquête par entretiens.	107
2.4. La posture ou les postures de l'enquêteur.	110
2.5. L'analyse des données relatives aux entretiens.	111
3. Les données institutionnelles, et les documents diffusés.	113
DEUXIEME PARTIE : La singularité des problèmes professionnels dans les Réppop.	115
Chapitre 6 : Les médecins dans les coordinations des Réppop.	118
1. Un titre particulier de « médecin coordonnateurs ».	118
1.1. Un rôle de représentativité du réseau.	118
1.2. Un rôle de formateur de ses « pairs ».	119
1.3. Un esprit particulier de promotion de la santé.	120
2. Un rôle de diffusion et/ou de conversion des professionnels à une approche éducative de l'obésité infantile.	123
2.1. L'éducation des jeunes obèses « au secours de la médecine »	123
2.2. Une prise en charge de proximité : éduquer l'enfant et sa famille.	124

2.2.1. La charte du réseau comme moyen de renforcement de l'engagement des patients et de leurs familles.	125
2.2.2. Préserver l'engagement des jeunes obèses malgré les « échecs ».	127
3. De la nécessité des délibérations.	128
3.1. Un degré d'investissement différencié.	128
3.2. La négociation de l'implantation.	131
Chapitre 7 : Les diététiciens (nes) dans les coordinations des Réppop.	134
1. Définir une activité professionnelle de coordonnateur en diététique.	134
1.1. Diététique et nutrition : un flou de concepts.	134
1.2. Un rôle affirmé au sein des coordinations des Réppop.	135
2. Négocier ou accompagner : aussi en diététique.	137
2.1. Un suivi diététique négocié.	137
2.2. Une position ambivalente.	139
2.3. Une reconversion professionnelle.	140
Chapitre 8 : Les psychologues dans les coordinations des Réppop.	143
1. Définir une activité professionnelle de psychologue dans une coordination.	143
1.1. Former, coordonner des psychologues et/ou des professionnels de santé.	143
1.2. Une difficile conversion à l'interdisciplinarité.	144
2. Une mission principale d' « éveil » des professionnels à la singularité des suivis.	145
Chapitre 9 : Les professionnels de l'activité physique dans les coordinations des Réppop.	147
1. Un rôle d'encadrement et/ou de coordination.	147
1.1. Une réalité différenciée d'intégration.	147
1.2. Les Réppop : un débouché professionnel de niveau cadre.	148
2. Une approche singulière valorisée par les professionnels de l'APA-S.	150
2.1. L'appui sur les dimensions culturelles des pratiques physiques.	150
2.2. Entre le diagnostic éducatif et la mise en projet : où est l'éducation ?	152
2.3. Une tentative d'harmonisation des pratiques des professionnels de l'APA-S dans les coordinations Réppop.	153

TROISIEME PARTIE : La construction dynamique d'un territoire de l'APA-S dans les coordinations des Réppop.	157
Chapitre 10 : L'activité physique dans les Réppop : une place légitime mais problématique.	159
1. Quelle activité physique et par qui ?	159
2. L'émergence des professionnels APA-S dans les Réppop : un médecin coordonnateur particulièrement novateur.	161
3. La délimitation du territoire activité physique par les APA-S.	163
Chapitre 11 : Construction du territoire de l'APA-S et conflits de juridiction.	165
1. Les conflits autour de l'encadrement des séances d'activité physique.	167
1.1. Avec les kinésithérapeutes : conflit entre gymnastique hygiénique et pratiques sociales.	167
1.1.1. La kinésithérapie : un territoire professionnel en conflit.	167
1.1.2. Entre exercice et plaisir de la pratique physique.	168
1.2. Avec les éducateurs sportifs : conflit entre enseignement et animation.	171
1.2.1. L'attention portée à la personne/ l'attention portée à l'activité physique.	171
1.2.2. Suivi individuel/ séance collective.	175
1.3. Une légitimation officielle de l'APA-S dans les Réppop : signe des conflits de juridictions.	177
2. Les conflits autour de la validation théorique du choix des pratiques de prise en charge.	179
2.1. Des références théoriques paradoxales par rapport au concept d'APA-S.	179
2.2. Avec les médecins : assimiler les connaissances pour gérer le conflit de juridiction.	180
3. Les conflits autour de l'éducation du patient.	182
3.1. Avec les diététiciens (nes) : entre information et expérience.	184
3.2. Les kinésithérapeutes : reconditionnement à l'effort.	189
3.3. La construction de relais et la formation des éducateurs sportifs comme activité de coordination des professionnels de l'APA-S.	191

3.4. L'éducation du patient : un enjeu fondamental.	192
Chapitre 12 : La construction d'alliances comme moyen de gestion des conflits de juridictions.	194
1. L'alliance avec les médecins coordonnateurs.	194
1.1. Un accord sur une approche globale de la santé et sur le développement des compétences du patient.	194
1.2. Contenir les concurrences.	196
1.3. Des alliances décisives avec les médecins coordonnateurs.	198
2. Le cadre des formations universitaires en STAPS favorable aux alliances.	200
2.1. La situation de stage comme mise en veilleuse des relations de concurrence.	200
2.2. Un lien non systématique avec l'écologie de l'université.	202
3. L'alliance avec les usagers.	204
3.1. La question du plaisir.	204
3.2. Entrée dans le dispositif : crainte et déstabilisation des repères antérieurs.	205
3.3. L'« enchantement ».	207
3.4. La « conversion » ou « prise en mains de son corps ».	208
3.5. Les « désenchantements » ou la « réversibilité » des trajectoires.	209
3.6. Ecologies liées ou auditoires des revendications ?	210
4. L'alliance avec l'Etat.	211
4.1. Des postes de coordonnateurs financés.	211
4.2. Lien ou soutien des pouvoirs publics ?	212
5. Les associations de patients obèses comme point aveugle de cette construction.	214
5.1. Les patients et leurs familles comme auditoires des revendications.	214
5.2. L'adhésion à un organisme fédérateur : liens avec les pouvoirs publics.	215
Chapitre 13 : Les indicateurs de la construction d'un territoire de l'APA-S dans les coordinations des Réppop.	216
1. Intégrer le Dossier Médical Partagé (DMP).	216
2. L'évaluation : la création et le choix d'outils, d'indicateurs.	219
3. La formation des professionnels du réseau.	221
3.1. Les acteurs « principaux » de ces formations.	221
3.2. Les contenus de ces formations.	222

3.3. Un rôle de formateur élargit comme élément de légitimation.	223
4. La fermeture de l'accès au poste de coordonnateur.	224
4.1. La création d'une fiche de poste commune aux coordonnateurs en activité physique	224
4.1.1. La nécessaire uniformisation de la dénomination.	225
4.1.2. L'officialisation d'un rôle d'encadrement d'équipe et/ou de projet.	227
4.2. La construction de partenariat, pouvoir de délimitation du territoire.	228
4.2.1. Gérer les offres de pratiques proposées aux jeunes obèses.	229
4.2.2. La délimitation du territoire par les responsables en APA-S.	230
4.3. Une segmentation rapide intra-corporation.	232
CONCLUSION GENERALE	235
BIBLIOGRAPHIE	246
ANNEXES	262
Annexe 1 : Récapitulatif de la configuration des terrains d'enquête.	263
Annexe 2 : Les différents guides d'observation.	277
Annexe 3 : Les différents guides d'entretiens.	280
Annexe 4 : Documents spécifiques Réppop.	300
Annexe 5 : Exemples d'entretiens.	310
1. Entretien avec un médecin coordonnateur.	311
2. Entretien avec une diététicienne dans une coordination d'un Réppop.	321
3. Entretien avec une psychologue dans une coordination d'un Réppop.	328
4. Entretien avec un responsable en activité physique, M2APA dans une coordination d'un Réppop.	334
5. Entretien avec un médecin « Réppopiens ».	343
6. Entretien avec un jeune inscrit dans une activité physique proposée par un Réppop.	349

INTRODUCTION

Les discours médiatiques de ces cinq dernières années mettent au devant de la scène l'incidence de l'obésité en France et dans le monde. Les études épidémiologiques¹ sont en effet diffusées pointant avec inquiétude la progression du nombre d'enfants, et de jeunes adolescents en surpoids voire obèses. Les campagnes de promotion de la santé invitent par ailleurs les citoyens à un état d'urgence collective vis à vis de ce problème de santé, qui peut générer d'autres maladies chroniques en série. « Notre mode de vie » est ainsi comparé à une « bombe à retardement » pour nos systèmes de santé². Plus spécifiquement, l'inflation de l'obésité infantile lui donne le statut de pandémie, non contrôlée par le système de santé actuel, qui apparaît alors relativement impuissant dans les prises en charge des jeunes obèses. Les campagnes de prévention sont organisées sur un double message : l'un sur le nécessaire contrôle de son alimentation face une production dangereuse de l'industrie alimentaire, l'autre sur la lutte contre la sédentarité construite comme un nouveau problème de santé publique. Le premier vise une mobilisation de chacun pour intégrer de nouvelles normes de consommation de fruits et de légumes (5 par jour), de diminution des graisses, du sel et du sucre ... le second fixe des normes de pratique d'activité physique régulière. A ce propos en France, la recommandation diffusée dans le cadre du PNNS depuis 2002³ est de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour. Elle correspond à la première recommandation de santé publique publiée par le Collège américain de médecine du sport en 1995⁴, les dernières publications ayant essentiellement précisé que la fréquence d'activité physique pouvait être de cinq jours par semaine⁵ et la quantité d'activité physique répartie

¹ L'enquête ObEpi (Obésité Epidémie) de 2003 stipule dès les premières lignes de son rapport : « ObEpi 2003 vient confirmer ce que l'on redoutait depuis les premières études réalisées en 1997 et 2000. Il est urgent d'agir pour éviter qu'en 2020 la population française compte 20% d'obèses. »

² « En 2006, l'enquête française Obépi a permis d'estimer à 20 millions le nombre de personnes en surpoids, et à six millions celui des personnes obèses. Enfin autre inquiétude, l'apparition de diabète de type 2 chez les adolescents.» Le Monde, Novembre 2007.

« Maladie chronique, l'obésité progresse en France. En douze ans, la proportion d'obèses est passée de 8,5% à 14,5% dans la population adulte. », Le Monde, Novembre 2009.

³ PNNS : Programme National Nutrition Santé. Suite aux recommandations de nombreux experts scientifiques, ce programme a été mis en place en 2001 par le ministère délégué à la Santé, avec la participation de tous les ministères et institutions concernés. Il a, pour objectif général, d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population française en agissant sur la nutrition qui constitue l'un de ses déterminants majeurs.

⁴ Pate R.R., Pratt M., Blair S.N., et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama*, 1995, vol. 273, n° 5 : p. 402-407.

⁵ Haskell W.L., Lee I.M., Pate R.R., et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2007, vol. 39, n° 8: p. 1423-1434.

dans la semaine⁶. Ces premières recommandations se trouvent rapidement sujettes à de nombreux débats scientifiques, notamment autour d'une différenciation de celles-ci entre les adultes et les enfants. Les experts s'accordent, dans le PNNS 2⁷, pour dire que les enfants devraient pratiquer « une heure d'activité physique par jour et trois séances de sport par semaine ». Derrière cette approche préventive, l'obésité représente une maladie dont nous sommes tous « responsables », contre laquelle chacun a les mêmes possibilités de lutte par une modification raisonnée de son mode de vie et de celui de sa famille. Chacun étant averti, il semble aller de soi que les personnes qui sont en surpoids sont aptes à réagir, à résister à la société de consommation en modifiant et contrôlant leur mode de vie et « à participer au travail proprement dit sur et autour de sa maladie, mais également quelque fois avec celle-ci. » (Strauss, 1992, p.145). Ainsi, Anne Vuillemin, Hélène Escalon, et Claire Bossard concluent dans leur analyse de 2008 des comportements, perceptions et connaissances de la population française en matière d'activité physique et de sédentarité⁸, que l'adoption d'un style de vie actif est un processus complexe qui est influencé par de nombreux facteurs environnementaux, individuels, sociaux. Et que leur identification peut aider au développement de stratégies d'intervention mieux contrôlées pour promouvoir des niveaux d'activité physique plus élevés.

Au delà des campagnes de prévention et de promotion de la santé, des études scientifiques concernant les facteurs explicatifs de l'obésité entretiennent des débats : la « mal bouffe », la sédentarité, le milieu social avec ses contraintes économiques (INSEE 2007), les capacités cognitives (CNRS, Inserm, 2006), les troubles psychologiques... Ainsi, « par les récurrences et les variations qu'elles décrivent, les statistiques épidémiologiques font apparaître la possibilité d'inscrire l'obésité dans le domaine des « faits sociaux » tel qu'il peut être défini en sociologie : « constance quand la société (pays, religion, classe sociale, famille) ne change pas ; variation réglée et définie quand plusieurs grandeurs sociales varient simultanément » (Baudelot C., Establet R., 1990) » (Darmon, 2001)⁹. Assimilée au traitement des pathologies chroniques, la prise en charge de l'obésité infantile est envisagée de manière

⁶ Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008.

⁷ Deuxième Programme National nutrition santé (2006-2010) Actions et mesures, Ministère de la santé et des Solidarités, Septembre 2006.

⁸ Vuillemin A., Escalon H., et Bossard C., Activité physique et sédentarité, baromètre Santé-Nutrition 2008.

⁹ Darmon M., (2001) Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris V.

pluridisciplinaire à l'image des autres réseaux de santé, qui visent à placer au côté du médecin, un ensemble de professionnels paramédicaux et de l'encadrement sportif.

Les Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (Réppop), comme les autres réseaux de santé, sont des dispositifs qui ont été initiés en 2002 pour offrir une prise en charge de proximité de l'obésité infantile, engageant une coordination des interventions entre les professionnels situés au sein des hôpitaux et les professionnels libéraux exerçant en ville. Dans ce contexte, les Réppop sont les premiers réseaux de santé qui s'adressent aux enfants et adolescents, les précédents visant la prise en charge de malades chroniques adultes. En s'adressant à un public scolarisé, en pleine phase de développement et de construction identitaire, et vivant sous la responsabilité d'adultes, les Réppop ont eu à penser différemment les dispositifs de prise en charge de la maladie chronique. Et cela aussi bien dans le suivi médical, diététique qu'en activité physique. Par un ensemble d'innovations, les professionnels de santé investis dans ces dispositifs visent une efficacité accrue de la prise en charge de cette maladie chronique. Et c'est en référence aux enjeux de contrôle des dépenses de l'Etat en matière de santé publique, que se joue la définition de cette efficacité.

L'activité physique régulière étant reconnue scientifiquement et institutionnellement comme un élément important de la prévention du surpoids, de nouvelles dynamiques professionnelles se sont développées dans les Réppop autour de cette question, comme cela avait été préalablement le cas dans les réseaux diabète (Perrin et coll. 2008)¹⁰. Ainsi, la création d'une offre de service spécifique à l'activité physique est rapidement devenue une question importante pour les médecins coordonnateurs des Réppop, afin de soutenir un engagement des jeunes dans une pratique physique régulière. La question de la responsabilité professionnelle de cette partie de la prise en charge s'est alors posée. Pour cela, le recours à des professionnels qualifiés est devenu une nécessité. Mais plusieurs secteurs de l'activité physique peuvent-être concernés. En effet, les kinésithérapeutes, les éducateurs sportifs et les enseignants en activité physique adaptée (APA) ont des compétences qui peuvent être ici mobilisées. Ainsi, les médecins coordonnateurs vont devoir se positionner quant au choix des acteurs qu'ils vont solliciter prioritairement pour construire et assurer le suivi en activité physique des Réppop. Or, les approches de l'activité physique proposées par ces

¹⁰ Perrin C., Champely S., Chantelat P., Sandrin-Berthon B., Mollet E., Tabard N., Tschudnowsky M.,(2008) Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français, Santé publique, volume 20, n°3, p. 213-223.

professionnels diffèrent fondamentalement. Du réentraînement à l'effort, à une approche éducative d'un projet de pratique physique à long terme, les finalités de la prise en charge ne se confondent pas.

L'organisation de ce suivi prend également des formes très variées, que ce soit sous la forme d'un partenariat, vers des structures existantes (Clubs sportifs, Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire...), ou bien par l'embauche d'un professionnel dans la cellule de coordination du réseau ayant pour mission d'orienter les jeunes adhérents vers différentes formes de suivi en activité physique. De nouveaux dispositifs se construisent en même temps qu'émerge une nouvelle professionnalité relative à l'activité physique dans le domaine de la santé. Dès lors, nous tenterons de saisir les éléments constitutifs favorisant l'intégration d'un groupe professionnel de l'activité physique au sein de ces dispositifs particuliers, et de comprendre comment les différents groupes professionnels investis dans le fonctionnement de ces réseaux de santé particuliers s'établissent les uns par rapport aux autres. En intégrant le monde médical, les professionnels de l'activité physique questionnent de fait les définitions traditionnelles de leur métier. Ils sont amenés à redéfinir leurs connaissances et leurs compétences afin de construire une nouvelle légitimation professionnelle au sein de ces dispositifs. Sachant que cette redéfinition s'opère de manière identique pour le monde médical et le monde paramédical, tous deux investis dans le fonctionnement de ces réseaux de santé. En nous situant dans la logique d'interdépendance entre les acteurs sociaux telle qu'a pu la développer N. Elias :

« Comme au jeu d'échecs, toute action accomplie dans une relative indépendance représente un coup sur l'échiquier social, qui déclenche infailliblement un contre-coup d'un autre individu (sur l'échiquier social, il s'agit en réalité de beaucoup de contrecoups exécutés par beaucoup d'individus) limitant la liberté d'action du premier joueur »¹¹

Puis cette logique des interdépendances est reprise par A. Abbott dans sa théorie de la concurrence interprofessionnelle en 1988¹². Il situe la démarche mise en œuvre par des professionnels afin de convaincre que la définition qu'ils proposent du problème à résoudre est plus objective que celle des professions concurrentes.

¹¹ Elias N., (1985, rééd.) La Société de cour, Champs Flammarion, p. 152-153.

¹² Abbott A., (1988) The System of Professions, an Essay on the Division of Expert Labor, Chicago and London, The University of Chicago Press.

L'objectif de la recherche est d'étudier dans le cadre particulier que représentent les Réppop, la dynamique des interactions entre les différents groupes de professionnels autour du territoire : « activité physique ». Et de saisir en quoi cette « intégration » génère ou non en retour des reconfigurations des professionnalisés mises en présence. Car, si les professions médicales et paramédicales s'engageant dans les Réppop bénéficient d'une protection juridique de leur monopole, fondé sur un titre professionnel, une réglementation des conditions d'exercice, une organisation spécifique (ordre), etc., il n'en est pas de même pour les professionnels de l'Activité Physique Adaptée et Santé¹³ issus d'une formation universitaire STAPS. Ces derniers qui se situent en dehors de la prescription médicale, n'appartiennent pas au système de santé, ils ne peuvent donc pas s'appuyer sur un système commun, un espace unificateur, et sont amenés à construire dans le champ de la santé leur légitimité professionnelle. En conséquence, l'analyse des positionnements des groupes professionnels des Réppop constitue un nouveau terrain d'enquête sociologique présentant un intérêt particulier dans la compréhension de l'émergence d'un nouveau territoire professionnel, le terme de territoire étant ici entendu en référence à la définition d'A. Abbott : « ensemble de tâches que les professions revendiquent avec succès dans la division du travail. »¹⁴. Et de manière conjointe elle permet l'étude de l'émergence d'une nouvelle professionnalité en APA et santé.

Dans cette analyse sociologique d'une professionnalité émergente, il s'agira notamment de situer et de comprendre les interactions entre les professionnels pour saisir ce qui se joue autour de l'intégration de l'activité physique dans les Réppop. Notre analyse concerne les compétences qui définissent les territoires, qui ne se superposent pas et sont adaptées au public visé.

Les différents axes d'investigation seront plus particulièrement étudiés sous l'angle des stratégies qui sont liées aux conquêtes de territoires ainsi que de reconnaissance auprès des pouvoirs publics dans des situations d'alliances et de concurrences interprofessionnelles (Abbott, 1988)¹⁵. L'objectif sera de replacer dans un système global de concurrences la définition des territoires professionnels.

¹³ Le concept d'Activité Physique Adaptée (APA) défini au Québec en 1977, fédère depuis 1989 les filières de formation en Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS). Ces formations ont pour finalité de rendre les étudiants capables d'exercer des responsabilités de conception et d'animation d'activités physiques adaptées aux besoins spécifiques et aux ressources de personnes malades et/ou en situation de handicap.

¹⁴ Abbott A., (1988) Op.cit.

¹⁵ Abbott A., (1988) Op.cit.

Dès lors, la première partie du document est consacrée à la compréhension des dynamiques professionnelles spécifiques aux professions de santé. Sous l'angle des mutations professionnelles liées à l'organisation en réseaux de santé, nous analyserons dominations et concurrences interprofessionnelles au sein des Réppop. Ce qui permettra, dans une deuxième partie d'étudier les «juridictions» qui se confrontent dans les coordinations des Réppop. Nous considérons la construction de ces «juridictions», notamment celle de l'APA-S, comme le fruit des dynamiques interprofessionnelles qui se concrétisent autour d'un ensemble de conflits que les professionnels sont amenés à gérer pour garantir leur légitimité dans ces dispositifs. Notre troisième partie sera enfin consacrée à l'analyse de ces conflits de juridictions appréhendés en tant qu'élément de compréhension de l'émergence de l'APA-S dans les coordinations des Réppop.

PREMIERE PARTIE

Les professions de santé :
dynamiques récentes.

Chapitre 1 : Le monde de la santé : un ensemble de territoires professionnels.

1. La segmentation du territoire de la médecine.

1.1. La (re) définition de la médecine générale.

L'évolution constante des connaissances scientifiques relatives au fonctionnement du corps humain a des répercussions sur la définition des professions médicales. L'accroissement progressif du nombre de spécialités vient sans cesse remanier le territoire professionnel de la médecine générale. Une restriction des missions confiées aux médecins généralistes s'opérationnalise (Pinell, 2005)¹⁶. Ils se trouvent souvent dans l'obligation d'orienter leurs patients vers des médecins spécialistes. Leur rôle de soignant se trouve alors de plus en plus limité à certaines pathologies, alors que leur rôle de relais vers des médecins spécialistes prend, quant à lui, une dimension importante. D'où l'idée d'une médecine générale en crise de légitimation, ou tout du moins d'une nécessaire définition par chaque généraliste de son objet de travail (Broclain, 1994, Baszanger, 1983)¹⁷. Reconnue officiellement en France comme une spécialité depuis 2004, cette discipline souffre d'un manque durable de considération. Elle tend à être assimilée à une médecine modeste, routinière, le sens commun faisant rimer difficulté avec spécialité (Bloy, 2008)¹⁸. Le développement des tâches de conseils et d'orientation vers d'autres professions de santé initié par le « haut niveau de spécialisation qui caractérise la médecine contemporaine » (Pinell, 2005), ne correspond plus à la « licence » par laquelle les médecins généralistes définissent les termes de leur pratique, selon le concept développé par Everett Hughes. L'ensemble des tâches pour lesquelles les médecins généralistes sont parvenus à faire reconnaître initialement leurs compétences (licence) se

¹⁶ Pinell P., (2005) Champ médical et processus de spécialisation, Actes de la recherche en sciences sociales, n°156-157, p.4-36.

¹⁷ Broclain D., (1994) L'émergence des spécialités s'est donc traduit par une recomposition progressive et souterraine du contenu des pratiques de médecine générale, La médecine générale en crise ? In Aïach P., Fassin D., (dir.) Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Anthropos, Paris, p.133.

Baszanger I., (1983) : « La diversité des motifs de consultation nécessite jusqu'à un certain point que chaque médecin décide de ce qu'il a à prendre en charge en tant que médecin », La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale, Sociologie du Travail, n°3, p.275-294.

¹⁸ Bloy G., (2008) : « Le contexte français de pratique de la médecine générale (une discipline peu reconnue à formaliser, une identité collective balbutiante, un exercice libéral solitaire dans une forte dépendance au patient-client...) façonne incontestablement l'expérience de l'incertitude des généralistes » in L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles, Sciences sociales et santé, vol 26, n°1.

trouve redéfini. Ce qui provoque en conséquence chez certains médecins généralistes une crainte relative à la perte de leur identité professionnelle¹⁹. En effet, par cette nouvelle répartition des tâches, le risque serait de perdre le mandat de « définir les comportements que devraient adopter les autres personnes à l'égard de tout ce qui touche à leur travail. » (Hughes, 1996)²⁰. Or la médecine générale représente la définition traditionnelle du métier médical. C'est sur une base de savoirs et de compétences mandatées (Hughes, 1985) par les recherches scientifiques que le médecin généraliste va exercer un rôle professionnel spécifique. Ayant comme modèle l'indépendance du médecin libéral, les médecins généralistes vivent cette réorganisation de leur activité comme une perte de leur autonomie professionnelle. Progressivement, l'impossibilité pour un même professionnel de posséder l'ensemble de ces connaissances scientifiques, amène une multiplication des licences et des mandats à l'intérieur des professions médicales. Confrontée à ces avancées scientifiques et à leurs conséquences contraignantes pour leur exercice professionnel, la figure traditionnelle du médecin généraliste omnipotent se trouve dévalorisée. Comme en témoigne le mouvement de mécontentement et de revendications des médecins généralistes depuis la fin de l'année 2001. Des paradoxes peuvent se percevoir dans les discours de ces derniers relatifs à la définition même de leur métier et sur la reconnaissance qu'ils en attendent : gaspillage dénoncé ; liberté d'action sous contrainte évaluative et financière de plus en plus étroite ; perte de prestige ; etc. (Le Pen, 1999, Bungener et Baszanger, 2002)²¹. Une tension particulière existe entre les différentes revendications des généralistes (prise en charge globale du patient, coordination des soins, rôle de santé publique) et le fait qu'une partie non négligeable des généralistes estime que ces tâches ne relèvent pas de leur qualification (Levasseur, Bataillon, Samzun, 2003)²². Ainsi, il est possible de resituer la profession de médecin généraliste comme une profession établie traversée par une crise identitaire liée à sa

¹⁹ L'identité professionnelle est ici entendue dans une définition dynamique au sens que lui donne C. Dubar (1991)¹⁹ : « Résultat à la fois stable et provisoire, individuel ou collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions. ».

²⁰ Hughes E. C., (1996), Licence et mandat, Le regard sociologique : Essais choisis, Editions de l'EHESS, Paris, p.99.

²¹ Le Pen C., (1999) Les habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur, Calmann-Lévy, Paris.

Bungener M., Baszanger I., (2002) Médecine générale, le temps des redéfinitions, in Baszanger I., Bungener M., et Paillet A (dir.) Quelle médecine voulons-nous ? La Dispute, Paris, p.19-34 : « Le processus de spécialisation, qui se développe par approfondissement scientifique ou technique de compétences communes, a installé la médecine générale à une place résiduelle et statutairement dominée dans la division hiérarchique du travail médical. Elle est en première approximation « ce qui reste », ce dont les divers spécialistes ne s'occupent pas parce qu'ils font plus et autrement. »

²² Levasseur G., Bataillon R., Samzun J.L., (2003), Les conditions de travail des généralistes, « dans cette enquête, 64% des médecins déclarent que l'information et l'éducation du patient ne relèvent pas de leur qualification et de leurs responsabilités. »

segmentation et à la réorganisation de l'offre de soins qui en découle, venant questionner les définitions même de sa licence et de son mandat. La figure traditionnelle du médecin de famille est mise en péril devant une conception du métier davantage liée aux exigences des financeurs, aux tutelles et aux politiques publiques²³.

1.2. Une hiérarchisation établie des médecins.

La différenciation ou segmentation²⁴ du monde de la santé en plusieurs activités professionnelles peut se percevoir en fonction d'une forme de complémentarité liant médecine générale et médecine spécialisée (Pinell, 2005)²⁵. Or, l'histoire de la profession médicale est marquée par des conflits incessants entre segments professionnels²⁶. Ainsi, cette segmentation s'accompagne d'une hiérarchisation situant les médecins spécialistes dans une division morale du travail (Hughes, 1985), à une position plus élevée comparativement aux médecins généralistes qui récupèrent les tâches les moins nobles, c'est-à-dire le « sale boulot ». A l'opposé de cet axe de hiérarchisation, au sein des organisations spécifiques que représentent les hôpitaux, la composante universitaire joue un rôle dans la hiérarchie des disciplines hospitalières. Sachant qu'il y a deux catégories de médecins hospitaliers titulaires (les praticiens hospitaliers et les praticiens hospitalo-universitaires) dont les statuts, les carrières, les fonctions et les salaires sont forts différents. « La consécration universitaire de la nomination comme PU-PH donne aux titulaires la capacité légalement reconnue d'exercer des pouvoirs qui garantissent la permanence de la division sociale du travail. » (Balazs, Rosenberg-Reiner, 2005)²⁷. L'activité de recherche universitaire différencie les tâches de soins destinés à tous et qui font le quotidien de l'hôpital, des tâches de soins de pointe, pouvant donner lieu à des légitimations scientifiques par le biais de publications prestigieuses.

²³ Colloque recherche et médecine générale : approche sociologique de la médecine générale, Les médecins généralistes face à l'organisation de l'offre de soins : quelles pratiques ? Quelles évolutions ?, Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2006.

²⁴ Le terme de segmentation rejoint ici le concept de profession développé par Bucher et Strauss, c'est-à-dire comme : « un conglomérat de segments en compétition et en restructuration continue. » in *Profession in process* (1961), trad., 1992 p.67.

²⁵ Pinell P., (2005) Op.cit.

²⁶ « Pendant tout le XIX^{ème} siècle, c'est la lutte entre les médecins-docteurs, et les officiers de santé qui ne se termine à l'avantage des premiers qu'en 1892... le groupe professionnel se segmente à nouveau à l'occasion des débats sur les assurances sociales, et notamment l'assurance-maladie ; le fragile équilibre réalisé à la fin du XIX^{ème} siècle vole en éclat lors des débats sur la « charte médicale » qui accompagne la première loi sur les assurances sociales en 1928. » Dubar C., Tripiet P., Les médecins et le déclin de leur autonomie : segmentations de groupe professionnel, in *Sociologie des professions*, Paris, Colin, 2^{ème} édition, 2005, p. 200-204.

²⁷ Balazs G., Rosenberg-Reiner S., (2005) La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières, Actes de la recherche en sciences sociales, n°156-157, p. 115-118.

Dès lors entre médecins généralistes et PU-PH la définition de la profession de médecin varie considérablement. Cette hiérarchisation avec un rapport de domination et de pouvoir de la part des médecins spécialistes étant très tôt présente dans la formation des futurs médecins généralistes, à travers ce que certains ont pu appeler « l'expérience de l'illégitimité » (Arliaud, 1987)²⁸. Everett Hughes argumente dans « la fabrication d'un médecin »²⁹ l'existence d'une culture médicale qui s'acquiert non seulement par un apprentissage de connaissances, mais aussi par une initiation voire une conversion. Ce mode de socialisation professionnelle (Dubar, 2000, Gadéa, 2007)³⁰ contribue à leur donner d'eux-mêmes une représentation professionnelle par défaut, sans véritable identité commune (Bungener, Baszanger, 2002)³¹.

Certains médecins généralistes sont alors amenés à redéfinir et/ou à affirmer leur identité professionnelle. C'est notamment dans le cadre des prises en charge des maladies chroniques avec la mise en place des réseaux de santé, que l'on peut discerner à l'origine de ces réseaux l'impulsion de médecins généralistes « cherchant à inverser les rapports hiérarchiques traditionnels entre professionnels de santé » (Balazs, Rosenberg-Reiner, 2005)³². Par le fait que ces dispositifs s'organisent autour d'un mode de fonctionnement plus collégial qui requiert de travailler en équipe, et de gérer un collectif de travail, ils semblent permettre un déplacement des rapports hiérarchiques. Il s'agit d'inventer de nouvelles façons de coopérer entre médecins généralistes et médecins spécialistes, entre médecins de ville et médecins hospitaliers, mais aussi entre médecins et professions de santé au sens large dont les diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, professionnels de l'activité physique

²⁸ Arliaud M., (1987) Les médecins, La Découverte, Paris.

²⁹ Hughes E.C., (1958) Men and their work, Glencoe (Ill.), The Free Press.

³⁰ Dubar C., (2000, 3^{ème} édition), Trois mécanismes spécifiques de la socialisation professionnelle sont explicités par Hughes : le « passage à travers le miroir », ou l'immersion dans la « culture professionnelle » ; « l'installation dans la dualité » entre le « modèle idéal et le modèle pratique » ; et la conversion par l'abandon et le refoulement des stéréotypes, « dualité entre modèle idéal et normes pratiques ». La socialisation, A. Colin, p. 139-142.

Gadéa C., (2007), Les projets des étudiants en médecine s'élaborent tout au long de leurs épreuves – concours, examens et stages, des expériences faites en milieu hospitalier, mais aussi selon les voies qui s'ouvrent ou se ferment devant eux. Il est possible de faire état d'un ensemble de transformations des représentations de la profession médicale que les étudiants se forgent tout au long de leur parcours de formation, "Impatients d'être médecins. Formation et socialisation professionnelle des étudiants de médecine", Revue Sociologie Santé (RSS), 2007, n°27, Système de santé et professions de santé, p.13-34.

³¹ Bungener M., Baszanger I., (2002) Op.cit. p.24 « Ceux qui exercent la médecine générale sont ceux qui n'ont pas passé ou pas réussi les concours les plus prestigieux et dont l'apprentissage a été écourté. De plus, les mécanismes ultérieurs de socialisation professionnelle viennent perpétuer cette définition intériorisée par les futurs généralistes tout au long de leurs études...Ce mode de socialisation en creux contribue à leur donner d'eux mêmes une représentation professionnelle par défaut. » »

³² Balazs G., Rosenberg-Reiner S (2005) Op.cit p. 27

(éducateurs sportifs, professionnels de l'APA-S, etc.). Or, la plupart des médecins généralistes accomplissent leur activité sur un mode individuel, et ne sont donc pas préparés à ces nouvelles logiques sous-jacente d'une prise en charge globale, multidisciplinaire et de longue durée. Ainsi, pour sortir de l'isolement qu'ils déplorent au sein de leurs cabinets respectifs, où ils se trouvent seuls pour deux tiers d'entre eux, les médecins généralistes cherchent à redéfinir en profondeur leurs modalités d'exercice professionnel.

1.3. Les maladies chroniques : remise en cause d'une médecine organisée autour de la maladie aiguë.

Depuis une trentaine d'années, le secteur de la santé a connu de profondes transformations (Carricaburu & Ménoret, 2004)³³. Le développement des maladies chroniques, en particulier, a confronté la médecine à des situations inédites parfois déstabilisantes. Initialement organisée et orientée vers le soin de la maladie aiguë, elle s'est en effet révélée mal adaptée à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques. La médecine est amenée à traiter un nombre croissant de patients porteurs de pathologies chroniques dont l'issue des prises en charge n'est plus la guérison, mais un nouvel état de santé pouvant comporter un handicap. A la suite du concept de maladie-déviante formulé en 1951 par Parsons, le fait d'être malade s'envisage progressivement comme une altération des conditions normales de l'existence sur le plan social. Avec la promotion de la santé telle que l'a défini l'OMS³⁴, à savoir le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. », il y a la prise en compte significative dans le concept de santé des dimensions sociales, ce qui vient relativiser le rôle central du médecin dans son activité de soin. Les positions adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé (CIF, 2002)³⁵ mettent l'accent sur la qualité de vie, les capacités et les ressources des personnes, et non pas leurs incapacités. En conséquence, il y a une relativisation de la part accordée à la médecine des preuves dans le suivi de ces pathologies spécifiques.

³³ Carricaburu D., Ménoret M., (2004) Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies, Armand Colin.

³⁴ Définition donnée en 1986, à l'occasion de charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

³⁵ CIF (2002), classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, est une réactualisation de la CIH (Classification Internationales des handicaps) de 1992. Cette dernière classification intègre un modèle social du handicap : « la personne devient « expert » de sa propre situation ».

Dans un système de santé en transformation, le métier de médecins généralistes se redéfinit dans des dimensions floues (Bloy, Scheweyer, 2010)³⁶. Avec l'apparition croissante de nouvelles pathologies chroniques, les besoins d'interventions médicales sont redéfinis autour de prises en charge plus globales, et mieux inscrites dans les modes de vie des patients. Ce qui situe progressivement le médecin généraliste dans un rôle de pivot mettant en scène plusieurs professionnels des milieux médicaux, paramédicaux, sociaux, etc. Les prises en charge se trouvent alors « distribuées entre des intervenants hétérogènes, aux cultures professionnelles différentes, et dont les durées d'implication auprès des malades sont extrêmement variables. Toute intervention appelle plus d'interactions qu'auparavant, et induit dès lors des négociations plus nombreuses entre médecins, malades, familles, équipes soignantes, administration, etc. » (Bungener, Baszanger, 2002)³⁷.

Avec l'émergence de ces nouvelles pathologies dites chroniques, s'associe de « nouveaux patients », c'est-à-dire des individus singuliers qu'il faut accompagner en allant au-delà de la performance médicale, pour proposer un suivi individualisé. Non seulement le malade requiert l'attention coordonnée de plusieurs experts qui débordent du cadre sanitaire pur, mais il exige que cette attention soit personnalisée et continue. (Poutout, 2005)³⁸. La reconnaissance officielle de ce nouveau statut de patient s'effectue dans la loi du 4 mars 2002 relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé. »³⁹

Un ensemble de professionnels est en conséquence sollicité et cela plus particulièrement dans le cadre du suivi de ces pathologies chroniques. De nouvelles professions non médicales font alors irruption dans la sphère d'activité médicale, celles-ci pouvant alors se définir comme des « professions en relation avec la santé ».

³⁶ Bloy G., Scheweyer F.X., (2010) Singuliers généralistes – Sociologie de la médecine générale, Presses de l'EHESP.

³⁷ Bungener M., Baszanger I., (2002) Op.cit p. 26-27.

³⁸ Poutout G., (2005) Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens, in La santé en réseaux : quelles innovations ?, Sociologies Pratiques, Paris, PUF, p. 33-54.

³⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

2. Les professions médicales, paramédicales et en relation avec la santé.

Entre les professions médicales⁴⁰, les professions paramédicales⁴¹, et les professions en relation avec la santé, il existe trois espaces professionnels distincts qui composent ce que nous définissons comme les professions de santé. Mis à part les médecins, chacune d'entre elles a une légitimité (licence et mandat) plus ou moins établie et une émergence plus ou moins récente dans le secteur de la santé. Toute profession ayant tendance, suite à l'acquisition d'une « licence », à obtenir un mandat qui lui garantit une autonomie dans la définition de la façon dont les tâches, appartenant à la « licence », doivent être exécutées (Hughes, 1958)⁴². Il existe dès lors, des enjeux à l'intérieur de l'espace des professions de santé, liés à la recherche d'une légitimité stable, protégée, se situant à l'égal de celle des médecins. Selon la tradition interactionniste (Hughes, 1996)⁴³, l'auto-organisation visant la défense de l'autonomie et la protection vis-à-vis de la concurrence, représente un des critères clé de construction d'un groupe professionnel. Mais c'est également à travers une démarche de reconnaissance d'une forme d'utilité sociale que les groupes professionnels de santé cherchent à se faire reconnaître par leurs partenaires. La valorisation de compétences particulières originales et spécifiquement adaptées au contexte de la santé constitue un deuxième élément clé de construction comme profession de santé.

2.1. L'auto-organisation comme protection du territoire professionnel.

L'auto-organisation peut se concevoir comme un moyen pour se préserver de la dépendance, de la domination et du contrôle dans la définition des tâches contrôlées par une profession. Rejoignant ainsi la définition du « mandat » d'E. Hughes, c'est-à-dire la définition par les

⁴⁰ Ce sont les seules professions pouvant exercer des actes médicaux à proprement parler et ayant le droit de prescription. Elles sont définies par le code de la santé publique : Médecin, titre III du livre Ier du code de la santé publique, Pharmacien, livre II du code de la santé publique, Chirurgien-dentiste (restrictions particulières), titre IV du livre Ier du code de la santé publique, Vétérinaire (restrictions particulières), Sage-femme (restrictions particulières), titre V du livre Ier du code de la santé publique.

⁴¹ Les auxiliaires médicaux sont définis par le livre III du code de la santé publique et regroupent les infirmiers (titre I), les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoprothésistes et pédicures-podologues (titre II), les ergothérapeutes et psychomotriciens (titre III), les orthophonistes et orthoptistes (titre IV), les manipulateurs d'électro-radiologie médicale (titre V), les audioprothésistes, opticien-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées (titre VI) et les diététiciens (titre VII). Il est possible de les répartir en trois catégories : professions de soins, professions de rééducation et de réadaptation, professions médicotéchniques.

⁴² Hughes E. C., (1958) Op.cit.

⁴³ Dubar C., Tripier P., (2005, 2^{ème} édition) Le point de vue interactionniste sur les professions, résumé des principes de Hughes, in Sociologie des professions, A. Colin, p. 90.

membres d'une profession de la façon spécifique d'exercer leurs tâches contrôlées. Dans cette démarche d'auto-organisation, afin d'harmoniser l'ensemble des pratiques professionnelles, mais aussi pour revendiquer leurs spécificités auprès de l'Etat, ainsi que des autres professions, les groupes professionnels fondent des organisations ayant un rôle de système unificateur des pratiques et d'espaces de revendications. C'est généralement une valorisation scientifique des connaissances qui est mise en avant par ces associations, afin de légitimer un travail en collaboration avec les médecins.

Par exemple, la Société de Psychologie créée en 1901, devenant la Société Française de Psychologie en 1941, regroupe l'ensemble des champs de la psychologie (clinique, développement, sociale, cognitive, différentielle, etc.). Elle se donne pour principale mission de « contribuer à la constitution du corps des connaissances de la psychologie » mais également, de « défendre un exercice de la psychologie étayé sur des connaissances scientifiques et garanti par un code de déontologie »⁴⁴. C'est en créant les possibilités de partage de valeurs communes constitutives d'une éthique du soin comme : le dévouement, la disponibilité, la générosité, l'attention portée à autrui, etc. que ces groupes professionnels cherchent à obtenir leur mandat.

Pour les diététiciens, l'Association des Diététiciens de Langue Française (ADLF) est fondée en 1954, renommée Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN) en 2008, se définit alors comme une organisation professionnelle référente de la profession : charte, guide de bonnes pratiques. Le premier article de ses statuts précise les buts de : « perfectionnement des connaissances nécessaires à l'exercice de la profession, et de défense de la profession. » L'AFDN est un « corporation qui représente les intérêts d'un corps professionnel qui partage le même métier ». Orientée sur la défense des intérêts d'une profession par la constitution d'un corps professionnel, et non pas sur la défense des individus (syndicat), cette association se donne pour principal objet de fédérer et de représenter les diététiciens dans tous les secteurs afin de défendre leur territoire et se protéger de la concurrence. Le terme de territoire professionnel est ici entendu en référence à A. Abbott (1988)⁴⁵, comme un ensemble de tâches qui reviennent à chaque profession dans la division du travail, soulignant une inégale protection de ces territoires, ainsi qu'une constante lutte dans la redéfinition de leurs frontières. Mais aussi selon la définition donnée par M. Robelet,

⁴⁴ Plaquette de présentation de la SFP : société savante fondée sur l'échange de savoir entre psychologues.

⁴⁵ Abbott A., (1988) *The System of Professions, an Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago and London, The University of Chicago Press.

M. Serre et M. Bourgueil (2005) « Les territoires professionnels sont entendus comme des ensembles de tâches et compétences exercées de façon plus ou moins exclusives par un groupe de professionnels. »

Pour les professionnels de l'activité physique adaptée et santé, alors que la formation en APA-S dans les universités des STAPS date de 1992, la première forme d'auto-organisation est relativement récente. L'Association des Educateurs Médico-Sportifs (ADEMS) fondée en 2005⁴⁶ autour des malades chroniques, et de l'éducation du patient dans les réseaux de santé, mélange les éducateurs sportifs et les professionnels de l'APA-S. Elle a pour but de définir et de faire reconnaître les compétences professionnelles spécifiques du métier d'éducateur médico-sportif (EMS) au niveau national auprès de l'autorité de tutelle, mais également auprès des médecins diabétologues, car cette profession émerge notamment dans les réseaux diabète (Perrin, 2008)⁴⁷. Cette association cherche à définir une nouvelle profession d'EMS en proposant plusieurs possibilités de formations permettant d'y accéder. Ainsi, les professionnels de l'APA-S se trouvent regroupés avec les éducateurs sportifs, et peuvent tous deux prétendre à un accès à cette profession. Devant cette limite, une auto-organisation spécifique des professionnels de l'APA-S, la Société Française des Professionnels en Activités Physiques Adaptées (SFP-APA) est fondée en 2008. Cette association de professionnels se donne pour finalité de « rassembler tous les professionnels évoluant dans ce secteur afin de devenir l'interlocuteur principal en matière d'activités physiques adaptées. » L'objectif est de défendre les intérêts de la profession et pour cela fédérer un maximum de professionnels. Alors que l'ADEMS ne compte qu'un nombre peu représentatif d'adhérents, la SFP-APA veut être : « une association représentative qui se base sur le nombre pour sortir des clivages, des concurrences. »⁴⁸

De plus, cette profession que l'on peut définir « en relation avec la santé » possède une société savante, l'AFAPA : l'Association Francophone en Activité Physique Adaptée, qui aide à la construction d'une légitimité de ces professionnels. Elle a été créée en 1997 dans le

⁴⁶ Association des Educateurs Médico-Sportifs.

⁴⁷ Perrin C., (2008) Note de Synthèse pour l'obtention de l'HDR, Contribution à l'étude de nouvelles dynamiques professionnelles autour de l'activité physique pour la santé, Université Claude Bernard Lyon 1, p. 73.

⁴⁸ Deux grands objectifs sont définis: donner une identité de fonction (défendre les intérêts de notre profession ; devenir une association représentative ; avoir un pouvoir de représentation) ; donner une unité de formation (œuvrer à l'amélioration des compétences pédagogiques de notre corporation ; participer à l'homogénéité des formations STAPS ; favoriser le diffusion d'expériences de terrain éprouvées et des conceptions pédagogiques et scientifiques en lien avec les APA » <http://www.sfp-apa.fr>.

but d' « élaborer, développer, partager et diffuser les connaissances relatives aux activités physiques adaptées, pour améliorer le droit d'accès des populations fragilisées à la santé, à la culture et à la qualité de vie ». Dans cet objectif, elle organise un ensemble de journées regroupant des experts afin de déterminer et débattre autour des logiques de territoires et des enjeux qui structurent et/ou déstructurent les pratiques et les recherches qui se développent dans le champ des APA⁴⁹.

En somme, ces organisations se définissent dans un double rôle d'auto-organisation de la profession, et de gestion des concurrences externes pouvant venir d'autres professions limitrophes. Ainsi, pour en revenir à l'exemple des diététiciens, la redéfinition de l'activité de diététicien par l'AFDN comme « une activité de thérapeute, d'éducateur, de conseiller, d'organisateur de restauration... » a sans doute contribué à la reconnaissance de cette profession comme « professionnels de santé » en janvier 2007.

2.2. La valorisation de compétences professionnelles qui concourent à la santé.

La mise en avant par les professions de santé des références scientifiques enseignées lors des formations initiales et sur lesquelles s'appuient leurs pratiques professionnelles demeure nécessaire mais insuffisante pour légitimer une identité de professionnels de santé. En effet, en correspondance avec l'étude sur la fabrication d'un médecin d'E. Hughes⁵⁰, il faut aussi et surtout être initié au rôle paramédical, qui est à la fois un apprentissage, une initiation, une conversion. C'est une imprégnation culturelle, condition de la construction d'une identité, qui est considérée comme décisive dans la socialisation professionnelle (Dubar, 1991)⁵¹. La reconnaissance comme profession se situe alors du côté de la valorisation des compétences professionnelles qui concourent à la santé. Par le terme de compétence, il est question non seulement de connaissances scientifiques et techniques, mais aussi d'une représentation de la maladie et de la santé et des mises en œuvre qui l'accompagne. Or cette valorisation est une reconstruction systématique opérée par chacun des professionnels dans leurs secteurs d'activité. Ainsi, l'ensemble des trajectoires biographiques des membres d'une même profession avec les mécanismes d'interaction que chacun construit avec l'environnement spécifique dans lequel il exerce, représente un facteur clé dans la démarche de légitimation

⁴⁹ <http://afapa.fr>.

⁵⁰ Hughes E.C., *The Making of a Physician, 1955-1958*, p. 116

⁵¹ Dubar C., (1991), *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Colin, « U », 3^{ème} éd. 2000

d'une profession (Dubar et Tripier, 2005)⁵². C'est alors notamment par une reconnaissance des compétences professionnelles spécifiquement adaptées à un contexte, c'est-à-dire la prise en charge d'une pathologie particulière, que peut se construire une professionnalité de santé. Sur le sens donné au terme de professionnalité et sur ses proximités lexicales, les auteurs varient beaucoup⁵³. Dès lors, dans notre étude, ce concept sera entendu en référence à l'analyse faite par François Aballéa. L'auteur reprend la distinction de Max Weber entre « morale de la conviction et la morale de la responsabilité » pour construire son concept de professionnalité :

« J'appelle professionnalité, et j'attribue cette professionnalité à un individu ou à un groupe, une expertise complexe et composite, encadrée par un système de références, valeurs et normes, de mise en œuvre, ou pour parler plus simplement, un savoir et une déontologie, sinon une science et une conscience. En ce sens, il n'y a pas de profession sans professionnalité. En revanche, il peut y avoir professionnalité sans profession, c'est à dire notamment sans système de légitimation et de contrôle de l'accès à la profession.» (Aballéa, 1992)⁵⁴.

La professionnalité basée sur une reconnaissance d'expertise professionnelle, demande un apprentissage permanent et collectif de savoirs nouveaux et mouvants et existe dans un contexte de reprofessionnalisation permanente. Liée à l'acquisition des connaissances et compétences durant la formation initiale, mais aussi aux interactions au sein du monde professionnel, la professionnalité prend davantage en compte l'histoire de l'individu (personnelle, sociale, technique et culturelle)... et contrairement à la qualification, elle fait explicitement appel à la motivation, au système de valeurs des individus, elle fait passer dans le domaine « professionnel » ce qui relevait d'un domaine considéré comme « privé ». » (Courtois et al. 1996)⁵⁵.

⁵² Dubar C., Tripier P., (2005, 2^{ème} édition) Le point de vue interactionniste sur les professions, résumé des principes de Hughes, in Sociologie des professions, A. Colin, p. 90.

⁵³ Le vocable « professionnalité » n'a pas d'existence officielle en français, malgré son apparente consonance familière. Il a été créé de toute pièce, il y a vingt ans, sur le modèle du mot italien professionalità, Autour du mot « Professionnalité », Pages 137-148 Recherche et formation N° 19 - 1995

⁵⁴ Aballéa F. (1992)., Sur la notion de professionnalité, Recherche sociale, 1 24, pp. 39-49.

⁵⁵ Courtois B., Mathey-Pierre C, Portelli, P., Wittorski R. (1996)., Transformations de la formation et recomposition identitaire en entreprise, in Barbier J. M., Berton F, Boru J.J. (Coord. par), Situations de travail et formation, Paris, L'Harmattan.

La professionnalité ainsi définie replace l'acteur dans la complexité de l'action. Elle constitue un élément de compréhension dans la construction de l'émergence d'une profession, mais également du passage d'une profession en tant que profession émergente dans les professions de santé à la position de profession établie, tel que la définit E. Hughes : « quand la prétention d'un groupe à disposer d'un mandat est reconnue comme légitime, explicitement ou implicitement, on peut considérer qu'une profession est établie »⁵⁶.

2.3. Passer de l'émergence à la reconnaissance en tant que professionnels de santé : un chemin long et incertain.

Si l'on considère l'émergence d'une profession dans la constitution de sa professionnalité, il s'avère que dans le cas plus particulier des « professions de santé », le passage de celle-ci à une reconnaissance comme profession de santé est souvent long et incertain.

L'exemple des ostéopathes est en ce sens révélateur. L'Ostéopathie est reconnue par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) au titre de participation au maintien de la santé (Répertoire mondial des écoles de santé 6ème édition). Elle est réglementée en Angleterre depuis 1993, en Belgique depuis 1999, et en Suisse depuis 2005. En France, l'Assemblée Nationale et le Sénat ont reconnu l'ostéopathie en votant la Loi du 4 mars 2002 relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Néanmoins il faut attendre les décrets du 25 mars 2007⁵⁷, pour que le ministère de la santé et des solidarités réglemente la profession. La loi Droits des malades adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale va se révéler être l'origine d'un amendement présenté par le député B. Charles, consacrant officiellement les titres d'ostéopathe et de chiropraticien. Cet amendement est l'aboutissement d'un travail incessant mené depuis 30 ans et ceci à plusieurs niveaux : conditions de formation rigoureuses, mise en place d'une éthique professionnelle via les associations de professionnels concernées, interventions des associations d'usagers de la santé, travaux juridiques multiples et de haut niveau, travaux économiques visant à démontrer l'efficacité et le moindre coût de l'ostéopathie⁵⁸.

⁵⁶ Hughes E.C., (1996) *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Ed. de l'EHESS, p.100.

⁵⁷ Décret et arrêtés n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatifs aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie
Décret et arrêtés n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatifs à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation.

⁵⁸ Roulier G., (1987) *L'ostéopathie, deux mains pour vous guérir*, Ed. Dangles.

Avec les diététiciens se trouve un autre exemple de ce difficile parcours de reconnaissance comme profession de santé. Entre la création de la première école de diététique en 1949 à Marseille, et la reconnaissance comme profession de santé par une loi en janvier 2007⁵⁹, il a fallu plus de quarante ans pour que cette professionnalité obtienne suite au travail de l'ADLF, une réglementation de la profession et une reconnaissance en tant que professionnel de santé.

Les professionnels de l'Activité Physique Adaptée et santé (APA-S) représentent également une professionnalité émergente dans l'espace des professions de santé. Le concept d'APA fédère depuis 1989 les filières de formation en Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS). Ces formations ont pour finalité notamment de rendre les étudiants capables d'exercer des responsabilités de conception et d'encadrement d'activités physiques adaptées aux besoins spécifiques et aux ressources de personnes malades et/ou en situation de handicap. Puis, la santé est devenue une branche à part entière du cursus intitulé APA et Santé. Avec celle-ci les thématiques de la santé, du handicap et de l'exclusion sociale font partie intégrante des contenus d'enseignement de ces filières universitaires. Et avec elle se pose la question des professionnalités émergentes dans le secteur élargi de la santé.

⁵⁹ Loi N°2007-127 du 30 janvier 2007 qui modifie le code de la Santé publique et fixe : la définition de la profession de diététicien, l'exercice de la profession (diplôme d'Etat), les dispositions pénales et l'éthique et la déontologie (charte, guide de bonnes pratiques).

Chapitre 2 : Les Activités Physiques Adaptées et santé (APA-S) comme professionnalité émergente dans les professions de santé.

1. Le concept d'Activité Physique Adaptée.

1.1. De sa création à son importation en France.

Le concept d'Activité Physique Adaptée (APA) défini au Québec en 1977, par des professionnels et des universitaires motivés par les liaisons théorie-pratique est introduit en Europe en 1979 lors d'un congrès se tenant à Bruxelles. Sa définition initiale est orientée à partir de la promotion d'un style de vie actif notamment chez les personnes âgées, pour lesquelles un bénéfice direct fut constaté, à moyen terme, sur la baisse des coûts de santé⁶⁰. Cette première définition est rappelée par J.C. De Potter en 2004 à l'Université de Cagliari :

« Tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires »

L'APA sera officiellement introduite puis reconnue en France à la Direction de l'Enseignement Supérieur, comme une filière de la discipline des STAPS, durant l'année 1992. En quinze années, cette filière a gagné en importance pour représenter aujourd'hui 31 licences APA-S en France. Progressivement, une évolution de concept de départ se construit autour des aspects de « santé, de bien-être et de qualité de vie », afin d'élargir le public visé à l'ensemble des populations ayant des besoins spécifiques. Des débouchés professionnels se sont progressivement élaborés dans le secteur de la santé, le concept de santé venant officiellement compléter celui d'APA en 2005⁶¹, la filière APA devenant : « Activités Physiques Adaptées et Santé » (APA-S).

La redéfinition ou l'élargissement du concept des APA, vient à la suite d'une première étape de légitimation d'un diplôme d'Etat pour l'encadrement du sport et de l'activité physique.

⁶⁰ Livre blanc de Malte (2007), programme de développement quadriennal : 2008-2011, p. 9

⁶¹ A Nanterre, en janvier 2005, après la quatrième journée thématique : « L'Activité physique liée à la santé »

Avec la loi Lamour du 1^{er} Août 2003⁶² qui reprend l'arrêté de 1995, il est institué que seuls peuvent exercer contre rémunération les titulaires d'un diplôme délivré par l'Etat. Il y a ainsi un élargissement des possibilités d'encadrement des activités physique et sportives, qui étaient jusque là réservées aux titulaires d'un brevet d'état. Il s'agit donc, par cette loi, d'une ouverture au monde des STAPS, et donc d'une entrée en concurrence des établissements de formation du Ministère la Jeunesse et des sports avec les UFR-STAPS. Le rapport Camy en 2002⁶³ souligne amplement les difficultés de déboucher sur un cadre unique, étant donné les tensions entre ces deux architectures publiques. Ce qui amène selon Jean-Louis Gouju un questionnement central pour les étudiants STAPS, plus seulement en termes de débouchés professionnels, mais de savoir comment leurs formation peuvent répondre de façon optimale à des besoins sociaux et professionnels ciblés⁶⁴. Pour cela, la nécessité d'une représentativité auprès des ministères de tutelle, déjà ressentie au début des années 70, ayant aboutie à la création de la Conférence des Directeurs d'UER EPS, à l'initiative d'Hubert Noel (Directeur de Nancy), se trouve réactualisée avec les problèmes de débouchés professionnels. Dès lors, après l'ouverture à l'Europe envisagée sous l'impulsion d'Alain Hébrard puis de Jean Camy, la Conférence des Directeurs d'UFR STAPS décide d'initier la création d'un " réseau européen ". Les Directeurs des Unités, Divisions et Départements STAPS donnent à la Conférence les statuts d'une Association régie par la loi du 1er Juillet 1901⁶⁵. Actuellement nommée la C3D, la conférence des directeurs des UFR, Départements et Division STAPS possède des statuts précisés⁶⁶, et se donne notamment pour objectif de résoudre la question de la professionnalisation. Dans ce but, un programme de développement quadriennal (2008-2011), appelé « livre blanc de Malte » est rédigé en 2007. Il signe l'ensemble des préoccupations relatives aux débouchés professionnels de chaque filière.

⁶² Loi n° 2003-708 du 1er août 2003 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives.

⁶³ Camy. J., (25 mars 2002) Rapport sur la mission « professionnalisation des études en S.T.A.P.S. »

⁶⁴ Gouju J.L., (2010) La professionnalisation en STAPS : quelques repères historiques et enjeux, in Lima L., Mossé P., (dir.) Le sport comme métier ? Les STAPS des études à l'emploi, Octares, p.1-5.

⁶⁵ Le Président en exercice étant Jean CAMY, ces statuts sont déposés à la Préfecture du Rhône le 21 mars 1989 et la création de la nouvelle Association Nationale est publiée au Journal Officiel du 26 avril 1989.

⁶⁶ 1. Coordonner les actions concertées que souhaitent mener en commun les structures STAPS des universités françaises et servir d'interlocuteur auprès des instances ministérielles et des grands organismes concernés par les APS.

2. Représenter les Formations universitaires françaises au sein du REISS et favoriser les échanges internationaux en STAPS.

3. Représenter les STAPS au sein du CNSU.

4. Apporter un soutien aux structures STAPS nouvellement créées.

5. Organiser des manifestations et diffuser tout document permettant une meilleure observation de l'activité de la filière STAPS et favorisant un suivi du développement de la Formation et de la Recherche dans le domaine des STAPS.

Concernant la filière Activité Physique Adaptée et Santé (APA-S), désormais, 700 à 800 diplômés d'une licence STAPS APA-S, sortent chaque année des universités et peuvent prétendre à des postes de professeur en activité physique et santé. Ils sont en concurrence avec les diplômés de brevet d'état ayant des certificats de spécialisation délivrés par le ministère chargé des sports. En effet, la proximité des définitions des différents diplômes peut porter à confusion. Certains mots-clés sont redondants lorsque l'on consulte le descriptif officiel du Code du Sport⁶⁷. L'encadrement des activités physiques et sportives est défini par Le Code du sport⁶⁸, il officialise les responsabilités des différents diplômes d'encadrement qu'ils soient délivrés par le ministère chargé des sports, ou par le ministère chargé de l'enseignement supérieur. Ainsi, dans le milieu plus spécifique de la santé, des qualifications existent comme la licence « activité physique adaptée et santé », filière « sciences et techniques des activités physiques et sportives ». Encadrement des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique. Conjointement, des brevets d'état d'éducateurs sportifs présentent des similitudes d'appellation, ou de finalités autour des expressions « pour tous » qui peuvent sous-entendre une définition synonyme à celle de « différents publics »⁶⁹.

Dans le registre social et éducatif les diplômes attribués par la filière STAPS sont aussi placés en concurrence avec ceux de la jeunesse et des sports, proposant des diplômes d'état avec des

⁶⁷ Code du sport Annexes partie réglementaire - Arrêtés. Titres et diplômes - Article Annexe II-1 (art. A212-1). Modifié par Arrêté du 17 juillet 2008 - art. 1

⁶⁸ Le code du sport français appartient à l'ensemble des codes spécialisés constitutifs du droit civil. Par l'ordonnance, article 84 de la loi n°2004-1343 du 9 décembre 2004, le code du sport remplace plusieurs lois françaises, en particulier la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 relative au développement des activités physiques et sportives. Il procède par ailleurs à la recodification de certaines dispositions précédemment contenues dans le code de l'éducation (sur le sport scolaire et universitaire) et dans le code de la santé publique (sur le dopage)

Le code du sport ainsi créé (par la méthode de la codification à droit constant), comprend quatre livres : Organisation des activités physiques et sportives, acteurs du sport (sportifs, arbitres, entraîneurs, encadrement des clubs et enseignants hors éducation nationale), les différents modes de pratique sportive, la sécurité et l'hygiène des lieux de pratique, ainsi que l'organisation et l'exploitation des manifestations sportives, le financement du sport et l'application du code aux collectivités territoriales d'outre-mer. La partie législative a été publiée en annexe à l'ordonnance n° 2006-596 du 23 mai 2006 relative à la partie législative du code du sport. La partie réglementaire a été publiée en annexe aux décrets n° 2007-1132 et 2007-1133 du 24 juillet 2007.

⁶⁹ BEES, option « animation des activités physiques pour tous ». Encadrement des activités physiques ou sportives dans une perspective de découverte des activités encadrées, de développement et de maintien des capacités physiques individuelles dans tout établissement. A l'exclusion de toute activité d'entraînement ou d'approfondissement d'une discipline sportive.

Ou encore l'emploi récurrent du mot clé : « adapté » qui suppose des compétences communes de ces professionnels autour de la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques :

BEES, option « activités physiques et sportives adaptées ». Enseignement des activités physiques ou sportives adaptées auprès des personnes déficientes intellectuelles ou des personnes atteintes de troubles psychiques. »

certificats de qualification associés. C'est le cas du brevet d'aptitude professionnelle d'assistant-animateur technicien de la jeunesse et des sports⁷⁰, du brevet professionnel de la jeunesse de l'éducation populaire et du sport⁷¹, ou encore du diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport⁷².

Ainsi, la forte proximité des appellations des différents diplômes laisse planer un flou quant aux compétences et aux connaissances maîtrisées par ces différents types de professionnels. Après « la concurrence historique voire l'hostilité entre les architectures de formation universitaire et sportives » relevées dans le livre blanc des STAPS⁷³ pour le domaine de l'entraînement sportif et de l'optimisation de la performance, l'APA et Santé semble se trouver dans une situation similaire autour de l'enjeu de l'accès à l'emploi. Plus spécifiquement, dans les différents contextes d'emploi potentiel, les professionnels de l'APA-S représentent un groupe instable qui tente de construire son territoire dans des domaines d'activités tout en repoussant les limites de celui des groupes rivaux qui ont des ambitions concurrentes. Ce qui laisse supposer qu'une démarcation des territoires respectifs s'effectuera sur le lieu même des embauches possibles. Les professionnels ayant à développer des démarches de valorisation de compétences particulièrement adaptées aux besoins identifiés au sein des organisations ou dispositifs cibles. De plus, étant donné que de manière empirique, les interventions en matière d'activité physique dans le secteur de la santé, sont effectuées par des professionnels de santé comme les kinésithérapeutes, ainsi ces professionnels émergents vont être amenés à définir un nouveau territoire de l'activité physique. En toute connaissance de ces difficultés, les directeurs des unités de formation et de recherche, départements et divisions STAPS se regroupent en une organisation dite C3D, et rédigent en 2007 un document destiné à faire des propositions en termes de construction, d'orientation et de suivi d'insertion professionnelle à l'issue des formations STAPS. Parmi celles-ci, se trouve le projet de construction de liens entre les UFR-STAPS et les universités scientifiques et

⁷⁰ Code du sport, op.cit. Sous-section 2 : Diplômes, titres à finalité professionnelle ou certificats de qualification. Le brevet d'aptitude professionnelle d'assistant-animateur technicien de la jeunesse et des sports est un diplôme d'Etat qui atteste d'une qualification professionnelle pour l'encadrement, l'animation et l'accompagnement des activités physiques et sportives et des activités socioculturelles.

⁷¹ Le brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport est un diplôme d'Etat enregistré dans le répertoire national des certifications professionnelles. Il atteste l'acquisition d'une qualification dans l'exercice d'une activité professionnelle en responsabilité à finalité éducative ou sociale, dans les domaines d'activités physiques, sportives, socio-éducatives ou culturelles.

⁷² Le diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport est un diplôme d'Etat inscrit au niveau III du répertoire national des certifications professionnelles en application de l'article L. 335-6 du code de l'éducation

⁷³ Livre blanc de Malte (2007) Op.cit p. 13

médicales qui existent au travers des CHU. Cela caractérise l'idée d'une alliance particulière entre le monde médical et le monde universitaire des activités physiques, au détriment de celui de la jeunesse et des sports. Au-delà de la notion de partenariat, cette construction d'alliance peut se définir comme une tentative de délimitation du territoire des STAPS en cherchant à intégrer l'UFR-STAPS comme référence en matière d'enseignement des activités physiques pour les étudiants suivant des formations médicales et paramédicales⁷⁴. Pour autant, la légitimité de cette organisation est à relativiser, le livre blanc des STAPS ayant une valeur limitée à un programme prévisionnel des actions envisagées par ces structures universitaires durant les années 2008-2011.

Par contre, le rapport déposé en avril 2008 par A. Flajolet⁷⁵, député du Pas-de-Calais, à R. Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, fait état des enjeux relatifs à « l'émergence des nouveaux métiers nécessaires pour systématiser la « prévention globale » afin d'obtenir un effet massif sur la santé et confier un rôle clair et identifié à chacun générateur de motivation ». Dans ce cadre, il propose pour la prise en charge en activité physique, la création du métier d'éducateur santé, en précisant que celui-ci serait un débouché pour la filière STAPS. Une reconnaissance de la formation STAPS dans le domaine de la santé est envisagée de manière institutionnelle, mais elle laisse néanmoins planer une imprécision quant à la filière STAPS adaptée pour ce débouché, ainsi que dans la qualification d'éducateur, celle-ci faisant davantage référence aux formations délivrées par le ministère de la jeunesse et des sports.

1.2. Niveaux de qualification et débouchés professionnels.

Le lien entre la qualification obtenue à l'issue d'une formation universitaire STAPS, et l'insertion professionnelle est ici questionné. Il s'avère que les emplois obtenus présentent des conditions de stabilité différentes, plus particulièrement pour les secteurs de l'emploi relatifs aux métiers de l'encadrement comme celui d'éducateur sportif auquel on accède avec la

⁷⁴ Livre blanc des STAPS (2007) Op.cit. « La formation en APA-S requiert aujourd'hui l'adossement à la recherche pour développer les mises en œuvre pratiques du plus haut niveau de connaissances : c'est par le résultat de l'expérimentation, validés de publications, que doivent se construire les programmes d'intervention en APA-S. Enfin, il convient d'offrir des contenus de formation spécifique en APA-S aux étudiants suivant les formations médicales et paramédicales. » p.10.

⁷⁵ Rapport présenté par Monsieur André Flajolet, Député du Pas-de-Calais, Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, avril 2008.

licence STAPS (Leroux, Haschar-Noé, Le Roux, Gojard, 2010)⁷⁶. Mais qu'en est-il pour les emplois envisageables à la suite d'une formation en APA-S ?

1.2.1. Le professeur en APA-S.

Inscrite en 2006 au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP), la licence STAPS- Parcours ou spécialité : APA et Santé, permet l'obtention du statut de professeur d'APA ou encore d'enseignant d'APA. Mais dans tous les cas il est question d'une professionnalité émergente dans différents secteurs potentiels, étant donné qu'il existe peu de postes définis, réservés aux étudiants titulaires d'une licence STAPS, APA-S. C'est uniquement en référence à des employeurs potentiels, voire à des secteurs professionnels potentiels que ces étudiants doivent construire leurs débouchés professionnels. En effet, si dans le secteur champ médico-social des conventions collectives⁷⁷ définissent le statut de professeur en activité physique adaptée pour les titulaires d'une licence STAPS, avec un niveau de rémunération. Dans le cas des Réppop cette professionnalité est totalement émergente. Plus encore, c'est le territoire activité physique qui est lui-même émergent.

D'une manière générale les secteurs visés par ces professionnels comme possibilités de débouchés professionnels sont : le sanitaire (hôpital, centre de rééducation fonctionnelle, etc.), le médico-social (maison de retraite, maison d'accueil spécialisée, MECS, etc.), le médico-éducatif (IME, ITEP, etc.), l'associatif (fédération française de sport adapté, fédération handisport, etc.) et enfin le libéral. Ils constituent autant de territoires professionnels différents dans lesquels la professionnalité en APA devra être redéfinie. Les trois premiers cas représentent la majorité des choix opérés dans un premier temps par les étudiants. Mais depuis quelques années, les possibilités de partenariats avec notamment des réseaux de santé amènent de nouvelles possibilités quant à la création de réseaux « sport-santé »⁷⁸. Elles permettent une variété élargie des publics visés, et non pas la réduction à un seul type de

⁷⁶ Leroux N., Haschar-Noé N., Le Roux N., Gojard L., (2010), Rapport au travail et rapport à l'emploi des sortants de la filière STAPS, in Lima L., Mossé P., (Dir.) Le sport comme métier ? Les STAPS des études à l'emploi, Octares, Toulouse, p.83-100.

⁷⁷ Le statut du diplômé master APA dépend de la convention collective (texte issu de négociation entre les syndicats et les patrons) et du secteur. Il ou elle s'intitule : « chef de service », « coordinateur en APA », « professeur en APA » ou « chef de projet ». Dans le secteur public, au sein de la fonction publique hospitalière (FPH), il existe un statut définit d'éducateur sportif (fiche métier) : « initier, éduquer, entraîner à une discipline sportive des publics variés et rééduquer par la pratique sportive des personnes en difficultés. » Par contre dans le secteur privé, plusieurs statuts coexistent selon les conventions collectives.

⁷⁸ « Des intervenants en APA-S existent de manière éparpillée dans les structures d'emploi des secteurs hospitaliers, médicaux et médico-sociaux... L'objectif sera de constituer des réseaux de professionnels en APA-S adossés à la recherche en STAPS pour mettre en évidence les bénéfices de la mise en œuvre des APA sur les maladies, déficiences et/ou handicaps. » Livre Blanc de Malte, 2007 p10-11.

pathologie. Mais c'est aussi un moyen de protection et de pérennisation du statut professionnel émergent d'enseignant en APA, non assimilable à un professionnel de santé, un éducateur sportif ou encore un kinésithérapeute.

Le cadre du champ sanitaire et médico-social fonctionne désormais selon le principe des référentiels. Les référentiels métiers contiennent la mission, les activités spécifiques, la qualification requise et les passerelles d'évolution des métiers. Ainsi, pour les diplômés d'une licence APA-S, des métiers de la filière « éducation et insertion », le professeur d'APA-S s'apparentant à la filière pédagogie. Des métiers comme le métier d'éducateur sportif d'animation et d'encadrement, ou encore moniteur adjoint d'activités, leur sont accessibles.

En somme, étant donnée l'existence d'employés potentiels ou de secteurs de recrutement potentiels pour les diplômés d'une licence APA et Santé, ainsi que d'une fiche RNCP relative à ce diplôme⁷⁹ qui définit les métiers à envisager, nous pouvons situer cette profession comme totalement émergente. Non établie par le fait qu'elle ne possède pas de débouchés privilégiés ou réservés, elle est émergente par le fait des signes de reconnaissance dont elle bénéficie déjà dans différents secteurs d'activités. Une différenciation peut alors s'établir en rapport avec les métiers auxquels peuvent prétendre les étudiants diplômés d'un master APA et Santé.

C'est en se basant et en valorisant leur formation universitaire que ces professionnels émergents tentent de s'imposer dans des secteurs différenciés. Ce n'est pas un, mais plusieurs territoires professionnels qu'ils cherchent à conquérir.

1.2.2. La problématique du niveau master en APA et Santé.

La professionnalité est quant à elle totalement émergente au niveau master APA et Santé. Depuis la création du niveau master dans les UFR-STAPS en 2003, il n'y a pas eu de réalisation officielle et de validation de fiche RNCP. Une fiche provisoire a néanmoins été élaborée par l'organisation de la C3D⁸⁰, qui considère « l'insertion professionnelle au cœur

⁷⁹ « Licence STAPS, parcours ou spécialité : activité physique adaptée, activité physique et santé. Le professionnel a pour vocation de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de Prévention, de Réadaptation ou/et d'intégration par l'activité physique. Ce professionnel peut prétendre aux métiers suivants : coordonnateur de programmes d'intégration par l'APA, la prévention et l'éducation à la santé, la réadaptation et le réentraînement ; professeur en APA ; entraîneur en activités physiques et sportives adaptées ; spécialiste de la prévention par l'activité physique, cadre formateur en APA, en AP et santé ; éducateurs spécialisés en APA, en AP et santé. » Fiche RNCP, novembre 2006.

⁸⁰ « Le titulaire conçoit, planifie, supervise et évalue des programmes de santé par l'activité physique adaptée. Il occupe une fonction de cadre dans une structure de prévention, de réhabilitation, de réadaptation, de réinsertion,

des problématiques de développement universitaire et de légitimation socio-économique de la discipline STAPS». Là encore il est question de la revendication d'un territoire professionnel spécifique ayant une utilité sociale et ainsi chercher à garantir une légitimité des diplômes délivrés au sein de leurs universités. Pour cela, les directeurs des UFR STAPS proposent un travail en collaboration avec « les universités scientifiques et médicales qui existent au travers d'un CHU afin d'implanter ces personnes nouvellement formées». En attendant cette officialisation du niveau master comme étant celui d'un statut professionnel d'encadrement d'équipe ou de dispositifs, il est néanmoins possible que ces diplômés accèdent aux métiers de la filière « management d'établissement ». Deux exemples de métier peuvent permettre à des APA-S licenciés ou masterisés en APA-S d'être embauchés : conseiller technique éducatif ou chef de services.

Néanmoins, devant l'absence d'une fiche RNCP, il revient aux diplômés de cette filière de définir eux-mêmes leurs tâches contrôlées sur leur lieu d'exercice. Chaque professionnel a alors la possibilité de définir lui-même les caractéristiques de sa professionnalité, ce qui peut générer un phénomène de segmentation sur un même niveau de qualification universitaire.

La différenciation des compétences professionnelles s'observe tout d'abord dans le titre de « concepteur ou développeur »⁸¹, et non plus d' « intervenant ou d'agent » en ce qui concerne la formation licence. Avec ce titre, des compétences professionnelles spécifiques sont enseignées autour notamment de:

« La conception, la gestion, l'évaluation et la promotion de projets ; La gestion et la coordination du personnel d'encadrement ; L'établissement de réseaux de relations avec les organismes spécialisés. » (UFR STAPS de Nice).

Au niveau master (niveau I et II)⁸², la concurrence avec les formations de la jeunesse et des sports concerne essentiellement le brevet d'Etat d'éducateur sportif du 2nd degré (BEES 2nd

de rééducation ou d'audit-conseil. Les titulaires du master sont formés pour occuper les métiers cadres suivants : chef de service ; coordinateur en APA, chef de projet ; responsable de réseau de santé, évaluateur expert, actiphysicien en secteur hospitalier, réseau de santé et en maison médicales. » Fiche RNCP provisoire, Niveau 1 (nomenclature de 1969), C3D (2007)

⁸¹ Livre blanc des STAPS, p.10.

⁸² Niveau I : Personnel occupant des emplois exigeant normalement une formation de niveau supérieur à celui de la maîtrise. En plus d'une connaissance affirmée des fondements scientifiques d'une activité professionnelle, une qualification de niveau I nécessite la maîtrise de processus de conception ou de recherche.

Niveau II : Personnel occupant des emplois exigeant normalement une formation d'un niveau comparable à celui de la licence ou de la maîtrise. A ce niveau, l'exercice d'une activité professionnelle salariée ou indépendante implique la maîtrise des fondements scientifiques de la profession, conduisant généralement à l'autonomie dans

degré), et le diplôme d'Etat supérieur jeunesse, éducation populaire, sport (DESJEPS) créé en 2008. Par contre toutes les universités proposant des formations d'un niveau de concepteur, c'est-à-dire cinq années après le BAC, en management ou en gestion viennent alors concurrencer les diplômes de master APA et Santé.

De plus, lorsque l'on considère les employés potentiels des diplômés de la filière APA et Santé, on peut avancer l'hypothèse que les représentations des professionnels de santé à l'égard de la filière STAPS, sont plus souvent associées à celles de professionnels de l'encadrement sportif plutôt que de professionnels de la conception et de la gestion de projets sportifs. C'est d'ailleurs l'une des raisons de la recherche d'aboutissement du processus de création d'une fiche RNCP, entamé en 1993. L'objectif est de détacher l'image du diplôme STAPS d'un équivalent de diplôme délivré par le Ministère des sports. Pour cela le contenu des fiches RNCP permet une lisibilité des diplômes quant aux connaissances, aux compétences et aux capacités professionnelles qu'elles définissent. Sans oublier les secteurs d'activités ou types d'emplois officiellement accessibles par les détenteurs de celui-ci, avec les appellations de métier correspondantes.

En somme, la professionnalité du master STAPS APA-S serait donc dans une situation doublement émergente dans le secteur de la santé, à la fois par la non existence de postes réservés à la filière APA-S, mais aussi par la méconnaissance de la qualification à un niveau cadre de cette filière universitaire par les professionnels de santé.

2. Les zones de recouvrement de la filière APA-S avec les autres filières STAPS.

L'idée de correspondance entre la segmentation en différentes filières STAPS et les différentes professions auxquelles elles se prédestinent, amène un questionnement. Les

l'exercice de cette activité. (Nomenclature des niveaux de formation (1969) approuvée par décision du groupe permanent de la formation professionnelle et de la promotion sociale, le 21 mars 1969)

filières STAPS de second cycle se prédestinent-elles à des professions, ou encore ont-elles été imaginées pour correspondre à des domaines d'activité ? Actuellement, au nombre de cinq : éducation-motricité, APA-S, entraînement sportif, management du sport, ergonomie et performance et recherche, il semble que suite à une redéfinition générale du cursus universitaire en licence, master et doctorat, la problématique de l'insertion professionnelle des étudiants STAPS soit repositionnée et « oblige à concevoir des métiers là où la question ne se posait même pas. » (Livre blanc des STAPS, p.5). Dans ce contexte de différenciation en faveur de l'idée d'émergence, les APA-S se trouvent situés au croisement des filières.

2.1. Différenciation Education-motricité et APA-S ?

Face à la restriction continuelle des postes d'enseignants d'EPS, la filière éducation et motricité se trouve devant la nécessité d'être repensée. A ce propos dans le positionnement adopté par la C3D, il est notamment prévu d' « ouvrir de nouveaux débouchés dans le domaine en plein essor de l'éducation par le sport, qu'il s'agisse de santé, de lien social ou d'intelligence motrice. » (Livre blanc de la C3D, p.17). Ainsi autour du vocable : « éducation », il y a, semble-t-il, une spécificité de cette filière. Or, il apparaît d'emblée une superposition possible des compétences professionnelles enseignées dans cette filière notamment autour de l'éducation à la santé, avec celles enseignées en APA et Santé. D'autant plus que parmi les secteurs professionnels envisagés, la santé, ou encore le lien social sont également à portée de la filière éducation-motricité.

Il existe ainsi un flou dû à la non exclusivité des compétences enseignées entre ces deux filières dans le domaine de l'éducation. De ce fait, la filière APA-S va minorer la dimension éducative de sa formation, pour privilégier les axes de « santé, de bien-être et de qualité de vie ». Mais un des effets pervers de cette minoration concerne la place accordée à la didactique, celle-ci faisant davantage partie des contenus de la filière éducation-motricité. Or, la construction de prises en charge basée sur un travail didactique⁸³ d'adaptations des activités physiques aux besoins spécifiques des patients constitue un élément important de la singularité du territoire professionnel des APA-S.

⁸³ Meirieu P., (1995) Les didactiques des disciplines sont des réflexions et propositions sur les méthodologies à mettre en œuvre pour permettre l'appropriation de contenus spécifiques. Quoique très légitimement élaborées à la lumière de la réflexion épistémologique afférente à chaque discipline et à des apports de psychologie cognitive, les didactiques spécifiques comportent toujours, plus ou moins explicitement, des choix de valeurs, des représentations de la culture, du sujet apprenant, de l'éducateur et de son rôle. » In Apprendre... oui, mais comment ?, ESF, Paris, p.184.

En revanche, il y a une tendance à la mise en avant des contenus et des compétences relatifs à la gestion de projet. Une zone de recouvrement s'opère avec les filières STAPS de l'entraînement et du management du sport.

2.2. Différenciation Entraînement, management du sport et APA-S.

Le descriptif détaillé de la fiche RNCP de la licence STAPS en APA et Santé témoigne d'un rapprochement avec les contenus d'enseignement relatifs au management et à la gestion de projet. Dans la liste des activités visées par le diplôme destiné à l'encadrement ou l'intervention en activité physique adaptée, il est surprenant de noter l'utilisation d'un vocabulaire davantage représentatif de compétences en management et en gestion de projet : « Participer à la conception de projet ; concevoir et organiser des programmes, conduire et évaluer des programmes ; participer au pilotage du projet. » Cela laisse supposer l'existence de compétences interchangeables d'une filière de formation à une autre.

La superposition ou tout du moins le flou des définitions de compétences propres à chacune des filières universitaires STAPS, peut se percevoir comme un élément qui contribue à la difficile reconnaissance de licences exclusives dans l'émergence de ces nouveaux territoires professionnels. D'autres professionnels formés en management du sport pouvant alors prétendre occuper ces territoires au même titre que les professionnels formés en APA-S dans les universités des STAPS. La construction de légitimité et de reconnaissance professionnelle sera alors du ressort de chaque diplômé selon le contexte professionnel qu'il souhaite intégrer. La première compétence de ces professionnels émergents sera de faire valoir à ces employeurs potentiels la spécificité de sa formation au carrefour du domaine éducatif, et de celui de la gestion. La question de la définition et de l'appellation de ces professionnels formés en STAPS APA-S se pose de manière significative. Comment stipuler dans un titre professionnel original, c'est-à-dire unique, non assimilable à des titres existants, cet ensemble articulé de compétences faisant référence à plusieurs domaines ?

2.3. Les métiers de l'APA-S : polysémiques et en manque d'auto-organisation.

La définition ambivalente des compétences possédées par les professionnels de l'APA et Santé se retrouve lorsqu'il s'agit de déterminer précisément leur statut. On trouve de multiples dénominations selon les secteurs et les conventions collectives des établissements qui qualifient un professionnel ayant validé une formation en APA-S : professeur d'APA,

enseignant d'APA, éducateur médico-sportif, éducateur sportif en APA, professeur d'EPS Adaptée, animateur en APA, Enseignant en Activité Physique et Sportive, Professeur d'Education Physique et Sportive, Educateur physique et sportif, éducateur physique adapté. A noter que la spécialité d'APA-S n'est pas toujours mentionnée dans le titre alors qu'elle l'est dans le descriptif du profil de poste. Généralement les appellations oscillent entre le titre d'enseignant qui rejoint la filière éducation et motricité, et le titre d'éducateur faisant davantage référence aux diplômes délivrés par le ministère des sports.

Dès lors, les problématiques liées à l'insertion professionnelle des étudiants en STAPS, comme enjeu politique de légitimation socio-économique, amène une segmentation complexe des formations. Cette dernière laisse entrevoir de manière conjointe, une difficile définition des territoires professionnels correspondants, ceci plus spécifiquement pour la filière APA et santé. La diversité des territoires professionnels qu'ils tentent de conquérir se mêlant avec une définition ambivalente de leurs compétences. Ainsi, la démarche de revendication des tâches qu'ils souhaitent contrôler dans la division du travail (A. Abbott, 1988)⁸⁴ s'avèrera déterminante dans la construction de leur professionnalité. Par exemple, le modèle des réseaux de santé fait appel à une définition substantielle des groupes professionnels d'une identité stable et fermée. Dans ce modèle les APA-S constituent un groupement instable qui tend à établir son pouvoir dans ce domaine d'activités.

De plus, les tentatives d'auto-organisation, sont relativement récentes. L'Association des Educateurs Médico-Sportifs (ADEMS) fondée en 2005⁸⁵, puis la SFP-APA fondée en 2008⁸⁶. Or, si ces sociétés se donnent pour finalité la « reconnaissance et le développement de la profession au niveau national », leur création très récente, ainsi que leur peu d'adhérents ne lui donnent pas les mêmes forces de revendications que celle des professions de santé dites « établies », qui peuvent se protéger et faire valoir leurs revendications en s'appuyant sur des organisations fortes. Par contre, on peut se questionner sur les répercussions possibles dans les Réppop, des dynamiques autour de la légitimation des APAS-S ayant lieu dans les ANCRE⁸⁷. Sans savoir pour autant, si cette dynamique va aboutir, la mise en place d'un « projet national APA, avec un programme d'Education à l'Activité Physique Adaptée des

⁸⁴ Abbott A., (1988) Op.cit.

⁸⁵ Association des Educateurs Médico-Sportifs.

⁸⁶ Société Française des Professionnels en Activités Physiques Adaptées.

⁸⁷ Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète, agréée en mai 2006, par la Haute Autorité de Santé comme organisme d'Evaluation des Pratiques Professionnelles. Plus généralement, cette association développe des programmes de formation, de recherche et d'évaluation des pratiques professionnelles.

patients sédentaires porteurs de maladie chronique » (lancement du projet le 23/10/2009), pourrait avoir des répercussions sur la position des professionnels de l'APA-S dans les Réppop. En effet, la définition des populations cibles de ce programme englobe les patients sédentaires atteints d'une maladie chronique, dont le surpoids et l'obésité.

Chapitre 3 : Une organisation en réseaux de santé : des dynamiques professionnelles spécifiques (l'exemple des Réppop).

1. Les réseaux de santé : des dispositifs professionnels innovants.

1.1. Historique de la constitution des réseaux de santé.

A l'origine, cette « nouvelle forme d'organisation et de coordination entre professionnels voit le jour sous l'effet conjugué de l'épidémie du VIH, des difficultés de prise en charge des personnes âgées et des problèmes rencontrés pour le traitement et l'accompagnement des malades atteints de pathologies lourdes (cancer) ou chronique (diabète) » (Cabé, 2005)⁸⁸. L'objectif principal ne se situe plus dans la guérison, mais plutôt dans une recherche d'amélioration de la qualité de vie des patients. C'est alors un accompagnement de patients adultes en fin de vie, pour lequel il y a un suivi en collaboration avec des professionnels de « ville », afin de leur proposer une prise en charge à la fois pluridisciplinaire et de proximité.

Historiquement, l'expression « réseau de soins » fait officiellement son apparition lors de la circulaire DGS/DH du 04 juin 1991, pour la prise en charge des patients atteints du Sida. A cette « pathologie nouvelle, s'associe un patient nouveau, mais également un professionnel nouveau » (Poutout, 2005)⁸⁹. C'est le patient qui est au centre des préoccupations et qu'il faut accompagner durant la prise en charge de sa maladie, au plus proche de son lieu d'habitation pour éviter un isolement social. Avec cette organisation en « réseau ville-hôpital », il y a une coordination des interventions des différents professionnels de santé qu'ils soient situés en hôpital ou en ville. Ce n'est plus un seul professionnel de santé qui gère une maladie, mais plusieurs professionnels qui coordonnent leurs actions de soins pour assurer le suivi d'une pathologie chronique, longue dépassant le seul cadre sanitaire. La dimension sociale de la pathologie devient un élément à prendre en compte au même titre que sa dimension biomédicale.

⁸⁸ Cabé M.H., (2005) Avant-propos, in La santé en réseau : quelles innovations ? Sociologies Pratiques, première édition, Paris, PUF, p. 1.

⁸⁹ Poutout G, (2005) Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens, in la santé en réseau : quelles innovations ? Sociologies pratiques, p.37.

L'existence réglementaire des réseaux de santé date des années 2000, avec la loi de financement de la Sécurité sociale en 1999 instituant une possibilité de financement des réseaux (FAQSV)⁹⁰. Puis, avec la DDR (Dotation de Développement des Réseaux), c'est un mode de financement stabilisé, spécifique et régionalisé qui est donné par la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2002. L'attribution de cette dotation se faisant, au moment du travail de terrain, sur une décision du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)⁹¹, et du directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)⁹².

Dernièrement, avec la loi Bachelot : « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21/07/2009, l'objectif de ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire⁹³, vient redéfinir les organisations de santé. La création d'organisations régionales de santé⁹⁴, vise la coordination des hôpitaux avec la médecine de ville (généralistes et spécialistes), et le secteur médico-social (maisons de retraite, etc.). Les Agences Régionales de Santé (ARS), regroupent les ARH, DDASS, URCAM, et une partie de l'activité de la CRAM (Caisses Régionales d'Assurance Maladie). Elles témoignent d'un renforcement du pilotage régional du système de santé selon la mise en place de politiques plus adaptées aux besoins et aux spécificités de chaque population, de chaque territoire. Ainsi, il est possible de déterminer des incidences en matière de planification (logique régionale), de coût, et d'allocations de ressources. En effet, par le biais de ce texte, il est accordé aux ARS, et notamment au directeur général de chaque ARS (Article 118, chapitre II), le pouvoir de décision, au nom de l'Etat, d'attribution des allocations de ressources plus particulièrement dans le domaine de la prévention et de l'éducation de la population à la santé (article 118, chapitre 1^{er}).

En conséquence, il y a une réduction du pouvoir local du maire sur l'hôpital de sa ville, et la mise en œuvre d'un pouvoir politique vertical passe par les agences régionales de santé. L'évolution du contexte des organisations de santé est ici un élément à prendre en compte, pour l'impact qu'il peut engendrer au niveau de l'organisation des réseaux de santé.

⁹⁰ FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.

⁹¹ L'ARH est une institution ayant notamment pour rôle de déterminer les budgets hospitaliers.

⁹² L'URCAM est une institution ayant pour charge principale la coordination de l'activité des caisses d'assurances maladie dans leurs relations avec les professionnels de santé.

⁹³ JORF n° 0167 du 22 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cette loi reprend le rapport remis par G. Larcher en avril 2008, elle vise un équilibre budgétaire des hôpitaux publics, suite à un constat de déficit cumulé de 800 millions d'euros chaque année.

⁹⁴ Loi du 22/07/2009 ; Titre IV, Organisation territoriale du système de santé, chapitre 1^{er} : création des Agences Régionales de Santé.

La polysémie existante autour des réseaux de soins (Bungener, Poisson-Salomon, 1998)⁹⁵, ainsi que leur multiplication foisonnante génère des difficultés pour l'attribution des différents financements. Une définition commune des réseaux santé est officialisée par la loi du 04/03/2002⁹⁶. Ces dispositifs ont pour objet principal d'offrir une prise en charge de proximité à partir d'une coordination des interventions entre les professionnels situés au sein des hôpitaux et les professionnels libéraux exerçant en ville. Derrière cette idée de proximité des soins, il y a celle de favoriser l'autonomie des patients à qui l'on reconnaît des droits spécifiques en tant que « personne malade » (Cormier, 2002)⁹⁷. Dans la loi du 4 mars 2002, le patient apparaît au cœur du dispositif, il est impératif de l'éclairer en lui donnant accès aux informations contenues dans son dossier, et de le laisser libre de ces choix. Le patient se voit officiellement reconnaître un certain statut qui lui confère un rôle d'acteur décisionnel dans les soins qui lui sont proposés. Le terme d'éducation prend alors une dimension nouvelle dans le secteur de la santé, le personnel soignant doit développer un travail d'accompagnant, le but étant que le malade participe à la gestion de sa maladie. Les dispositifs de soins que représentent les réseaux de santé se positionnent ainsi en réponse à cet objectif d'autonomie des patients.

1.2. Des dispositifs professionnels non hiérarchisés et « semi-ouverts ».

Le fonctionnement en réseau consiste en une approche pluridisciplinaire des soins qui se qualifie d'« innovante » en comparaison avec l'approche médicale classique qui souffre d'un certain cloisonnement (Larcher, 1997 ; Viñas, Larcher, Duriez, 1998 ; Schweyer,

⁹⁵ Bungener M., Poisson-Salomon A.S., (1998), Réseaux et médecine : le réseau une notion multiple et ambiguë aux attributs diversifiés, in Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne, Ed. Inserm, Paris, p.9-20.

⁹⁶ L'article 84 de la Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé institue une section « réseaux » dans le Code de la santé publique qui en établit une définition : « Chapitre V. Réseaux. Article 84. Chapitre Ier. Réseaux de santé : Art. L. 6321-1. - Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

⁹⁷ Cormier M., (2002) Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002, Revue adsp n°40, p. 6-10.

2005)⁹⁸. La césure entre ville et hôpital qui avait été instaurée par la réforme Debré (1958) pour favoriser l'accomplissement technique et scientifique de la médecine hospitalière est remise en question. La construction d'un lien entre la ville et l'hôpital vise un accompagnement à long terme des personnes grâce à la proximité géographique des soins en référence aux lieux de résidence des patients, mais aussi par une individualisation en parcours de soins. L'objectif est de soigner « au plus proche » de la vie quotidienne pour pouvoir accompagner. Dans la médecine, une érosion de la tradition clinique paternaliste⁹⁹ conduit à la « montée en puissance de nouveaux dispositifs d'intervention regroupés sous le terme générique de « réseau »¹⁰⁰. Ils créent une rupture avec l'exercice traditionnel de la médecine, notamment dans la relation médecin/malade et malade/maladie (Barbot, Dodier, 2000)¹⁰¹. Le malade devient l'acteur de ses propres soins par le fait qu'il possède des connaissances sur sa pathologie. A un modèle vertical, il s'agit d'opposer un mode de travail transversal, susceptible de mobiliser les acteurs potentiels, de pallier les cloisonnements institutionnels et d'inventer des modalités d'intervention plus souples. » (Jacob, 1997, p. 189 ; Larcher, Poloméni, 2001¹⁰²).

Ces dispositifs revendiquent une « vision démocratique »¹⁰³ (Bungener, Poisson-Salomon, 1998, Bercot et De Coninck, 2006) de l'organisation du travail, avec une promotion des professionnels de ville. Ils permettent ainsi une redéfinition des professionnalités des professions établies comme des professions émergentes. Les médecins, ainsi que les

⁹⁸ Larcher P., Des réseaux dans tous leur états à l'Etat dans tous ses réseaux in *Prévenir*, n°32, 1^{er} semestre, 1997, p. 177-183.

Viñas J.M., Larcher P., Duriez M., (Coord.) (1998), Réseaux de santé et filières de soins. Le patient au centre des préoccupations, adsp, actualités et dossier en santé publique n°24, p. 12-52.

Scheweyer F.X. (2005), « On observe que les médecins et les paramédicaux qui s'engagent dans les réseaux sont souvent des gens convaincus qu'il faut changer le système. Les relations entre professionnels peuvent être jugées insatisfaisantes. Autrement dit, on trouve souvent comme fondement de l'engagement dans les réseaux une posture idéologique réformatrice et un esprit critique qui finalement donne du sens à cet engagement. », *Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils*, in *La santé en réseaux : quelles innovations ? Sociologies Pratiques*, 1^{ère} édition, Paris, PUF, p. 99-100.

⁹⁹ Dodier N., (2000) L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH, *Sciences sociales et santé*, volume XVIII, n°1, p. 75-117.

¹⁰⁰ Jacob E, (1997), Les réseaux ville-hôpital : instruments de recomposition du système de prise en charge ou outils de requalification professionnelle ?, *Prévenir*, Ville et Santé, 2, 32, p. 189-201.

¹⁰¹ Barbot J., Dodier N., (2000) L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH, *Sciences sociales et santé*, volume XVIII, n°1, p. 75-117.

¹⁰² Larcher P., Poloméni P., (2001) *La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Paris, Masson.

¹⁰³ « Il évoque pour beaucoup de praticiens de ville : une structure horizontale, non hiérarchique, flexible, décentralisée. Forte valeur symbolique de modernité et d'actualité mais aussi d'innovation et de rupture avec un ordre ancien » (Bungener, Poisson-Salomon, 1998)

professionnels paramédicaux et les psychologues, évoluent dans un espace professionnel¹⁰⁴ plus ouvert et moins précisément défini que celui de l'hôpital¹⁰⁵, laissant des ouvertures pour d'autres professionnels non issus du champ de la santé. Ces ouvertures sont favorisées par une approche globale et positive de la santé qui suppose de dépasser le modèle biomédical pour répondre aux besoins de santé des usagers (les jeunes et leur famille), et développer leur autonomie dans la prise en charge du facteur de risque pour la santé. Elles nécessitent une approche professionnelle pluridisciplinaire construite autour d'une culture commune de la promotion de la santé et de l'éducation du patient.

« Mais après il faut travailler ensemble, et l'intérêt des réseaux, moi j'y vois ça, et vraiment la richesse du réseau c'est ça ! C'est tout le monde travaille ensemble, au même niveau de compétences, chacun a des compétences différentes. Travailler avec les diététiciens c'est riche car les diététiciens n'ont pas les mêmes compétences que les médecins c'est évident, ils ont des compétences que l'on n'a pas. Mais il faut travailler ensemble, tout seul, cela ne suffit pas. Donc vraiment le travail en réseau, cela fait évoluer le travail ensemble réellement, c'est un des grands intérêts de ces dispositifs. » (Médecin coordonnateur C d'un Réppop)

Or, ce « travail en équipe » basé sur une coordination des interventions entre les professionnels, ne fait pas partie de la « culture » traditionnelle des professions médicales organisée autour de la règle déontologique que constitue le secret médical. Les professionnels engagés dans un travail en réseau doivent s'accorder sur des principes et des convictions qui leurs sont communs. La régulation collective des soins imposée par la structure des réseaux bouscule cette tradition. La relation de soin se trouvant redéfinie par des pratiques en réseau qui font appel à la mise en place d'un dossier médical partagé regroupant des données médicales, et mêmes des données sociales. L'ouverture dépasse alors le milieu paramédical pour aller jusqu'au milieu sportif. Dans cette relation de soin redéfinie, le patient peut être affecté par un sentiment d'intrusion et d'insécurité, dans ce partage d'informations (Hirsch, 2006)¹⁰⁶. La charte du réseau¹⁰⁷ vient pour ce faire, donner un cadre éthique sur l'engagement

¹⁰⁴ La notion d'« espace professionnel » renvoie ici à un ensemble de territoires professionnels fermés et de territoires en cours de construction ou émergents.

¹⁰⁵ En effet en référence à E.C Hughes : « La division médicale du travail est connue pour la rigidité de sa hiérarchie. La place dans celle-ci est en relation avec le degré d'impureté des fonctions remplies. », In *Le regard sociologique, Essais choisis*, p. 64.

¹⁰⁶ Hirsch E., (2006) *Le soin au-delà de l'hôpital*, in *L'éthique au cœur des soins. Un itinéraire philosophique*, Vuibert, Paris, p.97-102.

¹⁰⁷ Cf. annexe 4, Exemple de charte d'un réseau Réppop, p. 296-297.

des professionnels à ne prendre aucune décision sans en discuter avec lui, et donc sans son consentement.

Ainsi, dans ces dispositifs que l'on peut qualifier de « semi-ouvert », certains médecins coordonnateurs, convaincus des bénéfices d'une pratique physique et sportive dans le cadre d'une prise en charge de l'obésité infantile, deviennent parallèlement, très vite conscients des limites de la simple prescription de celle-ci ou d'une simple recommandation médicale.

2. Les Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie.

2.1. Les Réppop : une inscription dans les missions du PNNS.

Les Réseaux de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (Réppop), comme les autres réseaux de santé, sont des dispositifs qui ont été initiés en 2002 pour offrir une prise en charge pluridisciplinaire de proximité aux jeunes obèses, à partir d'une coordination des interventions entre les professionnels situés au sein des hôpitaux et les professionnels libéraux exerçant en ville. L'obésité infantile est alors reconnue comme une pathologie chronique nécessitant une prise en charge.

Contrairement aux réseaux VIH qui ont émanés des acteurs, la création des Réppop est le résultat de la mise en place d'une politique publique et plus précisément des directives du ministère de la santé à travers notamment le premier Programme National Nutrition Santé¹⁰⁸. Celles-ci ayant notamment pris appui sur les études épidémiologiques relatives à l'obésité et à l'obésité infantile en Europe et en France plus particulièrement.¹⁰⁹

¹⁰⁸ Programme National Nutrition Santé, PNNS (2001-2005), Suite à son discours de clôture des Etats Généraux de l'Alimentation du 13/12/2000, le premier Ministre a annoncé en janvier 2001, le lancement d'un PNNS, coordonné par le Secrétaire d'Etat à la santé et aux Handicapés, en lien avec les membres du gouvernement chargés de l'Education nationale, de l'Agriculture et de la Pêche, de la recherche, de la jeunesse et de Sports et de la Consommation.

¹⁰⁹ Rapport IOTF : International Obesity Task Force sur les enfants âgés de 5 à 17 ans depuis 1990: En Europe ce rapport montre que l'obésité infantile a augmenté de façon constante, avec une prévalence plus importante dans les pays d'Europe du sud.

Depuis 1997, l'obésité humaine a été reconnue par l'organisation Mondiale de la Santé comme une maladie, elle définie : « le surpoids et l'obésité comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. ».

En France, 3 enquêtes ont été menées à l'instigation du ministère de la santé en 1997, 2000, et 2003, appelées enquêtes ObEpi (obésité épidémie). Ces enquêtes montrent que le surpoids et l'obésité progressent dans toutes les tranches d'âges. Ainsi depuis 1998, l'OMS considère l'obésité comme une épidémie.

D'emblée, une différenciation s'opère vis-à-vis des autres réseaux de santé, majoritairement constitués par les populations, les usagers ou les patients. On ressent dans les premières positions adoptées par les Réppop, une influence, voire une reprise des celles du PNNS. Dans ce texte, l'activité physique fait partie des neuf objectifs nutritionnels définis comme prioritaires en termes de Santé Publique. Il s'agit de « bouger plus » en réponse au problème identifié de sédentarité, facteur majeur de risque pour la santé (Simon, 2005 ; Simon, Klein, Wagner, 2005 ; Manidi, Daffon-Arvanitou (Coord.), 2000 ; Avis sur la prévention de l'obésité infantile, 2005)¹¹⁰. Les incitations à la pratique physique se limitent dans une perspective quantitative (Perrin, 2007)¹¹¹. Dès lors, si la consommation alimentaire se réfère au registre du « plaisir », à l'inverse l'exercice physique est porté par des valeurs relatives à l'effort, reproduisant ainsi, les préceptes hygiéniques du XIX^{ème} siècle (Génolini, Clément, 2007)¹¹². La pratique physique comme soin d'une pathologie chronique d'obésité infantile est appréhendée en référence à une norme quantitative qui définit l'« adaptation » du malade à sa nouvelle pathologie. Cette dérive normative de l'activité physique tend à définir ce qu'est une « bonne adaptation » à la maladie chronique. Il est visé alors une forme de « compliance » des jeunes obèses vis-à-vis de l'alimentation comme de l'activité physique (Conrad, 1985)¹¹³, en considérant qu'ils sont raisonnables et autodéterminés.

Les premiers Réppop de France résultent en partie de la collaboration de trois médecins « pionniers » de Toulouse, Paris et Lyon au sein d'une association pour la Prise en charge et la prévention de l'Obésité en pédiatrie (APOP)¹¹⁴. Constituée majoritairement de pédiatres, cette association se donne pour principaux objectifs la mutualisation de compétences variées pour améliorer la prise en charge et la prévention de l'obésité infantile. Comme les autres

¹¹⁰ Simon C., (2005) Prévention de l'obésité, *La Revue du Praticien*, p.1453-1460.

Simon C., Klein C., Wagner A., (2005) La sédentarité des enfants et des adolescents, un enjeu de santé publique, *Journal de pédiatrie et de puériculture* 18, p.217-223.

Manidi M.J., Daffon-Arvanitou I (Coord.), (2000) Apports des recherches épidémiologiques, in *Activité physique et santé, apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Masson, Paris, p. 101-116.

Parmi « les facteurs de risques sur lesquels il est possible d'agir pour prévenir l'obésité tout au long de l'enfance », la sédentarité, ou plus précisément les comportements sédentaires sont à limiter. Avis n°54 sur la prévention de l'obésité infantile. Conseil National de l'Alimentation, Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, Ministère de la Santé, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, adopté le 15/12/2005, p.26-28.

¹¹¹ Perrin C., L'activité physique : une affaire de goûts ?, *La santé de l'Homme* n°387, janvier-Février 2007, p. 28.

¹¹² Génolini J.P., Clément J.P., (2007) AP et programme nutritionnel en France : une morale de l'effort, 12^{ème} Congrès International de l'ACAPS, Leuven, Belgique, 31 octobre-2 novembre.

¹¹³ Conrad P., (1985) The Meaning of Medications: Another look at Compliance, *Social Sciences and Medicine*, 20, p. 29-37.

¹¹⁴ APOP : crée le 06/04/2002 à l'initiative du Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie.

réseaux de santé¹¹⁵, il est question d'un fonctionnement au-delà des Réppop, avec l'ensemble des instances institutionnelles, des associations, et de tous les professionnels en contact avec les patients. Elle peut se définir comme un vivier de ressources, mais aussi de recherches, par les groupes de travail menant régulièrement des réflexions autour de thème comme l'activité physique, l'éducation thérapeutique pour les patients, ou encore la psychologie et l'obésité. Ainsi, les professionnels « pionniers » s'appuient sur cette association qui représente un système commun, pouvant se considérer comme un espace unificateur servant de base à la mise en place des différents Réppop. Deux sites pilotes voient le jour en 2003, puis deux autres en 2004, et enfin un cinquième en 2006. Notre étude ciblera ces cinq réseaux situés dans différentes régions de France et officiellement déclarés durant mon travail de terrain (2006-2008), sachant que d'autres sont actuellement en cours de création. Une particularité est à noter concernant l'un d'entre eux qui est départementalisé en cinq Réppop aux fonctionnements différenciés mais harmonisés par un dispositif régional. L'un de ces cinq Réppop est d'ailleurs à nouveau scindé en trois Réppop distincts. Ainsi, au total, ce ne sont pas cinq Réppop qui sont à considérer mais onze, tout en sachant que sept d'entre eux fonctionnent sous deux « appellations », l'une départementale et l'autre régionale. Nous verrons ultérieurement les spécificités induites par ce fonctionnement particulier sur la prise en charge des jeunes, mais également sur les dynamiques des groupes professionnels qui leurs sont liées.

Toujours sous les directives institutionnelles, ces expérimentations sont mises en avant dans le PNNS 2 (2006/2010)¹¹⁶ au niveau du plan d'action de dépistage et de prise en charge des troubles nutritionnels : « mettre en place d'ici à 2 ans, autant que faire ce peut autour de chacun des 31 CHU, et dans toute localité volontaire, des réseaux de pris en charge de l'obésité infantile comme adulte (REPCOB)... ». C'est ici l'expression d'enjeux politiques se trouvant dans le lien entre les organisations des hôpitaux et celles des Réppop. Ces enjeux pouvant se décliner selon différentes modalités : enjeu de contrôle des fonctionnements des Réppop « supervisé » par les CHU. Mais aussi des enjeux financiers par une mise en commun de moyens matériels et humains comme un allègement possible des fonds alloués au fonctionnement des Réppop. Dans un autre registre relatif à une division organique du travail

¹¹⁵ L'ANCRED (Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète), pour les réseaux diabète.

¹¹⁶ Deuxième Programme National nutrition santé (2006-2010) Actions et mesures, Ministère de la santé et des Solidarités, Septembre 2006.

(Durkheim, 1998)¹¹⁷, le lien entre l'hôpital et les Réppop peut permettre une meilleure division du travail en fonction des qualifications des professionnels de santé. En correspondance avec les travaux de Patrick Castel sur les malades atteints de cancer¹¹⁸, cette organisation peut être envisagée comme facilitatrice au niveau de la répartition des patients. Les médecins les moins engagés dans les recherches sur les prises en charge complexes des obésités très sévères pourront se concentrer sur les cas de surpoids ou d'obésité de degré 1. Symétriquement, les médecins investis dans une activité de recherche, déchargés du suivi des ces patients peuvent se concentrer sur l'étude des cas complexes.

Il apparaît dans cette recherche d'association systématique entre l'hôpital et les Réppop, des répercussions possibles sur la répartition des tâches entre les différents professionnels investis, et une possible remise en question de la non hiérarchisation inhérente au fonctionnement en réseau de santé.

2.2. Une Coordination Nationale des Réppop.

Le lien des réseaux de santé et notamment des Réppop, avec les pouvoirs publics s'opérationnalise plus particulièrement à travers un système fédérateur de l'ensemble des réseaux sanitaires et sociaux de toute la France qui est fondé en 1997. Appelée Coordination Nationale des Réseaux (CNR), elle a notamment pour missions¹¹⁹: de promouvoir les pratiques coopératives entre les professionnels de la santé et ceux du social, ou encore d'apporter une aide méthodologique à la création, au fonctionnement et à l'évaluation des réseaux. Mais sa fonction principale est de relayer les informations, et faire état de l'existant entre les réseaux et le ministère des Affaires sociales. Pour cela, la CNR conduit des enquêtes sur la situation des réseaux de santé comme par exemple une enquête réalisée en 1999 sur le financement des réseaux. D'autres enquêtes sont en cours sur les besoins en information et en outils de communication entre professionnels de réseau, ou encore sur la participation des réseaux à la politique de la ville. Chaque réseau de santé ou ensemble de réseaux se trouvent donc dans une démarche de valorisation de ses actions ou tout du moins de communication de ses actions auprès de cette coordination nationale. Afin de proposer un discours unifié, clair et exhaustif, les différents réseaux se dotent de coordinations nationales spécifiques comme

¹¹⁷ Durkheim E. (1893), De la division du travail social, Paris, PUF, 1998.

¹¹⁸ Castel P., (2005), Le médecin, son patient et ses pairs : une nouvelle approche de la relation thérapeutique, Revue française de sociologie, vol. 46, n°3, p. 443-467.

¹¹⁹ La CNR : Coordination Nationale des Réseaux est une fédération des réseaux créée en 1997, elle est organisée en fédérations et coordinations régionales.

porte-parole unificateur des différents réseaux nationaux. Pour les réseaux diabète, il s'agit de l'Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (ANCREDD).

En ce qui concerne les Réppop, une coordination nationale spécifique (CNRéppop) est fondée le 09 juin 2006. Au-delà de ses objectifs principaux de fonctionnement relatifs à la mutualisation, aux liens entre les réseaux et au développement des actions de prévention de l'obésité pédiatrique au niveau régional et national, cette coordination spécifique des Réppop vise une reconnaissance comme référentiel national de valorisation des Réppop auprès des institutionnels :

« Etre au plan national le pôle de référence des réseaux Réppop auprès des institutionnels (programme de contractualisation, appels à projets nationaux et européens...). » (Les statuts de la CNRéppop, article 2, Objectifs)

Ainsi, c'est dans une dynamique nationale des réseaux de santé qu'il est intéressant de repositionner cette coordination nationale. Il s'agit d'un espace de revendications de l'ensemble des Réppop de France, mais également d'un dispositif de valorisation de l'efficacité et donc de l'utilité des différentes antennes nationales :

« Constituer un observatoire national des « spécificités » régionales de l'épidémie d'obésité chez l'enfant, des pratiques professionnelles de sa prévention à sa prise en charge, et de l'évaluation de l'impact à moyen terme de ses actions. » (Les statuts de la CNRéppop, article 2, Objectifs)

Par le biais de cette coordination nationale des Réppop, la finalité visée par l'ensemble des revendications est alors d'assurer non seulement une pérennité de fonctionnement des Réppop existants, mais aussi de permettre un élargissement des possibilités d'innovations au regard de la pertinence des différents objectifs visés par chaque antenne locale.

Pour ce qui est d'une finalité plus interne, cette coordination nationale composée essentiellement des médecins coordonnateurs de chacun des Réppop, est le garant d'une démarche globale de promotion de la santé commune à tous : « développer des actions de prévention de l'obésité pédiatrique au niveau régional et national, en s'inscrivant dans les recommandations du PNNS et notamment celles du PNNS 2... » (Les statuts de la

CNRéppop, article 2, Objectifs). Mais au-delà de cette fonction d'unité des finalités poursuivies, le rôle de garant peut également se concevoir à travers un droit de regard sur les créations de futurs Réppop, ce qui donne une forme de pouvoir décisionnel à cette coordination nationale, quant au développement de nouvelles structures :

« Ce qui « chapote » les REPOP... c'est la coordination nationale des réseaux, c'est-à-dire que l'on a constitué un bureau de manière à pouvoir faire travailler les réseaux ensemble. D'avoir aussi « un regard » sur les réseaux à venir, parce que parfois vous avez des personnes qui ont envie de faire partie des réseaux mais qui n'ont pas tout à fait la même démarche. Donc c'est important aussi, on se posait la question de savoir si l'on allait valider les réseaux ou pas. Mais tout ça c'est des questionnements, et puis des projets communs notamment au niveau des évaluations des pratiques professionnelles pour les médecins ou des choses comme ça... » (Médecin coordonnateur A d'un Réppop)

Ainsi, les Réppop peuvent se considérer comme un ensemble de dispositifs dont le fonctionnement constitue, sous couvert d'un système unificateur, à la fois un espace de revendication et de normalisation pour chacun des dispositifs. C'est l'ensemble des innovations mais aussi la normalisation et la rationalisation de ces organisations que nous étudierons à travers l'organisation locale de chaque Réppop et plus particulièrement dans leurs impacts sur les dynamiques professionnelles. Dans quelles mesures les pratiques professionnelles innovantes sont-elles envisagées par chacun des dispositifs ?

2.3. Des organisations locales : les cellules de coordination.

2.3.1. Des implantations significatives.

Relevant tout d'abord d'un choix de leur médecin coordonnateur, les emplacements géographiques des cellules de coordination des Réppop sont progressivement de plus en plus rattachés à des centres hospitaliers universitaires (CHU). En effet, lorsque ces expérimentations sont valorisées et entérinées dans le deuxième programme national nutrition santé, PNNS 2 (2006/2010)¹²⁰, cela s'accompagne d'une incitation de rattachement à un

¹²⁰ Deuxième Programme National nutrition santé (2006-2010) Actions et mesures, Ministère de la santé et des Solidarités, Septembre 2006, p.6.

centre hospitalier universitaire, ce qui implique différentes logiques de fonctionnement ainsi que de fortes significations quant à l'ancrage culturel médical de ces dispositifs.

Entre une implantation située dans des bureaux en ville ayant un partenariat avec une structure hospitalière pour le suivi de quelques cas d'obésités, et une implantation dans le service d'un CHU, il y a une grande disparité de ressources que ce soit au niveau des professionnels, mais aussi au niveau des moyens matériels utilisés dans les propositions de suivi. Sans oublier les différences notoires de ressentis possibles du côté des jeunes obèses eux-mêmes lorsqu'ils sont amenés à faire des consultations d'inclusion, ou bien un suivi. Si la prise en charge se situe à l'hôpital, le jeune sera plus à même d'associer son obésité à une pathologie grave, comparé à un suivi « en ville », avec des médecins, des diététiciens(nes) ou des psychologues libéraux.

Dans une approche plus signifiante du lien entre les interventions des professionnels des cellules de coordination et des professionnels situés en ville, le rattachement ou non à un CHU est un élément qui a une forte influence. A cela, il faut ajouter la spécialisation du médecin coordonnateur qui vient plus ou moins pondérer la hiérarchisation ressentie des professionnels investis au cœur de chacun des Réppop. En effet, il est possible qu'un Réppop soit implanté dans les locaux d'un CHU, mais que son médecin coordonnateur soit un professionnel libéral. Il en demeure tout de même des répercussions importantes sur la nature des prises en charge et plus particulièrement dans la forme et le contenu du diagnostic initial, celui-ci faisant appel davantage à des mesures anatomiques, physiologiques lorsque l'implantation du réseau se trouve dans un CHU. De même pour la mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique comme moyen de suivi pluridisciplinaire, ils s'avèrent davantage présents comme une première proposition de suivi de l'obésité infantile dans ces dispositifs rattachés à un CHU.

En somme, quel que soit le Réppop concerné, l'implantation géographique de sa cellule de coordination et le statut de son coordonnateur positionne l'originalité de chacun des dispositifs. Ce positionnement fait plus ou moins un frein quant aux possibilités de « déplacements » des différentes professionnalités concernées, et ceci plus particulièrement en ce qui concerne les professionnalités émergentes dans le monde de la santé, comme les professionnels de l'APA-S.

2.3.2. Les coordonnateurs en position de médiateurs décisionnels.

Qu'ils possèdent le titre de « coordonnateur », de « coordonnatrice », ou bien qu'ils fassent partie de la cellule de coordination, ces professionnels ont un rôle principal de médiateur entre les directives des nationales et les pratiques des professionnels de ville. Des réunions régulières d'harmonisation au sein des cellules de coordination sont effectuées en référence aux choix respectifs, ou projets, de chacune des disciplines du suivi, que ce soit dans le domaine médical, paramédical, ou encore en activité physique. Comme l'a montré Magali Robelet, une des tâches les plus complexes du coordonnateur est de gérer les tensions qui émanent entre les impératifs gestionnaires inhérents aux attentes des tutelles et les dimensions humaines importantes de l'implication des acteurs dans ce projet commun. (Robelet, Serré, Bourgueil, 2005)¹²¹.

Dès lors, ces « territoires »¹²² professionnels intermédiaires représentent un pouvoir décisionnel normatif important, par le fait qu'ils sont composés d'acteurs ayant la possibilité d'agir, dans leur domaine respectifs, sur la forme des prises en charge, ainsi que des compétences professionnels requises pour les mettre en pratique. Pour ce faire, ces médiateurs décisionnels vont procéder à l'élaboration d'un discours qu'ils définissent comme légitime, avec des pratiques associées, que ce soit dans l'approche médicale au sens large, mais aussi en diététique, en psychologie et en activité physique. La transmission de ce discours légitime s'opérant par le biais de plaquettes spécifiques destinées aux professionnels lors de leur intégration au sein de cette organisation. C'est par le biais de stage, ou formation d'une durée limitée à quelques jours que des professionnels intéressés par le suivi de l'obésité infantile peuvent adhérer au Réppop, et ainsi devenir des professionnels « Réppopiens ». L'organisation de formations regroupant les médecins de ville impliqués dans ces dispositifs est le moyen prioritaire utilisé pour diffuser ces discours, car ce sont eux qui vont orienter les jeunes obèses vers les différentes possibilités de prises en charge. Appelés dans les Réppop « pilier », ou « pivot » de la prise en charge, qu'ils soient généraliste, pédiatre, endocrinologue, médecin du sport, etc. ils sont accompagnés d'« acteurs de proximité » comme le diététicien(ne), le psychologue, le kinésithérapeute, le professionnel en activité physique... Ainsi, dans ces dispositifs, le rôle du médecin de « ville » n'est pas situé au même

¹²¹ Robelet M., Serré M., Bourgueil Y., (2005) La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, RFAS n°1, p.233-260.

¹²² Lucas Y., Dubar C., (1994) Genèse et dynamiques des groupes professionnels, Lille, Presses Universitaires de Lille.

niveau que les autres professionnels partenaires. Peut-on alors parler de remise en question de la domination médicale, et de non hiérarchisation, étant donné la place qui est accordée aux médecins dans les Réppop?

Le rôle de médiateur décisionnel peut aller jusqu'à amener le coordonnateur à émettre un avis sur les pratiques des partenaires professionnels « pairs » situés en ville :

« En fait, c'est vrai qu'il y a deux ou trois collègues avec lesquels c'est plus difficile, donc on ne va pas orienter les enfants vers eux. Et dans ces cas là on peut être amené à prendre contact avec les jeunes et leur famille pour les orienter plutôt vers tel ou tel professionnel. Mais ceux là je ne les vois pas aux réunions, ils ne viennent pas, donc on se dit que finalement on va les évincer plus ou moins, quoi. De toute façon c'est très délicat donc j'essaye plus de faire passer des messages... » (Diététicienne et coordonnatrice A d'un Réppop)

Ainsi, les cellules de coordination représentent un espace plus ou moins normé par chacun des professionnels engagés dans le fonctionnement de ces dispositifs, du fait des exigences gestionnaires qui leurs incombent. La nécessité de résultats probants de ces nouvelles formes de prise en charge pèse sur la pérennité du fonctionnement même des dispositifs. Dans une logique de rationalisation économique de la société (Weber)¹²³, il existe des enjeux forts dans les activités de ces professionnels relatifs à la nécessaire efficacité des dispositifs¹²⁴. La multiplication des démarches dites « qualité » témoigne du mouvement historique de la normalisation industrielle qui s'étend désormais au domaine social et médical avec la définition notamment de standards en matière de services (Cochoy et de Tersac¹²⁵, Cochoy¹²⁶). Les activités médicales s'engagent dans le même type de transformation que le secteur marchand et celui des services, c'est-à-dire dans une rationalisation des processus de production. La recherche d'une amélioration de la qualité du service rendu se manifeste alors

¹²³ Weber M., (1971): « C'est seulement en Occident où les moines sont devenus la troupe disciplinée d'une bureaucratie rationalisée de fonctionnaires cléricaux que l'ascétisme hors du monde s'est systématisé de façon croissante en une méthode active et rationnelle, et non magique, de conduite de vie. », (1921) *Economie et Société*, traduction partielle de *Wirtschaft und Gesellschaft*, Paris, Plon, 1971, p. 556-568.

¹²⁴ Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique

¹²⁵ Cochoy, F., Tersac (de) G., (1999), Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective, pp. 3-18, in *Organisation et qualité, Sciences de la société*, n°46, P.U.M.

¹²⁶ Cochoy, (2002), dir. *Les figures sociales du client*, Sciences de la société, n°56, mai.

notamment par la mise en place d'un cadre évaluatif¹²⁷. Ceux-ci étant soumis régulièrement à des évaluations de la qualité du suivi des jeunes obèses, il est alors possible d'employer l'expression de « logiques gestionnaires » au sens de M. Robelet et coll. pour qualifier la rationalisation spécifique à laquelle sont soumise les Réppop :

« Les « logiques gestionnaires » désignent les processus et les stratégies portées par des acteurs « gestionnaires » participant aux instances de régulation du système de santé (membres de l'administration de la santé ou financeurs), et qui visent à rationaliser l'organisation du travail, gagner en transparence et garantir à la fois qualité et coûts des soins » (Robelet et coll., 2005)¹²⁸

Il faut différencier deux activités de coordination, sachant que souvent l'équipe de coordination du réseau remplit les deux fonctions. La première activité dite « médicale » consiste à organiser les parcours de soins des patients, former les professionnels souhaitant intégrer le réseau, faire le lien entre les différents professionnels acteurs dans le dispositif : lien au sein de la coordination, et lien entre la coordination et les professionnels de ville. Alors que la coordination « administrative » est l'interlocutrice des institutions et partenaires extérieurs au réseau, elle organise la concertation entre les différents membres du réseau¹²⁹. Elle représente alors un espace par lequel il est possible de faire valoir une force de revendications, auprès de la coordination nationale.

2.4. Des spécificités liées aux financements.

En référence à l'article 84 de la Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, certaines conditions sont nécessaires pour qu'un réseau de santé puisse bénéficier d'un financement dans le cadre de la DDR:

¹²⁷ Robelet, M., (2001), Les figures de la qualité des soins. Rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité, thèse de sociologie, Université Aix-en-Provence II.

¹²⁸ Robelet et coll., (2005) Op.cit, p.234.

¹²⁹ Circulaire du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, la coordination constitue le fondement essentiel du réseau : - La coordination administrative est assurée par un coordonnateur identifié, voire une cellule de coordination qui constitue l'équipe de référence à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau. A partir des référentiels de pratiques interdisciplinaires élaborés par les professionnels de santé, elle organise la concertation entre les différents intervenants (réunions de travail transversales, mise en place d'actions pluridisciplinaires de prévention et formation). Elle est aussi l'interlocutrice des institutions et partenaires extérieurs au réseau. - La coordination médicale nécessite au sein de l'équipe des professionnels de santé intervenant dans le réseau la désignation d'un coordonnateur (ou d'une cellule de coordination) ; celui-ci organise l'accueil du nouveau patient, définit dans la continuité sa trajectoire, et assure son orientation au sein du réseau à chaque étape de sa prise en charge. Il assure l'échange d'informations entre les intervenants et l'étude partagée des cas. Cette coordination médico-administrative peut être assurée par les mêmes personnes.

« Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. »

C'est dans une dynamique nationale des réseaux de santé qu'il est intéressant de repositionner cette attribution de fonds. En effet la multiplication exponentielle de ces dispositifs de santé durant les dernières années met rapidement en avant des limites aux financements de leur fonctionnement par les institutions. Comme dispositifs spécifiques, les Réppop sont donc soumis à des évaluations régulières sur la qualité des soins qu'ils proposent. Ces audits sont effectués par des évaluateurs extérieurs aux réseaux qui viennent quantifier la grandeur des résultats comme gage de poursuite de l'activité de ces réseaux de santé avec l'attribution renouvelée ou non de budgets financiers. Les évaluations qualité, ou échéances de bilan de fonctionnement des réseaux sont annuelles mais aussi triennales, elles obligent chaque réseau à fournir toutes les justifications de résultats à l'origine des demandes de financement :

« Chaque année, avant le 31 mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui leur ont accordé les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant. Tous les trois ans, ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier : 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ; 2° La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats) ; 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ; 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ; 5° Les coûts afférents au réseau ; 6° L'impact du réseau sur son environnement ; 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.» (Décret du 17 Décembre 2002)¹³⁰.

¹³⁰Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique. Titre V. Réseaux et autres services de santé. Chapitre 1^{er}. Réseaux de santé. Art. D. 766-1-7.

Dans ce cadre, un guide d'évaluation spécifique des réseaux de santé est publié par l'ANAES en 2004¹³¹, afin d'harmoniser dans une trame générale les éléments nécessaires à l'évaluation. Il est constitué de deux parties, la première destinée à l'auto-évaluation des réseaux est complétée par une deuxième partie qui propose un cahier des charges, destiné à rendre plus homogène le regard extérieur, et donc les attentes vis-à-vis des réseaux de santé. Parmi les critères, se trouve l'évaluation économique du fonctionnement des réseaux dans le rapprochement entre leurs coûts et l'atteinte des objectifs. Sachant que le coût de la prise en charge en réseau devrait, pour des pathologies similaires, pouvoir être rapproché du coût de la prise en charge conventionnelle hors réseau. Ainsi, les nécessaires évaluations de l'efficacité des services quantifient les pratiques selon un rapport coût/résultats. En termes d'efficacité des actions, les Réppop pourraient se positionner dans un amaigrissement rapide des jeunes en proposant des suivis basés sur de grandes restrictions alimentaires et contraintes de quantité d'activité physique. Or cette approche « efficace » basée sur une prescription rigoureuse va à l'encontre des perspectives de la loi du 4 mars 2002, et ne permet pas des résultats durables. Ainsi, les Réppop font le choix d'une démarche plus efficiente pour les jeunes obèses en proposant un amaigrissement moins important, mais stabilisé et surtout en meilleur accord avec « les droits des malades et la qualité du système de santé »¹³². Mais si cette démarche est efficiente en termes de qualité du suivi, elle présente une difficulté pour donner des preuves rapides au niveau quantitatif : rapport coût annuel/résultats. En conséquence, il existe des dynamiques de relations inter-réseaux de santé, chacun essayant de garantir de manière optimale ses résultats d'efficacité budgétaire auprès des financeurs. Ces résultats sont ensuite relayés et revendiqués par le biais de systèmes unificateurs à l'image des coordinations nationales citées précédemment.

Plus récemment, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe un nouveau cadre d'action publique, et détermine un ensemble cohérent d'objectifs nationaux de santé publique¹³³. La loi affirme pour la première fois la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique, et propose une centaine d'objectifs pour les cinq années à venir, afin de :

¹³¹ Réseaux de santé – Guide d'évaluation. Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), service évaluation économique, juillet 2004 : Les éléments retenus pour l'auto-évaluation sont : « l'évaluation de l'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau ; l'évaluation du fonctionnement du réseau ; l'évaluation de la qualité de la prise en charge ; et l'évaluation économique. »

¹³² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹³³ Rapport annexé à la loi n°2004-806.

« Réduire la mortalité et la morbidité évitables, et à diminuer les disparités régionales en matière de santé. Pour atteindre ces objectifs, cinq plans nationaux sont prévus pour la période 2004-2008 concernant : la lutte contre le cancer ; la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives ; la santé et l'environnement ; la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ; la prise en charge des maladies rares. » (Rapport annexé à la loi).

Un niveau régional est alors défini par cette loi afin de planifier et coordonner ces objectifs nationaux dans le cadre de la mise en œuvre en septembre 2004 du Plan Régional de Santé Publique (PRSP)¹³⁴. En effet, celui-ci a pour objet d'être :

« Le principal élément encadrant la politique de santé publique en région. Son élaboration doit se faire sous l'autorité du préfet de région, en étroite collaboration avec de nombreux partenaires...Il définit les objectifs et les priorités de santé publique dans chaque région. Il organise la cohérence entre les différentes actions de santé publique conçues et mises en œuvre dans la région. A cette fin, le PRSP se compose de programmes et d'actions permettant d'atteindre les objectifs régionaux de santé ; de mettre en œuvre le volet régional des programmes nationaux de santé publique, en particulier dans le domaine du cancer, de la nutrition, de la santé environnementale, de la santé au travail, de la santé des jeunes en milieu scolaire, de l'éducation à la santé et des situations d'urgence sanitaire. »

Afin d'établir ce PRSP, le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) permet aux différents dispositifs régionaux intervenant en santé publique de s'unir pour définir de manière opérationnelle des actions du plan régional de santé publique. Ainsi chaque Réppop va participer au sein de sa région, aux côtés d'autres dispositifs de santé, à une valorisation de sa légitimité auprès de son GRSP. C'est alors une dynamique d'alliances et de concurrences élargie à l'ensemble des dispositifs de santé et plus seulement entre les réseaux de santé qui est mise à jour avec ces nouvelles directives nationales.

L'ensemble de ces exigences amène des répercussions sur les pratiques professionnelles développées par chaque réseau de santé. Face à la nécessité de mettre en place dans les coordinations des réseaux des « logiques gestionnaires qui visent à rationaliser l'organisation du travail, gagner en transparence et garantir à la fois qualité et coût des soins » (Robelet,

¹³⁴ Circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.

Serré, Bourgueil, 2005)¹³⁵. Il est alors fait appel à des compétences qui ne sont pas développées dans les formations initiales des professionnels de santé. D'où la nécessité d'une augmentation de l'encadrement et de la formation de cette nouvelle professionnalité. En somme, concernant plus particulièrement les Réppop, il faut considérer cette démarche de valorisation de résultats auprès des organismes de financements comme décisive dans les choix opérés par chacun des coordonnateurs. Ainsi, la course aux résultats significatifs et aux innovations probantes dans les modalités de prise en charge constitue un élément fort de l'émergence possible d'un nouveau territoire de l'activité physique. Ce qui est plus particulièrement le cas des modalités innovantes de prises en charge en activité physique, comme peuvent les proposer les professionnels de l'APA-S.

2.5. Des possibilités d'extension de financements.

A chaque renouvellement de l'attribution des financements, les coordinations des Réppop peuvent demander une extension selon les directives qu'elles se sont fixées : diététique, suivi psychologique, activité physique. D'autre part, l'URCAM, le GRSP (groupement régional de santé public), etc. ont des financements autonomes de prise en charge auxquels il est possible de faire appel notamment dans des prises en charge collectives.

D'autres moyens d'extension de financement sont sollicités notamment pour la prise en charge en activité physique des coordinations des Réppop, que ce soit par un responsable en activité physique, lorsqu'il y en a un ou une, ou bien par le professionnel de la coordination organisant cette prise en charge : médecin coordonnateur, diététicien, etc. Pour pouvoir proposer un large panel d'activités et/ou des formes variées de prises en charge, ou encore pour trouver des relais dans le tissu associatif sportif, ces professionnels sont amenés à chercher des partenaires et à élargir leurs possibilités de financements. Il leur faut alors résoudre un jeu complexe de compréhension et de gestion des différents fonctionnements de ces partenariats, ce qui n'est pas le cas pour les autres disciplines comme la diététique ou la psychologie. D'où la nécessité de nouvelles compétences professionnelles pour établir des partenariats, créer de nouveaux dispositifs afin d'articuler le médical et le social, rédiger des projets, etc. Ainsi, en correspondance avec les travaux de M. Robelet et coll.¹³⁶, il y a des impératifs gestionnaires dans les tâches professionnelles relatives à la coordination des

¹³⁵ Robelet M., Serré M., Bourgueil Y., (2005), Op.cit. p.234.

¹³⁶ Robelet M., Serré M., Bourgueil Y., (2005), Op.cit. p.233-260.

Réppop qui concernent l'ensemble des professionnels des cellules de coordination : médecin, diététicien(ne), psychologue et responsable en activité physique. Ce qui peut aller jusqu'à « valoriser certains professionnels plutôt que d'autres, reconnaître des compétences jusque là non mises à jour et en même temps contraindre les professionnels dans leurs pratiques de travail. »¹³⁷. Il est d'ailleurs intéressant de noter la sollicitation d'un Professeur des Universités en STAPS dans une coordination d'un Réppop dernièrement constitué :

« Je suis rentrée au Réppop parce qu'ils voulaient une expérience politique sur les discussions. Nous avons alors travaillé presque un an uniquement avec les politiques et le rectorat. Donc moi j'ai pris ce poste par rapport aux fonctions que j'avais précédemment de doyenne STAPS. » (Professeur des Universités, coordonnateur D d'un Réppop).

La question des compétences de gestion qui ont été développées par cette professionnelle dans le cadre des fonctions de directrice est déterminante. Cette embauche participe à la conquête du territoire de l'AP dans les Réppop par les professionnels formés en APA-S dans le milieu universitaire. Avec cette référence universitaire, il s'agit ici d'un nouveau cas de figure venant enrichir le profil des coordonnateurs défini par Magali Robelet en 2008¹³⁸.

Mais, s'il existe une dépendance des Réppop avec les tutelles, il y a néanmoins une contractualisation qui permet de favoriser la proposition de services qui harmonisent les innovations entre les Réseaux. Les exigences de transparence et de qualité des prises en charge faites aux Réppop, la nécessaire rationalisation des services et des activités professionnelles doivent être associées à une valorisation des suivis proposés qui suppose une forme d'alliance avec les usagers. Plus particulièrement, c'est un ensemble de relations qui sont engagées entre les différents Réppop de France, mais aussi avec d'autres dispositifs de santé comme les réseaux diabète, les MECS, etc.

En conséquence, le fonctionnement des réseaux est normé par une nécessaire efficacité, c'est-à-dire une efficacité à moindre coût qui joue sur leurs finalités, leurs objectifs, mais aussi sur les pratiques professionnelles. Ainsi, selon le contexte d'implantation des cellules de coordination, mais aussi selon le public visé par le réseau de soins, il existe des possibilités

¹³⁷ Robelet M., Serré M., Bourgueil Y., (2005), Op.cit. p. 243

¹³⁸ Robelet M., (2008) Carrière et marché du travail autour de la coordination dans les réseaux de santé, Les médecins, l'Etat et la politique des réseaux de santé en France, in Le Bianic T., et Vion A., (Sous la dir.) Action publique et légitimités professionnelles, Droit et société, vol. 48, p. 65-71.

différenciées de redéfinition ou de déplacement des professionnalités au sein de ces dispositifs. Dès lors, il semble intéressant de poursuivre cette première analyse en se ciblant plus précisément sur le fonctionnement particulier des Réppop comme premiers réseaux de santé pédiatriques.

3. Les Réppop : premiers réseaux pédiatriques.

3.1. Obésité, corps obèses, stigmates, culpabilité et isolement.

Les Réppop ont la spécificité de s'adresser à un public jeune (enfants et adolescents), qui ne présente pas une pathologie avec des symptômes organiques. L'obésité infantile est avant tout un facteur de risque de développer des pathologies chroniques comme le diabète, les pathologies cardio-vasculaires, etc. La médicalisation de l'obésité de l'enfant tend à transformer ce facteur de risque en une pathologie, tout en le traitant comme étant évitable. Ce qui introduit les notions de responsabilité mais aussi de culpabilité dans une relation floue des dimensions individuelles et sociales :

« C'est-à-dire que cette maladie, n'est pas vraiment une maladie parce que la difficulté des obèses, c'est qu'ils ne sont pas obligatoirement malades. Les obèses, pour la plupart, ils sont en bonne santé... » (Médecin, président d'un Réppop).

En revanche, les jeunes obèses se trouvent souvent en situation de handicap d'un point de vue physique (gênes dans les gestes quotidiens), comme d'un point de vue social, du fait du regard dépréciatif voire accusateur que les autres posent sur eux :

« Mais l'obésité, c'est vraiment une pathologie particulière parce que dans l'esprit des gens et même des médecins, c'est encore beaucoup : « c'est de sa faute ». D'ailleurs cela se retrouve dans l'esprit, et aussi surtout dans le regard des gens, y compris pour des gens qui ont de l'expérience et du recul. Un diabétique ce n'est pas de sa faute, un cancéreux, ce n'est pas de sa faute,... alors que pour l'obésité c'est différent, il n'y a pas cette empathie naturelle ... » (Médecin coordonnateur A d'un Réppop)

La minceur comme nouvelle norme esthétique, devient l'idéal de beauté imposé et standardisé (Waysfeld, 2003)¹³⁹. Si de tout temps, comme le démontre Georges Vigarello¹⁴⁰, la société est créatrice de normes esthétiques, il s'avère qu'aujourd'hui le rôle des médias donne à cette réalité une dimension supplémentaire. Ce qui conduit Jean-Marie Le Guen à insister en 2005 sur la nécessaire revalorisation de l'esthétique liée à la rondeur et une lutte contre la stigmatisation des « gros » par une valorisation du pluralisme et de l'esprit de tolérance¹⁴¹. L'obésité et le surpoids au niveau infantile sont alors considérés comme des « pathologies sociales », qui font effet de stigmatisme (Goffman, 1975)¹⁴² en faisant de l'obésité un attribut qui rend celui qui en est porteur différent des autres membres, fait de lui quelqu'un d'intégralement sans caractère : « Ainsi diminué à nos yeux il cesse d'être une personne accomplie ordinaire, et tombe au rang d'individu vicié, amputé. Un tel attribut constitue un stigmatisme, surtout si le discrédit qu'il entraîne est très large. » Parmi les stigmates, Goffman distingue les « monstruosités du corps », auxquelles est rattachée l'obésité, si l'on considère la force normalisatrice exercée par les représentations sociales. On peut alors parler d'obésité sociale à l'image de tout déviant physique ou physiologique, celui-ci ne suscitant pas que de la bienveillance. En effet, ce personnage « obèse » est intégré dans un jeu où il est tour à tour l'objet d'une injonction-oppression, l'outil d'une protestation, l'agent d'une marginalisation (Dargent, 2005, Béraud, 1922)¹⁴³.

Un ensemble de traits comportementaux est associé à l'obésité : compulsion, jovialité, paresse, démesure, etc., caractéristiques pour la plupart d'une forme de culpabilité. Ces traits peuvent correspondre à un « trait d'union » familial¹⁴⁴. L'obésité relationnelle vécue et partagée par l'ensemble des membres d'une même famille peut décliner un mimétisme voulu

¹³⁹ Waysfeld B., *Le Poids et le Moi*, Armand Colin, Paris, 2003, « les formes féminines évoluent avec le temps. Les rondeurs des Rubens ou des Renoir ont définitivement disparu, laissant place aux minceurs de Modigliani, et aux maigreurs des Buffet. » p.45.

¹⁴⁰ Vigarello G., (2004) *Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir, de la Renaissance à nos jours, « L'univers historique »*, Seuil.

¹⁴¹ Le Guen J.M., (2005) *Obésité, Le nouveau mal français. Pour une réponse politique à un fléau social*, Armand Colin, Paris, p. 169-173.

¹⁴² Goffman E., (1975) *Stigmatisme, les usages sociaux des handicaps*, Les Editions de Minuit, Paris, première parution en 1963.

¹⁴³ Dargent J., (2005) *L'obésité sociale : une sommation ?*, in *Le corps obèse : obésité, science et culture*, Champ Vallon, p.66.

Béraud H., (1922) *Le martyr de l'obèse*, « c'est dans les administrations qu'on voit ce qu'il en coûte de faire envie à ceux qui font pitié. Il faut entendre le ricanement de tous ces malingres en cage, tandis qu'ils renvoient un gros contribuable de guichet en guichet, comme un ballon. »

¹⁴⁴ Dargent J., (2005) *Op.cit.* p.48-53.

dans le cadre d'une fusion affective¹⁴⁵. Dans ce cadre, le fait de sortir d'une situation d'obésité pour un jeune prend la dimension d'une séparation, trahison à l'égard de son contexte familial. A cela, il convient d'ajouter l'importance du niveau socio-économique dans les facteurs de risque de situations d'obésité.

L'enquête SOFRES de 1997¹⁴⁶ montre que l'obésité en France est plus fréquente dans les milieux défavorisés, ce que le sociologue JP. Poulain relativise en précisant qu'il s'agit surtout des populations « pré précaires, en cours de fragilisation économique et sociale »¹⁴⁷. Il est attribué à ces situations un facteur de « désocialisation alimentaire », c'est-à-dire de grande solitude au moment des repas (Waysfeld, 2003)¹⁴⁸. Dans les milieux défavorisés, les parents travaillent tard et loin de leur domicile, les enfants se nourrissent seuls, devant la télévision, cherchant à « s'emplier de signes pour combler le vide social » (Corbeau, 2000)¹⁴⁹. Stigmate non plus seulement individuel, mais familial, il préfigure la complexité du traitement de l'obésité infantile, ne se limitant pas à des mesures diététiques, mais c'est tout un environnement social qu'il faut prendre en compte, familial, scolaire, amical, ludique et sportif (Soulié, 2005)¹⁵⁰.

3.2. Bien être, qualité de vie, intégration et réduction de l'obésité.

Si la prise en charge traditionnelle de l'obésité infantile vise le rapprochement de la « normale » des courbes de corpulence de santé, celle qui est développée par les Réppop s'inscrit dans une approche plus globale de la santé en privilégiant la question du bien être, et en recherchant l'intégration sociale selon un cheminement différencié pour chaque jeune. Donnant une priorité aux souffrances « sociales », comme les moqueries dont l'enfant obèse

¹⁴⁵ A ce propos, l'écrivain japonais Kenzaburo Oé suite à la naissance de son fils handicapé en 1963 décrit dans un roman la relation entre un père obèse et son fils qu'il rend aussi volontairement obèse, in Une affaire personnelle, Stock, 1994.

¹⁴⁶ Cette enquête révèle en 1997 que l'obésité est d'autant plus fréquente que la famille dispose de faibles moyens financiers. Les professions les plus exposées sont les agriculteurs et les ouvriers. Réalisée tous les 3 ans depuis 1997 à l'initiative de Roche et en partenariat avec la TNS Healthcare SOFRES. Enquête conçue et supervisée de manière indépendante par le Dr M.A. Charles (épidémiologiste et directeur de recherche à l'Inserm-unité780) et le Pr. A. Basdevant (responsable du pôle endocrinologie-métabolisme-nutrition-prévention cardiovasculaire de la Pitié-Salpêtrière-Université Paris 6).

¹⁴⁷ Poulain J.P., (2003) T'as vu comme t'es gros ? Faire face à la stigmatisation sociale des obèses, Université de Toulouse, Septembre 2003.

¹⁴⁸ Waysfeld B., (2003) Op.cit, p.101, « la table symbolise le lieu privilégié où s'exprime tous les aspects de convivialité. Elle représente, en effet, bien plus qu'un lieu ou un moment où l'on absorbe de la nourriture, c'est aussi le temps d'un remplissage affectif. Toutes sortes d'informations et d'échanges s'expriment au cours du repas. »

¹⁴⁹ Corbeau JP., (2000) S'emplier de signes pour combler le vide social, in Le journal des professionnels de l'enfance, p. 64-69.

¹⁵⁰ Dr. Soulié D., (2005) Réponses à vos questions sur le surpoids chez l'enfant et l'adolescent, Solar, Paris, p.2.

est victime (Frelut, 2003)¹⁵¹. C'est alors une activité créatrice et novatrice en éducation pour la santé portant sur des données de qualité de vie des jeunes :

« L'évaluation du bien être de l'enfant, c'est une de nos questions. On a deux grands thèmes actuels de l'APOP et de la commission nationale des réseaux c'est l'activité physique et l'éventuelle constitution d'un questionnaire de bien être, ce qu'on appelle l'évaluation de la qualité de vie. On est a priori en passe d'utiliser un questionnaire existant qui s'appelle le « peps col », c'est un questionnaire de qualité de vie qui permet de voir au cours de la prise en charge, si on fait du bien à l'enfant. Ce qui n'est pas évident. On a même l'intuition dans un certain nombre de cas, que dans un premier temps, on peut déstabiliser des fonctionnements et des équilibres familiaux précaires. C'est une pathologie complexe, du fait que c'est tellement multi factoriel que parfois on soulève des contextes, des dysfonctionnements, des difficultés majeures et que le fait de pointer ça, à un moment donné, cela peut déstabiliser plus qu'aider...donc c'est important pour nous de l'évaluer. Et puis dans l'autre sens on a l'impression que pour un certain nombre d'enfants, le fait d'être pris en charge, d'être accompagné, d'être étayé, au-delà parfois d'un échec sur ce qui est strictement de la perte de poids, il y a un mieux être, il y a le fait de s'être senti accueilli, écouté, d'avoir eu une structure, un lieu de parole etc. Dans les deux cas, il nous semblait que c'était important pour nous, de manière très claire, d'évaluer cette dimension du bien être. » (Médecin coordonnateur B d'un Réppop).

Mais l'approche traditionnelle qui vise la normalisation pondérale et celle qui cherche la participation sociale et l'intégration n'entretiennent pas forcément que des relations d'opposition. Elles peuvent être mobilisées de façon complémentaire. L'approche sociale peut alors permettre de solliciter les familles avant de travailler avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la normalisation des courbes de corpulence. Ou encore, l'amorce de perte de poids peut servir à un travail d'intégration sociale. Selon les modèles que les professionnels privilégient pour construire leurs propositions de suivi aux jeunes obèses et à leurs familles, la normalisation pondérale reste un résultat quantifiable attendu par les tutelles. Elle objective l'efficacité de la prise en charge. Mais si l'intégration sociale n'est pas réussie, la reprise de poids ne se fera pas attendre, et va interroger non seulement l'efficacité, mais l'efficience du réseau. L'articulation entre du médical et du social est ainsi un enjeu majeur pour les Réppop qui ont alors besoin de nouvelles compétences professionnelles pour la réaliser.

¹⁵¹ Frelut M.L., (2003) L'enfant souffre-t-il d'être trop gros ?, in L'obésité de l'enfant et de l'adolescent, « l'enfant obèse se sent bien dans ce corps-là mais souffre de moqueries », p.66.

3.3. Le « travail » du médecin, versus travail des parents.

Dans la perspective interactionniste d'Anselm Strauss (1992), le « travail » du médecin s'inscrit dans la « trajectoire du malade » :

« La trajectoire de maladie renvoie non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués. Pour chaque maladie différente sa trajectoire imposera des actes médicaux et infirmiers différents, différents types de compétences et autres savoir-faire, une répartition différente des tâches entre ceux qui travaillent (y compris le cas échéant, les parents proches et le malade) et exigera des relations tout à fait différentes, qu'elles soient simplement instrumentales ou de l'ordre de l'expression entre ceux-ci. » (Strauss A., 1992)¹⁵².

Dans le cadre de l'obésité infantile, le travail du médecin doit trouver une articulation avec celui des familles et plus particulièrement des parents, qui ont un rôle clé tant en ce qui concerne le diététique et l'activité physique, que bien entendu dans les relations affectives. Le médecin aurait un rôle d'accompagnant, non plus seulement en référence à des évolutions biomédicales de la « maladie », mais dans l'orientation des jeunes et des familles vers un suivi spécifique sollicitant une ou plusieurs disciplines paramédicales. Ce rôle nouveau du médecin, non culturellement acquis, et plus particulièrement mis en avant dans les ateliers d'éducation thérapeutique, peut même être considéré par certains d'entre eux comme non adapté à leur compétences :

« C'est le constat que l'on fait en formation en éducation thérapeutique, c'est qu'il s'agit d'une vraie révolution par rapport au discours injonctif, prescripteur, etc. Et c'est très dur pour un médecin dont toute la culture est injonctive et prescriptive, de faire une révolution intérieure. A ce propos, les canadiens ont fini par constater que ce n'est pas aux médecins de faire de l'éducation thérapeutique parce que c'est un trop gros choc culturel pour eux. Du coup, ils n'ont même pas pris des infirmiers, ils ont pris des gens qui sont plus neutres au niveau du discours médical, c'est-à-dire qu'il n'y a pas forcément besoin d'avoir une culture

¹⁵² Strauss A., (1992), La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste, Paris, L'Harmattan, p.143-144

médicale, il faut surtout savoir accompagner un projet. » (Médecin coordonnateur B d'un Réppop)

Le rôle du médecin se voit profondément questionné dans le suivi de cette pathologie très particulière que représente l'obésité infantile. Alors qu'ils sont les fondateurs de ces nouveaux dispositifs, les médecins coordonnateurs réalisent rapidement les limites de leur seule intervention dans le suivi d'une telle « pathologie ».

« On ne peut pas demander aux médecins de terrain de s'occuper des obésités extrêmement sévères et peut être qu'il faut plus se concentrer sur le dépistage précoce, le repérage précoce, les prises de poids excessives et les surpoids. Parce que moi je comprends très bien qu'un médecin n'ait pas envie de s'occuper d'un patient en obésité sévère. Après, l'hôpital a répondu qu'il n'avait pas la capacité à accueillir ces enfants là, donc il y a quand même un nombre important d'enfants que cela concerne. Maintenant les libéraux ne pourront pas le faire. En revanche faire du dépistage précoce pour éviter que dans 20 ans, ou dans 15 ans on en ait autant peut être, mais vraiment c'est du travail de longue haleine ! Ce n'est pas facile de voir aussi loin. » (Médecin coordonnateur A d'un Réppop).

Le manque de temps, le manque de formation, mais également l'ampleur de la tâche ne leur permet pas de prendre en charge seul l'éducation des jeunes patients obèses. Ils sont alors amenés à penser un travail collectif, collaboratif dans le cadre d'une responsabilité éducative laissée aux parents. Ils sont ainsi amenés à créer un espace ouvert laissant de la place pour d'autres professionnels afin de proposer aux jeunes obèses un accompagnement à la fois médical et social. L'activité physique va pouvoir bénéficier de ce contexte professionnel semi-ouvert favorable.

Chapitre 4 : L'APA et Santé : analyse de l'émergence d'une professionnalité dans les Réppop.

Si l'activité physique adaptée est émergente dans les Réppop, il s'avère néanmoins que la discipline activité physique pour les malades chroniques bénéficie d'une forme de légitimité acquise au niveau institutionnel, ainsi qu'au niveau d'autres réseaux de santé comme les réseaux diabète. Ainsi lorsque l'on considère l'ensemble du contexte de l'émergence des APA dans les Réppop, on peut qualifier son émergence de relative. Dès lors ce chapitre aura pour objet de situer sociologiquement ce que peuvent recouvrir les concepts de professionnalité émergente, de territoire professionnel, ou encore de profession, afin d'aboutir aux questionnements centraux relatifs à l'intégration des professionnels de l'APA et santé dans les coordinations des Réppop.

1. Caractériser une professionnalité émergente ?

1.1. De la « licence » au « mandat », en passant par les interactions.

Les analyses sociologiques relatives aux professions commencées en 1920 autour d'une dissociation du concept de profession et de celui d'occupation¹⁵³, sont poursuivies par différents courants fonctionnaliste, interactionniste, néo-marxiste, néo-wébériens, etc. Dans la plupart des cas, l'objet central des réflexions porte sur la distinction ou non entre les professions, que ce soit en termes de division du travail (Hughes, 1958)¹⁵⁴, de stabilité des identités professionnelles (Becker, 1962)¹⁵⁵, de négociation des règles sur le lieu de travail (Strauss, 1992)¹⁵⁶. Puis avec Freidson, le regard se tourne vers une invitation à ne pas décréter ce qu'est une profession, mais plutôt à chercher à comprendre comment les membres construisent une professionnalité. Ainsi, le thème de l'émergence d'une profession se distingue et devient progressivement un objet d'analyse sociologique.

¹⁵³ Carr-Saunders A.W., Wilson P.A., *The Professions*, Oxford, Clarendon Press, 1933. ; Parsons T., (1933) *The Profession and social structure*, in H. -M. Vollmer et D.-L. Mills (eds), 1966, p. 56-58.

¹⁵⁴ Hughes E.C. (1958) *Men in their work*, Glencoe (Ill.), The Free Press.

¹⁵⁵ Becker H., (1962) *La nature d'une profession*, in *Le travail sociologique. Méthode et substance*, Fribourg, Academic Press Fribourg – ED. Saint-Paul, 2006.

¹⁵⁶ Strauss A.L. (1992) *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Pour autant, les recherches sociologiques se ciblent prioritairement sur les professionnels en exercice, et notamment sur les démarches qu'ils mènent pour donner à leur exercice le plus de valeur et de sûreté possible. Cette sûreté se définit avec E.C. Hughes selon deux concepts : la licence : « ensemble de tâches pour lesquelles un métier est parvenu à faire reconnaître sa compétence », et le mandat : « autonomie laissée aux membres de la profession pour définir la façon dont doivent être exécutées les tâches appartenant à la licence ». (Hughes, 1958). E.C. Hughes stipule de plus la tendance générale de toute profession ayant obtenue la licence, d'essayer d'obtenir un mandat. Cette différenciation permet de situer les concepts de professionnalité (du côté de la licence) et de profession établie (du côté du mandat), mais également de caractériser une dynamique dans la division du travail autour de la constante recherche d'amélioration par les professionnels des contenus de leurs tâches contrôlées au cours du temps. Celle-ci peut aller jusqu'à une délégation des tâches qualifiées de « moins nobles » ou de « sale boulot » aux professions situées en dessous dans la hiérarchie. Il s'agit alors d'analyser la manière dont la professionnalité en APA-S définit sa licence, c'est-à-dire l'ensemble de ces tâches contrôlées, au cœur des coordinations des Réppop, mais également d'observer dans quelles mesures sont envisagées les perspectives de « mandat » ? Et avec celles-ci, est-il possible de concevoir une forme de segmentation relative notamment à l'encadrement des séances d'activités physiques proprement dites ? A la suite des travaux d'E. Goffman et H.S. Becker sur la caractérisation des différences de parcours ou de carrières entre les professionnels, selon quelle construction d'une perspective de carrière peut-on envisager cette segmentation menée par les professionnels de l'APA-S ?

En ce qui concerne la diversité des professions, leur singularité, Hughes définit le concept de carrière qu'il utilise pour analyser la trajectoire suivie par un individu à l'intérieur des organisations de travail selon deux dimensions, l'une objective ayant trait à la série de statuts et d'emplois clairement définis. Et l'autre subjective faite de changements dans la perspective selon laquelle la personne perçoit son existence comme une totalité et interprète la signification de ses diverses caractéristiques et actions¹⁵⁷. Ainsi, chaque contexte présente des cas particuliers auxquels les professionnels sont confrontés, et dans cette confrontation naît la singularité de leur carrière. Dès lors, la question de la singularité du travail professionnel dans les dispositifs spécifiques que représentent les coordinations des Réppop est à considérer dans l'étude de l'émergence du nouveau territoire professionnel de l'APA-S. Comment ce qui se

¹⁵⁷ Hughes E.C., (1937), Institutional Office and the Person, American Journal of Sociology.

passer sur les différents lieux de travail va être plus ou moins déterminant dans la construction de cette émergence ?

La notion de segmentation d'une profession souligne le caractère dynamique des relations au sein d'un même groupe, les professions n'étant plus envisagées selon « un partage d'une même identité ou de valeurs communes » mais comme un « conglomérat de segments en compétition et en restructuration continue » (Bucher et Strauss)¹⁵⁸. Il est alors davantage question de la structuration dynamique des professions dans leurs interactions mutuelles (Becker, 1998)¹⁵⁹ pour aboutir à une définition plus globale d'un système où les professions, ne sont qu'un élément parmi d'autres : le contexte social (Hughes, 1996), l'Etat et les agents chez Abbott¹⁶⁰ avec lesquelles elles entrent en interaction pour assurer leur existence, d'où l'idée d'une interdépendance des professions. Les différents groupes professionnels sont liés par une division du travail, celle-ci instaurant l'occupation de positions hiérarchiques. Les relations d'interdépendance sont donc non seulement fonctionnelles mais aussi sociales et sans cesse remaniées à travers des luttes. Chacune d'entre elles faisant un effort afin de maintenir sa position dans la division du travail¹⁶¹. Ainsi, la question sociologique d'une profession émergente et de son intégration au cœur d'un système ou d'une organisation sollicitant des interdépendances entre des professions émergentes et des professions dites « établies » (Hughes, 1996)¹⁶², devient progressivement un espace d'analyse dans le contexte de la sociologie des groupes professionnels. Plus précisément avec A. Abbott, c'est la dimension systémique de l'interdépendance des professions qui est mise en avant. L'amélioration de la position de certaines professions ayant un impact sur les autres professions et inversement. L'objet d'analyse se réfère donc à la dimension interactive de l'interdépendance des professions. Cette dimension interactive se joue dans des processus continus de négociation et d'ajustements mutuels. Dès lors, dans notre cas précis il s'agira de situer les interdépendances des professionnels de l'APA-S avec les professionnels des cellules de coordination des Réppop selon une dimension interactive, comme éléments constitutifs de leur émergence.

¹⁵⁸ Bucher R., Strauss A. (1961), La dynamique des professions, in A. L. Strauss (1992), p. 67-86.

¹⁵⁹ Becker H.S. (1998) Les ficelles du métier, Paris, La découverte, 2002.

¹⁶⁰ Abbott A. (2003) Ecologies liées : à propos du système des professions, in Menger P.-M (dir.), Les professions et leurs analyses sociologiques, Paris Éditions de la MSH, p. 29-50.

¹⁶¹ Hughes E.C., (1996) la division technique du travail repose sur les compétences c'est-à-dire la maîtrise des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'accomplissement d'une tâche. La division morale du travail signe l'existence de tâches respectables et d'autres peu agréables qu'il qualifie de « sale boulot ». Op.cit p.61-63.

¹⁶² Ibid. p.100

1.2. Les analyses sociologiques du caractère « émergent » d'une profession.

Si l'on peut noter un regain d'intérêt récent pour l'étude sociologique de l'émergence d'une profession, il s'agit d'une question relativement ancienne. L'expression « profession émergente » est utilisée depuis le début des années 1980 par les anglo-saxons : « emerging professions » (E. Vaines, 1983)¹⁶³. Il semble que cela ne soit pas d'un intérêt nouveau au sein des différents questionnements sociologiques sur les groupes professionnels. En effet, il est possible de trouver un rapprochement avec des expressions plus anciennes comme « profession en formation » (Freidson, 2001)¹⁶⁴, ou encore celles de licence et mandat (Hughes, 1937)¹⁶⁵. Plus généralement, toutes les réflexions ayant trait à la recherche d'autonomie d'une profession abordent la démarche utilisée par une profession pour se légitimer. L'autonomie se définissant à travers le libre arbitre laissé aux membres d'une profession pour définir la façon dont les tâches doivent être exercées (Hughes, 1937), ou encore lorsqu'une compétence exclusive a été reconnue pour prendre en charge certaines tâches, ce qui rejoint la définition première donnée aux « professions » en opposition aux « occupations » (Carr-Saunders, Wilson ; Parsons, 1933). Apparentée à un haut niveau de savoir acquis lors de la formation initiale, par les fonctionnalistes comme Parsons, cette autonomie peut alors s'associer au concept de « pouvoir » amenant les professionnels à faire des choix librement, à la place de leurs clients par exemple (Parsons, 1951)¹⁶⁶.

L'ensemble de ces travaux s'orientent sur la remise en question de la fonction première des savoirs dans la définition d'une autonomie des professions. Cela constituera d'ailleurs le cœur des travaux menés par le courant interactionniste (Hughes, Becker, Strauss, etc.), le courant néo-wébériens, ainsi que les sociologues E. Freidson, et A. Abbott dont les travaux sont qualifiés par C. Dubar et P. Tripier de « nouvelles théories des professions »¹⁶⁷. Si un accord semble exister entre eux sur le lien entre statut professionnel, avantages d'autonomie, pouvoir, rémunération et prestige, leur opposition s'ancre dans la construction de cette autonomie. Du côté des interactionnistes, elle est le résultat d'interactions et de luttes entre les professionnels. Dans la plupart des cas, il n'en demeure pas moins un intérêt pour les groupes professionnels établis de longue date comme les médecins. Ce n'est que très récemment que

¹⁶³ Vaines E., (1983) Systems framework to facilitate the development of emerging professions, *Journal of consumers and home economics*,7, p.89-98

¹⁶⁴ Freidson E., (2001) *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*, University of Chicago Press.

¹⁶⁵ Hughes E.C. (1937) *Op.cit.*

¹⁶⁶ Parsons T., *Social structure and dynamic structure: The case of modern medical practice*, *The Social System*, Glencoe (Ill.), The Free Press, 1951.

¹⁶⁷ Dubar C., Tripier P., (2005, 2^{ème} édition), *Op.cit.* p.118-132.

les recherches en sociologie des groupes professionnels s'orientent vers les questions d'émergence d'une profession ou d'un nouveau segment au cœur d'une profession existante. Les études sociologiques des groupes professionnels d'Isabelle Baszanger¹⁶⁸ en référence à l'émergence de la médecine de la douleur ; Sophie Divay¹⁶⁹ sur l'émergence du métier de la médiation sociale; Claire Perrin et Pascal Chantelat sur les éducateurs médico-sportifs dans le monde médical¹⁷⁰, diffusent récemment des analyses sociologiques sur le concept de profession émergente. C'est alors l'étude de la construction d'une profession dans sa démarche de légitimation de savoirs et de savoir-faire. Si l'on considère la prise en compte dans les analyses, du rôle de l'Etat, celui des agents aux côtés des professions, alors on se rapproche du travail de Sophie Divay dans son analyse du métier de la médiation sociale. En correspondance avec les travaux d'Andrew Abbott, il est question de la co-construction d'une professionnalité impliquant notamment le rôle de l'Etat dans la définition de ses savoirs et de ses savoir-faire:

« Le devenir de la médiation sociale est donc à suivre tant il est riche sur les processus de professionnalisation « from above » (Evetts et Wilson, 2005) concernant, en l'occurrence, l'évolution d'activités nées d'une volonté politique de créer de « nouveaux métiers » » (p.250)

L'analyse développée par Claire Perrin et Pascal Chantelat au sujet des éducateurs médico-sportifs (EMS), dépasse également la mobilisation des savoirs et savoir-faire pour s'orienter vers une mise en avant de la construction par ces professionnels de l'APA particuliers (Activité Physique Adaptée) de compétences originales s'effectuant dans l'interaction avec les patients mais aussi avec les professions établies :

« Plus précisément, l'analyse dynamique de la professionnalité des EMS a pour objectif de rendre compte de la construction progressive de compétences spécifiques constitutives de l'identité du métier et des modalités d'entrée dans la carrière d'EMS. » (p.253)

En définitive, le caractère « émergent » d'une profession peut se caractériser comme une actualisation des réflexions autour du concept d'autonomie d'une profession, versus

¹⁶⁸ Baszanger I., (1995) Douleur et médecine, la fin d'un oubli, Paris, Le Seuil.

¹⁶⁹ Divay S., (2009) La médiation sociale : « un nouveau métier » plus de dix ans après son émergence ?, in Demazière D., Gadéa C., (Dir.). Sociologie des groupes professionnels, acquis récents et nouveaux défis, La Découverte.

¹⁷⁰ Perrin C., Chantelat P., (2009) Les éducateurs médico-sportifs : une activité émergente, inscrite dans le monde médical, in Demazières D., Gadéa C (Dir.). Sociologie des groupes professionnels, Acquis récents et nouveaux défis, La découverte, Paris.

« nouvelles théories » sociologiques des groupes professionnels. Mais il s'avère qu'il existe un nombre restreint d'études qui intègrent dans l'analyse de la construction d'une nouvelle professionnalité, à la fois les problématiques du lien entre les professions elles-mêmes, mais aussi celles concernant les professions et l'Etat. Si l'intervention de l'Etat se perçoit particulièrement lorsqu'une profession vient d'une initiative « d'en haut » pour reprendre la terminologie d'Evetts¹⁷¹, c'est ici dans les attentes d'innovation efficientes formulées par l'Etat auprès des Réppop que se joue l'émergence d'une professionnalité de l'APA-S dans les coordinations de ces réseaux. Dès lors, notre objectif sera d'essayer de contribuer à cette approche théorique en sociologie des groupes professionnels.

Ainsi le cadre des « écologies liées » qu'A. Abbott a défini en 2003¹⁷² paraît être particulièrement adapté à une analyse d'un modèle en train de se faire dans le contexte des coordinations des réseaux pédiatriques de l'obésité infantile, où l'injonction à la coordination des soins génère une dimension particulièrement systémique de l'interdépendance des professions. Cette approche interactive semble le mieux correspondre à notre étude d'une professionnalité émergente dans les Réppop :

« Une écologie est un système d'éléments aux interactions multiples, et pour la plupart indépendants. Ceci laisse supposer que, d'un côté, l'interaction des éléments est trop contraignante pour être ignorée, mais que les éléments ne sont cependant pas complètement intégrés... ». (Abbott, 2003, p.43.)

Il marque ainsi un dépassement des théories fonctionnalistes des professions pour lesquelles le développement, la restauration et l'organisation des professions s'effectuent à travers une fonction essentielle de cohésion sociale et morale du système social. A. Abbott va même plus loin lorsqu'il considère la dynamique sociale comme une écologie des écologies :

« Nous dirons alors que le mot « écologie » désigne une structure sociale moins unifiée que ne l'est une machine ou un organisme, mais beaucoup plus solidaire, unifiée, que ne le sont les unités atomiques du libéralisme classique ou de l'interaction quasi probabiliste que l'économie politique a empruntée à la thermodynamique afin de comprendre les variations des marchés. Une « écologie », utilisée comme stratégie analytique, cherche une approche médiane entre ces deux façons d'aborder la vie sociale. » (Abbott, 2003, p. 43)

¹⁷¹ Evetts J., (2006) Short note: The sociology of professional groups. New directions., Current Sociology, vol. 54, n°4.

¹⁷² Abbott A., (2003) Op.cit.

Ainsi spécifier le concept d' « écologie » et plus particulièrement celui des « écologies liées » se situe au carrefour de la théorie des champs de Pierre Bourdieu, celle des interdépendances de Norbert Elias, et enfin des économistes de la concurrence des marchés dont on a du mal à définir les frontières. Dans sa théorie des champs, Pierre Bourdieu situe chaque champ à la fois comme un champ de force (rapport de forces entre dominants et dominés), et comme un champ de luttes (dans lequel les agents sociaux s'y affrontent pour conserver, ou transformer le rapport de forces). Avec dans ces luttes, la mise en jeu de la définition même du champ et de la délimitation de ses frontières. Ainsi chaque champ comporte des relations de concurrences entre ses agents¹⁷³. Si la notion d'alliance n'est pas absente de la théorie de P. Bourdieu, Abbott pour sa part, donne un rôle central dans son concept d' « écologies liées » la notion de relations d'alliances¹⁷⁴ construite par les groupes professionnels et qui se sont révélées gagnantes avec des éléments d'autres écologies. Il va même jusqu'à placer ce concept d'alliance au cœur de la compréhension du système d'interdépendance entre les professions : « Les variables les plus importantes sont celles qui déterminent la formation des alliances. » (Abbott, 2003, p.31). Il situe donc les alliances au niveau des liens entre les écologies, avec une place importante accordée à l'Etat. La stabilité et l'autonomie d'une profession étant dépendantes de l'alliance contractée avec une partie de l'Etat. A ce propos, les travaux de M. Robelet sur les médecins, l'Etat et la politique des réseaux de santé en France, mettent en évidence une illustration de ce concept d' « écologies liées » entre l'émergence de nouvelles politiques publiques et les reconfigurations du marché du travail médical¹⁷⁵. A la suite de cette analyse sur les dynamiques professionnelles autour de la coordination des soins, l'intérêt de notre objet d'étude sera de comprendre comment se constituent les frontières entre les groupes professionnels au sein des coordinations des Réppop, et plus particulièrement celles des professionnels de l'APA et santé, selon les liens construits ou non construits par les groupes professionnels avec des éléments d'autres écologies.

¹⁷³ Bourdieu P., (1989) *la Noblesse d'Etat*, Paris, Minuit.

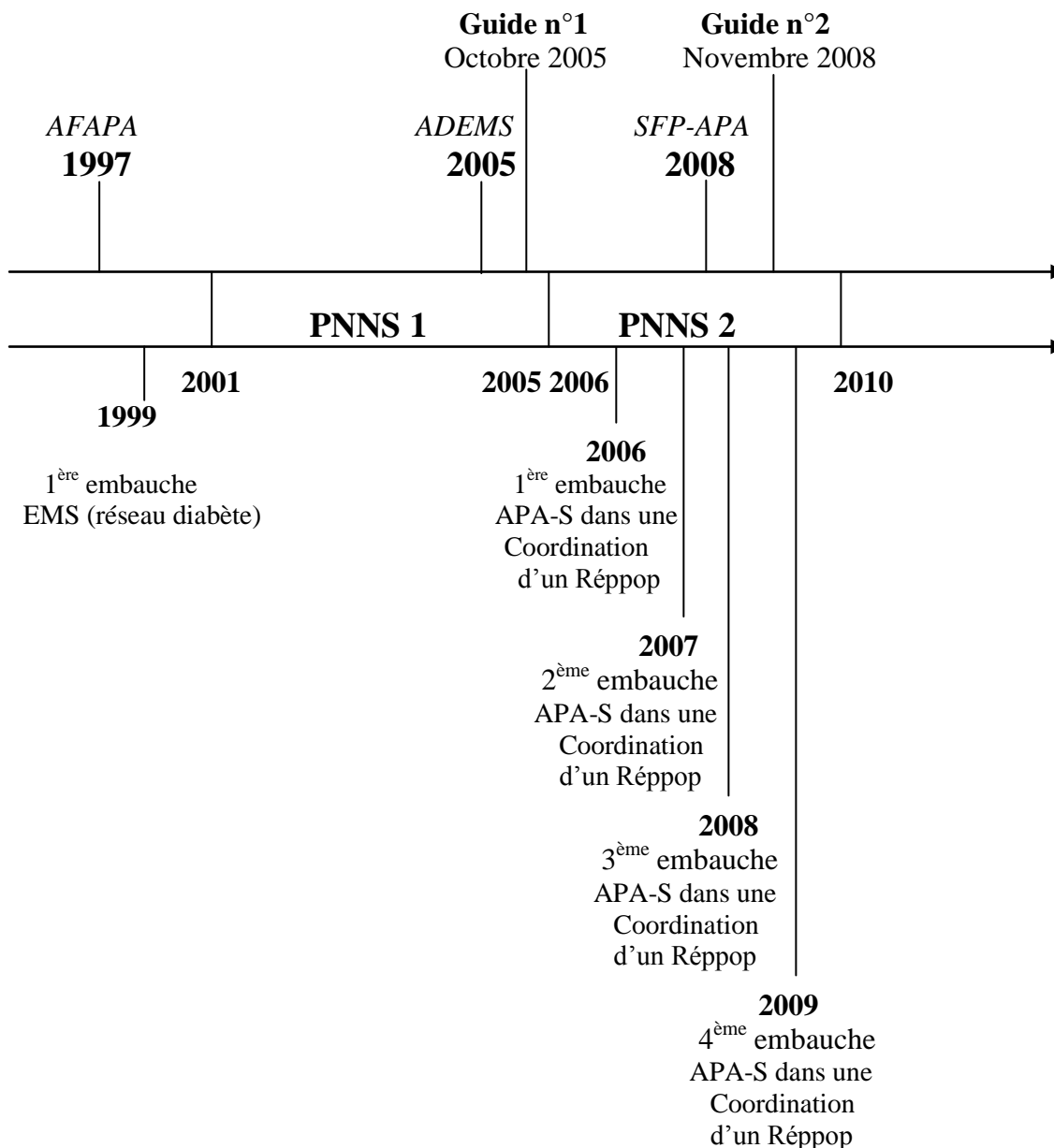
¹⁷⁴ Abbott A., (2003) « Chaque membre de chaque alliance - qu'il soit société ou agence gouvernementale ou association volontaire – espère que son alliance gagnera, moins pour l'alliance elle-même que pour parvenir à ses buts propres. » *Op.cit.* p.31.

¹⁷⁵ Robelet M., (2008) *Les médecins, l'Etat et la politique des réseaux de santé en France*, in Le Bianic T., et Vion A., (Sous la dir.) *Action publique et légitimités professionnelles*, Droit et société, vol. 48.

2. L'émergence d'un questionnement spécifique de l'AP dans la prise en charge de l'obésité infantile.

Pour situer l'émergence du territoire de l'APA-S dans les coordinations des Réppop, il est important de le contextualiser au regard des parutions de textes officiels (PNNS 1 et PNNS 2) ; des premières embauches de professionnels de l'APA-S dans les réseaux diabète ; et de la création des différents systèmes d'auto-organisation.

Schéma chronologique représentatif de l'émergence de l'APA-S dans les coordinations des Réppop.



2.1. Les « guides » du PNNS (2005 ; 2008) : état d'une littérature qui fonde l'intégration de l'APA dans les Réppop.

Plusieurs documents qui ont été appelés des « guides » sont publiés à propos de l'activité physique comme moyens d'aide à l'application des deux programmes PNNS 1 (2001/2005) et PNNS 2 (2006/2010). Ce mouvement de publication est impulsé par des groupes de travail créés par l'APOP regroupant des pédiatres convaincus de l'intérêt de diffuser les connaissances concernant l'activité physique auprès des professionnels de santé¹⁷⁶.

Avant même de rentrer dans le cœur de l'analyse de chacun des deux guides rédigés en activité physique, il semble intéressant de questionner l'idée même de parution de ces guides. Sachant qu'il en existe uniquement en activité physique, mais pas en diététique ou en psychologie, on peut considérer ces publications comme le constat d'un manque de connaissances des médecins dans la construction de leur prise en charge, ceci notamment pour les jeunes en surpoids ou obèses. Ainsi, le public cible du premier document est constitué essentiellement des médecins généralistes, à qui l'on apporte les connaissances nécessaires pour « favoriser l'activité physique ». L'objet principal de ces publications est d'assimiler l'activité physique uniquement à des connaissances à la portée de tout médecin, mais en aucun cas du ressort d'une spécialité, c'est-à-dire d'une profession particulière. Ces premières considérations valorisent la prescription d'activité physique pour générer des changements de mode de vie chez les jeunes obèses. Cela peut caractériser un enjeu pour le milieu médical de garder une forme de domination sur tout le suivi des patients.

Cette démarche peut également se définir à travers l'idée d'une harmonisation des pratiques professionnelles, et pour commencer l'idée que chaque médecin aborde plus systématiquement la pratique physique dans le traitement de l'obésité infantile, et oriente les usagers vers le service public. Ce qui n'allait pas de soi, car d'emblée c'est la diététique qui occupait une place centrale dans les prescriptions, l'activité physique ne venant que dans un deuxième temps face à une recrudescence d'échec des prises en charge exclusivement basées sur des régimes alimentaires.

¹⁷⁶ Regroupant des professionnels de la santé de l'enfant, en majorité des pédiatres, les objectifs de cette association comme : « améliorer la prise en charge des enfants ou adolescents obèses en milieu hospitalier ou en ambulatoire », sont visés par le biais de réunion au cours desquelles se définissent des groupes de travail dont l'activité physique, la restauration scolaire et l'éducation nationale, l'éducation thérapeutique pour les patients, la prévention de l'obésité, la psychologie de l'obésité, etc.

2.1.1. Le premier guide : une réduction de l'activité physique aux données biomédicales.

Ce premier guide intitulé « Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques. »: paraît en Octobre 2005 avec pour éditeurs : le Programme National Nutrition santé, Le Ministère de la santé et des Solidarités, et la Société Française de Nutrition. Il vient donc en fin de période du PNNS1, faire état d'un manque de connaissances en matière d'activité physique chez les médecins généralistes. Les auteurs cités sont quatre professeurs en médecine n'ayant aucune responsabilité au cœur d'un Réppop de France. Deux professeurs sont du domaine de la nutrition, et les deux autres sont du domaine de la médecine du sport. Ce premier document est non exclusivement adressé aux jeunes adolescents ou aux enfants. Il est articulé en cinq grandes parties, dont l'essentiel du contenu consiste en une valorisation des effets de l'activité physique. Il est donc davantage question d'une recherche de persuasion, et d'une légitimation plutôt que de recommandations :

« La difficulté est d'inciter des sujets, le plus souvent inactifs et sédentaires...les premiers conseils simples visent à limiter le comportement sédentaire et encourager une activité physique minimale dans la vie de tous les jours. »(p.49-50)

Ce guide valorise prioritairement une légitimation scientifique et institutionnelle, et il réduit les pistes pratiques aux données biomédicales. Les dimensions plus psychologiques ou sociologiques de la pratique physique sont, pour leur part, placées dans une importance très secondaire (une demi-page). L'adaptation des recommandations est très brièvement proposée pour l'enfant et l'adolescent. Mais, au final, les propositions concrètes pouvant aider les médecins tiennent en quatre pages, ainsi cet outil semble être une première étape caractéristique du cheminement du corps médical à l'égard de l'activité physique pour le traitement de l'obésité infantile avec une priorité accordée aux données biomédicales :

« L'activité physique doit être débutée de façon très progressive chez les sujets inactifs et/ou sédentaires...Les sports appropriés chez les personnes déjà actives, sont ceux qui font travailler les grands groupes musculaires : en pratique ce sera marcher, courir, rouler, nager, skier...longtemps à une intensité modérée c'est-à-dire correspondant à 40-50% du VO2 max. »
(p. 51)

Dans le cas de ce premier guide, les offres de pratiques physiques valorisées pour l'enfant sont décrites à travers une incitation à la pratique physique, et concerne tous les jeunes quel que soit leur âge, que ce soit des enfants ou bien des adolescents :

« En plus d'être actif pendant les récréations, l'incitation à la pratique d'activités physiques et sportives est essentielle, qu'il s'agisse de participer aux activités proposées par les associations de sport scolaire ou des possibilités hors école (associations, clubs)... » (p.53).

Si l'on peut noter de façon très globale les notions de plaisir et de goûts, on ne peut pour autant pas parler précisément ni d'une offre particulière ni d'une demande différenciée, mais d'une importance accordée à l'encouragement, à l'incitation à la pratique physique. Tout se passe selon une conception « spontanéiste » décrite par Claire Perrin et coll¹⁷⁷. Cette conception considère que « les jeunes obèses, raisonnables et autodéterminés, seront réceptifs aux informations et sollicitations orales ou écrites sur l'activité physique, respecteront les recommandations et, finalement s'engageront durablement dans une activité physique régulière et adaptée. »

Ainsi, ce premier document consacre une prise en charge médico-centrée de l'activité physique, et dans le même temps, redéfinit les médecins comme des experts dans le champ de l'activité physique et de la santé. Les jeunes en surpoids ou obèses sont perçus comme des patients à convaincre.

2.1.2. Le deuxième guide : une mise en évidence du rôle de l'activité physique adaptée (APA) dans les Réppop.

Ce deuxième guide intitulé : « Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée » paraît en novembre 2008 avec pour éditeurs : le Programme National Nutrition santé, Le Ministère de la santé et des Solidarités. Les auteurs cités sont définis selon deux catégories, les membres du groupes de travail mis en place par l'APOP qui sont au nombre de seize, et la coordination de ces membres assurée par quatre d'entre eux : deux pédiatres, deux professeurs (l'un chef de service en physiologie du sport, l'autre

¹⁷⁷ Perrin C., et coll. (2008) Op.cit. p. 218.

directrice d'un UFR STAPS). Il est à noter un élargissement considérable des domaines représentés par l'ensemble des auteurs : diététicienne, médecin généraliste, médecin du sport, professeur de sport, enseignants en APA et santé et intervenante en APA (cinq sur seize), docteur en STAPS. Six auteurs occupent des responsabilités au cœur de trois des cinq Réppop de France. Il y a donc la mise en évidence d'une dynamique générée par les professionnels des Réppop afin d'afficher une « spécialité » ou tout du moins une reconnaissance d'un savoir pratique :

« Dans l'esprit de cette collection, les auteurs font le point sur les connaissances scientifiques sur le sujet. Grâce à leur expérience en pratique quotidienne avec ces enfants obèses... » (p.2).

L'expertise n'est plus seulement réservée aux médecins, elle s'ouvre à tous les professionnels qui interviennent dans la prévention et la prise en charge de l'enfant obèse. Du côté de l'activité physique, les professionnels de l'APA-S partagent la spécialité avec les médecins du sport.

a. Les limites de la prescription de l'activité physique.

Exclusivement centré sur l'enfant ou l'adolescent en surpoids ou obèse, ce guide destiné à nouveau un public cible de médecins, marque une bascule dans le constat d'une mise en difficulté dans leurs prescriptions en activité physique. Les considérations et objectifs visés par le premier guide sont remis en question:

« Pourtant le médecin, après avoir posé le diagnostic, se trouve démuni... Ce nouvel ouvrage aborde un point trop méconnu de la prise en charge : la prescription en activité physique. » (p.2).

L'échec des prescriptions des médecins de « ville » est analysé en référence à leur manque de connaissances des organisations sportives, de l'offre de pratique, etc. que ce guide se propose à nouveau de combler. Si l'on reste toujours dans le domaine de la prescription, néanmoins, une différenciation importante est à noter dans la relativisation des données biomédicales autour de l'expression « prescription adaptée ». La première embauche d'un professionnel de l'APA-S dans la coordination d'un Réppop en 2006, puis les embauches suivantes en 2007, 2008 peuvent se considérer comme un élément déclenchant de ce changement de vocabulaire

dans les discours, et dans les écrits relatifs au suivi de l'obésité de l'enfant. Les référents biomédicaux se trouvent pondérés par le retentissement psychologique, ainsi que les goûts, les habitudes, les possibilités, l'environnement et la motivation à la pratique d'APS. Il y a une valorisation et une légitimation scientifique des outils créés par les médecins coordonnateurs, ainsi que ceux créés par les professionnels de l'activité physique qu'ils soient du champ de l'APA ou des éducateurs sportifs, ou encore des kinésithérapeutes.

b. La difficile ou l'impossible prescription de l'activité physique.

La proposition d'outils concrets avec notamment des questionnaires pour l'élaboration d'un diagnostic clinique plus complet, regroupant des données motivationnelles, des aptitudes physiques et du retentissement psychologique... situe la complexité du diagnostic faisant face à la possibilité de représentations faussement simplistes liant l'obésité avec l'alimentation et/ou l'activité physique, et la part avérée des dimensions psychologiques et sociales de cette pathologie. Ainsi, il n'est plus question de prescrire l'AP, mais d'élaborer un diagnostic éducatif basé sur « les déterminants psychologiques et l'influence du milieu socio-économique » comme « déterminants de l'activité physique chez l'enfant et l'adolescent obèse » (p.16). Ce qui laisse apercevoir des répercussions quant aux qualifications nécessaires pour l'encadrement des activités physiques, ne se limitant pas à une animation, mais tenant compte de paramètres socio-éducatifs spécifiques.

Les propositions pratiques d'activités physiques suivent deux niveaux distincts, en premier lieu, différentes possibilités d'offres sont présentées, puis une deuxième partie intitulée : « autres possibilités d'activité physique plus spécifiquement destinées aux enfants ou adolescents obèses », officialise la place de l'activité physique adaptée dans les Réppop :

« La plupart des Réppop disposent dans leur équipe de professionnels ressources en APS : médecin du sport, kinésithérapeute, enseignant en activité physique adaptée, éducateur médico-sportif... Ces professionnels de la santé et/ou de l'activité physique interviennent conjointement aux différents niveaux de la prescription d'activité physique. » p. 63.

Mais, il est à noter que la sollicitation des professionnels de l'activité physique adaptée (APA), n'est qu'une possibilité parmi d'autres de prise en charge en activité physique dans les Réppop. Elle intervient aux côtés des médecins du sport, et des kinésithérapeutes, et des

offres de psychomotricité. Ainsi, le médecin n'est plus le seul expert intervenant dans la prescription en activité physique, mais il peut s'associer avec les professionnels de son choix qu'ils soient de l'APA-S ou pas.

Au final, l'individualisation de la prescription est détaillée selon trois niveaux distincts : « surpoids simple, obésité « non majeure », obésité « majeure » », marquant une précision dans la personnalisation des prescriptions en activité physique. La différenciation des prescriptions en activité physique s'effectue alors selon les niveaux établis d'obésité. Les ateliers d'APA, la kinésithérapie, la psychomotricité et les centres d'accueil spécialisé ne concernent que les obésités « majeures », c'est-à-dire le niveau 3. Les deux premiers niveaux de surpoids « simple » et d'obésité « non majeure », ne nécessitant pas d'adaptation de la pratique mais uniquement une incitation à celle-ci, que ce soit dans le cadre scolaire de l'EPS ou bien dans le cadre extrascolaire par l'inscription dans un club sportif « ordinaire ».

Dès lors, ce deuxième guide vient mettre en évidence des adaptations de pratiques physiques ainsi que des champs professionnels et des structures d'accueil responsables de ces adaptations. Le champ des APA se retrouve aux côtés d'autres propositions d'offres. Il en revient donc aux professionnels de se positionner au sein de leurs différents contextes d'exercice. C'est pourquoi, certains professionnels de l'APA-S investis dans les Réppop et conscients de cette concurrence se regroupent afin de rédiger en 2008 un document annexe intitulé : « Activité Physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée ». L'autorisation de rédaction de ce document signe une alliance particulière des médecins avec les professionnels de l'APA-S.

2.2. La singularité des réponses professionnelles apportées par les acteurs.

En référence aux différents positionnements sociologiques ayant eu cours au niveau des professions, une problématique centrale se répète quant à la validité des différentes propositions théoriques avancées. La volonté prioritaire de se démarquer des théories fonctionnalistes a considérablement teinté les critiques des positionnements sociologiques ultérieurs. Appelé d'ailleurs courant de « sociologie critique », les théoriciens cherchent à démentir l'existence d'un modèle de pensée unique permettant d'expliquer le fonctionnement des professions. A ce propos, H. Becker peut se considérer comme celui qui a le plus consacré

d'énergie afin de populariser la démarche interactionniste, à travers notamment la mise au point de guides et de méthodes (1998)¹⁷⁸.

Dès lors, en se référant à la théorie des « écologies liées », il semble de prime abord un risque de généralité de la réponse proposée quant à la question du lien entre les savoirs, les contenus du travail, et les protections et le statut professionnel (Champy, p.184)¹⁷⁹. Cette deuxième théorie d'A. Abbott semble venir remettre en question le primat qu'il accordait dans sa théorie de 1988 à l'efficacité inégale des solutions ayant cours sur le lieu de travail. Ainsi, nous envisagerons dans une analyse sociologique des groupes professionnels, le caractère restrictif possible du système des « écologies liées » en le mettant à l'épreuve des différentes singularités des trajectoires des professionnels engagés dans les coordinations des Réppop. De plus, en ce qui concerne l'explication du maintien ou non de la « dominance » de certains groupes professionnels sur d'autres groupes investis dans les coordinations, le modèle des « écologies liées » semble contenir certaines limites (Hénaut, 2008)¹⁸⁰. Dans notre contexte particulier des professions de santé engagées dans les Réppop, le concept de « dominance » peut se définir dans la mise à jour des enjeux, à l'intérieur de l'espace des professions de santé, liés à la recherche d'une légitimité stable, protégée, se situant à l'égal de celle des médecins.

2.3. De l'importance du choix du contexte.

En conséquence des remarques précédentes, nous avons fait le choix d'une professionnalité émergente dans une organisation de professions établies. S'il existe de manière très récente et labile des postes en activités physiques adaptées et santé (APA-S) dans les soins de suite et de réadaptation, il n'existe pas de postes définis réservés aux titulaires d'une licence ou d'un master APA-S dans le milieu des réseaux de santé. De plus, les deux systèmes unificateurs qui défendent cette profession : l'Association des Educateurs Médico-Sportifs et la SFP-APA, ne possèdent pas les mêmes forces de revendications comparés aux professions « établies » qu'elles soient médicales ou paramédicales.

¹⁷⁸ Becker H.S. (1998), Les ficelles du métier, Paris, La découverte, 2002.

¹⁷⁹ Champy F., (2009) « En généralisant l'idée de luttes, et en donnant ainsi un poids accru à des différences internes à l'Etat ou au public, Abbott remet en question le primat que les arrangements sur le lieu de travail avaient dans sa théorie antérieure. » op.cit. p. 184

¹⁸⁰ Hénaut L., (2008) La restauration des œuvres de musées. Transformation d'une activité et dynamiques professionnelles, Thèse de doctorat en sociologie soutenue le 27 octobre 2008, Université de Paris 8, Vincennes Saint-Denis.

Notre choix s'est donc porté sur les dispositifs particuliers que représentent les réseaux de santé de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (Réppop). Ils se veulent innovants en référence au modèle traditionnel de la prise en charge hospitalière. Ainsi, c'est une approche originale qui est envisagée à travers cette étude d'un contexte de prise en charge pluridisciplinaire, collégiale de l'obésité infantile, mettant en présence un grand nombre de professionnels : médecins, diététiciens(nes), psychologues, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs, professionnels de l'APA-S.

L'APA-S bénéficie d'un contexte de légitimation scientifique comme condition à la légitimation institutionnelle dans l'espace élargi de la santé. L'intégration de l'activité physique dans les Réppop bénéficie des études épidémiologiques mais surtout de la dynamique nationale impulsée autour de l'activité physique et de la santé. Il y a généralement, une valorisation de certains bénéfices d'une pratique d'activité physique dans une volonté de contrôle de son poids corporel. L'accent est progressivement pointé sur la prévention des pathologies pouvant être associées à une prise de poids excessive, comme en témoigne l'expertise collective de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)¹⁸¹ : « La pratique régulière d'une activité physique et sportive permet de limiter le gain de poids et participe à son contrôle » (p.69).

Cette mise en relation étroite entre l'obésité et l'activité physique chez les jeunes enfants ou adolescents, repose essentiellement sur des études faites par des chercheurs américains, anglais¹⁸², etc. et concernent le plus souvent des contextes socio-économiques éloignés de la situation française ou même européenne actuelle. Ceci s'expliquant notamment en référence au nombre plus important de jeunes obèses au sein des populations américaines. Ainsi, le type d'activité physique pratiquée, la fréquence et l'intensité de cette pratique¹⁸³ ou encore l'âge auquel les jeunes différencient leurs pratiques physiques¹⁸⁴ sont étudiés par ces chercheurs. Il

¹⁸¹ Expertise Collective sur l'activité physique : contextes et effets sur la santé, synthèse et recommandations, Inserm, Mars 2008.

¹⁸² Nowicka, P, Flodmarck CE. (2007), Physical activity-key issues in treatment of childhood obesity, *Acta Paediatrica*, 96: 39-45 Suppl. 454.

¹⁸³ Kimm et coll. « Relation between the changes in physical activity and body-mass index during adolescence: a multicentre longitudinal study ». *Lancet*, 2005. Telama et coll., « Decline of physical activity from youth to young adulthood: a 21 years tracking study ». *Am J Prev Med*, 2005.

¹⁸⁴ Page et coll., « Physical activity patterns in nonobese and obese children assessed using minute-by-minute accelerometry », *Int J Obes (London)*, 2005

Trost et coll., « Age and gender differences in objectively measured physical activity in youth ». *Med Sci Sports Exerc*, 2002.

est intéressant de noter la très faible mise en relation, dans ces résultats, avec les facteurs sociaux de l'obésité. C'est-à-dire selon une approche globale de la santé de ces jeunes incluant l'impact des relations sociales générées par la pratique physique. Mais également le rôle que peut jouer le milieu familial en tant que modèle culturel de référence en matière d'éducation au sens large, regroupant l'alimentation et le mode de vie plus ou moins actif.

Ce positionnement scientifique des recherches sur les facteurs biomédicaux de l'obésité, vient appuyer une approche biomédicale des prises en charge en activité physique de l'obésité infantile, devant d'autres propositions de suivi basées sur une approche plus sociale, ou socialisante des pratiques physiques. A la demande du ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, l'INSERM fait une expertise collective sur les effets sur la santé de l'activité physique en termes de bénéfices et de risques. Cela aboutit à la parution d'un document en mars 2008 qui souhaite contribuer à un revirement en faveur des dimensions sociales des pratiques physiques. Les « facteurs d'insertion sociale, de changements de comportements, mais aussi de bien être et de qualité de vie » apparaissent au cœur des réflexions, aux côtés des approches biomédicales liées à une quantification de l'exercice physique. Ce qui semble être un élément favorable aux propositions de suivi en activité physique que peuvent faire de manière spécifique les professionnels de l'APA et santé. En effet, ces derniers proposent d'utiliser de manière originale les activités physiques et sportives pour favoriser l'intégration et la participation sociale des personnes en situation de handicap ; l'amélioration ou le maintien de la santé des personnes, le bien être, etc.

La légitimation institutionnelle qui découle de l'ensemble de ces légitimations scientifiques se concrétise par des politiques publiques de prévention relatives au traitement du surpoids et de l'obésité chez les jeunes en faveur de l'activité physique.

Tout d'abord le Programme National Nutrition Santé (PNNS 1 : 2001-2005)¹⁸⁵, dont l'objectif général est « d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition », dans lequel l'activité physique fait partie des « neuf objectifs nutritionnels prioritaires en terme de santé publique ». Or, comme nous l'avons vu précédemment (p.34), c'est plus précisément l'« augmentation de l'activité physique journalière de l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide supplémentaire par

¹⁸⁵ Programme National Nutrition Santé, PNNS (2001-2005), ministère de l'Emploi et de la Solidarité, qui a débouché sur la campagne « La santé vient en mangeant et en bougeant » promue par l'INPES en 2004. Programme National Nutrition Santé 1 (PNNS1)

jour » qui constitue l'objectif à atteindre en matière d'activité physique. Il n'empêche que ce premier programme national, à l'origine de la création des Réppop, est novateur dans le sens où il place l'activité physique comme incontournable aux côtés de l'alimentation dans une prise en charge nutritionnelle. Il est intéressant de noter que ce premier programme lancé par les nutritionnistes, conçoit l'activité physique principalement du côté de la dépense énergétique qu'elle peut générer. Si les aspects culturels, sociaux, affectifs sont considérés autour de l'acte alimentaire, il n'en est pas de même pour l'activité physique où les approches biomédicales prédominent nettement autour de la dépense énergétique, la quantité d'effort, le corps sculpté et normatif. On est alors loin d'une éducation pour la santé qui place l'activité physique dans une vision éducative plus large, dans laquelle un plus grand nombre de jeunes trouveront leur épanouissement. A la fois dans l'expérimentation de leurs limites, mais également dans le plaisir du partage d'expériences corporelles (Perrin et Housseau, 2003)¹⁸⁶

La prise en compte des facteurs sociaux de pratique physique s'observe dans le texte du Programme National Nutrition Santé 2 (2006-2010)¹⁸⁷, qui met l'accent sur la promotion de l'activité physique. Il en stipule l'objectif principal dans la recherche « à motiver les jeunes pour une pratique physique quotidienne, pas obligatoirement sportive, mais surtout quantifiée ». Tout l'enjeu semble résider dans une pratique physique à tout prix, avec une mise en exercice de l'organisme au détriment des possibilités éducatives qu'elle peut générer. Dès lors, c'est une légitimité biomédicale de l'activité physique qui est institutionnalisée par ces programmes nationaux et donc véhiculée au sein des dispositifs mis en place pour leur application, dont les Réppop font partie intégrante.

Suite aux rapports qui font état des bénéfices de la pratique d'une APS pour les personnes atteintes de maladies chroniques (Inserm, 2008 ; WCRF/AICR, 2007)¹⁸⁸, la Commission Prévention, Sport et Santé, réunie d'avril à octobre 2008 débouche sur un autre élément de légitimation institutionnelle de l'activité physique, le Plan National de Prévention

¹⁸⁶ Perrin C., et Housseau B., Donner du sens à l'activité physique chez les jeunes, La Santé de l'homme n°364, 2003, p.10.

¹⁸⁷ Deuxième Programme National Nutrition Santé : 2006-2010, Actions et mesures, Ministère de la Santé et des Solidarités, Septembre 2006.

¹⁸⁸ Expertise collective sur l'activité physique : contextes et effets sur la santé, synthèse et recommandations, Inserm, Mars 2008.

WCRF/AICR, 2007, Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective [en ligne]. Washington DC: AICR, 517 pages.

par les Activités Physiques ou Sportives (PNAPS)¹⁸⁹. Ce plan très étoffé définit différents niveaux d'objectifs ciblés sur la pratique physique des jeunes enfants et adolescents. Il différencie un objectif général et un objectif « opérationnel » :

« Objectif général : favoriser chez les enfants et les adolescents la pratique d'activité physique ou sportive (APS) dans toutes ses composantes, à l'école et en dehors de l'école, dans la vie quotidienne et pendant les loisirs. Les recommandations s'appuient sur 3 niveaux d'actions : faire évoluer les connaissances et les représentations de l'activité physique, par des actions de sensibilisation nationales, régionales et locales mais aussi par la possibilité d'accéder à des activités attractives. Améliorer l'environnement social des jeunes afin qu'il relaie l'information, favorise et soutienne les changements de comportements. Offrir les conditions physiques, institutionnelles et structurelles pour la pratique d'APS.

Objectif opérationnel : d'ici à 2012, 80% des enfants et adolescents âgés de 3 à 18 ans feront au moins une heure chaque jour d'APS en pratiquant des activités variées qui s'intègrent à leurs habitudes de vie et des activités d'intensité moyenne ou élevée au moins deux fois par semaine. »

Si l'on peut identifier quelques éléments de différenciation dans les pratiques physiques au niveau des textes du PNNS 1 et du PNNS 2, le PNAPS va plus loin avec un degré de spécification beaucoup plus élaboré des objectifs pour les jeunes avec une prise en compte du contexte social, économique, culturel :

« Il s'agit de trouver le positionnement idéal par un programme portant sur l'image sociale de l'effort, son accessibilité, ses bénéfices, sa pérennité ; position qui dépend aussi de comportements et d'habitudes concurrentes. »

Au contact des sociologues, les notions de normes sociales et de valeurs sont intégrées dans cette approche et font état d'une prise en compte de champs scientifiques variés, non restreint au champ biomédical. Ainsi, une diversification du contexte est établie à travers: « l'environnement urbain, l'environnement rural, le cours d'EPS, le milieu pénitentiaire, etc. ». Mais c'est également une diversification des acteurs référents pour les différentes

¹⁸⁹ Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS. Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive. Jean-François Toussaint (Décembre, 2008).

prises en charge qui est statué au sein de ce plan. Les éducateurs médico-sportifs, ou actiphysiciens, sont qualifiés d'opérateurs permanents.

En dernier lieu, l'activité physique elle-même, n'est plus seulement définie à travers l'exercice du corps, mais selon des dimensions culturelle, sociale et affective :

« Le plaisir, la santé et la sociabilité sont donc les trois motivations uniformément citées comme motivation à la pratique sportive. »

Il est en définitive possible de faire état d'une évolution significative des appuis normatifs relatifs à la pratique d'une activité physique, au cœur du contexte de légitimation institutionnel de celle-ci dans une finalité de santé publique au sens large. Ce qui contribue notamment au développement de nouveaux services d'activité physique adaptée (APA) dans les réseaux de santé comme les réseaux diabète par exemple. Ces derniers créant un précédent quant à la façon de penser le suivi en activité physique. L'introduction de professionnels de l'Activité Physique Adaptée (APA)¹⁹⁰, qualifiés d'éducateurs médico-sportifs dans les réseaux diabète, constituant un précédent à l'introduction de l'APA dans les Réppop (Perrin et coll., 2008)¹⁹¹.

Finalement, c'est un ensemble articulé d'éléments favorables à la légitimation de l'activité physique dans les prises en charge de l'obésité infantile, qui va constituer un des éléments du contexte à l'intégration de cette discipline dans les différents Réppop. Il s'avère néanmoins, que la construction concrète de ce suivi en activité physique devient majoritairement problématique pour les professionnels coordonnateurs de ces réseaux.

¹⁹⁰ Le concept d'Activité Physique Adaptée (APA) défini au Québec en 1977, fédère depuis 1989 les filières de formation en Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS). Ces formations ont pour finalité de rendre les étudiants capables d'exercer des responsabilités de conception et d'animation d'activités physiques adaptées aux besoins spécifiques et aux ressources de personnes malades et/ou en situation de handicap.

¹⁹¹ Perrin C., et coll. Op.cit. p. 219-220.

3. Problématique.

La mise en place des réseaux de santé de l'obésité infantile, représente un contexte particulier et original d'analyse des interactions entre plusieurs groupes professionnels dans le cadre de l'émergence d'une nouvelle professionnalité (ici l'APA et Santé) au sein d'un ensemble de groupes professionnels établis (ici les professionnels de santé). Dans ce contexte médical non hiérarchisé, l'activité physique ne possède pas de statut préétabli, il revient donc aux différents groupes professionnels de se positionner par rapport à ce nouveau territoire. Soit celui-ci représente une conquête permettant d'agrandir les limites de leurs territoires établis, notamment pour le consolider, soit il est question de l'émergence d'un nouveau territoire professionnel.

En se positionnant d'emblée, en rupture avec certains éléments des travaux d'A. Abbott de 1988, où l'Etat et les usagers sont apparentés à des auditoires¹⁹², nous faisons le choix de positionner l'activité physique au sein des Réppop comme un « territoire » à conquérir par des professions établies ou émergentes que ce soit dans le monde médical, paramédical ou dans le monde de l'encadrement sportif. Avec, l'APA comme professionnalité émergente qui intègre cette organisation et met en présence quatre écologies représentées par : l'ensemble des professions, l'Etat, les jeunes obèses et leurs familles ainsi que l'université, plus particulièrement les formations et la recherche en STAPS. Nous utilisons en partie le modèle des « écologies liées » tel que l'a défini A. Abbott en 2003, mais en reconsidérant dans notre contexte spécifique d'analyse le nombre des écologies en présence (limité à trois dans son modèle) :

« Les événements survenant dans les univers professionnels doivent s'inscrire dans deux systèmes écologiques, celui de la profession et celui de l'Etat ou d'un autre auditoire. »
(Abbott, 2003)¹⁹³

Nous faisons le choix particulier de ce modèle des « écologies liées » d'A. Abbott¹⁹⁴ afin de saisir l'ensemble des ajustements opérés par chaque groupe professionnel. En effet, A. Abbott pense les professions dans un ensemble (écologie). Par l'emploi de l'expression « écologies

¹⁹² Abbott A., (1988), Op.cit. p.59.

¹⁹³ Abbott A., (2003) Op.cit p.30

¹⁹⁴ Abbott A., (2003) Op.cit p.29-50.

liées », c'est l'idée d'un ordre social non figé, dans lequel tout se refait constamment et par lequel il est possible de faire état de la dynamique des relations entre les professions :

« Tout ce qui survient au sein d'une profession a des répercussions sur les professions voisines et se traduit soit par des développements soit par des défaites. » (Abbott, 2003)¹⁹⁵

Mais l'apport théorique fondamental d'Andrew Abbott, notamment vis-à-vis de la théorie des champs de Pierre Bourdieu¹⁹⁶, se tient dans la délimitation des territoires professionnels. Pour A. Abbott elle passe par des concurrences mais également par des alliances, que l'on peut définir comme des partenariats intéressés, contrôlés permettant d'aider particulièrement à l'attribution d'un « mandat »¹⁹⁷. Dans cette perspective, Andrew Abbott tient la question des alliances plus forte que celle des concurrences dans la définition des juridictions (ou territoires) professionnelles. C'est plus précisément les variables qui déterminent la formation des alliances qu'il considère comme les plus importantes. En effet, son innovation tient dans les stratégies développées par une profession pour contrôler un territoire d'actions. Par la recherche d'alliés se situant non seulement dans l'Etat, ou dans la population qui constitue son marché potentiel, mais également auprès d'autres professions. A. Abbott développe en français sa théorie de la Linked Ecology, c'est-à-dire de l'écologie relationnelle ou « écologie liée ».

Ainsi, dans le contexte des Réppop, la question fondamentale de l'émergence et de l'intégration d'une nouvelle professionnalité en APA et Santé peut s'analyser au cœur d'un système d'écologies liées, dans lequel les professions luttent pour s'approprier les tâches relatives à la prise en charge en activité physique. En somme, dans quelles mesures l'analyse de l'émergence d'une nouvelle professionnalité de l'APA-S dans les Réppop se joue dans une redéfinition constante des liens entre les « écologies » en présence (professions, Etat, patients, université) ?

Pour autant, cette approche théorique réduit-elle les inégalités des solutions trouvées dans chaque dispositif ? Ou encore selon quels rapports de domination interprofessionnelle se construit l'émergence de cette nouvelle professionnalité ?

¹⁹⁵ Abbott A, (2003) Op.cit p.29.

¹⁹⁶ Selon Pierre Bourdieu, le monde social est divisé en champs. Ces champs sont relativement autonomes envers la société, hiérarchisés. Leur dynamique provient de luttes de compétition que se livrent les agents sociaux pour y occuper les positions dominantes : « un champ de luttes pour le pouvoir entre détenteurs de pouvoirs différents », La Noblesse d'Etat, Paris, Minuit, 1989.

¹⁹⁷ Hughes E. C., (1996), Op.cit. p.99

3.1. L'idée de singularité au centre des réflexions.

Afin de préserver l'idée d'une singularité au centre des réflexions, il devient nécessaire de considérer les problèmes rencontrés par les professionnels dans la conduite des différentes tâches qui leur incombent (Champy, 2009)¹⁹⁸. En s'opposant aux perspectives fonctionnalistes de Carr-Saunders¹⁹⁹ notamment, pour lesquelles ils existent plusieurs « attributs du professionnalisme », comme les savoirs, les compétences techniques, la formation théorique spécialisée, etc. Le concept de singularité vient témoigner du fait que les réponses apportées par les professionnels sur le lieu de travail ne sont pas assimilable à une adaptation, c'est-à-dire une application d'un savoir acquis, mais qu'elles relèvent d'une adaptativité du professionnel, c'est-à-dire d'une activité créatrice, conjoncturelle, parce qu'elle suppose une réalité professionnelle qui échappe à toute maîtrise systématique (Canguilhem, 1966)²⁰⁰.

La relativisation des savoirs formalisés est abordée explicitement dans le premier modèle d'A. Abbott en 1988, lorsqu'il définit les inférences comme prenant place entre le « diagnostic » et le « traitement », et désigne la manière d'agir pour résoudre un problème donné, ce qui différencie le métier d'une profession.

« L'inférence sert à faire face aux problèmes singuliers pour lesquels les solutions routinières ne suffisent pas. Elle est ce qui rend nécessaire le recours aux services de professionnels qualifiés » (Champy, 2009, p.80.)

Ainsi, la créativité relative à l'adaptativité du professionnel peut s'apparenter à l'utilisation qu'A. Abbott fait de la notion d'inférence, mais il demeure néanmoins une absence de précision quant à la définition des situations professionnelles « singulières ». A ce propos, le travail de recherche d'Anne Paillet dans le milieu professionnel particulier de la réanimation néonatale²⁰¹ situe la singularité d'une situation dans le fait que la décision posée par le professionnel relève du jugement et comporte une part irréductible de subjectivité.

¹⁹⁸ Champy F., (2009) Op.cit. p.84-85

¹⁹⁹ Carr-Saunders, conférence de 1928, texte fondateur de l'approche fonctionnaliste

²⁰⁰ Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1966.

²⁰¹ Paillet A., *Autour de la naissance : l'autorité de la médecine en question*, in Baszanger I., Bungener M., Paillet A., (dir.) (2002), *Quelle médecine voulons-nous ?*, La Dispute, p. 189-209.

Dans le même ordre d'idée d'une singularité des cas auxquels certains professionnels sont confrontés, le concept de réflexivité développé par D. Schön²⁰² place les professions comme un lieu continu d'apprentissage où il y a une accumulation de ressources cognitives pour faire face aux problèmes complexes, ainsi que le développement d'une intuition acquise par l'expérience professionnelle pour aider à la recherche de solutions.

Ainsi, la singularité est vue à travers la prise en compte des problèmes complexes auxquels les professionnels sont confrontés dans leur exercice. Mettant à mal une conception fonctionnaliste des professions qui systématiserait les activités professionnelles quels que soient les problèmes rencontrés par ces derniers.

3.2. Les alliances entre « écologies » comme une variable possible du système.

Au-delà du concept de singularité, il semble se tenir dans la définition des alliances entre les « écologies » telle qu'A. Abbott les définit, la possibilité d'un caractère variable :

« Une écologie est un système d'éléments aux interactions multiples, et pour la plupart indépendants. Ceci laisse supposer que, d'un côté, l'interaction des éléments est trop contraignante pour être ignorée, mais que les éléments ne sont cependant pas complètement intégrés... ». (Abbott, 2003, p. 43)

Il marque ainsi non seulement un dépassement des théories fonctionnalistes des professions pour lesquelles le développement, la restauration et l'organisation des professions s'effectuent à travers une fonction essentielle de cohésion sociale et morale du système social. Mais il laisse également une possibilité de variabilité dans la teneur des alliances entre les différentes écologies en présence. En effet, il spécifie la capacité des groupes à se constituer un territoire professionnel, comme la conséquence d'alliances qui se sont avérées gagnantes, avec des éléments d'autres écologies. Ce qui laisse supposer l'existence d'alliances « perdantes », ou encore d'alliances instables sans cesse remises en questions.

Dès lors, entre la prise en compte de la singularité des problèmes rencontrés par les professionnels, et la réalisation ou non d'alliances entre les écologies en présence, il semble

²⁰² Schön D., (1994), *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Les éditions logiques, Bibliothèque nationale du Québec.

être envisageable de mener une analyse sociologique des professions émergentes. Mais l'analyse devra alors veiller à prendre en compte plus particulièrement les situations professionnelles difficiles, où le lien entre les écologies est renégocié devant la singularité des problèmes rencontrés.

Chapitre 5 : Méthodologie

Afin de répondre aux questions relatives à la construction dynamique de l'émergence de la professionnalité des APA-S dans les Réppop, la méthodologie a pour projet de rendre compte des différentes interactions, de leur grandeur ainsi que de leur nature, afin d'identifier le jeu des alliances et des concurrences à l'œuvre dans ces dispositifs. Les objectifs prioritaires du travail de terrain sont de saisir les positionnements de chacun selon une écologie relationnelle qui prend en compte les enjeux de chaque groupe professionnel et ses revendications auprès de l'état (ou la « puissance publique » selon Abbott [1988]), mais également auprès des patients et de leurs familles, qui constituent également dans ce contexte particulier un auditoire des revendications. Enfin la prise en compte des liens particuliers construits avec les formations universitaires de la filière APA-S, écologie à part entière, sera plus particulièrement mise en valeur. L'utilisation d'une approche qualitative basée non seulement sur des entretiens semi-directifs, et sur une observation in situ approfondie (Hughes, 1996)²⁰³, permet de recueillir des données sur les professions en les situant dans leurs contextes sociaux de travail. L'émergence d'une nouvelle professionnalité s'étudie dans la définition et dans la redéfinition de ses tâches lors des interactions entre les différentes professions.

La méthodologie employée combine deux niveaux d'exploration complémentaires afin de pouvoir identifier la complexité et la nature des interactions à l'œuvre entre les différentes « écologies ». Un premier niveau consiste en une enquête réalisée dans l'un des cinq Réppop. D'une durée de deux ans, elle s'est d'abord intéressée durant cinq mois à un dispositif en activité physique puis à son évolution en se centrant sur les interactions entre professionnels de santé, professionnels de l'activité physique, parents et jeunes d'un même réseau dans le cadre d'une prise en charge spécifique en activité physique. Des entretiens approfondis ont été réalisés de manière complémentaire auprès de dix jeunes adhérents du Réppop usagers de ce dispositif, ainsi qu'auprès de l'ensemble des professionnels de la cellule de coordination.

Un deuxième niveau d'enquête complémentaire est réalisé auprès de la population exhaustive des membres des cellules de coordination de l'ensemble des cinq réseaux constitués au moment du travail de terrain c'est-à-dire d'octobre 2006 à décembre 2008.

²⁰³ Hughes E.C., (1996), Op.cit.

1. Un niveau « micro » sociologique à base d'observation et d'entretiens.

1.1. Le choix de la population et des lieux d'enquête.

D'un point de vue méthodologique, le diagnostic médical de surpoids ou d'obésité de degré 1, a constitué une première forme de sélection dans l'enquête de terrain. Les références biomédicales de l'obésité infantile regroupent l'indice de masse corporelle (IMC)²⁰⁴, et les courbes de croissance qui lui sont associées. Elles permettent de situer une norme du poids corporel relative à l'âge des personnes. Si les Réppop ont pour mission la prise en charge de tous les jeunes en surpoids ou obèses, il s'avère que les obésités très sévères (de degré 2)²⁰⁵, qui relèvent avant tout des complications médicales avérées comme le diabète, les pathologies cardiaques et pulmonaires, etc. sont faites par une prise en charge hospitalière, intégrée dans les parcours de soin proposés par le Réppop ou relayée dans des Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS), dans lesquelles les jeunes effectuent des séjours de plus ou moins longue durée en internat. A ce propos, des différences fondamentales de contexte existent entre les différents Réppop quant à la définition des patients inclus dans le réseau.

En somme, il y a une spécificité bien particulière dans le ciblage des jeunes pris en charge dans les Réppop, et avec celle-ci, il est possible d'envisager des répercussions sur les pratiques professionnelles. La plus ou moins grande hétérogénéité du public visé étant liée aux possibilités d'adaptations du dispositif. La question de la définition de la population des jeunes obèses intégrés dans les Réppop est donc à considérer selon : les modalités de recrutement établies dans les différents dispositifs (l'IMC de manière systématique ou non) ; les professionnels qui décident l'entrée des jeunes dans le réseau, ainsi que leur sortie :

²⁰⁴ « IMC : L'indice de masse corporelle ou de corpulence, également appelé indice de Quételet (en anglais, *BMI : Body Mass Index*) tient compte de deux données combinées : le poids, la taille, en mesurant le rapport du poids sur la taille au carré. Bon reflet de l'adiposité, est le meilleur critère diagnostique et pronostique de l'obésité chez l'enfant. » . In, *Evaluer et suivre la corpulence des enfants*, brochure rédigée par Duchène C (INPES), Dr Thibault H (DGS), et coll. PNNS, Décembre 2003, p.2.

²⁰⁵ On parle d'obésité lorsque la valeur de l'IMC de l'adulte est située au dessus du seuil « 97^{ème} percentile » des courbes de référence. Il existe deux degrés d'obésité, le premier degré est défini par l'OMS comme surpoids selon que l'IMC est supérieur à 25kg/m², et le deuxième degré (obésité) selon que l'IMC est supérieure à 30kg/m². Chez l'enfant, les valeurs de référence de l'IMC varient en fonction de l'âge. Ainsi il n'est pas possible de se référer comme chez l'adulte, à une valeur de référence unique. Ainsi, dans le cadre du PNNS, le ministère de la Santé a coordonné un groupe d'experts composé de membres de l'APOP et de M.F Rolland-Cachera (INSERM) afin d'établir une nouvelle présentation des courbes de corpulence, définissant de manière adaptée à la pratique clinique la zone de normalité et la zone d'obésité. In, *Evaluer et suivre la corpulence des enfants*, Ibid. p.4.

médecins ou paramédicaux ? ; existe-t-il des considérations de « bons » ou de « mauvais » patients au regard des prises en charge proposées ?

1.2. Observer : avantages, précautions, limites.

L'observation ethnographique concerne des enquêtés en relation les uns avec les autres et non choisis sur des critères abstraits (Maget, 1953)²⁰⁶. Elle est intéressante pour situer la complexité des interactions entre les acteurs dans le contexte étudié, ce qui n'est pas envisageable par le recueil de points de vue individuels reconstruits lors des entretiens. A ce propos, l'exemple des travaux de Jean Peneff²⁰⁷ ayant fait une étude sociologique par observation participante pendant un an, comme brancardier au service des urgences d'un grand hôpital de l'Ouest est révélatrice. Il a centré son étude de ce groupe professionnel sur les comportements et non sur les discours. Il met en évidence les contraintes physiques et psychologiques de leur travail et étudie les pratiques qui rendent la cohésion et l'efficacité entre les professionnels possibles. Pour autant, l'utilisation de l'observation participante nécessite une méthodologie précise comprenant de nombreuses précautions. La difficulté principale réside dans la mise à distance pour percevoir des éléments ou des événements pertinents à analyser, tout en gardant les remarques, les sentiments que peuvent-nous procurer les situations afin de les noter ultérieurement :

« Essayer de prendre parti suffisamment pour remarquer ce qui va ou ce qui ne va pas, puis d'être assez détaché pour noter qu'il s'agit d'une prise de parti, qu'il y en a eu d'autres. L'observation consiste en une tension entre la prise de parti, l'« engagement », et la « distanciation ». » (Beaud, Weber, 1997)²⁰⁸

De plus, l'attention sur les lieux, sur l'ensemble des acteurs qu'ils soient partie prenante, ou bien spectateurs, ainsi que sur les mots utilisés par chacun, constituent autant d'éléments à mémoriser puis à retranscrire et analyser sur un journal de terrain. C'est dans un va-et-vient permanent entre nos perceptions, leur explication mentale, leur mémorisation et leur retranscription par écrit, que se construit une observation. Nous choisissons d'utiliser cette méthode plus particulièrement adaptée pour une analyse des interactions, comme phase

²⁰⁶ Maget M., (1953), Guide d'étude directe des comportements culturels, « Civilisation du Sud », SAEP.

²⁰⁷ Peneff J., (1992), L'Hôpital en urgence. Étude par l'observation participante, Paris, Métailié.

²⁰⁸ Beaud S., Weber F., (1997) Guide de l'enquête de terrain, La Découverte, Paris, p. 162.

exploratoire avant de l'ajuster avec des entretiens pour éviter tout contresens. Dans notre cas précis de l'analyse des prises en charge en activité physique avec des jeunes obèses, il nous semble préférable d'entrer dans le travail de terrain par une observation participante, afin d'éviter tout blocage de leur part en devant faire face d'emblée à une entrevue en tête à tête. Cela nous permet d'appréhender des observables pertinents en relation avec notre problématique, et de les affiner pour pouvoir les transcrire en questions et /ou relances lors de la rédaction des guides d'entretien.

1.3. L'observation comme phase exploratoire.

Observer les jeunes obèses pris en charge en activité physique par un Réppop constitue le point de départ de notre analyse sur les interactions entre les groupes professionnels au sein de ces dispositifs. Cet outil utile et original nous permet d'aborder trois observables en lien avec la caractérisation des enjeux poursuivis par les dispositifs en termes d'activité physique que ce soit de normalisation pondérale par la pratique physique, et/ou de création de liens sociaux²⁰⁹ :

- Lieu de la pratique.
- Répartition des acteurs sur le lieu de pratique.
- La nature du vécu dans la pratique physique.
- Les interactions entre les acteurs : avec les professionnels gérant le dispositif, entre les jeunes, entre les jeunes et les parents.
- Le contentement des jeunes et de leurs familles quant au suivi en activité physique

L'observation de l'« écologie » des usagers est placée, dans un premier temps au centre de la compréhension du système global des écologies liées. Ce niveau « micro » sociologique vise tout d'abord la formalisation des enjeux du territoire activité physique en nous intéressant aux acteurs d'un même Réppop : les jeunes et leurs familles, les professionnels de la coordination, et l'encadrant prenant en charge la séance d'activité physique. Pour cela une enquête de terrain basée sur une observation participante a été réalisée lors du suivi d'une prise en charge spécifique en activité physique proposée par un Réppop. La participation active aux séances d'activité physique auprès des jeunes a permis de rassembler des données en prenant part à la vie du groupe. L'objectif est d'observer les situations auxquelles les jeunes sont confrontés

²⁰⁹ Cf. annexe 2: les différents guides d'observation, le guide d'observation d'une séance d'activité physique.

lors d'une pratique physique entre « pairs », c'est-à-dire entre jeunes obèses, et leurs réactions par rapport à celles-ci. Puis dans un deuxième temps, des discussions sont menées avec certains acteurs (jeunes, encadrant, ou parents), afin de connaître leurs interprétations sur ces événements (Becker, 2003)²¹⁰. Les événements retenus pour cette observation participante concernent : le vécu dans l'activité physique, les remarques verbales sur les affinités, le rapport au corps, etc. L'observation s'est ainsi centrée sur les interactions qu'elles soient au sein du groupe de jeunes inscrits à la prise en charge, mais aussi avec l'encadrant, le médecin, et la diététicienne. Pour compléter ces données, des entretiens ont été réalisés, en fin de période d'observation, auprès de dix jeunes²¹¹, ainsi que des professionnels du Réppop intervenants dans la mise en place de cette expérimentation qu'ils soient professionnels de l'APA, diététiciennes, ou médecins. Au total, quinze entretiens ont été réalisés et retranscrits : huit dans la coordination et sept auprès des professionnels de ville. A cela, viennent s'ajouter une participation à la formation continue des praticiens libéraux adhérents au Réppop, ainsi qu'un recueil et une analyse de l'ensemble des documents produits par le réseau (charte, production d'outils - courbes de corpulence, dossier médical partagé..., documents d'informations destinés aux professionnels, aux jeunes, aux familles...).

Deux types principaux d'observation ont été réalisés. La participation lors de 17 séances de deux heures d'une activité de roller hockey s'effectue surtout lors de l'échauffement et du travail technique, par contre elle cessait systématiquement lors des phases de matchs afin de se faire accepter sans pour autant être intégrée dans le groupe. Sur chaque séance l'objectif était de travailler en coopération avec un jeune différent. Cette forme d'observation « active » semblait incontournable pour se faire « accepter » des jeunes en surpoids ou obèses ayant déjà subi de nombreuses observations par d'autres personnes du milieu médical ou sportif. Au total, 34 heures d'observation et de participation représentent l'investissement de cette première partie d'expérimentation selon une fréquence de deux séances par semaine, et d'une durée de cinq mois. Il semblait alors incontournable de se mettre en activité avec les jeunes afin de recueillir des témoignages dans l'action, ainsi que de mieux percevoir l'ensemble des interactions qui se jouaient : entre les jeunes, entre les jeunes et l'encadrant, avec les parents. Ainsi, le fait de recueillir les témoignages oraux spontanés sur les sensations de douleur, de souffrance physique, ou de bien être, mais aussi les interactions

²¹⁰ Becker H.S., (2003) Inférence et preuve en observation participante. Fiabilité des données et validité des hypothèses, in Céfai D., L'enquête de terrain, La découverte, Paris, p.350.

²¹¹ Cf. Annexe 4 : exemple d'entretien avec un jeune inscrit à l'activité Roller.

et les non interactions entre les jeunes, au cœur de l'action semblait plus prometteur en comparaison avec des entretiens formels pouvant être assimilés à des examens oraux par ces jeunes. Durant ces premières perceptions, des phrases sont mémorisées avec leur contexte, puis notées en fin de séance comme première partie du journal de terrain. Percevoir, mémoriser, noter, sont les trois étapes suivie systématiquement (Blanchet, Gotman, 1992)²¹². Puis, en phase post-séances ces éléments sont interrogés selon des critères établis en référence à la problématique générale²¹³.

Par la suite, d'autres observations de terrain ont été réalisées lors des prises en charge dans une autre activité physique proposée ultérieurement par ce même Réppop, par un professionnel de l'APA-S alors embauché dans la coordination de ce réseau. Elles se limitaient alors à une observation non participante. L'objectif est de tester la pertinence des observables en lien avec la problématique, dans un contexte différent : évolution, élargissement, relativisation des premières observations. De plus, une facilité de contextualisation est apportée par ces observations pour la réalisation des entretiens avec les professionnels des cellules de coordination.

En complément, d'autres observations ont été menées à l'occasion des réunions de professionnels, que ce soit des formations des professionnels du réseau organisées par les membres de la coordination, ou des journées de réunion nationale regroupant les « acteurs » de l'activité physique. Là encore s'il a été possible quelques fois de faire des enregistrements, ceux-ci ont toujours été complétés par la rédaction d'un journal de terrain autour d'observables spécifiques des liens entre les « écologies »²¹⁴ :

- Les professionnels présents : statut au sein des Réppop, « multipositionnalité »...
- La répartition du temps de parole : les positions « de force » en référence au temps de prise de parole, mais également les positions de recul caractérisées par l'absence de participation, existe-t-il des acteurs dominants, dominés ?
- Les interactions entre les acteurs : tensions entre les acteurs (désaccords), l'origine de ces tensions en lien avec ou non avec des concurrences professionnelles, conflits de juridiction plus ou moins explicites selon les contextes (rapport avec les kinésithérapeutes, les éducateurs sportifs, les enseignants d'EPS, etc.). Les points d'accord entre les acteurs.

²¹² Blanchet A. et Gotman A., (1992) Observer, in L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Nathan, Paris, p. 143-175.

²¹³ Cf. annexe 2: les différents guides d'observation, le guide d'observation d'une séance d'activité physique.

²¹⁴ Cf. annexe 2: les différents guides d'observation, le guide d'observation des regroupements d'acteurs.

- La place accordée aux patients et à leurs familles.
- L'impact de l'Etat dans le fonctionnement des Réppop et notamment celui de l'activité physique.

L'objectif est de percevoir les interactions entre les acteurs, de saisir les rapports de pouvoir et de domination entre les groupes professionnels, voire à l'intérieur même d'un groupe professionnel, notamment entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers, mais surtout entre les APA-S et les autres professionnels de l'activité physique. C'est ici une observation participante en tant que doctorante qui a permis d'apprécier la nature des interactions entre les professionnels de ville et ceux des cellules de coordination. Le fonctionnement très particulier de ces formations tient dans le fait qu'elles sont l'objet d'une qualification de « médecin Réppopiens ». Elles constituent dès lors, un lieu très explicite de remise en question des identités professionnelles selon les différents champs professionnels abordés : l'activité physique est-elle concernée ? Si oui par qui : le médecin coordonnateur, la diététicienne ou bien un responsable en activité physique... ? Peut-on noter des différences entre les discours et les pratiques ? Plus généralement, qu'est-il attendu d'un « médecin Réppopiens » comme activité professionnelle médicale « nouvelle », c'est-à-dire en interaction avec plusieurs professionnels de santé, médicaux, paramédicaux ? Comme par exemple à travers l'utilisation du dossier médical partagé, l'orientation des patients vers tel ou tel professionnel, etc.

1.4. La posture de l'enquêteur.

En premier lieu, pour l'observation participante, il m'a semblé important de ne pas révéler mon statut d'enseignante d'EPS, c'est-à-dire de professionnel des activités physiques afin d'inciter chaque acteur à m'expliquer précisément le rapport entretenu avec l'activité physique. La posture de débutante dans l'activité physique et de novice me permettait de me situer en position d'infériorité vis-à-vis des jeunes, tous étant déjà d'un niveau de pratique « débrouillé » au moment de mon observation participante. Ce positionnement initial me semblait alors fondamental pour aborder une partie clé de mes questionnements à savoir : la nature des enjeux de cette prise en charge en activité physique ? Entre les jeunes et la pratique physique au sens large ? Dans les interactions entre « pairs », jeunes obèses inscrits à cette pratique protégée ? Ou encore dans les interactions avec l'encadrant, les parents, etc. ?

La posture en retrait, plutôt empathique et basée davantage sur la pratique de l'activité physique elle-même que sur les pratiquants, constituait ma deuxième ligne de conduite. En

effet, un nombre important de regards extérieurs qu'ils soient médicaux ou non avaient renforcé une gêne chez ces jeunes, qui les plaçaient plus sur la réserve que sur la volonté d'expliquer d'emblée leur vécu.

Lors des entretiens menés avec les jeunes, la situation d'entretien nécessitait une attention particulière à l'image de la méthodologie employée pour l'observation. Les observables pris en compte et analysés sur le journal de terrain sont définis selon :

- Le lieu de l'entretien (ici au bord de la piste).
- La présence à proximité des pairs ou des accompagnateurs (parents, entraîneur, médecin, diététicienne...).
- Le moment de la séance (avant, pendant parce que c'est une pause, ou une dispense, après).
- La phase de la prise en charge : début, 1 an, fin.

Sachant que ce contexte pouvait plus ou moins générer des biais dans les données recueillies (Newman, 1991)²¹⁵. Comme l'envie de ne pas rater une partie de la séance qui peut déclencher des réponses courtes et peu approfondies. Ou encore l'envie de faire plaisir à l'encadrant très impliqué, en louant ses mérites et son investissement, etc.

Ainsi, cette observation participante a été accompagnée par un premier corpus de dix entretiens auprès des jeunes inscrits à cette prise en charge en activité physique. Une première difficulté est apparue quant au délai nécessaire de prise de contact avant de pouvoir réaliser des entretiens approfondis avec eux. Une présence régulière deux fois par semaine durant cinq mois était nécessaire pour construire une forme de confiance, préalable indispensable à une libération des discours. De même, une explication de ma présence en tant que débutante désirant s'initier à cette pratique physique particulière, auprès des parents ou encore de l'encadrant était fondamentale durant cette première phase de recherche. Le caractère stigmatisant de l'obésité, et sa dimension sociale donnant une difficulté supplémentaire dans la libération de la parole du jeune. Une explication claire et précise sur l'anonymat de l'entretien, mais aussi sur le côté non médical de cet entretien (ce n'est pas une évaluation, un examen, un entretien avec un psychologue...), conditionnait alors fortement la posture du jeune durant l'entretien, et même l'acceptation de celui-ci.

²¹⁵ Newman W.L., *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Boston, 1991. Il délimite six catégories de biais pouvant survenir lors d'entrevues. Deux catégories sont relatives au répondant avec, les erreurs de compréhension, les oublis, la présence d'autrui, et les erreurs non intentionnelles dues à la négligence de l'interviewer. Les quatre autres catégories concernent l'interviewer, son apparence, son attitude, les influences dues à ses attentes ou encore le manque d'exploration, de relances.

Ainsi, lors de cette phase exploratoire, nous avons cerné les difficultés qu'il était possible de rencontrer dans la réalisation des entretiens semi-directifs, ce qui a été totalement confirmé au moment de leur mise en œuvre. En effet, au cours des deux premières entrevues, malgré le souci d'un cadrage minutieux des entretiens, quelques décalages se sont produits lors de la réalisation de ceux-ci, mais ils restaient mineurs. La nécessaire maîtrise de soi au regard du questionnement direct, mais également selon ses propres conceptions souligne l'illusion de la facilité des techniques (Grawitz, 2001)²¹⁶. L'attitude de l'interviewer a effectivement des conséquences sur le déroulement de l'entretien : l'interviewer doit être patient, bienveillant, parfois intelligemment critique, non autoritaire ; il ne doit pas conseiller, juger ni discuter avec l'interviewé (Blanchet, Gotman, 1992)²¹⁷. Or si cette phase exploratoire concernait des entretiens avec un public de jeunes en surpoids ou obèses, il a néanmoins permis de préparer la suite de mon travail de terrain avec des adultes.

En somme, l'étude « micro » sociologique d'un cas particulier de Réppop vise l'identification de l'évolution d'un dispositif dans le temps. Et plus particulièrement l'évolution des choix en matière de prise en charge en activité physique. L'analyse des différents types de prise en charge permet d'identifier plus précisément dans quelles mesures des transformations peuvent s'engager au niveau de la sollicitation des professionnels de l'activité physique. Plus largement il s'agit d'identifier les enjeux de la prise en charge du point de vue des légitimités de ces professionnels dans le milieu médical. D'abord sous-traitée, l'activité physique est ensuite coordonnée par une professionnelle de l'APA-S intégrée dans la coordination de ce Réppop.

La réalisation d'un journal de terrain constitue un premier recueil de données avec des éléments relatifs à la pratique physique avec le plaisir généré ou non (Perrin, 2007)²¹⁸ ; l'évolution du rapport au corps durant la prise en charge ; la sortie du dispositif avec la construction ou non d'une autonomisation à la pratique physique. La nature des interactions occasionnées par cette pratique physique avec les prescripteurs, les incitateurs, et les accompagnateurs (Darmon, 2001)²¹⁹ ; les situations stigmatisantes (Goffman, 1975)²²⁰, avec

²¹⁶ Grawitz M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2001.

²¹⁷ Blanchet A. et Gotman A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Nathan, Paris, 1992, p.67

²¹⁸ Perrin C., (2007), *L'activité physique : une affaire de goûts ?*, La santé de l'Homme n°387, janvier-Février, p. 28 à 30.

²¹⁹ Darmon M., *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi*, Thèse soutenue le 15/12/2001, Université de Paris V-René Descartes, p. 168-174.

plus précisément des données quant aux rapports entre normaux et stigmatisés, et les rapports entre stigmatisés (pratique « entre soi ») ; les interventions des différents professionnels avec les familles (Lefebvre et Perrin)²²¹. Mais c'est aussi la comparaison de ces données entre les différentes formes de prises en charge mises en place par ce Réppop.

2. Un niveau « méso » sociologique à base d'entretiens.

2.1. L'enquête par entretien : avantages, précautions et limites.

Un travail de terrain basé sur des entretiens individuels permet de comprendre plus spécifiquement tout ce qui est de l'ordre du qualitatif dans les données recueillies. C'est un instrument privilégié de l'exploration des faits, dont la parole est le vecteur principal. L'entretien, fait construire un discours par l'interviewé, ce qui est intéressant pour notre étude, par le fait que l'on ne peut pas décider à priori du système de cohérence interne des informations recherchées (Blanchet, Gotman, 1992)²²². Pour cela, il convient de considérer chaque entretien comme un événement à analyser en lui-même c'est à dire la situation d'entretien : le lieu, la durée, l'acceptation ou non d'enregistrement, voire l'acceptation ou

²²⁰ Goffman E., op.cit, Rapports entre normaux et stigmatisés : « nous pensons qu'une personne ayant un stigmate n'est pas tout à fait humaine » ; Ce qui caractérise la situation de l'individu stigmatisé dans la vie : « l'acceptation », la présence de normaux manquant de lui accorder le respect et la considération que les aspects non contaminés de son identité sociale laissent à prévoir ; et le stigmatisé fait écho à ce refus en admettant que certains de ces attributs le justifient ; Autre caractéristique, la tendance à la « victimisation », car les personnes stigmatisées sont exposées à toutes sortes de charlatans, déclenchant souvent chez le stigmatisé la recherche secrète d'une sortie du stigmate, ce qui génère alors une tristesse importante. Les moments de présence entre normaux et stigmatisés dans le même lieu et au même moment : c'est un moment où les deux parties se voient contraintes d'affronter directement les causes et les effets de leur stigmate. Cela constitue une des scènes primitives de la sociologie. Ainsi, plusieurs réactions sont possibles de la part des normaux : le traiter comme quelqu'un de mieux qu'il n'est peut être, ou de pire qu'il n'est probablement. Ou encore, une troisième possibilité, est d'agir comme s'il était une « non personne », auquel il convient de prêter une attention rituelle. De son côté, le stigmatisé peut très bien adopter la même stratégie. « Et puisque la personne stigmatisée risque d'affronter plus souvent ce genre de situations, elle risque d'être plus habile à les manier. »

²²¹ Lefebvre B., Perrin C., (à paraître) Education de jeunes patients obèses à et via l'activité physique : les avatars de la médicalisation d'un dispositif, *Revue Santé, Décision, Management*, Numéro Spécial, Education du patient, Mars 2010 : L'objectif central de ce travail est d'observer finement comment s'articule la recherche de plaisir dans la pratique physique et le contrôle de son poids. La notion de plaisir est ici appréhendée dans un double sens, le plaisir d'éprouver son corps dans l'activité, mais également le plaisir de partager des expériences « sportives » avec autrui (« pairs », entraîneur, parents, médecin, diététicienne).

Pour cela, c'est la trajectoire des adolescents obèses à partir du moment où ils entrent dans le dispositif qui nous intéresse, en considérant leur activité selon une double perspective : celle d'un « travail » de prise en mains de leur corps, avec notamment le développement d'expériences corporelles et de compétences dans la pratique de rink hockey, et celle d'un « travail » d'auxiliaire dans la prise en charge de l'obésité. En référence au concept de trajectoire emprunté à Anselm Strauss qui rend compte du « travail » de gestion et de contrôle de la maladie chronique (Strauss, 1982), notre attention sera portée sur les actions ou ensemble de tâches, ainsi que sur les personnes qui les accomplissent, qu'elles soient professionnelles ou profanes, dans leurs relations au travail lui-même.

²²² Blanchet A. et Gotman A., (1992), Op.cit, p. 40.

non de l'entretien. L'objectif prioritaire étant de saisir ce qui fait la singularité de cet entretien, c'est-à-dire son inscription dans un ensemble de relations sociales « déjà là », que les conditions de son organisation viennent révéler (Beaud, Weber, 1997)²²³. Sans oublier de porter une attention particulière aux conflits dans lesquels nous-mêmes en tant qu'enquêteur nous pouvons faire partie²²⁴. En conséquence, à la fin de chaque entretien, une observation des interactions est prise en notes, en complément de la retranscription qui en sera faite ultérieurement.

Il existe des entretiens de natures différentes, selon les phases du processus de recherche. Pour notre part, l'enquête par entretien constitue un usage principal. En effet, le cadre théorique étant déjà formulé, le plan d'entretien, sera structuré de manière à ce que les données produites puissent être confrontées à ces dernières (Blanchet, Gotman, 1992)²²⁵.

Plus généralement, l'entretien est une entrevue qui constitue une technique fréquemment employée à la fois dans la recherche qualitative et quantitative. Nous avons choisi de nous orienter vers des entrevues en face-à-face dans la mesure du possible, par le fait qu'elles nous offrent la possibilité d'établir un rapport de confiance entre l'interviewer et le répondant, ce qui sera nécessaire pour approfondir pleinement certains points de l'entrevue (Vallerand et Hess, 2000)²²⁶. Par contre dans un réseau il s'est avéré impossible de faire ce type d'entrevue, notamment pour des questions de dispersions des acteurs, et d'absence de lieux regroupant les différents professionnels concernés par le dispositif. D'autre part, l'acceptation de cette démarche d'entretien dans le monde médical, par quelqu'un qui n'est pas « pair » s'est avérée représenter une forme de blocage pour certains professionnels de santé, surtout par le fait de l'absence de personne référente en activité physique dans les cellules de coordination de ce réseau. En conséquence, certains entretiens ont été réalisés par téléphone.

2.2. L'entretien semi-directif ou entrevue semi-structurée.

Il s'agit de la forme d'entretien la plus utilisée dans les recherches en sciences sociale, mais c'est ici par son côté adaptable, laissant à l'interviewé une forme de liberté dans la construction de son discours que nous faisons le choix de ce mode de recueil de données.

²²³ Beaud S., Weber F., (1997) Op.cit. p. 176-231.

²²⁴ Beaud S., Weber F., Ibid. p. 187.

²²⁵ Blanchet A. et Gotman A., (1992), Op.cit. p.46.

²²⁶ Hess U., Sénécal S., et Vallerand R.J., Les méthodes quantitatives et qualitatives de recherche en psychologie, in Vallerand R.J. et Hess U., Méthodes de recherche en psychologie, Gaëtan Morin, 2000, p. 515.

Dans notre objectif de saisir les interactions entre les professionnels comme élément d'analyse de l'émergence d'une nouvelle professionnalité, il semble pertinent de laisser une marge d'autonomie au répondant afin qu'il approfondisse ses opinions et ses perceptions. Les principales caractéristiques d'un entretien semi-directif sont au niveau de son caractère médian. Ni entièrement ouvert comme peut l'être une entrevue informelle, ni canalisé par un grand nombre de questions précises à l'instar d'un entretien directif. Ainsi, tout en ayant un degré de profondeur des données recueillies, ce procédé permet de la souplesse pour l'interviewer, avec une plus grande flexibilité dans la préparation et la réalisation de l'entrevue. En effet, l'interviewer peut poser des questions, non seulement dans l'ordre qui lui semble le plus approprié, mais il peut aussi prévoir des questions supplémentaires afin d'approfondir un sujet. De plus, le répondant peut de son côté, répondre à plus d'une question lors des questions ouvertes (Vallerand et Hess, 2000)²²⁷. Mais pour préserver ce côté informel, nous choisissons d'apprendre les guides d'entretiens et de ne pas les présenter, afin que l'enquêté n'est pas l'impression de répondre à un questionnaire (Beaud, Weber, 1997)²²⁸.

Néanmoins, il importe dans le contexte de recherche par entretien, comme dans l'observation, de mentionner la possibilité de biais dans le recueil des données. Et ceci plus particulièrement lors des entretiens téléphoniques car le professionnel est parfois interviewé sur son lieu de travail, et réalise l'entretien en même temps que la prise de contact avec l'interviewer. Dans tous les cas de figure la mise en confiance demande une attention particulière afin de garantir une libéralisation de la parole de l'interviewé. Ceci notamment en ce qui concerne le ton utilisé, et l'ordre des informations dans la phrase introductive comme la préservation de l'anonymat, afin de mettre la personne en confiance le plus tôt possible.

2.3. Mise en œuvre de l'enquête par entretiens.

En complément de notre premier niveau, un niveau « méso » sociologique traite des processus d'interactions au sein de l'ensemble des coordinations des onze Réppop de France pendant une durée de deux ans²²⁹.

Un deuxième corpus de 14 entretiens semi-directifs a d'abord été réalisé auprès des différents acteurs intervenant dans les prises en charge du Réppop ayant fait l'objet de l'étude « micro »

²²⁷ Op.cit, p. 516.

²²⁸ Op.cit, p. 206.

²²⁹ Cf. annexe 1 : récapitulatif de la configuration des terrains d'enquête.

sociologique. Il s'agit des professionnels investis dans la coordination de ce réseau (médecins, diététiciennes, psychologue, professionnel en APA-S stagiaire puis employé, responsable de l'activité physique), mais aussi des professionnels de ville, prenant en charge les jeunes du réseau dans différentes disciplines : médecin, diététicien, encadrant en activité physique.

Se situant alors du côté des professionnels de santé ayant en charge la conception et la réalisation du suivi de ces jeunes, ce deuxième corpus vise l'identification des différentes dynamiques professionnelles²³⁰. Il y a la question de la reconnaissance des compétences en matière de prise en charge en activité physique par le corps médical. Celui-ci se sent-il compétent dans la (re)construction d'un mode de vie plus actif des jeunes obèses, que ce soit par son expérience, son réseau relationnel, ou encore ses conseils? Ou bien au contraire, considère-t-il que cela relève d'un domaine de compétences spécifiques, et d'un suivi pratique dépassant largement la phase des recommandations et donc ses compétences professionnelles ?

Enfin, un dernier corpus de trente entretiens a été réalisé auprès des professionnels des onze cellules de coordination des Réppop de France, en assistant dans la mesure du possible à des prises en charges en activité physique. La mise à jour des éléments déclencheurs à la création de chaque réseau a constitué un élément fondamental de la démarche d'entretiens. En référence à quels objectifs et quels constats, le choix pour les différents axes d'action a-t-il été mené? Plus particulièrement concernant l'activité physique, comment s'est effectuée sa mise en place ? Quels objectifs prioritaires étaient fixés au départ lors de la création de ces réseaux, par qui et selon quelles références ? Comment les intervenants en activité physique ont-ils été sollicités? Selon quel niveau de connaissances, de compétences, de savoir être... ?

²³⁰ Dubar C., Tripiet P., op.cit. p.89-90 : « L'essentiel est de pouvoir resituer une activité professionnelle dans une dynamique temporelle, dans une vie de travail qui inclut l'entrée dans le métier ou l'emploi, le déroulement de l'activité, les bifurcations (turning points), les anticipations, les réussites et les échecs...Mais ce point de vue est insuffisant et doit être articulé avec un autre qui considère toute activité comme relationnelle et interactive, c'est-à-dire produite par un groupe de pairs, orientée vers la création d'un « ordre interne », certes provisoire mais nécessaire.

Les processus biographiques et les mécanismes d'interaction sont dans une relation d'interdépendance : la dynamique d'un groupe professionnel dépend des trajectoires biographiques (careers) de ses membres, elles-mêmes influencées par les interactions existant entre eux et avec l'environnement. »

Pour Simmel, les professions modernes constituent des formes de socialisation (vergesellschaftung) qui diffèrent des anciennes communautés ou confréries parce qu'elles impliquent une sociabilité nouvelle, interactive et intériorisée, volontaire et émergente et non plus imposée et subie. C'est la partage de ces attitudes, conduites et normes, par ajustement mutuel, qui constitue l'esprit collectif d'un groupe et non pas son intégration à un ordre préétabli. L'ordre émerge des interactions et se reproduit par intériorisation dans les personnalités des membres. »

Au total l'enquête « méso » sociologique a permis la retranscription de quarante quatre entretiens de recherche réalisés auprès des professionnels impliqués dans les réseaux et concernés par l'activité physique, qu'ils fassent partie des cellules de coordination ou bien qu'ils exercent en libéral.

L'utilisation des données recueillies auprès des acteurs lors de la conduite du travail de terrain, et notamment la valorisation des interactions entre les différents professionnels en présence constitue un point d'appui privilégié de notre analyse. Il permet de situer les différents positionnements des acteurs quant à leur investissement au sein des Réppop : temps de travail dans le réseau ; tâches contrôlées ; définition du poste ; répercussion en dehors du réseau dans le milieu professionnel « habituel ». Ces positionnements relèvent-ils uniquement de dynamiques au sein des cellules de coordination des Réppop, ou bien existe-t-il également des enjeux à l'intérieur d'un même sous-groupe professionnel (diététiciennes, encadrement du monde sportif), voire à l'intérieur d'un même segment professionnel comme par exemple entre les éducateurs sportifs issus d'une formation du ministère de la jeunesse et des sports et les enseignants en APA issus du monde universitaire ? Au-delà des enjeux propres à chacun des groupes professionnels, les Réppop se doivent de répondre à des exigences de résultats, les amenant à développer des logiques gestionnaires. Dès lors dans quelles mesures la complexité d'évaluation de l'efficacité des prises en charge de l'obésité infantile est-elle envisagée ? Enfin, le rôle de l'état, ou de la « puissance publique », est à considérer en tant qu'auditoire des revendications des groupes professionnels. Dès lors sous quelles formes s'opérationnalisent ces revendications ? Comment se joue la légitimation institutionnelle des pratiques (textes, lois, etc.) ?

Pour approcher le mieux possible, la compréhension des liens entre les « écologies » des différents fonctionnements de chaque Réppop, chaque guide d'entretien²³¹ suit une même logique. Il est question tout d'abord d'une reconstruction sommaire des trajectoires professionnelles en référence à l'investissement dans le Réppop : temps plein ou partiel ; modalités d'embauche ; les références utilisées pour établir le fonctionnement professionnel au sein du réseau. Puis la spécificité du travail dans ces réseaux de santé, et leurs incidences sur les positionnements des acteurs constituent les points systématiquement abordés en deuxième partie d'entretien. Le contexte tout d'abord avec le lieu des locaux de la coordination et ses incidences ; le statut professionnel du coordonnateur du réseau (un

²³¹ Cf. annexe 3, les différents guides d'entretiens.

médecin ou un paramédical) et les impacts que cela engendre dans la prise en charge en activité physique. Puis le fonctionnement en réseau avec les collaborations qu'il met en œuvre entre professionnels de la coordination et les professionnels de ville, voire avec des professionnels extérieurs au réseau mais d'autres Réppop. Enfin en terme plus administratif, les choix effectués dans les différents partenariats pour l'activité physique, et la participation au fonctionnement national des Réppop : APOP, CNRéppop, etc.

Un cadre général d'entretien a pu être dégagé selon que l'on s'intéresse à l'activité professionnelle d'un médecin coordonnateur d'un Réppop, ou d'un médecin de « ville », et de même pour un(e) diététicien(ne), un(e) psychologue²³², un professionnel de l'activité physique etc. Mais des éléments de différenciation sont systématiquement envisagés quant aux formations initiales, aux différentes corporations, et surtout quant aux différents contextes d'exercice professionnel. Les données relatives au travail en réseau étant particulièrement requestionnées selon l'importance des implantations significatives de chaque antenne de coordination : dans un service d'un CHU, « en ville » mais proche d'un CHU, « en ville » sans aucun lien avec un CHU ou même un hôpital, etc. Dans tous les cas, la méthodologie d'enquête par entretien a été au centre de ce travail « méso » sociologique.

2.4. La posture ou les postures de l'enquêteur.

Du fait de cette observation participante, les professionnels investis dans le fonctionnement de ce réseau qu'ils soient au sein des cellules de coordination ou bien « en ville » m'ont plus facilement accordé des entretiens. De plus, certains entretiens ont été facilités du fait qu'ils étaient organisés et menés conjointement avec le stagiaire du Réppop, diplômé en STAPS APA-S. Ce qui n'a pas été le cas lors de l'étendue de mon travail de terrain à l'ensemble des Réppop de France constitué au cœur de cinq régions françaises : Aquitaine, Midi-Pyrénées, Franche Comté, Ile de France, Rhône. En effet, cette démarche a été plus ou moins facilitée selon qu'il y avait ou non une personne responsable de l'activité physique dans la coordination. Il n'empêche que d'un point de vue général, il est intéressant de noter que l'acceptation d'entretien et donc par la même, la compréhension d'un rôle à jouer dans cette recherche n'a pas été systématiquement semblable. Certains médecins coordonnateurs me signifiant d'emblée une impossibilité, et/ou une incompréhension de la nécessité d'un entretien du fait de leur manque de temps. Ils ne comprenaient pas en quoi

²³² Cf. Annexe 3, les différents guides d'entretiens.

l'explication de leur activité pouvait servir à une recherche sociologique. Ce premier « blocage » constituait selon moi une information précieuse quant à la perception du travail en réseau, mais aussi quant à la perception de l'activité physique et la nécessité de sa prise en charge dans les Réppop. Inversement un intérêt immédiat pour le sujet de l'entretien, que ce soit vis-à-vis d'une analyse sociologique et/ou de l'activité physique dans les Réppop, constituait également un élément important à prendre en compte dans le recueil de données.

2.5. L'analyse des données relatives aux entretiens.

Les entretiens entièrement retranscrits, ont été traités selon deux modalités d'analyse comparative des données (Cf. Tableau récapitulatif des modalités de l'exploitation des données. Ci après). D'une part entre les professionnels d'un même groupe mais exerçant dans des coordinations de Réppop différents. L'objectif est alors de saisir la singularité des problèmes rencontrés par chaque groupe professionnel investi dans les coordinations de ces réseaux. C'est plus particulièrement les points communs, mais aussi les différences de choix et de positionnements en fonction des interactions entre les différents acteurs et avec l'environnement qui seront analysées. L'objectif n'est pas de reconstruire des trajectoires biographiques exhaustives mais bien de situer et caractériser la singularité de l'activité professionnelle : les conditions d'embauche dans le réseau et dans les coordinations des réseaux ; le degré d'implication (temps de travail) ; le niveau d'intervention (coordination, encadrement de séances) ; etc. D'autre part, entre les différents groupes professionnels exerçant au sein de chaque coordination des Réppop : médecins, diététicien(ne)s, psychologues et responsable en activité physique (quant il y en avait un(e)). Afin de saisir dans quelles mesures les processus d'interactions entre les groupes professionnels investis dans le travail en réseau de santé, conduisent les membres de chacun des sous-champs professionnels à s'auto-organiser, à défendre leur autonomie et leur territoire et à se protéger de la concurrence (Hughes, 1996)²³³ .

²³³ Hughes E.C., (1996) Op.cit.

Tableau récapitulatif des modalités de l'exploitation des données.

Réppop 1	Réppop 2	Réppop 3	Réppop 4	Réppop 5 (7 Réppop)
Médecin coordonnateur	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau de qualification, spécialisation (formation initiale et continue) - Degré d'implication dans les coordinations : temps de travail - Tâches contrôlées, définition du poste : singularité des problèmes rencontrés - Modalités d'embauche, origine de l'intégration dans les Réppop (stage professionnel ou non), enjeux professionnels de l'engagement, vocation, aspirations professionnelles. - Niveau d'intervention : gestion uniquement des activités d'autres professionnels et/ou intervention sous forme d'encadrement ou de suivi de patient : consultations, animation d'ateliers thérapeutiques, encadrement de séances d'activités physiques adaptées, etc. - Le niveau de formation initiale, ainsi que la participation à des formations continues. <p>Ce qui correspond aux formulations de questions ouvertes relatives aux thèmes de l'historique, et de l'origine de l'investissement ; du rôle professionnel ; de l'intérêt pour l'obésité infantile (Cf. annexe 2, les différents guides d'entretien)</p>			
Diététicienne				
Psychologue				
Responsable en activité physique				
<p>Au sein de chaque cellule de coordination des 5 Réppop :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les groupes professionnels représentés, et au cœur du domaine AP : le nombre de groupes professionnels présents : APA-S, éducateurs sportifs, kinésithérapeutes, etc. - La définition des différents territoires professionnels : reconnaissance de ses compétences ainsi que de leurs limites. - Rapport aux pouvoirs publics : rationalisation de l'activité professionnelle, exigence de résultats et incidences sur les pratiques - Constructions ou non de partenariats : université, MECS, autres réseaux de santé, clubs sportifs, etc. <p>Ce qui correspond aux formulations de questions ouvertes relatives aux thèmes du travail en réseau et de l'interaction avec les autres membres de la coordination ; l'approche en activité physique, etc. (Cf. annexe 2, les différents guides d'entretien)</p>				

En somme, il a été réalisé dans cette étude exhaustive concernant tous les Réppop constitués au moment du travail de terrain, 44 entretiens avec des professionnels travaillant dans les Réppop de France, la retranscription de chaque entretien ayant en moyenne 32 000 caractères²³⁴.

L'articulation des trois corpus d'entretien a été déterminée par les avancées progressives au cœur de la problématique générale de cette recherche. C'est-à-dire selon deux dimensions : les enjeux et l'ordre d'interactions entre les différentes « écologies » au sein de chaque Réppop, et les enjeux ou liens entre ces « écologies » d'un point de vue national entre les cinq Réppop de France.

3. Les données institutionnelles, et les documents diffusés²³⁵.

Ces données sont d'une importance notoire par le fait qu'elles caractérisent les « stratégies » employées par les différents Réppop, voire certains professionnels « acteurs » dans ces Réppop. Dans le but de contacter les publics visés par leurs activités : les malades, les professionnels, les financeurs, et par là même de témoigner d'une utilité spécifique (revendications) des Réppop. Ainsi une analyse de ces données en référence aux stratégies de valorisation a été conduite, que ce soit pour :

- l'ensemble des sites internet²³⁶ avec les choix opérés : possibilités de contacts, appellations des professionnels et notamment ceux de l'activité physique.
- la publication des documents officiels en relation avec les activités physiques : qui sont les rédacteurs, comment l'activité physique est-elle envisagée, etc. ?²³⁷,
- ou encore des articles diffusés soit nationalement (revue « *La santé de l'homme* »)²³⁸, soit localement (« *La lettre du Réppop* »)²³⁹ avec le choix des sujets, les groupes professionnels concernés par ces sujets, le groupe professionnel d'appartenance de l'auteur ou des auteurs, etc.

²³⁴ Cf. Annexe 5 : exemple d'entretiens.

²³⁵ Cf. Annexe 4 : Documents spécifiques Réppop.

²³⁶ <http://www.repop.fr/>

²³⁷ Activité physique et obésité de l'enfant : bases pour une prescription adaptée, PNNS, Novembre 2008.

Document annexe à la synthèse du PNNS, Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée, Juin 2008.

²³⁸ La santé de l'Homme, n°386, Novembre/Décembre 2006

²³⁹ « La lettre du Réppop », Réppop Ile de France, n°1 : septembre 2004 ; n°2 : novembre 2004 ; n°3 : janvier 2005 ; n°4 : juin 2005 ; n°5 : octobre 2005 ; n°6 : décembre 2005 ; n°7 : mai 2006 ; n°8 : juillet 2006 ; n°9 : novembre 2006 ; n°10 : juin 2008.

L'analyse de ces données revêt alors un double intérêt, tout d'abord il témoigne de la mise en avant de professionnels ou de groupes professionnels dominants, d'un charisme révélateur, et parallèlement il signifie l'absence de représentativité de certains groupes professionnels en manque de représentant. De plus, à l'image des données relatives aux démarches de valorisation des savoirs, savoir-faire et savoir être, celles-ci se présentent comme caractéristiques de revendications spécifiques plus particulièrement auprès des pouvoirs publics.

DEUXIEME PARTIE

La singularité des problèmes
professionnels dans les
Réppop.

Il s'agit dans cette deuxième partie de situer comment se joue l'« écologie des professions » dans un fonctionnement en réseau de santé. Ce qui revient à préciser qui sont « les acteurs, les lieux et la fonction (au sens mathématique) associant les uns aux autres. »²⁴⁰ Dès lors, un premier constat peut s'effectuer quant à l'existence de deux sous-écologies des professions selon que l'on se place du côté des cellules de coordination des Réppop, ou bien du côté des soins de proximité, c'est-à-dire « en ville » avec principalement des professionnels libéraux. Notre analyse concerne plus particulièrement l'« écologie » des professions des cellules de coordination des Réppop.

Lorsque l'on considère l'investissement de certains professionnels dans ces dispositifs, il est bien question de s'« engager dans un travail en réseau », notamment en réaction à l'hyperspécialisation médicale, et au morcellement de la prise en charge. Les professionnels investis sont donc animés d'une motivation particulière que F.X. Schweyer définit à travers le fait qu'ils « sont souvent convaincus qu'il faut changer le système. Les relations entre professionnels peuvent être jugées insatisfaisantes. Par exemple les infirmières et les kinésithérapeutes aspirent à être considérés comme des partenaires par les médecins, ils aspirent à des relations plus équilibrées c'est à dire plus démocratiques. »²⁴¹

Ce serait donc en référence à une approche démocratique de la santé et des perspectives humanistes de l'exercice professionnel que se déclencherait l'engagement des professionnels du monde médical et paramédical, dans le fonctionnement en réseau de santé. Mais pour autant, au sein des réseaux et plus particulièrement de leurs coordinations les relations entre le monde médical et le monde paramédical se rejouent différemment. Ainsi, quels enjeux professionnels peut-on établir pour les professionnels des coordinations en fonction des différentes disciplines selon qu'il soit question des médecins, des diététiciens, des psychologues ou encore des responsables en activité physique ? De quelles manières envisagent-ils leur engagement, et leurs fonctions de coordination et sur quelles dimensions se construit leur sentiment d'appartenance particulier à ce dispositif intermédiaire entre les institutionnels et les « professionnels de ville » ? Autrement dit, comment s'établit le sentiment d'appartenance de l'ensemble des acteurs dans les différentes coordinations des réseaux ? Considérant que « la coordination est pour les médecins à la fois une façon de promouvoir une manière originale d'exercer la médecine de proximité et une voie détournée

²⁴⁰ Abbott A., (2003) Op. Cit p. 44.

²⁴¹ Schweyer F.X., (2005) Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils, in La santé en réseau : quelles innovations ?, Sociologies Pratiques. Première édition, Paris, PUF, p.99-100.

pour accéder à une forme de spécialisation, qu'ils n'ont pu obtenir par la « voie royale » du diplôme et de la carrière hospitalière. »²⁴² L'engagement au sein des cellules de coordination peut-il s'apparenter à une idée de « faire carrière dans la coordination » (Robelet et coll., 2005). Si tel est le cas, on peut alors se questionner sur la généralisation ou non de cette aspiration à l'ensemble des professionnels investis dans les cellules de coordination, qu'il soit question de professions établies ou de professions émergentes ? De quelles manières les médecins, les diététiciens(nes), les psychologues et les responsables en activité physique envisagent-ils leur engagement, et leurs fonctions de coordination, sur quelles dimensions se construit leur sentiment d'appartenance particulier à ce dispositif intermédiaire entre les institutionnels et les « professionnels de ville » ? Est-il question uniquement de « vocations » ou de parcours individuels, ou bien cela va-t-il jusqu'à une volonté spécifique de reconnaissance de leur groupe professionnel ? Devenant « pionniers »²⁴³, non pas du réseau comme les médecins fondateurs, ou autres professionnels fondateurs, mais « pionniers » pour leur groupe professionnel, par la création d'une nouvelle professionnalité au cœur des cellules de coordination des Réppop. Et plus particulièrement pour les professionnels de l'APA-S, dans quelles mesures construisent-ils leur territoire à l'égal des autres territoires au sein de ce « climat » particulier que représentent les coordinations des Réppop ?

²⁴² Robelet M., et coll. Op.cit p. 252.

²⁴³ Scheweyer F.X., (2005), « L'origine d'un réseau est souvent due à une initiative personnelle mais surtout à la ténacité et à l'investissement personnel de pionniers dont le registre d'action est celui de l'effort, du sur-travail, du don. Op.cit p.93

Il convient de souligner deux traits caractéristiques des pionniers des réseaux : le « polyexercice » et la « multipositionnalité » dans le champ médical. Herzlich, Bungener, Paicheler et al. Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français. 1930-1980, Paris, Droin Inserm, 1993, p.117.

Chapitre 6 : Les médecins dans les coordinations des Réppop.

1. Un titre particulier de « médecin coordonnateur ».

Le coordonnateur d'un Réppop est le plus souvent celui qui a réuni l'équipe de coordination et piloté le projet de structuration initiale du réseau. Il est souvent à l'origine de la naissance du réseau, parfois de sa survie. Or, dans les Réppop, ce sont très souvent exclusivement des médecins qui sont à l'initiative de ces expérimentations et qui sont alors qualifiés de « médecins coordonnateurs ».

1.1. Un rôle de représentativité du réseau

Le rôle d'initiateur s'accompagne d'un rôle de représentativité spécifique. F.X. Schweyer dans son analyse sur les médecins coordonnateurs, précurseurs, « pionniers », à l'origine de la mise en place des réseaux de santé, définit l'importance de cette représentativité :

« C'est la crédibilité du dispositif qui se joue dans les compétences des membres fondateurs...Ce n'est pas l'objet du réseau en lui-même qui explique seul cette mobilisation initiale. On observe que c'est une envie de « travailler différemment » qui justifie l'investissement personnel dans les réseaux de santé...L'origine d'un réseau est souvent due à un investissement personnel de pionniers dont le registre d'action est celui de l'effort, du sur-travail, du don. » (Schweyer, 2005)²⁴⁴

De manière concordante, les médecins coordonnateurs des Réppop se définissent selon des caractéristiques comportementales proche du don de soi, du surtravail, ce que F.X. Scheweyer définit à travers : « le charisme, la ténacité, et les compétences multiples. »²⁴⁵. Un rôle central de garant de la légitimité du réseau est mis en avant par ces professionnels et il leur permet de justifier en conséquence un titre professionnel spécifique de « coordonnateur » :

²⁴⁴ Schweyer F.X., (2005) Op.cit. p.92-93.

²⁴⁵ Schweyer F.X (2005) Ibid. p. 93

« Les Réppop, comme les autres réseaux, c'est quand même très personnes dépendantes. S'il n'y a pas quelqu'un qui prend le projet...ou qui peut le faire au niveau du temps, des compétences et des disponibilités, c'est difficile. » (Médecin coordonnateur c d'un Réppop).

L'engagement de ces médecins se caractérise dans l'intérêt professionnel d'une volonté militante de changement des pratiques professionnelles, en référence à un constat de dysfonctionnement dans le « cloisonnement » des prises en charge.

En tant que garant de l'efficacité du fonctionnement du réseau, les médecins coordonnateurs, sont d'ailleurs amenés à comptabiliser, et faire valoir le nombre de patients inclus comme un des éléments fort de la représentativité du fonctionnement d'un Réppop. Il en est de même pour le nombre de professionnels formés par la coordination d'un Réppop, que ce soit des professionnels de ville, des structures partenaires, etc. Ainsi, lors des réunions nationales de la CN Réppop l'échange porte notamment sur ces deux indicateurs qui sont alors considérés comme révélateurs de la « qualité » du suivi d'un dispositif parmi d'autres indicateurs plus qualitatifs comme par exemple la satisfaction des usagers. L'objectif recherché vis-à-vis des pouvoirs publics est de garantir la pérennité du fonctionnement des Réppop en prouvant son efficacité afin d'obtenir dans un deuxième temps la poursuite des financements attribués. L'activité professionnelle de ces médecins coordonnateurs tient donc une spécificité dans sa dimension gestionnaire, c'est-à-dire dans la transparence de l'efficacité du travail effectué au sein de leur réseau. Leur activité se situe alors plus particulièrement à l'interface entre l'« écologie » des pouvoirs publics, celle des « professionnels du réseau que ce soit dans la coordination ou « en ville », mais aussi celle des « patients et de leur famille ».

1.2. Un rôle de formateur de ses « pairs ».

L'activité de coordination permet un gain vis-à-vis d'une activité professionnelle médicale généraliste. Une fonction de formateur des médecins ou d'autres professionnels souhaitant adhérer au Réppop, fait partie des tâches contrôlées par les médecins coordonnateurs. Avec celle-ci, c'est la responsabilité de l'impulsion d'une dynamique professionnelle qui est en jeu :

« A ce jour, nous avons formé cent trente et un professionnels de santé. En novembre 2006, trois kinésithérapeutes, huit diététiciennes, huit psychologues, soixante-sept médecins sont

acteurs du Réppop. Ce module de formation évolue, au fil du temps, en fonction de l'expérience de chacun, de l'avancée des connaissances des professionnels à former et des critiques que nous accueillons auprès des participants, à la fin de chaque module. » (Dr. Treppoz, médecin coordonnateur d'un Réppop.)²⁴⁶

Les contenus de formation sont notamment le produit d'activités d'expérimentation menées sur le terrain en lien avec les référentiels nationaux et internationaux. Elles peuvent alors s'apparenter à de la recherche, par le fait qu'elles nécessitent, de la part de l'ensemble des membres de la coordination, la définition d'une approche jugée optimale pour le suivi de ces jeunes. Dans le cadre médical, la diffusion d'outils comme les courbes de corpulence mis au point par des activités de recherche menées par un groupe d'experts²⁴⁷, et leur validation dans des publications officielles²⁴⁸ situe la recherche dans un lien d'utilité envers les activités professionnelles du réseau. Ce qui peut aller jusqu'à l'élaboration d'outils avec l'exemple des dossiers partagés conçus comme une aide à la démarche clinique pour les médecins. Du côté de la médecine des preuves, ces activités sont conçues comme des aides pour les prises en charge des professionnels de « ville », en correspondance avec la culture médicale par le fait qu'elle permettent de mesurer, de quantifier les évolutions de cette pathologie particulière et complexe (multifactorielle). Les démotivations possibles de la part des médecins généralistes, quant à leur engagement comme professionnel « Réppopiens », sont anticipées et accompagnées, car elles sont identifiées par les coordonnateurs comme les freins majeurs du fonctionnement du réseau.

1.3. Un esprit particulier de promotion de la santé

L'obésité infantile peut revêtir un intérêt spécifique pour certains médecins généralistes en quête de nouvelles responsabilités, ou d'un champ de compétences élargi (Robelet, 2005)²⁴⁹, mais aussi d'une forme de vocation se situant entre le médical, le psychologique, le social et

²⁴⁶ Dr. Treppoz S., Lyon expérimente la prise en charge des enfants en surpoids, La Santé de l'homme n°386, 2006, p. 12.

²⁴⁷ Dans le cadre du PNNS, le ministère de la santé a coordonné un groupe d'expert composé de membres de l'association pour le Prévention et la prise en charge de l'Obésité en pédiatrie (APOP) et de M.F Rolland-Cachera (INSERM), afin d'établir une nouvelle présentation sous forme de disque des courbes de corpulence.

²⁴⁸ Evaluer et suivre la corpulence des enfants, PNNS, INPES, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

²⁴⁹ Robelet M., et coll. Op.cit, « On peut soutenir l'hypothèse que la coordination est pour les médecins généralistes engagés dans l'exercice des fonctions de coordination, à la fois une façon de promouvoir une manière originale d'exercer une médecine de proximité et une voie détournée pour accéder à une forme de spécialisation, qu'ils n'ont pu obtenir par la « voie royale » du diplôme et de la carrière hospitalière. » p.252.

le politique. Le fonctionnement particulier des Réppop se situe notamment dans la répartition des pratiques préventives et celles de prises en charge. En effet, l'évolution de la définition spécifique de cette pathologie, au regard de ces dimensions sociales minore l'activité curative de l'exercice professionnel du médecin, pour laisser une place importante aux valeurs humanistes :

« Moi ce qui m'intéresse dans la médecine c'est la relation à l'autre, et le contact. Et ça dans l'obésité c'est d'une richesse inouïe, parce que c'est une approche qui doit être globale, qui doit être à la fois de la famille et de l'enfant, qui sur le plan médical aborde plein de domaines différents : l'orthopédie, la génétique... » (Médecin coordonnateur A d'un Réppop).

A ce propos, il est intéressant de constater que la majorité des médecins coordonnateurs des Réppop sont des femmes, même s'il convient de pondérer cette donnée du fait que de façon générale, la majorité des pédiatres sont des femmes²⁵⁰. Un Réppop fait exception, avec une double coordination médicale assurée par un homme, médecin généraliste, et une femme pédiatre. Sûrement en lien avec les disponibilités et l'intérêt de ces professionnels pour le Réppop, cette double coordination signe néanmoins l'idée d'ouverture et de non hiérarchisation prônée dans les finalités des réseaux de santé. Cet engagement majoritaire des femmes dans les coordinations peut se concevoir comme une opportunité spécifique de faire valoir des valeurs humanistes au sein d'un exercice professionnel Réppop. Ce qui sous-entend l'idée d'une médecine en crise, dans laquelle certains médecins ne parviennent plus à faire correspondre les dimensions vocationnelles de leur profession, avec l'exercice de celle-ci. Et ceci particulièrement en référence à la figure du médecin de famille, référent durant plusieurs générations d'une même famille, lui donnant un rôle de « proche ». Or désormais, les rapports entre le médecin et le malade sont marqués par une forme de pouvoir (Freidson, 1970)²⁵¹, notamment « en ville » où la concurrence peu amener certains médecins à céder aux exigences des patients. Ainsi, la neutralité des médecins est à l'épreuve d'une gestion d'intérêts parfois contradictoires avec leurs patients. Ce qui les amène à ne plus pouvoir fonctionner seulement selon leurs convictions. Devant cette déprofessionnalisation, les

²⁵⁰ Bessière S., (2005) « En 2004 la féminisation s'est accrue dans l'ensemble des spécialités médicales. Mais les femmes restent en proportions les plus importantes dans les premières spécialités dans lesquelles elles sont entrées. Ainsi, la gynécologie médicale est exercée aujourd'hui à 90% par des femmes. Elles sont devenues majoritaires en pédiatrie, dermatologie, anatomie, ainsi qu'en santé publique... », La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage, Revue Française des Affaires Sociales, RFAS, n°1, p. 19-33.

²⁵¹ Freidson E. (1970), Profession of Medicine by Harper et Raw, New-York, Trad. Fr. La profession médicale, Paris, Payot, 1984.

réseaux et notamment les Réppop peuvent représenter un lieu où les médecins vont pouvoir trouver ou retrouver une correspondance avec les fondements de leur engagement dans la médecine.

Dès lors, au-delà de l'approche biomédicale, l'obésité infantile est pensée par les médecins coordonnateurs selon une approche sociale, telle qu'elle a été pensée pour le handicap dans la CIF²⁵². Le jeune et sa famille étant perçu comme « expert » de la situation d'obésité, cela place le souci de l'« empowerment » lié à la valorisation des interventions éducatives au cœur des prises en charge afin de favoriser le pouvoir d'agir des personnes :

« On veut vraiment être un réseau ambulatoire. C'est vraiment la philosophie c'est déjà de prendre en charge au plus près de la famille, au plus près de l'enfant... et pour prendre en charge la famille et vraiment avoir une proximité... Et puis aussi, ce n'est pas médicaliser obligatoirement. Il y a des médecins, bien sûr mais on ne veut pas hospitaliser. Voilà on ne veut pas non plus que cela devienne trop médicalisé la prise en charge de l'enfant obèse. »
(Médecin coordonnateur E d'un Réppop)

C'est l'idée de la promotion d'une santé au sens global, de bien être à la fois physique, mental et social dans la prévention et le suivi des jeunes obèses, qui semble fédérer les positionnements des différents médecins coordonnateurs des Réppop. Mais une différenciation entre les médecins coordonnateurs peut s'observer quant à leurs choix de partenaires dans les coordinations des Réppop. Selon qu'ils s'associent d'emblée ou non avec un hôpital, mais aussi selon les professionnels qu'ils sollicitent au sein de leur coordination : un(e) diététicien(ne), un(e) psychologue, et un(e) responsable en activité physique, ou tout du moins qu'ils prévoient dans les premières formes de prises en charge un suivi plus ou moins pluridisciplinaire. Ce qui laisse apparaître en conséquence des positionnements partagés en promotion de la santé.

²⁵² CIF (2002), classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, est une réactualisation de la CIH (Classification Internationales des handicaps) de 1992. Cette dernière classification intègre un modèle social du handicap : « la personne devient « expert » de sa propre situation ».

2. Un rôle de diffusion et/ou de conversion des professionnels à une approche éducative de l'obésité infantile.

2.1. L'éducation des jeunes obèses « au secours de la médecine »²⁵³

Nous sommes ici dans le deuxième versant du rôle de coordonnateur au sens d'expert de l'obésité pédiatrique. Sachant qu'il en existe en dehors des Réppop, et même avant la création des Réppop, nous pouvons situer le rôle du médecin coordonnateur comme un responsable de la diffusion auprès des professionnels du réseau de l'approche éducative valorisée par les experts.

Laissant de côté les perspectives d'éducation pour la santé centrées sur un enseignement de savoirs de santé ou encore sur l'apprentissage de savoirs médicaux (Deccache, Meremans, 2000)²⁵⁴, les médecins coordonnateurs construisent leurs démarches autour de la volonté de rendre les jeunes acteurs de leur prise en charge. C'est notamment en leur laissant un choix entre plusieurs modalités de prise en charge, ou encore dans la fréquence du suivi, tout en gardant obligatoire certaines consultations :

« Plusieurs modalités de prise en charge sont proposées en fonction du degré d'obésité et des souhaits de l'enfant et de la famille : une prise en charge individuelle, le médecin reçoit l'enfant une fois par mois la première année, puis une fois tous les deux mois la seconde ; une prise en charge collective avec la pratique du roller et des ateliers diététiques ; et une prise en charge multidisciplinaire dispensée par une structure partenaire. » (Dr S. Treppoz, 2006.)²⁵⁵

C'est plus particulièrement à travers les possibilités que le travail en réseau offre d'accompagnement et d'éducation au sens de B. Sandrin-Berthon (2000), « l'éducation n'est pas une potion que le médecin prescrit, que l'infirmière administre et que le patient ingurgite. L'éducation est une aventure humaine. »

« C'est extrêmement varié comme activité professionnelle, c'est un suivi qui doit être prolongé, qui est basé sur l'éducation et moi c'est ça qui m'intéresse. Cela ne ressemble pas

²⁵³ Pour reprendre B. Sandrin-Berthon (dir.), (2000) *L'éducation du patient au secours de la médecine*, PUF, Paris.

²⁵⁴ Deccache A, Meremans P. (2000) *L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines*, in B. Sandrin-Berthon (dir.), (2000) *L'éducation du patient au secours de la médecine*, PUF, Paris, p. 147-167.

²⁵⁵ Dr. Treppoz S. (2006) *Op.cit*, p. 11.

aux urgences, ici, je trouve que cela demande un investissement différent sur du long terme, »
(Médecin coordonnateur C d'un Réppop).

Là encore, les démarches adoptées par l'ensemble des médecins coordonnateurs sont nuancées. Selon une articulation plus ou moins affirmée entre le sanitaire et le social, il semble se tenir des portées éducatives différenciées entre les dispositifs. La proposition ou non de suivi en activité physique, ainsi que sa forme, constitue un des points centraux de différenciation.

2.2. Une prise en charge de proximité : éduquer l'enfant et sa famille.

Devant les échecs des prises en charge en internat, qui provoquent un isolement du milieu de vie, mais aussi en opposition avec les prises en charge hospitalières lourdes symboliquement et souvent éloignées du domicile de l'enfant, les Réppop proposent une prise en charge de proximité. D'ailleurs la nécessité d'une prise en charge de proximité a été une des raisons qui a poussé à la réflexion et à la mise en place des Réppop. En tant que réseaux « ville-hôpital », l'objectif principal est de sortir le moins possible le jeune de son contexte de vie, et de l'aider au plus près de son fonctionnement habituel. C'est aussi la volonté de prendre en charge le jeune et sa famille ensemble comme condition de l'efficacité du suivi :

« C'est vrai qu'hospitaliser un jeune, le mettre dans un lit, et lui amener des plateaux repas, avec uniquement de la soupe : ce n'est pas très éducatif. Mais on voit bien quand les jeunes sont en internat, on les fait bouger tous les jours... Et forcément, ils ne se font pas à manger, parce que de toute façon même chez eux ils ne se font pas à manger, c'est leur parents. Alors ces centres d'internat c'est un peu l'extrême par rapport à ce que l'on pourrait faire au niveau du réseau comme proposer des activités régulières dans la semaine. Certes, en internat ils sont plus contrôlés du début jusqu'à la fin, mais après lorsqu'ils rentrent à la maison, les parents reprennent les rênes, et si les parents ne se sont pas remis en question, on refait comme avant. » (Médecin de ville adhérent au Réppop).

Cette problématique est bien spécifique à l'obésité infantile, en effet, il est parfois question d'une pathologie familiale, c'est-à-dire que selon un caractère plus ou moins héréditaire, plusieurs membres d'une même famille peuvent être obèses. Maigrir, peut alors être considéré comme une trahison du jeune vis-à-vis d'un élément de culture familiale.

« A un moment il faut aussi renvoyer les familles devant leurs responsabilités... parce que le problème c'est que lorsque vous restaurez le cadre parental, il y a un moment où l'enfant fera ce que les parents ont envie qu'il fasse. » (Médecin coordonnateur B d'un Réppop)

Or si pour d'autres réseaux de santé l'adhésion et le consentement des patients peut se baser sur des données objectives de besoins de soins identifiés médicalement, il n'en est pas de même pour l'obésité infantile. Le caractère non obligatoire du suivi va faire émerger des stratégies déployées par les professionnels de réseau pour capter/fidéliser les patients inclus de manière beaucoup plus prégnantes dans les Réppop comparé aux autres réseaux. Dès lors, les patients et leurs familles sont au cœur du système, leur suivi doit être réfléchi selon des dimensions contraires d'éducation et de fidélisation. La complexité de la tâche éducative s'en ressent dans l'ensemble des stratégies déployées afin que les patients « n'échappent » pas à la prise en charge (Cochoy, 2004)²⁵⁶.

Autrement dit, si les patients peuvent être considérés comme déjà pré-convaincus de l'intérêt de ce suivi, les médecins coordonnateurs sont placés devant la nécessité de renforcer cette première adhésion en proposant une correspondance avec les attentes des patients quant à la teneur du suivi. L'objectif est de garantir que l'engagement perdure dans le temps malgré les événements qui peuvent survenir : non amaigrissement, lourdeur du suivi, etc. Pour cela, un outil est unanimement utilisé : la charte du réseau qui signe l'engagement éthique des professionnels, des partenaires du réseau, mais aussi des jeunes et de leurs familles.²⁵⁷

2.2.1. La charte du réseau comme moyen de renforcement de l'engagement des patients et de leurs familles.

L'élément le plus explicite de ces attentes se trouve dans la formulation des chartes des Réppop. Une analyse transversale des différentes chartes d'autres réseaux de santé semble intéressante pour situer le degré d'engagement attendu plus spécifiquement pour les jeunes en surpoids ou obèses et de leurs familles ce qui ici constitue une particularité bien spécifique. La structure de la charte Réppop au regard des textes officiels²⁵⁸, ne spécifie pas les modalités

²⁵⁶ Cochoy F. (Coord.) (2004) La captation des publics. C'est pour mieux te séduire, mon client, Toulouse, PUM.

²⁵⁷ Cf. Annexe 3 Documents spécifiques Répop, Exemple de charte d'un réseau Répop.

²⁵⁸ Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, Titre V, RÉSEAUX ET AUTRES SERVICES DE SANTÉ, Chapitre 1^{er}, Réseaux de santé

d'entrée mais surtout de sortie de réseau dans les différentes notifications. Or comparativement certains réseaux diabète explicitent les modalités de sorties du réseau notamment selon le « non respect par le patient des rythmes de consultation fixés dans le cadre du réseau auprès de chaque professionnel de santé, sur une période supérieure à 18 mois » (Charte réseau Karudiabète)²⁵⁹.

Ce premier élément d'analyse sur la structure même de la charte des Réppop peut s'entendre comme un moyen de préservation d'une motivation initiale plus difficile dans le cas de l'obésité infantile, à acquérir et préserver comparé à d'autres pathologies. Ainsi, il est possible de trouver dans plusieurs chartes des Réppop une définition commune des attentes de l'engagement des jeunes et de leur famille selon les modalités suivantes :

« Le patient et ses parents reçoivent une information précise et complète sur le réseau, en particulier sur la possibilité de recours à d'autres professionnels si cela est nécessaire à la prise en charge.

Le patient et ses parents sont libres de leur décision, mais ils doivent donner leur consentement par écrit, pour être pris en charge dans le réseau. Cela constitue de leur part un engagement clairement établi avec le médecin. » (Exemple de charte d'un Réppop).

« La charte du réseau décrite à l'article D. 766-1-4 et la convention constitutive décrite à l'article D. 766-1-5 sont portées à la connaissance de l'utilisateur. Le réseau remet également la charte du réseau à l'ensemble des professionnels de santé de son aire géographique.

« Art. D. 766-1-4. - L'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluriprofessionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaires.

« Une charte, dite "charte du réseau", définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole. Cette charte, cosignée par chacun des membres du réseau, rappelle les principes éthiques. En outre, elle précise :

« 1° Les modalités d'accès et de sortie du réseau ;

« 2° Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage ;

« 3° Les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants ;

« 4° Les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs.

« Les référentiels utilisés et les protocoles de prise en charge font l'objet d'une annexe à la charte.

« Le document d'information prévu au deuxième alinéa de l'article D. 766-1-3 est également annexé à la charte du réseau.

« Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en œuvre dans le cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation.

« Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Le bénéfice des financements prévus à l'article D. 766-1-1 est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

²⁵⁹ Charte Réseau Karudiabète, 2005, <http://www.parhtage.sante.fr>

Il peut aussi être question d'une difficulté de rendre un enfant responsable de son absentéisme lors des soins étant donné qu'il dépend des décisions de ses parents. Par contre, dans un document d'information complétant cette charte, se trouve la liberté de l'engagement ou du désengagement à tout moment du suivi et des attentes quant à la participation active de chaque jeune inclus :

« Votre engagement dans le réseau, parents et enfant, consiste à participer activement au protocole de soins et de suivi qui vous sera proposé par le médecin. Celui-ci nécessitera un changement durable des habitudes de vie que nous allons tenter de mettre en place sur une durée d'au moins 2 ans, durée d'engagement dans le réseau. » (Document d'information pour les parents des enfants qui vont bénéficier du réseau Réppop)

On remarque alors que le médecin traitant « de ville » occupe un rôle plus ou moins central et décisionnel dans les propositions de prises en charge faites aux familles. Nommé parfois « pilier central » de la prise en charge, il contribue aux choix de l'orientation des patients vers un suivi combinant plus ou moins les différentes disciplines : diététique, activité physique, psychologie. Mais en fonction des Réppop, ce rôle prépondérant est plus ou moins relativisé par les cellules de coordination, qui effectuent un diagnostic pluridisciplinaire avant l'inclusion du jeune dans le Réppop. L'intégration ou non des jeunes dans le réseau ne suit pas les mêmes modalités, soit les médecins de « ville » ont la possibilité de décider de l'inclusion, soit il y a un passage obligé par les cellules de coordination. Cette différenciation des responsabilités donne une teneur plus ou moins affirmée à la mise en place d'une interdisciplinarité du dispositif. Dans le cas d'une inclusion possible par le médecin traitant, il y a la reconnaissance d'une expertise médicale unique dans le diagnostic.

2.2.2. Préserver l'engagement des jeunes obèses malgré les « échecs ».

L'attente principale envers les jeunes inclus dans un Réppop, par les professionnels est alors établie dans une persévérance dans les soins qui sont proposés malgré les « échecs » afin d'éviter les « décrocheurs ». Mais jusqu'où est-il possible de les éduquer ?

C'est justement dans la définition de la notion « d'échec de prise en charge » que tout semble se jouer, aussi bien pour les professionnels que pour les jeunes obèses. Si les jeunes adhèrent au Réppop principalement suite à une volonté d'amaigrissement, il s'avère que du côté des

professionnels de santé la réussite de la prise en charge soit davantage située du côté de la promotion de la santé plutôt que de l'amaigrissement comme seule finalité:

« Sur le bien être, l'idée de santé un peu positive que l'on recherche, de bien être, ce n'est pas forcément de la minceur finalement...Là il y a 2 choses, quand ils viennent chez nous : la première chose que l'on va évaluer c'est l'IMC, ils viennent pour ça. C'est-à-dire que l'on est sollicité, c'est comme pour un diabétique, il vient pour un problème de santé. Mais pour l'obésité c'est différent. Parce que mon métier c'est de répondre à un problème médical, mais quand on pense qu'un enfant est trop gros et qu'il veut être moins gros, cela pose un problème de santé non immédiat mais ultérieur. La difficulté de cette maladie ..., c'est être capable de se projeter dans des difficultés, ce qui est d'ailleurs quasiment impossible chez un enfant. Parce que derrière cela, ce qui importe c'est qu'il aille mieux, si ça ne va pas mieux sur le plan de l'IMC mais que ça va mieux dans sa tête, ou dans sa vie en général, il y a au moins quelque chose qui a été mené de manière positive. » (Médecin coordonnateur A d'un Réppop).

En définitive, l'éducation des jeunes obèses et de leur famille met en avant une part importante de négociation dans les activités des différents professionnels responsables de leur suivi. Dès lors, si les patients et leur famille peuvent être considérés au cœur du système RéPPOP, comme une « écologie » à part entière, leurs prises en charge se définissant en liens d'interdépendance avec les activités des professionnels. En effet, une liberté de choix dans les formes de prise en charge est donnée, ce qui donne un rôle prioritaire d'accompagnant aux soignants et non pas de prescripteur. Les suivis s'établissent autour d'un ensemble de liens qui se caractérisent par une succession de négociations, ou de délibérations.

3. De la nécessité des délibérations.

3.1. Un degré d'investissement différencié.

Dans les onze Réppop étudiés, il y a une répartition du temps de travail qui se fait majoritairement pour moitié à la coordination et pour une autre moitié à la prise en charge en libéral ou à l'hôpital. La répartition est dépendante des opportunités locales (rattachement ou non à un CHU), mais aussi de l'historique de constitution du réseau, à savoir la répartition des différentes lignes budgétaires lors de la constitution initiale du dossier. Certains insistent sur

l'intérêt d'un travail en cabinet libéral aux côtés des responsabilités de coordonnateur d'un Réppop, pour garantir une forme de proximité avec les médecins de ville adhérents au réseau :

« De travailler aussi en cabinet, en libéral. Cela présente des contraintes horaires, mais cela à cet avantage que les médecins qui travaillent dans le réseau, on a leur emploi du temps on sait comment ils travaillent...et d'une certaine manière on est aussi un médecin lambda du réseau, donc on connaît les difficultés du système, les contraintes. Et puis, on voit en plus du travail de coordination un certain nombre d'enfants du réseau en tant que médecin du réseau Réppop. Et je pense que dans le discours qu'on peut avoir avec les acteurs du réseau, on a un vrai atout. On n'est pas des gens qui parlent ex cathedra... » (Médecin coordonnateur B d'un Réppop).

Cette posture de partenaire, proche des médecins de ville, est ici utilisée par le médecin coordonnateur comme un moyen singulier lui permettant de mieux délibérer avec l'ensemble des professionnels partenaires. Il y a une complexité de l'activité de coordination qui est ici identifiée dans la concertation, la délibération et l'incitation des professionnels partenaires situés « en ville ». Ces médecins coordonnateurs choisissent de se démarquer volontairement d'une démarche de pouvoir. Le choix est alors porté en direction d'une délibération plutôt que d'une domination. Ce qui laisse supposer la perception d'une difficulté quant au recrutement, et une incertitude liée au fait qu'il s'agisse de manager un « matériau humain ».

D'autres médecins coordonnateurs valorisent quant à eux, une activité d'expertise au sein de l'hôpital, pour les médecins libéraux, dans le parcours de soins proposé par leur Réppop. Cela passe par la prise en charge des cas complexes, que les médecins n'ont donc pas à prendre en charge dans leur cabinet :

« Pour la moitié de notre temps de travail, on a réellement une activité de réseau, c'est-à-dire que l'on construit le lien entre les partenaires, le travail avec l'éducation nationale, avec les conseils généraux, avec les villes, avec le monde sportif, avec le monde libéral etc. Voilà pour le travail de coordination de réseau, et pour moitié de notre temps on fait de la médecine et de la prise en charge parce qu'il n'y a personne d'autre. C'est-à-dire que les libéraux prennent les enfants en charge, et quand il y a une complication, une situation difficile, c'est nous...parce que moi je suis praticien hospitalier.» (Médecin coordonnateur C d'un Réppop)

A la fois valorisée, pour l'intérêt de l'activité de coordination mais aussi pour le suivi des patients, cette double activité professionnelle est présentée comme une réalité complexe lui donnant un intérêt particulier. Rejoignant l'idée de singularité et de complexité des problèmes rencontrés, l'activité de coordination nécessite donc un ensemble de négociations²⁶⁰, que ce soit avec les professionnels partenaires, les patients et leur famille, mais aussi avec les pouvoirs publics et les partenaires : financiers, associations sportives, MECS, etc.

Ainsi, la nature différenciée d'investissement dans l'activité de coordonnateur de réseau s'accompagne d'une définition particulière du poste. Dans le premier cas, l'activité de coordination se conçoit en complément d'une activité libérale. Le poste se définit essentiellement en termes de spécialisation, et surtout dans la contribution à une harmonisation des pratiques entre les professionnels des coordinations et les professionnels de ville. La fonction d'expertise pour la pathologie est placée à un niveau secondaire.

Dans le deuxième cas, il est question d'une (re)conversion, et de « carrière dans la coordination » (Robelet et coll., 2005)²⁶¹. Cela vaut essentiellement pour des médecins déjà employés dans des services de CHU ayant en charge des jeunes obèses, et concernés par l'implantation d'un Réppop. L'expertise des cas complexes définit un intérêt spécifique pour ces professionnels, qui peut s'apparenter à une activité de recherche clinique. Ici, le réseau est conçu comme une plus-value pour l'hôpital. Les professionnels hospitaliers restent dans leurs structures initiales d'exercice professionnel. Donc, même s'ils existent prioritairement en référence au Réppop, ils gardent une forme de reconnaissance hospitalière vis-à-vis de leurs pairs :

« Oui parce que l'on travaillait déjà ici dans l'unité d'endocrinologie pédiatrique, on prenait déjà en charge des enfants obèses avant le réseau, donc à l'hôpital. Et on avait déjà des contacts avec les services de médecine du sport, et donc quand on a voulu mettre en place le réseau on a travaillé avec eux et essayé de voir comment on pouvait développer des structures de prise en charge pour les personnes obèses en ambulatoire. » (Médecin coordonnateur F d'un Réppop).

Pour renforcer l'idée d'une « spécialisation dans l'obésité infantile », un « diplôme interuniversitaire d'obésité pédiatrique, approches de santé publique » est créé à partir de

²⁶⁰ « Face à des problèmes singuliers et complexes, les professionnels prennent des décisions qui comportent une dimension de délibération et même de pari. » p.84.

²⁶¹ Robelet M., et coll. Op.cit p. 252.

2008-2009 au sein des facultés de médecine de quatre grandes villes dans lesquelles sont implantées des Réppop. Ce diplôme intègre dans ses contenus le fonctionnement des Réppop et il est souvent coordonné, géré (autorisation d'inscription) par les médecins « coordonnateurs » des réseaux situés principalement en CHU. Il permet une forme de « spécialisation » officielle pour les professionnels qui souhaitent approfondir et sauvegarder leur activité professionnelle dans les Réppop.

En définitive, si les enjeux de positionnements des médecins coordonnateurs des Réppop peuvent se définir généralement en référence à une position de « médiateurs décisionnels » entre l'« écologie » des professions, l'« écologie politique », et celle des jeunes obèses et de leur famille, des divergences existent selon les différents contextes. Les Réppop dont l'implantation de la cellule de coordination se trouve dans un CHU, se situent davantage du côté du deuxième modèle (7 sur les 12). Mais pour mieux situer la diversité des positionnements, il est alors indispensable de situer la construction de la validité du poste de coordonnateur par les différentes démarches de valorisation particulière de compétences professionnelles.

3.2. La négociation de l'implantation.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'implantation des locaux des cellules de coordination des Réppop est signifiante. Elle présente des conséquences importantes sur les activités professionnelles de ces membres. En conséquence certains médecins coordonnateurs préfèrent éviter un rattachement hospitalier de leur Réppop, soit au nom d'une volonté de « démocratisation » au sein du champ des professionnels de santé, soit en référence à une conception précise des besoins identifiés de suivi des jeunes obèses. Ils remettent en cause les intérêts de la médicalisation de l'obésité infantile, ce qui peut les conduire à une remise en cause des fondements du fonctionnement du réseau ville-hôpital :

« En fait on n'a pas de local, on a voulu dès le départ ne pas se mettre dans un hôpital, ne pas se lier à un hôpital. Donc il y a eu une offre d'appel quand même sur les hôpitaux parce que quand même on a besoin des fois dans la prise en charge des enfants Réppop d'un avis spécialisé. Et donc il y a deux hôpitaux qui se sont manifestés, donc on travaille avec eux, mais ils ne font pas partie intégrante du Réppop. On est vraiment indépendants de l'hôpital, on veut vraiment être un réseau ambulatoire. C'est vraiment la philosophie, c'est déjà de prendre

en charge au plus près de la famille, au plus près de l'enfant, prendre en charge la famille et vraiment avoir une proximité. Et puis aussi, ce n'est pas médicaliser obligatoirement le suivi.»
(Médecin coordonnateur E d'un Réppop)

Evincer volontairement l'hôpital dans les propositions de suivi en revient ici, dans cet exemple particulier, à (re)cloisonner au niveau libéral les prises en charge de l'obésité infantile. Il s'avère que la gestion de la singularité et de la complexité des problèmes rencontrés par les coordonnateurs médicaux des Réppop soit autant dépendante des compétences générales de négociation, que des connaissances et compétences relatives au traitement de l'obésité infantile. L'accès au poste de coordonnateur d'un Réppop devient en conséquence un territoire professionnel plus seulement pré-conquis par le milieu médical hospitalier, mais il existe systématiquement une construction renouvelée de l'attribution de ce poste à chaque création d'un nouveau Réppop. Ainsi, lorsque l'on considère les Réppop dernièrement créés, il est possible de faire le constat d'une remise en question de la prégnance des professionnels de santé dans les coordinations des Réppop, et d'une ouverture, passant d'abord par la présence de médecins libéraux généralistes, puis cela peut aller jusqu'à sortir du milieu médical avec par exemple la sollicitation d'un Professeur des Universités non médecin comme coordonnateur d'un nouveau Réppop:

« C'est pour ça que je suis rentrée au Réppop parce qu'il voulait une expérience politique forte sur les discussions. C'est sur des compétences politiques que j'ai ensuite intégré le Réppop. »
(Professeur des Universités coordonnateur d'un Réppop).

Avec la sollicitation d'un Professeur des Universités issu du monde des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, comme coordonnateur d'un Réppop, il y a ici la mise en avant de l'importance du modèle de la recherche, des publications scientifiques. Mais c'est aussi la mise en exergue d'une valorisation singulière des compétences politiques de négociations, de logiques gestionnaires des partenariats davantage que des connaissances ou compétences médicales dans la définition du poste de coordonnateur de réseau. La mise en avant des compétences relatives à l'institutionnalisation des Réppop et à leur financement redéfinit totalement le territoire professionnel de coordonnateur de réseau. Avec la valeur symbolique du recrutement d'un professionnel non issu du monde de la santé dans une coordination d'un Réppop, celui-ci devient ouvert à d'autres professionnels que des médecins. La mise en valeur de l'importance de la pérennité du financement des réseaux comme

compétences professionnelles principale des coordonnateurs, permet d'aboutir à une forme de « dépossession » ou « défaite » (Abbott, 2003)²⁶² médicale. Celle-ci doit être relativisée au regard de la volonté politique de rattachement systématique des Réppop à un centre hospitalier, particulièrement prônée dans les textes officiels du PNNS 2 (2006/2010)²⁶³ à propos du plan d'action de dépistage et de prise en charge des troubles nutritionnels :

« Mettre en place d'ici à 2 ans, autant que faire ce peut autour de chacun des 31 CHU, et dans toute localité volontaire, des réseaux de pris en charge de l'obésité infantile comme adulte (REPCOB)... » (PNNS 2).

S'il est possible de définir l'activité de coordonnateur de Réppop en liens avec les écologies politique, celle des autres professions, et celle des jeunes obèses et de leur famille, il est également envisageable désormais de la situer comme un travail professionnel « conjecturel », parce qu'il porte sur une réalité qui échappe inévitablement à toute maîtrise systématique » (F. Champy, 2009)²⁶⁴. Nous pouvons désormais nous questionner sur les autres groupes professionnels des cellules de coordination.

²⁶² Abbott A., (2003) Op. cit p.29

²⁶³ Deuxième Programme National nutrition santé (2006-2010) Actions et mesures, Ministère de la santé et des Solidarités, Septembre 2006, p.6.

²⁶⁴ Champy F., (2009) Op.cit. p.84.

Chapitre 7 : Les diététiciens (nes) dans les coordinations des Réppop.

1. Définir une activité professionnelle de coordonnateur en diététique.

1.1. Diététique et nutrition : un flou de concepts.

En janvier 2007 le diététicien est reconnu officiellement comme un professionnel de santé, avec un cadre juridique de la profession²⁶⁵. Depuis la rédaction des statuts de l'Association des Diététiciens de la Langue Française en 1954²⁶⁶, cette association se bat pour obtenir une réglementation et une reconnaissance de cette profession en tant que professionnel de santé. Si une reconnaissance est obtenue par la délivrance d'un diplôme d'Etat, la grille de salaire ne change pas. En termes de rémunération, mais aussi dans la définition de l'activité professionnelle de diététicien (ne), cette profession récente comporte encore un caractère instable. En effet, il demeure un flou autour du qualificatif de « nutritionniste », qui définit toute personne ayant eu une formation en nutrition. Or, ce qualificatif est repris dans l'intitulé du programme national nutrition santé, ce qui vient renforcer ce flou quant à la différenciation de ce que recouvrent ces deux concepts. Sachant que dans le cadre du PNNS, l'objectif est de regrouper sous le terme de nutrition : l'alimentation et l'activité physique²⁶⁷, ce qui en revient à définir un troisième concept :

« Quand le PNNS parle de nutrition c'est justement pour insérer l'activité physique. Mais cela n'a pas de sens, enfin moi je trouve que cela n'a pas de sens, parce que le terme nutrition cela ne parle à personne. Déjà je trouve que la nutrition ce n'est pas l'alimentation, déjà par rapport à notre domaine c'est déjà très restrictif. Parce que l'alimentation ce n'est pas que des nutriments, il y a aussi des dimensions socioculturelles, et c'est dommage parce que le PNNS développe tout ça, mais en même temps il a choisi le terme de nutrition, qui n'est pas adapté me semble t-il. Et il l'est encore moins pour l'activité physique, on a beau dire sous la nutrition on a intégré l'activité physique, cela ne parle à personne. » (Diététicienne et coordonnatrice d'un Réppop)

²⁶⁵ Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 concernant les modalités d'exercice, la délivrance du diplôme d'Etat de diététicien et l'inscription au fichier ADELI

²⁶⁶ J.O, 28/08/1954

²⁶⁷ Avis n°54 sur la prévention de l'obésité infantile. Conseil National de l'Alimentation, Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, Ministère de la Santé, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, adopté le 15/12/2005 : « il est rappelé que l'activité physique est une des deux composantes essentielles du concept de nutrition avec l'alimentation », p.26.

Il était plus particulièrement nécessaire pour cette profession d'acquérir une légitimité institutionnelle, au regard de sa difficulté à définir les limites des frontières de son territoire. Parce que, des professions telles que les auxiliaires médicaux : kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, etc. peuvent être amenés à élargir les frontières de leur territoire en direction de celui de la diététique. Ce qui vient d'une certaine manière expliquer la mise en avant des dispositions pénales relatives à l'exercice illégal et à l'usurpation de titre dans la loi de 2007²⁶⁸.

Mais qu'en est-il dans le fonctionnement des Réppop ? Les diététiciens ont-ils là encore des difficultés à définir leur territoire professionnel comme le laisse présager l'usage du concept de nutrition dans le PNNS ?

1.2. Un rôle affirmé au sein des coordinations des Réppop

Dans certaines cellules de coordination des Réppop, les diététiciens(nes) occupent une place de coordonnateur (trice) soit comme référent principal du réseau, soit comme coordonnateur administratif. Car, si tous les Réppop n'ont pas forcément de psychologue, de responsable de l'activité physique voire de médecin employés dans leurs cellules de coordination, ils ont tous un ou une diététicien(ne). Ainsi, ce groupe professionnel peut dans les coordinations des Réppop non seulement affirmer sa spécificité de diététicien, mais également parvenir à un statut professionnel augmenté en tant que coordonnateur. A ce propos il est intéressant de noter que les diététiciens représentent le groupe professionnel ayant une majorité de temps plein de travail dans les Réppop, comparativement aux autres groupes professionnels. Sachant qu'ils partagent souvent leur temps entre des activités de coordinations (formation, réunions de coordination, etc.) et des activités de suivi de certains patients. Ainsi, autour du titre de coordonnateur, entendu au sens de référent principal d'un Réppop, il existe des enjeux de pouvoir entre les diététiciens (nes) et les médecins. C'est pourquoi, en fonction des contextes, il existe une variabilité dans les définitions des différents territoires professionnels dans les coordinations, dont celui de diététicien et nous verrons dans un deuxième temps selon quels degrés les différentes professions sont en concurrence dans une reconfiguration permanente de leur territoire.

²⁶⁸ Articles L. 4372-1 et L. 4372-2.

La responsabilité de diététicien(ne) coordonnateur (trice), se définit comme pour les médecins notamment dans un rôle dominant sur les pratiques des diététiciens de « ville » adhérents au Réppop quant aux connaissances et à l'expertise diététique dans la prise en charge de l'obésité infantile:

« Parce que nous, les diététiciennes qui sont salariées du réseau ou qui sont embauchées pour travailler pour le réseau, on est toutes à peu près d'accord sur la façon de travailler. Après, on se rend compte que des fois ils sont un peu trop stricts, enfin ils vont dans les détails, alors que nous ce n'est pas ce qui nous intéresse dans les objectifs du suivi Réppop. Ils vont trop en profondeur, ou ils donnent trop des trucs rigides.» (Diététicienne et coordonnatrice d'un Réppop)

De même un rôle de formateur des diététiciens souhaitant intégrer le fonctionnement des Réppop, dans l'activité de coordination permet, comme pour les médecins un gain vis-à-vis d'une activité professionnelle de diététicien en libéral. Et cela d'autant plus pour une profession en quête de reconnaissance. Ainsi, les diététiciens des cellules de coordination des Réppop remplissent cette fonction de formateur avec une réelle volonté d'impulser une dynamique professionnelle. Or, certains diététiciens (nes) de « ville » marquent une résistance par rapport aux nouveaux processus de prise en charge de l'obésité infantile. Selon les représentations construites sur leur métier, notamment lors de leur parcours de formation, ils accordent une part plus ou moins importante à la notion de régime dans le sens d'une restriction alimentaire, lors de leur pratique professionnelle. Leur décalage possible avec les finalités éducatives transversales poursuivies dans les Réppop, peut amener les diététiciens (nes) des coordinations jusqu'à fermer l'accès au Réppop à certains diététiciens(nes) estimés alors comme incompetent(e)s par le coordonnateur :

« Donc il y a le lien par contre avec les diététiciennes de la région, les diététiciens Réppopiens. Voilà, avec les diététiciens libéraux, on essaye de se réunir au moins deux fois par an, pour justement harmoniser les pratiques, et les amener pour ceux qui ne travaillent pas dans cet esprit là, les amener petit à petit à travailler dans le même esprit que ce que je fais. Alors pour les remontées d'informations en ce qui concerne les pratiques professionnelles, il y a toujours des retombées, on apprend des petites choses, donc c'est vrai qu'il y a deux, trois collègues vers lesquels, on ne va pas orienter les enfants. De toute façon on ne sait pas vraiment ce qui se passe, ce qui se dit, par rapport à ce qui est rapporté, c'est très délicat donc

j'essaye plus de faire passer des messages... » (Diététicienne C dans une coordination d'un Réppop)

L'activité de coordination en diététique comprend une source d'incertitude, notamment dans l'harmonisation des pratiques entre les professionnels de coordination et les professionnels de ville. Malgré la définition donnée par les coordinations, des objectifs en diététique et de leurs adaptations, il y a un ensemble de facteurs qui viennent pondérer la domination des diététiciens situés dans les coordinations quant au fonctionnement des suivis diététiques « en ville ».

2. Négocier ou accompagner : aussi en diététique.

Nous ne reprendrons pas ici le cas spécifique du professionnel créateur du réseau, ou d'une antenne d'un réseau en ce qui concerne la négociation du choix de l'implantation, ou encore celle de gestionnaire visant à faire valoir une certaine rentabilité du réseau auprès des pouvoirs publics. Ce qui nous intéresse ici c'est la particularité ou encore la singularité des problèmes rencontrés par les diététiciens des coordinations des Réppop.

2.1. Un suivi diététique négocié

A l'image de la relation médecin/ malade revisitée dans le suivi médical, il y a une mise au centre de l'éducation du patient dans le suivi diététique qui amène les diététiciens dans une négociation avec les patients et leur famille quant à la fréquence du suivi. L'objectif principal étant, là encore, de rendre le jeune acteur de sa prise en charge :

« Et même j'essaye de plus en plus de faire choisir l'enfant, c'est-à-dire que voilà « je lui dis, tu verras une diététicienne mais bon si tu veux la voir tous les 3 mois, tu la vois tous les 3 mois, si tu veux la voir tous les 4 mois, tu la vois tous les 4 mois... c'est à toi de prendre en charge aussi ce type de chose. » Après il y a des diététiciennes qui veulent travailler plus les premières semaines, donc elles les voient tous les 15 jours pendant 2 ou 3 mois, et puis elles espacent après. Mais l'idée c'est que c'est vraiment selon les patients, selon les demandes qu'ils ont. » (Diététicienne E dans une coordination d'un Réppop).

En opposition avec des pratiques prescriptives basées sur des régimes, il est ici davantage question d'un accompagnement des comportements alimentaires. C'est suite à un constat généralisé d'échecs des pratiques de suivi diététique restrictives, et ceci plus particulièrement avec des enfants pour qui l'autodétermination est limitée, que l'ensemble des diététiciens(nes) des coordinations des Réppop souhaitent se positionner. Cette négociation s'appuie à la fois sur une relation reconfigurée entre le médecin et le malade quant aux contenus mais aussi quant à la forme avec une attitude spécifique du soignant. En effet, les coordonnateurs valorisent non seulement une certaine approche de la diététique pour les jeunes obèses mais ils insistent aussi sur la nécessité d'une attitude bienveillante envers ces jeunes et leur famille. L'empathie est définie comme une attitude, ou une posture indispensable du praticien prenant en charge des jeunes obèses se retrouve également chez les diététiciens :

« Nous ce que l'on essaye d'aborder c'est aussi qu'il faut être très bienveillant avec ces jeunes, c'est peut être ce qui est très nouveau, c'est que voilà, un même qui grignote moi je préviens les parents vis-à-vis des remarques qu'ils peuvent faire à cet égard, et je souligne à quel point l'enfant il ne peut pas faire autrement. Et être bienveillant dans ces moments là, et lui porter une attention positive, c'est beaucoup plus l'aider plutôt que de se fâcher. Donc là plutôt dire aux parents, « vous savez ils ne peuvent pas faire autrement, donc il faut vraiment que vous soyez bienveillants avec eux, c'est ça qui va les aider ». Je crois que c'est les valeurs que je défends dans ma partie, donc cela veut dire un soin personnalisé, progressif, où la lenteur est de mise, et il faut partir de là où en est le patient. » (Diététicienne D dans une coordination d'un Réppop et diététicienne libérale).

Avec cette idée de négociation du suivi en diététique, certains diététiciens(nes) disent vouloir se placer en rupture avec les attitudes alimentaires normatives définies par le PNNS comme le leitmotiv : « 5 fruits et légumes par jour ». Il s'agit d'une position ambivalente entre la légitimation institutionnelle de la diététique dans le traitement de l'obésité et les pratiques professionnelles perçues comme efficaces par les acteurs de terrain. Les transformations culturelles de la profession se heurtent aux représentations que les patients ont pu construire vis-à-vis des images et des discours médiatiques.

2.2. Une position ambivalente.

La relation socialement construite liant surpoids et régimes alimentaires donnés par un diététicien, ainsi que les normes alimentaires transmises par les documents officiels et relayés par les médias sont alors parfois considérés comme des obstacles et non comme des atouts dans un suivi de l'obésité infantile :

« Ma perception de la diététique à l'heure actuelle, elle est loin de ce que l'on voit en fait, et de ce que l'on entend surtout. Le côté normatif, enfin normatif entre guillemets avec 5 fruits et légumes par jour, etc. Tous ces discours, moi je les utilise, mais je vais les utiliser surtout si mes patients m'en parlent. J'essaye de plus en plus de travailler sur la faim, la satiété, le rassasiement, et ce n'est pas évident pour les familles, parce que des fois ils attendent un régime strict. De dire aux gens on mange de tout, on ne se pose plus la question, mais par contre on va se poser la question de : qu'est ce que je ressens dans mon corps réellement ? Et quand j'arrête de manger c'est qu'effectivement je n'ai plus faim...et si je continue cela s'appelle la gourmandise, une envie et qu'elle a sa place aussi. Mais plus elle aura sa place, plus on grossit en général. Du coup ce n'est pas évident car j'essaye de m'adapter autant au discours du PNNS, dans ce que l'on donne de normatif, en fait dans ce que l'on donne il faut forcément que cela colle aussi par rapport à ça, sur des besoins aussi par jour. Sur ce qu'ils entendent...on sent qu'il y a parfois des dérives, donc on essaye de faire attention à cela. »
(Diététicienne E dans une coordination d'un Réppop et diététicienne libérale).

Les diététiciens(nes) construisent leurs activités professionnelles dans les Réppop selon une négociation constante avec les patients portant tout autant sur des représentations sociales²⁶⁹ déjà construites, qu'en voie de (re)construction. Bien loin d'une activité professionnelle basée sur la transmission régulée de savoirs diététiques, il y a tout autant de manières d'agir différentes dans les suivis diététique qu'il y a de jeunes obèses. Ce qui rejoint l'idée d'une absence de routines dans l'exercice de diététicien(ne), et donne une qualification particulière à

²⁶⁹ Les représentations sociales sont ici entendues en référence à la définition de D. Jodelet (1993) : « C'est une forme de connaissance courante, dite de sens commun, présentant les caractéristiques suivantes : elle est socialement élaborée et partagée car elle se constitue à partir de nos expériences, mais aussi des informations, savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation et la communication sociale ; elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites et communication ; elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité, commune à un ensemble social ou culturel. », Les représentations sociales, regard sur la connaissance ordinaire, Sciences Humaines n°27.

P. Bourdieu (1979) les définit comme « un système de valeurs plus ou moins explicite, que les individus ont peu à peu forgé dans leur milieu social d'évolution », La distinction : critique sociale du jugement, Paris, Editions de Minuit. Rejoignant le concept d'habitus, qui est défini par P. Bourdieu comme un ensemble d'actions inculqué par le contexte social, cadre ou guide relativement prégnant, dont le sujet peut se détacher avec plus ou moins d'aisance.

ces professionnels. Rejoignant le concept d'« inférence » utilisé par A. Abbott, pour expliciter en quoi une profession se distingue d'un métier (A. Abbott, 1988)²⁷⁰.

2.3. Une reconversion professionnelle.

Il y a lors du suivi des jeunes obèses, la construction de nouvelles pratiques professionnelles en diététique autour d'une vision plus large d'éducation à la santé, différentes de celles du parcours initial de formation :

« Et bien c'est complètement différent du métier de diététicienne qu'on nous a appris quoi ! Parce qu'en formation initiale c'est des régimes hypocaloriques sur l'obésité. Il n'y a pas de spécificités adultes, enfants, alors qu'il y a une différence importante dans la prise en charge. Or on nous apprenait plutôt des régimes hypocaloriques, alors que là c'est la prise en charge multidisciplinaire, enfin pluridisciplinaire et puis c'est carrément une prise en charge différente, on évite les interdits entre guillemets, on travaille peut être plus sur le ressenti du patient. Bien que les patients nous demandent encore des listes d'aliments ou des menus... mais j'évite de travailler là-dessus pour faire plus de l'éducation. » (Diététicienne F, coordinatrice d'un Réppop et diététicienne en hôpital).

Cette déconstruction des représentations sociales des jeunes sur la diététique s'accompagne d'une « conversion » professionnelle avec une remise en question des savoirs et des savoir faire professionnels des diététiciens (nes) acquis jusque là :

« Moi ma prise en charge actuelle vis-à-vis de l'enfant obèse, mon but ce n'est pas de les faire maigrir, mon but c'est qu'ils s'acceptent et qu'ils arrêtent la guerre avec l'alimentation. Et finalement nos études de diététiciens nous ont amenés à être des techniciens, des techniciens on applique des choses, on compte des calories. Mais c'est vraiment par la profession, c'est en étant sur le terrain, que je me suis rendue compte de ça, Et actuellement par exemple ce qu'ils proposent aux étudiants, je trouve que par rapport à la prise en charge de l'obésité même si l'on n'est pas dans les régimes, on est quand même dans la restriction, cela n'a pratiquement pas bougé. On ne parle pas du tout du comportement alimentaire alors que pour moi c'est vraiment l'essentiel. Ce n'est pas ce que l'on met dans l'assiette, c'est tout ce qu'il y a autour.» (Diététicienne C dans une coordination d'un Réppop et diététicienne libérale).

²⁷⁰ Abbott A., (1988) Op.cit.

En référence à cet exemple caractéristique de l'engagement des professionnels diététiciens dans les Réppop, il est question d'une volonté militante de redéfinition des pratiques professionnelles remettant totalement en cause les normes définies par les institutions de formation initiale. Ce qui passe par une redéfinition des compétences professionnelles. Ce n'est plus la rigueur prescriptive de différents régimes qui est valorisée, mais la tempérance dans le suivi, l'écoute et l'adaptation individuelle des suivis. Or cela vient jouer pour certains professionnels comme un choc culturel au regard de certains éléments de leur socialisation secondaire (Darmon, 2007)²⁷¹. C'est-à-dire que l'interaction entre la formation professionnelle et le monde du travail spécifique des Réppop, vient construire à nouveau la professionnalité des diététiciens(nes)²⁷². Ceci, plus particulièrement dans la construction établie d'une certaine efficacité de l'exercice professionnel :

« Parce que je pense que pour beaucoup de professionnels du réseau il faut du résultat, alors que nous on envisage les choses à plus long terme. Enfin c'est vrai que pour le patient quand ils sont enfants il faut un résultat rapide, parce que sinon ils se découragent. Mais il faut bien leur expliquer que cela peut être long. Et les patients et certains médecins ou même certaines diététiciennes pour eux il faut un résultat rapide quoi. Mais ça pour moi je pense que c'est dans la formation des médecins, ils donnent un médicament pour guérir, et puis voilà quoi, donc pareil pour l'obésité. Il faut qu'il y ait un résultat immédiat, une réussite rapide. Pourtant je ne pense pas qu'on leur mette la pression au niveau des Réppop pour un résultat rapide. C'est eux-mêmes qui se le mette, ou les familles peut être qui demandent un résultat rapide je ne sais pas... » (Diététicienne et coordonnatrice d'un Réppop)

Ainsi, lorsque l'on considère le « processus d'engagement » (S. Haissat, 2006)²⁷³ de ces diététiciens(nes) dans les Réppop, il semble œuvrer comme un renforcement du choix de leur orientation professionnelle initiale, par le fait qu'il leur permet la valorisation de dimensions sociales, d'accompagnement dans leur relation avec les patients.

En somme, comme pour l'approche médicale de l'obésité il y a la volonté militante d'un caractère bien spécifique de personnalisation créatrice du suivi diététique Réppop, bien loin

²⁷¹ Darmon M. (2007) La socialisation, A. Colin, p.67-94.

²⁷² P. Berger, T. Luckmann, la construction sociale de la réalité, Paris, 1992 (1966)

²⁷³ S. Haissat, La notion d'identité personnelle en sociologie. Analyse de la construction identitaire à partir du processus d'engagement, Revue Interrogations, n°3, 2006, « pour comprendre l'intérêt de recourir à l'analyse du « processus d'engagement », il convient de s'attarder sur l'acte même de s'engager. L'action de s'engager nécessite d'être comprise comme la résultante d'un processus de négociation d'une définition de soi qui ne peut être dissocié de son contexte. » .

de la culture d'efficacité immédiate liée à une prescription de régime. Ce qui peut s'entendre pour certain d'entre eux à travers un enjeu corporatiste :

« Donc il y a le lien avec les diététiciennes de la région. Voilà, avec les diététiciens libéraux, donc là on essaye de se réunir au moins deux fois par an, on a eu une réunion pour justement harmoniser les pratiques, et les amener pour ceux qui ne travaillent pas dans cet esprit là, les amener petit à petit à travailler dans le même esprit que ce que je fais. Sachant que l'on est plusieurs déjà sur la région à être formé, à avoir eu une formation supplémentaire à une approche en thérapie cognitivo-comportementale, donc on est déjà cinq, six, et il y en a qui se forment encore, donc on va être une région où les libéraux vont avoir quand même une autre approche, et on arrive à avoir un consensus. Ce qui est très très important pour la reconnaissance de la profession de diététicien. » (Diététicienne C dans une coordination d'un Réppop et diététicienne libérale).

En conclusion, on peut parler d'une construction originale, c'est-à-dire spécifique en fonction du contexte, de compétences professionnelles par les diététiciens(nes) dans leur démarche d'intégration des coordinations des Réppop. Opposés à une définition d'une activité professionnelle systématique du fait qu'elle nécessite une adaptation aux caractéristiques des jeunes obèses, les diététiciens(nes) des Réppop mettent au centre de leur activité la singularité des problèmes qu'ils rencontrent. Ce groupe professionnel semble détenir un rôle prépondérant au cœur des Réppop, pouvant aller jusqu'à l'occupation de postes de coordonnateurs de réseaux. C'est alors la recherche d'une légitimité professionnelle dans ces dispositifs particuliers presque à l'égal des médecins.

Chapitre 8 : Les psychologues dans les coordinations des Réppop.

1. Définir une activité professionnelle de psychologue dans une coordination.

1.1. Former, coordonner des psychologues et/ou des professionnels de santé

A l'inverse des diététiciens(nes), les psychologues ne sont pas systématiquement présents à l'origine de la création des coordinations des Réppop. Puis, progressivement la majorité des cellules de coordination comptent parmi leurs membres un(e) psychologue mais cela n'est pas systématique. Dans tous les cas de figures, celui-ci n'est jamais à l'origine de la création d'un Réppop. Il occupe donc avant tout un rôle d'expertise sur la pathologie de l'obésité infantile, plutôt qu'un rôle de coordonnateur de professionnels. Son activité professionnelle dans les cellules de coordination se définit également dans la formation des professionnels de santé du réseau qu'ils soient dans la coordination ou en ville. C'est alors dans la sensibilisation aux dimensions psychologiques de l'obésité infantile que se situe son intervention :

« C'est par exemple de travailler avec les médecins, de réfléchir à comment leur présenter l'aspect psychologique de l'obésité, pour qu'ils puissent le prendre en compte tout en tenant compte de l'aspect médical. Enfin je pense qu'il y a des choses, quand un enfant est en surpoids, il y a d'autres choses derrière. C'est vrai des fois il y a des enfants qui ont un problème d'équilibre alimentaire, ou qu'ils mangent en trop grandes quantités. Mais c'est vrai que quand le surpoids s'installe et qu'il y a une souffrance derrière, je pense que c'est important de leur donner la parole justement sur cette souffrance pour qu'ils puissent avancer, et puis voir comment faire pour évoluer » (Psychologue A dans la coordination d'un Réppop et psychologue libéral).

Ces professionnels ont majoritairement une formation universitaire de niveau master 2 de psychologie. Le psychologue est un cadre supérieur autonome dans sa façon de travailler. Il n'est en aucun cas subordonné à un médecin avec qui il travaille en collaboration dans le cas des psychologues cliniciens, travaillant dans les hôpitaux. Le code de déontologie des psychologues leur donne un statut de professionnel, il définit leur pratique, leurs missions et

leurs conditions d'exercice. Il s'agit d'une référence éthique sur les devoirs et les limites du métier de psychologue :

« La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître la personne dans sa dimension psychique. (Article 3) Le psychologue peut exercer différentes fonctions à titre libéral, salarié ou d'agent public. Il peut remplir différentes missions, qu'il distingue et fait distinguer, comme le conseil, l'enseignement de la psychologie, l'évaluation, l'expertise, la formation, le recherche, etc. Ces missions peuvent s'exercer dans différents secteurs professionnels. (Article 4) » (Article 44 de la Loi n°85-772 du 25 juillet 1985)

Contrairement aux pédopsychiatres, ce ne sont donc pas des professionnels de santé. Il est alors intéressant de situer cette embauche des psychologues dans les coordinations des Réppop sous l'angle d'une démedicalisation du dispositif.

1.2. Une difficile conversion à l'interdisciplinarité

Pour les psychologues, l'analyse de leur « processus d'engagement » dans les Réppop semble le situer davantage du côté d'un intérêt particulier pour l'interdisciplinarité. Particulièrement tenus par le secret des informations relatives aux patients comme référence déontologique forte dans les caractéristiques de leur profession, les psychologues sont souvent limités dans leur exercice libéral à une seule activité de consultation avec leurs patients. A ce propos les Réppop offrent la possibilité d'interactions avec d'autres professionnels de la coordination, dans une limite de respect du code déontologique :

« Par contre si j'estime qu'il y a un problème important, et que moi je ne peux rien faire et que j'ai besoin de l'aide du médecin, je leur en parle. Et à partir du moment où je le fais en accord avec les patients... Mais en principe ils sont d'accord, puisque de toute façon on travaille en équipe, donc ils savent que si il y a un problème je peux être amenée à en parler au médecin. Mais après cela se fait toujours en accord avec eux, je crois que c'est ça l'essentiel. Parce que s'il n'y a pas la confidentialité, je ne peux pas travailler. » (Psychologue B dans la coordination d'un Réppop et psychologue libérale).

Par contre, à l'image des autres groupes professionnels investis dans le fonctionnement des coordinations des Réppop, il y a également un intérêt pour une qualification professionnelle augmentée dans les coordinations des Réppop avec des responsabilités de recherche, de

formations des « pairs » mais aussi des professionnels de santé au sens large : médecins, diététiciens (nes), voire des professionnels de l'encadrement du monde sportif :

« Je trouve que l'avantage d'un réseau c'est que l'on travaille avec une équipe qui est riche au niveau de tout ce qui est recherche. Et à la fois, le fait d'être dans un réseau cela donne des libertés et des responsabilités, mais c'est vrai que là on est une équipe de coordination donc au niveau des responsabilités moi je trouve ça intéressant puisque je peux faire de la formation, je fais mes entretiens cliniques, je travaille avec les parents par les groupes de paroles. Et on n'a pas toutes ces possibilités là lorsque l'on travaille uniquement en libéral. Alors moi c'est la première fois que j'ai toutes ces responsabilités, et je trouve que c'est agréable de travailler comme cela et d'être toujours en recherche, en remise en questions et du coup avancer » (Psychologue A dans la coordination d'un Réppop et psychologue libéral).

2. Une mission principale d' « éveil » des professionnels à la singularité des suivis.

Au regard des autres professionnels de la coordination, et de l'ensemble des professionnels de ville partenaires du Réppop, le rôle des psychologues se situe essentiellement dans la mise en avant du caractère très psychologique et social de cette « pathologie », devant les données purement médicales. La mission principale des psychologues est de former à la dimension sociale, ou « stigmaté »²⁷⁴ de l'obésité infantile, et de ses conséquences sur les pratiques professionnelles :

« Oui, disons que les gens qui sont formés sont très sensibles au côté social de l'obésité infantile, donc ils veillent à ce qu'il n'y ait pas de moqueries. Il y a d'ailleurs eu des formations auprès des éducateurs sportifs, donc il y a déjà une sensibilité de leur part vu qu'ils font la formation, et c'est vrai que nous on met l'accent sur l'importance de mettre des règles, l'importance que l'enfant soit respecté et que ce soit des choses adaptées. Enfin d'être sensible par rapport à la critique et qu'ils fassent quelque chose, parce que si on fait rien quand un enfant se fait insulter, cela veut dire que l'adulte cautionne, et c'est comme si du coup on annulait la personne, son sentiment, le fait qu'il soit mal. » (Psychologue B dans la coordination d'un Réppop et psychologue libéral).

²⁷⁴ Goffman E., (1975), op.cit.

La reconnaissance d'une forme de prévalence des dimensions psychosociales de l'obésité infantile est donc liée pour les psychologues à une possibilité de « travailler autrement ». L'apport des compétences de ces professionnels permet une mise à jour des différentes histoires d'obésité, comme point de départ de toute prise en charge. Et de ce fait une difficile possibilité de regroupement de certains patients selon certaines caractéristiques biomédicales communes. Partant de l'idée qu'il y a autant de situations d'obésité qu'il y a d'enfants en surpoids :

« Je pense que de toutes façons chaque entretien, chaque histoire est vraiment particulière. Donc il n'y a pas un surpoids ou une obésité, il y en a une multitude, et puis avec une histoire qui leur est propre, donc on ne peut pas comparer des maladies ou des obésités, je pense que vraiment s'il y a bien quelque chose que j'ai appris, enfin en tant que psychologue, c'est que chaque histoire est différente et on ne peut pas faire de comparaison. Je me refuse à en faire. »
(Psychologue A dans la coordination d'un Réppop et psychologue libéral).

Avec l'ouverture faite par les médecins coordonnateurs aux psychologues dans les coordinations des Réppop, il y a une mise avant de la singularité et de la complexité psychosociale des différentes situations d'obésité infantile.

Finalement, selon que l'on considère un groupe professionnel ou un autre, les « processus d'engagement » au sein des coordinations des Réppop divergent. Ainsi, certains attendent des répercussions de leur investissement, en référence à un renouveau de leur identité professionnelle acquise dans leur champ de référence. Alors que d'autres envisagent leur ouverture vers ce nouvel espace selon des enjeux de reconnaissance lorsqu'ils retournent dans leur groupe professionnel, par leur multipositionnalité acquise dans le réseau (Herzlich, Bungener, Paicheler et al. 1993)²⁷⁵. Dès lors qu'en est-il des acteurs de l'activité physique ? Du fait qu'ils appartiennent également à un champ professionnel extérieur aux professionnels de santé, comment peut-on caractériser les enjeux de leur engagement progressif dans les Réppop ?

²⁷⁵ Herzlich C., Bungener M., Paicheler G. et Roussin P., Zuber M-C., (1993) Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français. 1930-1980, Paris, Doin-Inserm, p.117.

Chapitre 9 : Les professionnels de l'activité physique dans les coordinations des Réppop.

1. Un rôle d'encadrement et/ou de coordination.

1.1. Une réalité différenciée d'intégration.

Initialement absents lors de la création des Réppop, les professionnels de l'activité physique, majoritairement issus d'une filière universitaire de Master APA en STAPS, sont intégrés aux cellules de coordination des Réppop selon des réalités différenciées, certains étant d'abord admis à réaliser leur stage professionnel de deuxième année de master. Quatre Réppop sur les onze emploient un professionnel de l'APA-S dans leur cellule de coordination à la fin de mon travail de terrain. Etant donné qu'ils n'ont pas tous la même appellation au sein des coordinations: éducateur médico-sportif, enseignant en APA-S, éducateur sportif, etc. nous choisissons de les nommer communément : responsable en activité physique dans une coordination d'un Réppop.

Trois postes ont été construits dans le cadre d'un stage professionnel de deuxième année de Master STAPS, le quatrième ayant été construit avec le médecin coordonnateur par un cadre en APA-S d'une structure professionnelle en APAS. Dans deux cas sur quatre, c'est dans un premier temps un rôle centré sur l'encadrement des activités physiques adaptées pour les jeunes en surpoids ou obèses qui est attendu de la part des professionnels du réseau :

« Au début on n'avait pas d'éducateur médico-sportif, parce qu'on ne l'avait pas prévu dans l'équipe, X est venu en stage ici, s'est rendu indispensable, et moi au départ, la première année tout ce qui était activité physique c'est moi qui le montait avec une interne en médecine générale, que l'on a régulièrement ici en stage, donc qui me seconde. Et c'est donc avec elle que l'on avait commencé à monter des trucs, mais vraiment des bricolages sur la réflexion parce qu'on n'est pas des professionnels. » (Médecin coordonnateur C d'un Réppop).

Alors que dans les deux autres cas l'activité de coordination, de conception de projet, et d'élaboration de partenariats est définie d'emblée. Ainsi, il est question d'une réalité différenciée de l'intégration de ces professionnels diplômés de master 2 en APA-S, dans les coordinations des Réppop (Cf. tableau récapitulatif ci-après).

Tableau récapitulatif du fonctionnement du suivi en activité physique des Réppop au moment du travail de terrain (2006/2008) :

Fonctionnement de l'AP Réppop	Emploi d'un responsable en activité physique dans la coordination	Suivi proposé par la coordination	Relais mis en place « en ville »
Réppop 1 (créé en 2004)	- APA (master 2) ne prenant pas en charge d'activité physique, mais assiste aux activités proposées - emploi 70% en 2008.	Orientation vers des groupes de pratiques d'APA (pratiques entre pairs) encadrés par des éducateurs sportifs (formation jeunesse et sport)	Educateurs sportifs (ETAPS, BEES) Partenariat avec une association : enseignants en APA (niveau licence uniquement)
Réppop 2 (créé en 2006)	- APA (master 2) enseignant en APA dans une association et coordonnateur - emploi 70% en 2007	Diagnostic médical et éducatif Cycles éducatifs Projet d'activité physique (sortie du dispositif)	Partenariat avec une association : enseignants en APA (niveau licence, master)
Réppop 3 (créé en 2003)	- APA (master 2) enseignant en APA dans une association spécifiquement créée pour cela, et coordonnateur - emploi à 80% en 2009	Journées d'accueil, diagnostic médical et éducatif. Ateliers d'éducation thérapeutique Cycles éducatifs : ateliers d'APA	Partenariat avec une association : enseignants en APA (niveau licence, master) Educateur sportif (sport pour tous).
Réppop 4 (créé en 2004)	- APA (master 2) enseignant en APA, et coordonnateur - emploi 100% en 2006.	Diagnostic médical et éducatif Ateliers d'éducation thérapeutique Cycles éducatifs : ateliers APA. Projet d'activité physique (partenariat avec des clubs sportifs « ordinaires »)	Enseignants APA (niveau licence, master) Kinésithérapeutes Educateurs sportifs de clubs formés à l'accueil de jeunes obèses
Réppop 5 (créé en 2003)	Aucun	Ateliers d'éducation thérapeutique Gymnastique suédoise	Kinésithérapeutes Professeur de sport (statut ville), ...

1.2. Les Réppop : un débouché professionnel de niveau cadre.

Généralement, en référence à nos propos de la première partie, l'enjeu principal de l'engagement de ces professionnels dans les coordinations des Réppop semble résider dans la recherche d'un débouché professionnel d'un niveau d'encadrement d'équipe, de dispositif à l'égal de leur formation universitaire de niveau master. Leur cheminement diffère alors de celui des groupes professionnels énoncés précédemment, du fait qu'il s'agit d'une professionnalité émergente construite sur une formation universitaire en lien avec la recherche mais ne possédant pas un cadre réglementaire. Avec la diversification des qualifications des éducateurs sportifs et leur élargissement au domaine de la santé, les réseaux de santé comme les Réppop représentent un débouché professionnel possible pour un ensemble de professionnels aux qualifications variées. Ainsi, les professionnels de l'APA-S se trouvent

placés dans une situation où ils vont devoir faire la preuve de leurs compétences et de leurs connaissances sur le terrain avant de se situer comme coordonnateur en activité physique. Ils valorisent alors de manière spécifique leur champ d'intervention en le différenciant du cadre associatif ou paramédical (kinésithérapie, diététique).

L'ensemble de ces difficultés spécifiques à l'activité physique, amènent les professionnels de l'APA-S dans les coordinations des Réppop à mettre en place de manière singulière, une segmentation rapide (Freidson, 1970)²⁷⁶ en deux territoires distincts de l'activité physique : un territoire dans les coordinations et un territoire constitué des partenaires « en ville » étant d'un niveau de qualification inférieur. Ils définissent leur activité professionnelle dans les cellules de coordination dans une fonction de formation des professionnels plus ou moins étendue allant des professionnels « pairs » de la coordination, aux professionnels partenaires du réseau qu'ils soient ou non de l'activité physique. Sachant que lorsqu'il est question de professionnel de l'activité physique, la formation peut prendre une teneur plus ou moins accentuée de « droit de regard » sur les pratiques comme moyen d'affirmation de la segmentation expliquée précédemment :

« Moi sur la formation des éducateurs de clubs j'ai travaillé au niveau régional, mais je me suis trouvé confronté à un éducateur qui est arrivé sûr de lui quand il est arrivé, et il était toujours aussi sûr de lui à la fin de la formation, donc on a des difficultés pour travailler avec des gens comme ça après et leur envoyer des enfants, je me suis dit : « il peut faire n'importe quoi avec des gamins » et même les quatre jours de formation qu'il a eus n'ont pas suffi... donc il faut pouvoir verrouiller on donne ou on ne donne pas le label » (Enseignant en APA A et responsable en activité physique d'un Réppop)

Ce « droit de regard » s'accompagne d'une définition légitime d'une « bonne » pratique physique pour les jeunes obèses qui allie les dimensions physiologique, sociale et psychologique. Malgré cette tendance générale de l'ensemble des responsables de l'AP dans les Réppop à la recherche d'un débouché professionnel spécifique, il y a une différenciation dans la définition de leurs postes quant à leur organisation et leur gestion ou non de formations des professionnels partenaires. En effet, il n'y a pas une uniformité dans la définition des postes de « coordonnateur en activité physique », chacun construisant son territoire dans son contexte soit en faisant de la « sous-traitance » de l'activité physique à des

²⁷⁶ Freidson E., (1970) Op.cit.

clubs sportifs sans aucune formation particulière, soit en formant des éducateurs sportifs de clubs ordinaires, voire des « pairs » issus d'une formation STAPS mais d'une qualification inférieure au niveau licence.

2. Une approche singulière valorisée par les professionnels de l'APA-S.

2.1. L'appui sur les dimensions culturelles des pratiques physiques.

Une logique sportive particulière est valorisée par les stagiaires « enseignants en APA » dans certaines cellules de coordinations des Réppop. Ils (re)définissent les modalités de pratique physique « légitimes » des jeunes en surpoids ou obèse. Il s'agit généralement d'une culture sportive en rupture avec les activités traditionnelles de club ou vécues en éducation physique et sportive, pour ne pas « réveiller » le sentiment d'échec que chaque jeune obèse a pu vivre à l'occasion de cette pratique physique. C'est alors souvent des pratiques hybrides mélangeant plusieurs activités ou encore un retour à des jeux traditionnels réactualisés. Ce travail didactique de rupture avec des pratiques codifiées s'accompagne d'un désengagement de l'apprentissage technique au profit des émotions, du jeu, du plaisir dans la pratique. L'objectif prioritaire est de maintenir l'investissement, par la nouveauté, le « zapping » d'activités permettant alors de dévier le ressenti de pénibilité liée à l'effort physique :

« Les activités sont de type innovantes sont choisies avec l'ultimate, la pétéka...on arrive avec des objets bizarres pour eux... ils sont en réussite, la pétéka c'est l'accès à quelque chose de nouveau qui n'est pas référencé, donc ce n'est pas je suis bon, et je suis mauvais c'est oui ben je ne connais pas donc je vais pouvoir jouer avec ça...on va être sur des pratiques qui cassent les repères traditionnels comme le foot rugby, avec des embuts où l'on peut marquer en avant ou en arrière... mais il n'y a aucun repères...et les jeunes s'y prennent parce que même quelqu'un qui ne sait pas jouer au foot, il sait taper dans un ballon... on met des embut au milieu de terrain donc il n'y a plus de limite de terrain... les jeunes se déplacent plus facilement... les ballons de baudruches aussi, l'enfant va jouer avec deux ou trois ballons et se dépenser sans compter avec des règles complètement différentes et avec des choses qu'ils vont pouvoir faire chez eux... » (Enseignant A en APA et fondateur d'une association d'activités physiques adaptées).

Toute activité originale, attrayante, qui présente l'avantage de plaire aux jeunes et de leur proposer des situations nouvelles est recherchée prioritairement. Mais il n'en demeure pas moins que ces propositions d'activités innovantes sont entièrement pensées et accompagnées par les professionnels de l'APA. Par un accompagnement des jeunes dans leur (ré)engagement à la pratique physique. On est ici plus proche du travail didactique réalisé en éducation physique et sportive (EPS), mais sans l'évaluation telle que la conçoivent les enseignants dans l'enseignement secondaire. Par un travail d'adaptation, de modifications des règles propres à chaque activité physique. M. Verret, sociologue à l'origine du concept de transposition didactique²⁷⁷, le définit comme « un ensemble de transformations que fait subir à un champ culturel la volonté de l'enseigner dans le cadre scolaire. » Or, paradoxalement ces dimensions didactiques sont très peu abordées et non utilisées comme telles dans les filières en APA, il y a dans ce cas, la mise à jour de compétences interchangeables entre les filières STAPS. Ceci venant à la suite de nos premières remarques sur les difficultés dues à la segmentation dans les départements universitaires STAPS afin que les filières proposées correspondent à des professions différentes.

Considérant « que les patients ont besoin d'être accompagnés/encadrés pour s'autonomiser par rapport à l'activité physique » c'est une approche qui « valorise l'expérience du patient dans le développement de compétences motrices et psychosociales. »²⁷⁸ L'autonomie est ici entendue selon un apprentissage, et une redistribution des liens sociaux (Bret, 2007 ; Winance, 2007)²⁷⁹. L'objectif visé est alors de faire en sorte que le jeune obèse parvienne à ne plus se percevoir uniquement à travers son stigmat, en valorisant les dimensions de sa personnalité par le biais de l'activité physique.

« Les moqueries sur mon poids j'en ai depuis que je suis petit. Et j'en ai encore maintenant, mais cela va mieux dans ma tête par rapport à ça...j'ai l'impression de mieux les gérer maintenant, depuis que je viens ici... » (Auguste, 12 ans.)

²⁷⁷ Verret M., (1975) *Le temps des études*, Paris, Honoré Champion, 2 vol. En sociologue il introduit le concept de transposition didactique, et cherche à désigner un phénomène qui dépasse le cadre de l'école et de l'enseignement.

²⁷⁸ Perrin et coll., *Op.cit* p. 220.

²⁷⁹ Bret E., (2007) *Dépendance et insuffisance respiratoire chronique*, *Revue Sciences Sociales et Santé*, vol 25 n°4, p.49-82 ;

Winance M., (2007) *Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales*, *Revue Sciences Sociales et Santé*, Volume 25, n°4, p. 83-91.

Il est question d'un accompagnement éducatif et social via l'activité physique des jeunes obèses. C'est l'ensemble des transformations comportementales de ces jeunes au regard de la transformation de leurs corps qui représente la singularité et la complexité de la prise en charge en activité physique. Les compétences professionnelles des encadrants sont définies dans les relations humaines engendrées par la mise à l'« épreuve » des corps en activité physique.

2.2. Entre le diagnostic éducatif et la mise en projet : où est l'éducation ?

Dans un objectif d'individualisation des parcours de prise en charge en activité physique, trois professionnels de l'APA-S sur quatre dans les coordinations des Réppop élaborent un deuxième diagnostic en activité physique à la suite du premier diagnostic effectué par les professionnels de santé du réseau. Ces outils sont majoritairement composés de données quantitatives sur la pratique physique (sportive ou quotidienne), mais aussi des données cognitives, appréciatives, et relationnelles. Ils signent une valorisation par ces professionnels de compétences dans l'élaboration d'un diagnostic, pour montrer aux médecins qu'ils sont capables d'avoir un fonctionnement similaire au leur²⁸⁰. La spécificité de leur démarche sera d'ailleurs valorisée dans le document annexe à la synthèse du PNNS, publié en 2008, et rédigé par des enseignants en APA intervenant directement ou indirectement au sein de trois des cinq Réppop de France :

« La prise en charge en APA débute toujours par une évaluation diagnostique individuelle. Plusieurs outils peuvent être utilisés : des questionnaires de qualité de vie, un entretien individuel sur les habitudes de vie, une évaluation des aptitudes physiques. Ils vont également permettre de suivre l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent pris en charge. »²⁸¹

C'est donc non seulement la mise en avant de compétences professionnelles particulières dans le champ de la promotion de la santé qui est effectuée par les professionnels de l'APA-S, mais surtout celles relatives à la gestion de la singularité des différentes histoires d'obésité. Notamment par une compétence à négocier avec les jeunes et leurs familles, l'orientation et la teneur de leur prise en charge, parmi un ensemble varié de propositions de suivi en activité

²⁸⁰ Cf. Annexe 4 : Exemple d'un diagnostic en activité physique construit par un responsable, M2APA dans une coordination d'un Répop.

²⁸¹ Document annexe à la synthèse du PNNS, Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée, Juin 2008, p. 8.

physique. L'élaboration et la gestion de ce panel de propositions faisant partie intégrante d'une activité de coordonnateur. La négociation entre le professionnel responsable de la prise en charge et le jeune obèse et sa famille est un élément central de ce que l'on peut définir dans le terme de co-construction du suivi. A l'opposé d'une démarche situant le soignant comme détenteur du savoir professionnel de santé, et le patient comme un exécutant d'une prescription, la co-construction du suivi donne non seulement une importance au niveau d'instruction des patients (Freidson, 1986)²⁸², mais elle part des savoirs, et surtout des représentations, et des envies des patients. Tenant ainsi compte de la nuance des représentations et des pratiques en fonction de la position dans le structure, et des inégalités dans le rapport au corps et à la santé (Perrin, Ferron, Gueguen, Descamps, 2002)²⁸³. L'implication volontaire dans une pratique d'activité physique met en avant un adolescent « actif » physiquement, cette activité physique devenant le symbole d'une prise en main de sa maladie, d'où le glissement de la figure du monde adulte au monde adolescent. Cette figure du patient acteur de son traitement fait référence dans la prise en charge des adultes (Pinell, 1988)²⁸⁴.

2.3. Une tentative d'harmonisation des pratiques des professionnels de l'APA-S dans les coordinations Réppop.

Après avoir cherché à définir un référentiel de compétences pour leur activité professionnelle, les quatre professionnels de l'APA-S des coordinations des Réppop sont amenés à se réunir sous couvert de l'autorisation et de la sollicitation des médecins coordonnateurs. Il s'agit dans ces regroupements nationaux d'harmoniser les pratiques entre les Réppop et de trouver un consensus sur la délimitation du territoire professionnel de l'APA et Santé, dans les coordinations des réseaux.

Les buts recherchés par ces professionnels diffèrent : entre la volonté d'une mise en commun des pratiques, la recherche de légitimation de poste devant la nécessaire gestion des concurrences vis-à-vis des « pairs » de l'encadrement ou de la gestion des activités physiques, ou encore la quête de reconnaissance d'expérimentations pionnières en matière d'activité

²⁸² Freidson E., (1986) L'analyse sociologique des professions artistiques, *Revue française de sociologie*, vol ; 27, n°3, p. 431-443.

²⁸³ Perrin C., Ferron C., Gueguen R., Deschamps J.P., (2002) Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. *Social and Preventive Medicine*, 47: 162-171.

²⁸⁴ Pinell P., Médicalisation et procès de civilisation. In Aïach, P, Delanoë, D, *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*. Paris, economica, 1988, p.37-51.

physique. Dans tous les cas de figures, ces regroupements sont autorisés et financés sous contrôle de la CNRéppop. Cette commission va en effet, exprimer des attentes concrètes de ces regroupements, à savoir la rédaction d'un document de référence en activité physique pour le premier cas, ou encore la rédaction d'une fiche de poste sur les qualifications requises pour le responsable en activité physique des coordinations des Réppop lors du deuxième regroupement.

La tentative d'harmonisation des pratiques passe tout d'abord par la prise en main de la rédaction d'une forme de guide de bonnes pratiques²⁸⁵ : le concept d'APA et santé, mais aussi de manière indirecte de bons intervenants : les enseignants en APA-S. Mais, ces regroupements se font uniquement dans la discipline de l'activité physique. Au niveau médical, les mises en commun nationales s'effectuent par les biais des regroupements de l'APOP. Mais pour les diététiciens (nes) et les psychologues, métiers établis, tout se passe selon des particularités locales sans rechercher l'harmonisation des pratiques ou tout du moins le partage des expériences :

« Et au niveau national, le fonctionnement de la diététique dans d'autres Réppop, là je crois qu'elle n'est pas abordée partout pareil dans les Réppop, moi j'ai eu l'occasion au début de rencontrer les diététiciennes du Réppop X, donc qui travaillent plus sur l'équilibre alimentaire, c'est une approche beaucoup plus diététique classique on va dire...Voilà, et donc on en a discuté un petit peu, mais je sentais que comme elles sont plus jeunes que moi, donc elles sont assez formatées encore, donc il manque peut être un petit peu de recul, ou...de prise de conscience finalement, donc c'est vrai que l'on travaille du coup un petit peu chacune à sa manière.» (Diététicienne C d'une coordination d'un Réppop).

La légitimité professionnelle reconnue pour ces disciplines, leur permet d'exister selon différentes approches, sans mettre en péril leurs professions elles-mêmes. Ce qui n'est pas le cas pour la profession émergente en master 2 APA-S qui est placée devant la nécessité de reconstruction systématique du territoire disciplinaire, au niveau local et au niveau national.

En conclusion de cette deuxième partie, il s'avère que pour l'ensemble des groupes professionnels, les cellules de coordination des Réppop représentent un espace de spécialisation ou tout du moins de redéfinition professionnelle. Les formes

²⁸⁵ Document annexe à la synthèse du PNNS, Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée, Juin 2008

d'accomplissement de soi par l'activité professionnelle dans le travail en Réppop se rejoignent autour de compétences professionnelles permettant la gestion singulière des problèmes rencontrés. La recherche d'une mise en avant des valeurs humanistes dans l'exercice professionnel explique pour beaucoup d'acteurs ce nouvel engagement professionnel :

« Moi je n'avais pas cette empathie à la base, j'avais ce côté accusateur du regard comme tout le monde quoi, c'est quelque part la conclusion que les obèses ne sont pas volontaires. Et il y a toujours cet espèce de dégoût qui accompagne l'obésité, parce que personne ne cite le mot de malade. Mais ce sont des gens mous, non volontaires, qui ne sont pas capables de se bouger, il y a un espèce de côté très péjoratif qui accompagne l'obésité en fait. Et il faut d'abord changer de regard, parce que si nous, médecins ou professionnels de santé, on n'est pas prêts à changer de regard sur cette pathologie là, en y mettant un minimum d'empathie, ce n'est pas la peine, parce que dans le discours que l'on va véhiculer, cela va apparaître. Donc je dis aux médecins qu'il faut changer de regard, qu'il faut être prêt à changer de regard sinon il faut faire autre chose ! » (Médecin coordonnateur A d'un Réppop).

Et, parallèlement à ce côté humaniste des soins, l'engagement dans la prise en charge de l'obésité infantile est décrit de la part des professionnels comme un travail difficile, proche du surtravail, voire du don de soi :

« Moi cela fait trois ans que je suis dedans, et je dis à certains : « vous ne m'en prenez plus », je ne peux plus quoi, j'ai des nourrissons à gérer, j'ai plein de trucs et si j'ai des consultations une après-midi qu'avec des jeunes obèses, moi je rentre chez moi je n'en peux plus quoi ! Oui c'est fatigant ! » (Médecin coordonnateur A d'un Réppop).

Mais il existe des différences entre les professionnels quant à leurs attentes vis-à-vis leur travail de coordonnateur dans les Réppop. Certains souhaitent se définir uniquement dans le champ Réppop, alors que d'autres envisagent cette activité comme un moyen d'exister différemment dans leur champ professionnel de référence.

En définitive, si la dimension vocationnelle est importante, elle n'est pas suffisante en elle-même pour prendre en charge des jeunes obèses, elle est accompagnée de compétences spécifiques relevant prioritairement du champ des professions paramédicales ou sociales. Ce qui amène des questionnements sur le rôle central, pivot du médecin dans la prise en charge

de l'obésité infantile. Dès lors comment se construit le positionnement des professionnels de l'activité physique adaptée et santé par rapport aux différents professionnels acteurs des Réppop ? De quel ordre et de quelles natures peuvent être qualifiées les différentes interactions entre les professionnels ?

En demeurant dans une approche des « écologies liées » d'A. Abbott, nous revisiterons les concepts de « territoires et de frontières » à la lumière de ce nouveau terrain d'analyse, en essayant de déterminer ce qui constitue les frontières. Nous allons donc par ce biais chercher à comprendre dans quelles mesures les frontières entre les différents groupes professionnels investis dans les coordinations des Réppop se construisent afin de situer l'émergence du nouveau territoire de l'APA-S dans cette dynamique.

TROISIEME PARTIE

La construction dynamique
d'un territoire de l'APA-S
dans les coordinations des
Réppop.

L'objectif principal de cette troisième partie est d'essayer de déterminer plus précisément pour chacun des groupes professionnels en présence, les enjeux différenciés de leurs investissements respectifs. Si les professionnels médicaux, paramédicaux, de l'APA-S investis dans ce fonctionnement spécifique des coordinations des Réppop sont enclins à exercer leurs professions dans des dimensions affichées, recherchées de « vision démocratique » de la répartition des tâches, de partages, d'échanges, et de communications indispensables à la reconnaissance et au fonctionnement de ce système de soins se voulant « novateur » et garant d'une efficacité médicale sans cesse renouvelée²⁸⁶. Mais qu'en est-il réellement ? Peut-on parler de remise en questions des légitimités professionnelles acquises dans le milieu médical ?

Le plus souvent, la constitution d'un réseau exige que les acteurs apprennent à se connaître et à dépasser les idées reçues qui peuvent exister entre eux, entre libéraux et hospitaliers, entre médecins et professions paramédicales. » (Schweyer, 2005)²⁸⁷. Ainsi, par le fait que le fonctionnement en réseau sous tend un aplanissement des hiérarchies entre les professionnels de santé, il pose le problème non seulement d'un « nouveau professionnel » (Poutout, 2005)²⁸⁸ mais également d'une nouvelle dynamique entre les différents professionnels acteurs dans les différents suivis proposés par les dispositifs. En tant qu'espace professionnel pluridisciplinaire, les coordinations des Réppop nécessitent une définition des différentes tâches professionnelles établie de manière complémentaire mais non juxtaposable entre les différents territoires professionnels. En effet, une collaboration des acteurs ne peut se faire sans une définition claire du contenu et des limites de compétences spécifiques de chacun (Osiek, 1998).²⁸⁹ Ainsi, pour réellement parler de dynamique, il est nécessaire d'établir des constats d'interactions entre les acteurs en présence. Dès lors l'établissement d'une forme de langage commun ou plus largement de culture commune constituera le cœur de nos observations et de nos analyses de cette troisième partie, afin de comprendre la construction des positionnements respectifs de chaque territoire professionnel, au sein de l'espace élargi que représentent les coordinations des Réppop. Le terme d'espace professionnel est ici entendu comme un ensemble de territoire.

²⁸⁶ « Les réseaux sont des systèmes d'acteurs sociaux qui, pour des fins de mise en commun de la variété de l'environnement interne, propagent la transmission de ressources en des structures fortement connexes. » (V. Lemieux, 1999)

²⁸⁷ Schweyer F.X, (2005) Op.cit p.101

²⁸⁸ Poutout G., (1998) Op.cit p. 37.

²⁸⁹ Osiek F., (1998), dans son étude sur les infirmières scolaires questionne les nécessaires enjeux de collaboration qu'elles ont développée en vue de leur intégration dans le milieu scolaire.

Chapitre 10 : L'activité physique dans les Réppop : une place légitime mais problématique.

Si l'activité physique régulière est reconnue comme un élément important de prévention dans une prise en charge du surpoids, et la prescription jugée insuffisante et inefficace, alors la nécessité de créer une nouvelle offre de service pour soutenir ces jeunes dans une perspective de santé globale devient une priorité pour les professionnels coordonnateurs de ces réseaux. Cette démarche présente une problématique particulière se situant au croisement des offres possibles, proposées à ces coordonnateurs et la nécessité d'un ou de plusieurs opérateurs professionnels capables d'encadrer cette discipline.

1. Quelle activité physique et par qui ?

A l'image de ce qui a été observé dans les réseaux diabète²⁹⁰, les offres de service liées à l'activité physique dans les Réppop peuvent se décliner, au moment du travail de terrain, selon différents modèles, en allant de la sensibilisation (information et une séance pratique), à la proposition de cycles de séances pratiques :

- Un dispositif propose une sensibilisation à la pratique quotidienne d'activité physique, lors d'une séance d'atelier d'éducation thérapeutique encadrée par une diététicienne.
- Six dispositifs proposent plusieurs séances pratiques ponctuelles d'activité physique lors d'ateliers d'éducation thérapeutique.
- Quatre dispositifs proposent une articulation de différentes formes de suivi en activité physique (séances d'APA-S, ateliers d'éducation thérapeutique, suivi en kinésithérapie, etc.), chaque jeune ayant la proposition d'un suivi basé sur un diagnostic effectué par un professionnel de l'APA-S.

Ainsi, la formation prend le pas sur l'information. La reconnaissance scientifique et institutionnelle des bénéfices de l'activité physique dans une prévention et une prise en charge de l'obésité infantile inscrit les enjeux d'une éducation pour la santé au sens global de bien être à la fois physique, mental et social pour le suivi des jeunes obèses. Ce qui laisse de côté des perspectives d'éducation pour la santé centrées uniquement sur un enseignement de

²⁹⁰ Perrin et coll., (2008) Op.cit p.218.

savoirs de santé ou encore sur l'apprentissage de savoirs médicaux (Deccache, Meremans, 2000)²⁹¹. La création d'une nouvelle offre de service est devenue un objectif partagé par les médecins coordonnateurs de ces réseaux, afin de soutenir un engagement des jeunes patients dans une pratique physique régulière.

La question de la forme ainsi que de la responsabilité professionnelle de cette partie de la prise en charge n'est pas traitée de manière uniforme selon les dispositifs. En effet, si les professionnels de santé des coordinations qu'ils soient médecins, diététiciens, psychologues etc. sont concernés par l'engagement de leurs patients dans une approche globale et positive de la santé, ils n'ont pour autant pas les mêmes conceptions sur le rôle que doit jouer le suivi en activité physique proposé par les Réppop. Dès lors, la question de la responsabilité professionnelle de cette prise en charge particulière se pose dans les cellules de coordination des Réppop.

En conséquence de nouvelles dynamiques professionnelles se sont développées dans les Réppop autour de cette question, comme cela avait été préalablement le cas dans les réseaux diabète (Perrin et coll. 2008)²⁹². Pour cela, le recours à des professionnels qualifiés dans l'encadrement d'activités physiques et/ou sportives adaptées s'est progressivement imposé comme une nécessité dans quatre dispositifs. Les kinésithérapeutes, traditionnellement mobilisés pour toutes les questions qui touchent au mouvement et à l'activité physique, sont ici prioritairement sollicités dans un seul dispositif. Ainsi, dans quelles mesures les professionnels de l'APA-S ont-ils mis à distance les kinésithérapeutes ? Ces derniers ayant la possibilité d'effectuer des interventions professionnelles d' « encadrement de la pratique de la gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives déclarés »²⁹³, ils ne sont néanmoins pas majoritairement choisis par les médecins coordonnateurs des réseaux.

²⁹¹ Deccache A., Meremans P., (2000) L'éducation pour la santé des patients au carrefour de la médecine et des sciences humaines, in Sandrin-Berthon B. (dir.) L'éducation du patient au secours de la médecine, Paris, PUF, 147-167.

²⁹² Perrin C., et coll. (2008) Op.cit.

²⁹³ Tableau F de l'arrêté du 16 décembre 2004 modifié par celui du 2 octobre 2007

2. L'émergence des professionnels APA-S dans les Réppop : un médecin coordonnateur particulièrement novateur.

Dans un premier temps, lors des réflexions pour la constitution des premiers Réppop, l'activité physique n'est pas envisagée, par les fondateurs de ces dispositifs, sur le même niveau que la diététique qui occupe une place centrale. L'obésité est alors surtout perçue dans ses dimensions biomédicales de désordre alimentaire :

« C'est vrai que nous au départ, on partait un peu avec une feuille vierge... donc on a fait des groupes de travail pour voir un petit peu ce qui était important pour construire un REPOP. Et c'est vrai que l'activité physique, dans nos groupes de travail, donc il y avait des représentants de parents, des professionnels d'institutions, des professionnels libéraux, n'a jamais été abordée...A aucun moment quelqu'un nous a dit « ben si on construit un REPOP, il faudrait penser à prévoir des programmes d'activité physique », cela n'a jamais été signalé...Voilà, donc ce qui est ressorti c'est, entre autres, des discours contradictoires au niveau de l'alimentation puisque l'on entend un petit peu dire tout et son contraire au niveau de l'alimentation. Plus les problèmes de proximité pour certains enfants, les problèmes de délais d'attente pour les consultations, mais à aucun moment les médecins ont abordé la prise en charge en activité physique. » (Diététicienne et coordonnatrice A d'un Réppop).

Ainsi, l'activité physique est loin d'être un territoire acquis dans les coordinations des Réppop, il est entièrement à construire et à légitimer par les professionnels sollicités pour l'encadrement des séances d'activité physique. La constitution d'un groupe de travail sur l'activité physique au sein de l'APOP²⁹⁴, vient témoigner de ces questionnements de l'ensemble des médecins et diététiciens vis-à-vis de l'activité physique. Il y a donc un ensemble concordant d'éléments qui va permettre au territoire professionnel de l'activité physique d'émerger puis de s'établir dans le fonctionnement des Réppop.

A la suite des premiers Educateurs Médico-Sportifs employés en 1999 au sein de deux réseaux diabète et d'une Unité transversale d'éducation d'un centre hospitalier²⁹⁵, le premier service en APA s'est structuré en 2005 au cœur d'une région pilote dans le développement de

²⁹⁴ APOP : Association pour la Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie est une association loi 1901 créée en février 2002 (parution JO du 06/04/2002), à l'initiative du Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie (réflexion menée en septembre 2000). www.epode.fr/partenaires_parrainages/apop.html

²⁹⁵ C'est une structure visant la coordination des activités d'éducation du patient au sein de l'hôpital (soutien méthodologique aux équipes soignantes, formation, évaluation, etc.)

l'éducation des diabétiques à et *via* les activités physiques²⁹⁶. Ce développement avait été initié et encadré par des diabétologues à partir d'une articulation des compétences à encadrer l'activité physique en groupe, et à adapter les contenus des séances aux besoins et ressources des malades chroniques. Il s'agit alors des compétences transversales en éducation du patient développées dans le cadre de formations professionnelles continues. Dans les Réppop, le médecin coordonnateur d'une région pilote définit son travail comme étant particulièrement « innovant ». A l'image de l'étude d'A.M. Bériot sur les enseignants innovants (1999)²⁹⁷, il le pense en termes de travail collectif et de responsabilité éducative partagée. A la fois convaincu de la place de l'activité physique dans un suivi de l'obésité infantile, notamment au regard des effets que sa pratique peut produire sur l'organisme, mais aussi par les expériences menées dans les réseaux diabète, comme les stages sport-diabète qui ont créé un précédent au niveau de la région en éducation à la santé. Ce médecin coordonnateur est alors amené à une expérience innovante d'accueil de stagiaire de l'université dans le cadre d'un stage de professionnalisation puis d'embauche d'un professionnel de l'activité physique adaptée :

« Sur l'évolution dans le réseau, ... le poste de coordonnateur en activité physique c'est fondamental, ce n'est même pas important, c'est fondamental, dans notre cas il a monté un projet et on a pu l'embaucher, on a réussi à avoir l'argent pour financer son poste, et c'est vrai que c'est indispensable.» (Médecin B coordonnateur d'un Réppop).

La diffusion de cette innovation s'est ensuite notamment effectuée par le biais des médecins coordonnateurs, au sein de trois des quatre autres cellules de coordination²⁹⁸ selon une dynamique inter Réppop impulsée lors des réunions nationales de la CNRéppop²⁹⁹.

²⁹⁶ Perrin C., Champely S., Chantelat P., Sandrin-Berthon B., Mollet E., Tabard N., Tschudnowsky M., *Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français*, Santé publique, volume 20, n°3, 2008 p. 213-223. « Finalement deux formes de services peuvent être distinguées d'une part une éducation à l'activité physique comme « fin en soi » qui consiste à orienter les patients vers des clubs ou associations, ou à les engager dans des programmes d'exercices sur le modèle de la réadaptation à l'effort. Et une éducation du patient via l'AP qui couvre l'éducation thérapeutique (liée au traitement), l'éducation du patient à sa maladie via l'expérience d'activités physiques adaptées, et enfin l'éducation pour la santé, expérience incarnée dans une logique de « culture sanitaire » ». p.221.

²⁹⁷ Bériot A.M. (1999). « Des ruptures qui donnent sens au métier d'enseignant », in *Innovation et formation des enseignants*, *Recherche et formation*, n°31, p. 77-90.

²⁹⁸ Le cinquième dispositif se situant davantage lors de l'expérimentation de terrain dans une tradition clinique de prescription qui repose sur un suivi individuel, contextualisé dans le colloque médecin-patient. L'éducation pour la santé de ces jeunes obèses est ici conçue à travers l'enseignement de savoirs de santé physique visant l'acquisition d'une culture sanitaire jugée insuffisante (Deccache, Meremans, 2000) ou encore par une incitation à la pratique physique faite par les médecins de ville. En s'alignant sur le suivi diététique, l'activité physique est prescrite selon les dimensions prioritaires de dépense énergétiques qu'elle peut générer. Rejoignant ainsi, la conception « spontanéiste » d'éducation à l'activité physique développée par C. Perrin et coll. (2008).

²⁹⁹ Cf. chapitre 3 ; 2.1. Une coordination nationale des RéPOP.

En somme, quatre Réppop sur les onze existants au moment de l'enquête de terrain, emploient un coordonateur en APA-S dans leur cellule de coordination. Trois postes ont été construits dans le cadre d'un stage professionnel de deuxième année de Master STAPS, le quatrième résultant d'une collaboration entre un médecin coordonateur et un directeur d'une structure professionnelle en APA-S (créée avant le Réppop), formé lui-même en APA-S.

Ainsi, l'introduction d'un acteur professionnel de l'activité physique adaptée, qui n'est pas professionnel de santé, peut-il se percevoir comme le signe d'une actualisation du fonctionnement « démocratique » des Réppop ? Quel rôle le stage effectué dans le cadre de la formation universitaire que certains professionnels de l'« activité physique adaptée et santé » de niveau master en STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives) a-t-il joué ? Comment le sentiment de concurrence pouvant être ressenti par les autres membres de la coordination des réseaux, les « pairs » de l'encadrement de l'activité physique, ou encore les professionnels de santé spécialisés dans le sport (comme les médecins du sport) est-il désamorcé ?

3. La délimitation du territoire activité physique par les APA-S.

Partant de l'idée qu'une définition précise d'un territoire de l'activité physique dans les Réppop passe par des compétences professionnelles spécifiques, qui ne se superposent pas avec d'autres compétences, comment les professionnels de l'APA-S délimitent-ils leurs frontières ? Si les professionnels de l'APA organisent la perspective éducative à partir et avec l'enfant, dans le sens de son développement et non dans l'unique finalité d'une pratique sportive, cela ne risque-t-il pas de cantonner les pratiques à une possibilité de création de liens sociaux par les activités physiques, en minorant la place de la mise en jeu du corps en activité physique ?

Ce qui correspond d'ailleurs au risque pris par le texte du Programme National Nutrition Santé (PNNS)³⁰⁰ : « chercher à motiver les jeunes pour une pratique physique quotidienne, pas obligatoirement sportive, mais surtout quantifiée ». Tout l'enjeu semble résider dans une pratique physique à tout prix, au détriment des conditions éducatives, l'objectif prioritaire

³⁰⁰ Deuxième Programme National Nutrition Santé : 2006-2010, Actions et mesures, Ministère de la Santé et des Solidarités, Septembre 2006.

étant la mise en exercice de l'organisme, en insistant sur l'aspect quantitatif, c'est-à-dire la fréquence, la durée et l'intensité de l'exercice³⁰¹.

Situer le travail des professionnels de l'APA-S comme étant un travail avant tout éducatif qui s'effectue au moyen de pratiques physiques culturelles adaptées ne se pose pas comme un postulat. Chaque acteur construit son adhésion au réseau, et légitime progressivement sa position, en gérant un ensemble de conflits de juridiction propres à son contexte. C'est notamment en défendant leur participation au projet éducatif global du réseau par un travail interdisciplinaire et intersectoriel avec les autres professionnels, du fait des valeurs partagées et de niveaux de qualification au moins équivalents, que les APA-S marquent leurs positions. Les éducateurs sportifs ne peuvent offrir qu'un service extérieur au réseau, coupé du projet global, en tous cas couplé des collaborations avec les autres professionnels comme il a été possible de l'observer dans certains réseaux diabète.

³⁰¹ « Dans le domaine des pratiques innovantes, tous les pratiquants commencent au même niveau, en effet il n'y a pas d'expert et tout le monde est débutant... Enfin, par la facilité d'accès à la pratique, comme pour les jeux de la pétéca ou de l'ultimate, les jeunes vont pouvoir constater que l'on peut facilement progresser dans une activité physique et sportive. » In Document annexe à la synthèse du PNNS, 2008, p. 27-28.

Chapitre 11 : Construction du territoire de l'APA-S et conflits de juridiction.

Le concept de « jurisdiction » souvent traduit par « juridiction » est central dans la théorie d'Andrew Abbott. Cependant, en français ce terme renvoie uniquement à des domaines de compétences officiellement définis par les tribunaux, alors que selon Abbott, ce terme recouvre une réalité plus élargie à des domaines de compétence qu'ils soient formalisés ou non. Il le définit comme le lien entre une profession et une activité³⁰². Englobant des savoirs professionnels et des revendications destinées à obtenir une légitimité auprès des pouvoirs publics, le terme de « juridiction » comprend, à la différence de celui de profession, la notion de concurrence interprofessionnelle. Ainsi, l'analyse ne se focalise pas sur un seul groupe professionnel, mais sur un ensemble de relations entre plusieurs groupes. L'objectif de toute profession étant d'obtenir une « juridiction exclusive », c'est à dire une correspondance rigoureuse entre les tâches qu'elle contrôle et l'organisation même de la profession. Il y a donc une mise en évidence de l'aspiration de toute profession à l'extension de son territoire, en essayant de récupérer des tâches contrôlées par d'autres et qui lui sont concurrentes :

« Les professions, en concurrence les unes avec les autres, aspirent à se développer, s'emparant de telle ou telle sphère de travail qu'elles transforment ensuite en « juridiction » au moyen de savoirs professionnels et de revendications destinées à obtenir une légitimité auprès des pouvoirs publics. » (Abbott, 2003)³⁰³

Lorsqu'il est question des luttes entre des territoires professionnels, Abbott utilise les conflits de juridiction, c'est-à-dire les conflits propres à la définition des tâches de chaque territoire. Il s'agit ici d'analyser les conflits de juridiction provoqués par l'intégration d'un service « activité physique adaptée » dans les Réppop et ce à trois niveaux : celui de la nécessaire expertise scientifique qui la valide dans la logique de médecine des preuves ; de l'encadrement des séances pratiques et leurs liens avec l'éducation du patient. Ceci permettra d'observer la manière dont les professionnels de l'APA-S établissent les frontières de leur territoire au sein de l'espace partagé des Réppop, et la manière dont ils défendent ces frontières pour soutenir, face aux concurrents potentiels, les arguments de leur légitimation comme professionnel partenaire des professions de santé. Cet examen nous renseignera non

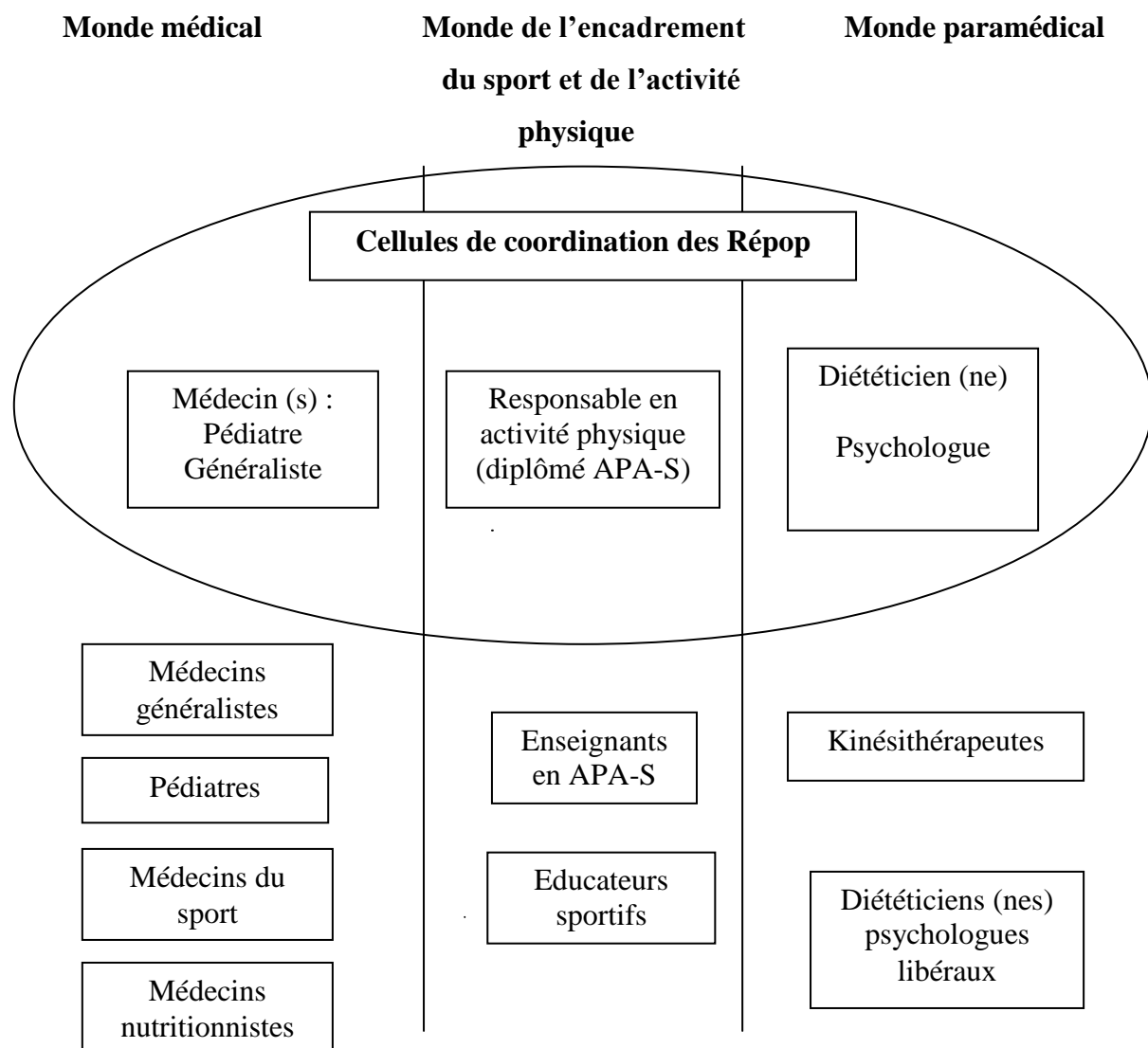
³⁰² Abbott A., (1988) Op.cit, p.20.

³⁰³ Abbott A., (2003) Op.cit. p.29.

seulement sur les aménagements professionnels qui leur permettent de défendre une position spécifique d'encadrement d'équipe et de dispositif, mais également sur les remaniements de leur culture professionnelle acquise lors de leur formation universitaire, mise à l'épreuve de l'espace spécifique des professions de santé.

Pour situer ces conflits de juridiction, il convient tout d'abord de définir schématiquement les trois mondes professionnels mis en relation dans le fonctionnement des cellules de coordination des Réppop. Cela permet de situer l'ensemble des acteurs intervenant au sein de l'« écologie » des professions dans les Réppop. Sachant qu'il est ici question, d'une schématisation valable pour quatre dispositifs sur les cinq. Le dernier dispositif départementalisé fonctionne quant à lui sur le même schéma en supprimant la présence d'un responsable de l'activité physique dans la cellule de coordination.

Schéma synthétique de l'« écologie des professions » dans les organisations Réppop



1. Les conflits autour de l'encadrement des séances d'activité physique.

1.1. Avec les kinésithérapeutes : conflit entre gymnastique hygiénique et pratiques sociales.

1.1.1. La kinésithérapie : un territoire professionnel en conflit.

Historiquement, de 1982 à 1988, des groupes de travail élaborent de nombreux textes concernant les actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes³⁰⁴, le programme des études³⁰⁵, le certificat de moniteur cadre en masso-kinésithérapie³⁰⁶, les normes d'agrément des écoles de kinésithérapie³⁰⁷ et le mode de fixation des quotas d'admission dans les écoles³⁰⁸. L'analyse historique de cette période par J. Monet³⁰⁹ met en évidence un ensemble de conflits autour de l'émergence de cette nouvelle profession concernant notamment la majoration de la durée des études de kinésithérapie. L'opposition avec les médecins spécialisés en particulier ceux de médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelle, spécialité reconnue en 1965³¹⁰. Au final, la participation de J. Monet aux transformations de la formation de 1982 à 1989 au sein des deux organisations syndicales, (enseignant et directeur) le conforte dans l'idée de la domination du corps médical sur la formation des masseurs kinésithérapeutes.

L'ordre des masseurs kinésithérapeutes a été institué par la loi de santé publique du 9 août 2004. Cette structure administrative et juridique lui permet de s'assumer et de contrôler particulièrement l'extension du territoire de ces professionnels. Actuellement, les

³⁰⁴ Décret n° 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Avec, notamment une définition adaptée du massage et de la gymnastique médicale, monopole de la profession selon la Loi du 30 avril 1946.

³⁰⁵ Arrêté du 30 septembre 1989 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute.

³⁰⁶ Décret n° 85-949 du 4 septembre 1985, modification du décret du 6 septembre 1976. Certificat de moniteur-cadre en masso-kinésithérapie. Décret n°67-652 du 25 juillet. 1967 créant un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur. Seuls les titulaires de ces certificats sont autorisés à enseigner, à encadrer les élèves en stage, et à participer aux différents jurys d'examens.

³⁰⁷ Arrêté du 20 octobre 1982, relatif à l'agrément des écoles préparatoires au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute.

³⁰⁸ Code la Santé Publique art. 510-9 titre VI

³⁰⁹ Monet J., (2003) Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle. Une spécialité impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914. Université de Paris 1 – Panthéon Sorbonne. Institut des sciences sociales du travail. Thèse pour le doctorat en sociologie. Sous la direction de Michel Offerle. Professeur des Universités Paris I – Panthéon-Sorbonne.

³¹⁰ L'arrêté du 4 Août 1965 crée un certificat d'études spécial de rééducation et de réadaptation fonctionnelle délivré par les Facultés de Médecine, destiné aux docteurs en médecine français ou étrangers ou aux étudiants en médecine ayant accompli la dernière année d'études médicales. Celle-ci s'inquiétait d'une extension de la revendication aux professions de rééducation

kinésithérapeutes sont autorisés par l'arrêté du 2 octobre 2007³¹¹ à un encadrement de la pratique de la gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives déclarés. Des limites des conditions d'exercice sont fixées selon le respect de la législation et de la déontologie de la kinésithérapie. La possibilité d'encadrement est définie dans le décret du 27 juin 2000³¹² :

« On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques. » (Article 4, Décret 27/06/2000)

Centrée sur les connaissances anatomiques du corps, cette gymnastique médicale se délimite du territoire de l'ergothérapie, avec lequel elle se trouve en concurrence. Les kinésithérapeutes peuvent donc légalement intervenir dans les prises en charge en activité physique de l'obésité infantile en proposant des séances de gymnastique hygiénique, mais n'ont pas la possibilité légale d'encadrer des pratiques sportives en groupe. Orientée sur les mouvements du corps réalisés dans un but de forme, de rectitude physique, cette gymnastique est éloignée de l'approche culturelle et psychosociale de l'activité physique, mise en avant par les professionnels de l'APA-S, et organisée autour des goûts et du plaisir des jeunes. Le reconditionnement et la réadaptation des corps à un effort physique, s'oppose aux cycles éducatifs basés davantage sur une approche globale de la personne.

1.1.2. Entre exercice et plaisir de la pratique physique.

La construction d'un jeune autonome en activité physique conçue en APA s'appuie sur des pratiques sportives adaptées valorisant la construction d'une sociabilité rassurante, avec un objectif de plaisir dans la pratique d'activités physiques. Au-delà des dimensions sociales de l'engagement, la réussite de l'entrée dans l'activité est entièrement pensée et accompagnée

³¹¹ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Arrêté du 2 octobre 2007 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004, modification portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement d'une activité physique ou sportive ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 212-1 du code du sport page 17830, texte n° 24.

³¹² Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.

par les professionnels de l'APA, à travers la reconnaissance du plaisir dans la réalisation des différents gestes nécessités par la pratique. C'est également dans la relation avec leur corps, à travers la pratique physique, qu'est construite la reconnaissance du plaisir dans la réalisation des actions motrices, et dans un renouvellement de la relation avec le corps. En passant par une attention particulière sur leurs sensations dans l'action, et le développement du ressenti corporel, les jeunes sont amenés à une éducation corporelle en identifiant les sensations de : plaisir, fatigue, douleurs, etc., en les nommant, les analysant, les comprenant. Mais c'est le plaisir qui est avant tout recherché dans la multiplicité des expériences motrices vécues (en milieu aquatique, dans des jeux d'opposition individuel (badminton) ou collectif (rink hockey) :

« Quand je viens, je pense déjà au plaisir de bouger ! » (Agathe, 13 ans).

Ainsi, l'objectif visé par les professionnels de l'APA-S est de faire découvrir aux jeunes obèses leurs pouvoirs de réussir, ressentir et se faire plaisir dans la pratique d'une activité physique :

« Le plaisir il faut le retrouver dans les activités, c'est le plaisir de faire bouger le corps. Et du fait que par les jeux, ils font des activités physiques et que ça leur plait, ils s'amuse, ils bougent, ils sont peut-être fatigués au départ, mais au fur et à mesure du temps, ils sont moins fatigués, ils voient qu'ils peuvent y arriver, qu'ils peuvent arriver à marcher, qu'ils sont capables de le faire, donc leur estime de soi elle remonte. Et cette progression, nous, on essaye de montrer qu'ils sont capables, on fait des activités adaptées, on adapte en fonction de leurs besoins et en fonction de leurs niveaux. » (Enseignante D en APA prenant en charge des jeunes d'un Réppop).

Cet enchantement procuré par la pratique physique est favorisé par les interactions que permet la pratique d'activités culturelles, et constitue une limite de l'intervention des kinésithérapeutes :

« Nous, on travaille avec les kinésithérapeutes sur les obésités majeures mais avec les adolescents on a beaucoup de difficultés à les mobiliser, et après le lien avec le terrain est très compliqué. C'est-à-dire qu'ils ont fait leur trente séances de kinés très modélisées et après... c'est vrai que je me mets déjà la question que dans les formations kinés je n'impulse pas assez ça, en essayant que le kinésithérapeute soit acteur et dise après tes séances il va falloir

réfléchir, là on a trente séances devant nous ça va nous donner trois mois et après vers quoi tu veux aller ? Et puis après, arriver à discuter de ce projet avec le jeune... mais ce n'est pas évident à les mobiliser les kinésithérapeutes. Et puis chez les kinésithérapeutes, il n'y a pas la notion de plaisir dans la prise en charge.» (Responsable en activité physique A, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

En valorisant les dimensions de participation sociale et de plaisir par la pratique d'une activité physique culturelle, les professionnels de l'APAS définissent leur territoire entre l'éducation et la santé et se démarquent ainsi de la gymnastique hygiénique. Selon les Réppop il est possible de noter des fonctionnements divers quant à la construction ou non de partenariat avec les kinésithérapeutes. Pour quatre Réppop dans le cas d'obésités dites « majeures » ou « morbides », il est prévu dans les choix de parcours des patients une orientation vers un kinésithérapeute mais formé par le Réppop :

« Alors pour l'obésité majeure alors là forte collaboration avec les kinés, exploration cardio respiratoire obligatoire, donc là il y a quelques problèmes parce que le service sport santé est déplacé donc on essaye de retravailler avec les médecins qui sont en service de cardio, mais sinon comme on a toutes les données pour établir une bonne pratique bien adaptée, et si vraiment il y a des problèmes cardio respiratoires ils resteront chez des kinés formés et qui auront une balnéothérapie, et des gens qui sont d'accord pour travailler avec des APA. » (Enseignant en APA C et responsable en activité physique dans une coordination d'un Réppop).

Le conflit de juridiction avec les kinésithérapeutes est ici géré par l'intermédiaire d'une relation de formation d'un groupe professionnel par l'autre, sachant que celle-ci, loin d'être systématiquement acceptée instaure un rapport de dominant/dominé. De plus, l'expression utilisée par ce professionnel « d'accord pour travailler avec les APA » marque toute la prégnance de ce conflit de juridiction. En correspondance, un Réppop se place d'emblée dans la non gestion du conflit et du côté des pratiques culturelles avec une non sollicitation des kinésithérapeutes. Les positionnements des professionnels de l'APA-S dans les coordinations des Réppop se définissent soit dans l'absence d'un partenariat avec les kinésithérapeutes, soit dans la formation de ces derniers afin de définir précisément les limites de leur territoire au sein de ces dispositifs. A ce propos, l'alliance avec les médecins coordonnateurs est décisive pour l'attribution du rôle de formateur. Dans un conflit entre l'appartenance au domaine de la santé, et la qualification dans un domaine précis, les médecins coordonnateurs soucieux d'une

démédicalisation du suivi de l'obésité infantile, font le choix des professionnels de l'APA-S au détriment des kinésithérapeutes.

Dès lors, malgré des démarches de gestion des conflits de juridictions, on peut néanmoins souligner une autonomie relative des professionnels de l'APA-S en tant que groupes professionnels par le fait qu'ils n'ont pas le contrôle du ciblage des patients, et de leur entrée dans le réseau. En effet, dès leur inclusion, les patients sont sous la responsabilité des médecins. De plus, en se plaçant du côté du plaisir et des relations sociales augmentées, ces professionnels fragilisent leur territoire en s'éloignant de l'objectif de perte, ou tout au moins de contrôle du poids, sur lesquels repose leur légitimité scientifique.

1.2. Avec les éducateurs sportifs : conflit entre enseignement et animation.

1.2.1. L'attention portée à la personne/ l'attention portée à l'activité physique.

La démarche revendiquée par les professionnels de l'APA, amène les jeunes à être sans cesse partagés entre des expériences corporelles visant le constat d'effets sur le corps lui-même et celui de normalisation au sens de Strauss, travail effectué sur soi et à l'égard des autres pour vivre « le plus normalement possible » avec et malgré son obésité³¹³. Cet objectif impliquant des compétences professionnelles spécifiques d'accompagnement de la part de l'encadrant afin d'amener les jeunes à se détourner du contrôle des symptômes pour se concentrer sur les ressentis durant la pratique physique, ainsi que sur les interactions avec les « pairs ». Les jeunes obèses sont amenés à vivre deux expériences en parallèle : celle de pratiquant et celle d'« auxiliaire » des professionnels de santé dans la prise en charge de son obésité. Cette figure du « patient acteur » de son traitement dans le monde médical, fait référence dans la prise en charge des adultes (Pinell, 1988)³¹⁴. Ainsi, l'acquisition de compétences est considérée comme une réussite de la prise en charge. Les progrès dans l'activité, la reconnaissance par le groupe des pairs, et par l'encadrant fonctionnent comme un « enchantement », d'autant qu'elle s'accompagne d'un constat de répercussions au niveau moteur particulièrement, dans les gestes quotidiens : aisance respiratoire, aisance gestuelle pour s'habiller... La démarche est alors éducative du fait qu'elle amène les jeunes obèses à

³¹³ Strauss A., (1992) La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, Logiques Sociales, Editions L'Harmattan.

³¹⁴ Pinell P., (1988) Op.cit. p.37-51.

donner un intérêt, une réalité utile à la construction ou à la reconstruction d'une norme de vie physiquement active. Mais il y a également des répercussions observables au niveau social, par une forme d'acceptation du stigmaté « gros », se traduisant très souvent dans la capacité nouvelle d'une mise en mots du « mal » :

« Je suis corpulent, et j'insiste sur ce terme ! » (Romain, 14 ans).

« C'est plutôt à l'école je suis devenue une dure, et ceux qui m'embêtent ... parce qu'avant je ne pouvais pas supporter, mais maintenant au lieu de leur taper dessus je leur réponds, je leur dis : « toi tu t'es pas vu ! ». » (Marie 9 ans).

C'est notamment dans l'acquisition d'une compétence de gestion sociale des conflits qu'il est possible de parler d'une mise à distance « sociale » des jeunes obèses face aux moqueries des « normaux » (Goffman, 1975)³¹⁵. Celle-ci devient possible notamment grâce aux réseaux de relations réalisés dans le groupe de « pairs » :

« Par contre l'activité physique encadrée, moi je la centre plus comme étant un lieu effectivement de resocialisation, de redécouverte du plaisir de bouger, et puis c'est l'espèce de point relais sur lequel on peut engager une activité physique quotidienne après, mais c'est redécouvrir le plaisir de bouger, c'est redécouvrir une certaine estime de soi, c'est redécouvrir que l'on a des capacités au sens large. » (Médecin coordonnateur B d'un Réppop)

Les stagiaires APA-S mettent en place des pratiques visant prioritairement à développer une sociabilité des jeunes en surpoids par le biais de l'activité physique, suite au constat généralisé d'exclusion de ces jeunes des structures sportives « ordinaires », mais également d'une forme d'isolement social (peu ou pas d'amis) :

« Cela me fait plaisir de venir... je sais que ce n'est pas en faisant du sport que tout va changer, mais j'ai l'impression que ça a évacué un peu quand même, parce que quand on vient on retrouve des copains, des copines alors... voilà. » (Julie, 15 ans).

C'est par une adaptation des contenus de toutes les séances selon le respect des niveaux de chacun et la mise en valeur de l'ensemble des procédés réussis qu'ils soient d'ordre moteur ou

³¹⁵ Goffman E., (1975) Stigmaté et identité sociale, in Stigmaté, les usages sociaux des handicaps, Les Editions de Minuit, Paris, première parution en 1963, p.11-55.

social. Pour cela, la posture de l'enseignant en APA, bienveillant envers chacun, tout en étant exigeant mais juste, associée à une certaine morale de l'effort permet la création d'une émulation dans le groupe autour de la volonté commune de progression, caractéristique d'une première forme de « prise en mains » au sens utilisé par M. Darmon (2003), c'est-à-dire « La mise en place d'un ensemble cohérent d'actions de rupture avec les pratiques antérieures... la mise en action de la modification de soi. ». Les affinités se généralisent et marquent une sortie de l'isolement social, symptôme prédominant de cette « pathologie ».

Ainsi, la construction des professionnels de l'APA-S autour de groupes ayant tous un problème de surpoids favorise l'entrée dans l'activité en comblant le déficit relatif au mal être avec son corps. C'est surtout la diminution de la peur du regard et de la critique d'autrui par une socialisation de l'« entre soi » qui constitue l'élément fort de l'engagement ou du réengagement dans la pratique physique:

« Et bien ça me plaît parce qu'en fait on est tous pareil, on a tous le même problème, voilà personne ne va se moquer de moi pour dire : ah regarde celle là... ! » (Chloé, 13 ans).

« Parce qu'ici au contraire j'aimais bien venir parce que c'est le moment où je pouvais... je n'étais pas obligée de marcher toute raide parce que je n'avais pas envie trop de montrer que j'étais grosse... Parce que je sais que tout le monde l'était, et que tout le monde avait le même problème, donc je n'avais pas de soucis à me faire... » (Marie, 9 ans).

En correspondance avec les travaux d'A. Marcellini sur le recueil de vie d'adultes sportifs vivant en fauteuil roulant³¹⁶, la pratique d'une activité physique entre « pairs » ayant un même problème d'obésité, vient jouer comme un soutien au processus de déstigmatisation. Dans ce contexte, c'est l'idée d'une participation sociale de ces jeunes dans un groupe ordinaire qui provoque un effet de normalisation à un mode de vie « socialement actif ». Il y a une identification comme pratiquant d'une activité physique, qu'ils peuvent valoriser auprès des « normaux » (Goffman, 1975)³¹⁷, comme travail sur les symptômes de la pathologie. L'obésité étant souvent associée dans les mentalités à une inactivité, une fainéantise, et une mauvaise alimentation, c'est une forme de culpabilité véhiculée par les « normaux ». La valorisation de cette pratique physique en revient à une intégration ou une réintégration d'une norme relative à un mode de vie physiquement actif, elle même pouvant se considérer comme le signe d'un premier pas éducatif de ces jeunes obèses.

³¹⁶ Marcellini A., (2005) Des vies en fauteuil...- Usages du sport dans les processus de déstigmatisation et d'intégration sociale, Etudes et recherches.

³¹⁷ Goffman E., (1975) Op.cit.

Dans la poursuite de la finalité d'augmentation des relations sociales par la pratique sportive, les professionnels de l'APA-S mettent en avant une compétence professionnelle spécifique d'accompagnement d'un projet de participation sociale. Les acteurs appellent cela se « resocialiser » à une pratique d'activité physique en club. Partant de l'idée, qu'à l'âge de l'adolescence les relations sociales priment (Picot, 2003)³¹⁸, les professionnels de l'APA-S jouent sur cette dimension pour construire leur légitimité professionnelle :

« Et donc on fait du multi activités et notre objectif au niveau des ateliers c'est de ne pas garder les enfants ; en fait souvent ce sont des enfants qui ne pratiquent pas de sports à côté qui ont été écoeurés par une pratique, parce que des moqueries, parce que trop de difficultés, tout le temps en échec en club. Donc on prend ces enfants là, on essaie de les resocialiser on va dire un petit peu avec l'activité physique, de les reconditionner à l'effort pour les autres, et après on essaie de les renvoyer le plus vite possible vers une association sportive. Avec un choix, on va dire un peu mieux aiguillé. C'est-à-dire par exemple la dernière fois j'ai eu un enfant qui faisait du basket, qui restait sur la touche pendant les matchs, on l'a renvoyé vers un club de basket, mais on a cherché un autre club où il y avait deux équipes, une équipe une, et une équipe deux, pour être sûr qu'il ait un temps de jeu le week-end. C'est-à-dire qu'il ne passe pas son temps à regarder ses copains jouer et qu'il ne soit pas convoqué pour les matchs. » (Enseignant en APA C et responsable en activité physique dans une coordination d'un Réppop).

Autour de la valorisation des compétences d'accompagnement d'un projet, les APA-S visent conjointement à s'adapter le plus possible aux besoins qu'ils ont pu identifier de ce public particulier (diagnostic, inférence, traitement, A. Abbott, 1988), et par là même, délimiter leur territoire professionnel. Ce que les professionnels de l'APA-S revendiquent, ce sont leurs compétences professionnelles d'adaptation du contenu de leurs séances à tout moment de la prise en charge. On peut considérer une gestion du conflit de juridiction avec les éducateurs sportifs autour de l'encadrement des séances, par la nécessité d'une pratique intermédiaire entre groupe de « pairs », du même âge, où chacun va trouver sa place, s'assumer :

« La pratique d'activités physiques adaptées dans le cadre d'une prise en charge de l'obésité infantile comporte de multiples intérêts au niveau social. Lors des séances nous regroupons

³¹⁸ Picot A.L., (2003) Relations sociales et sensations : des bonnes raisons de pratiquer pour les jeunes, La santé de l'homme, n°364, « Contrairement aux adultes qui font du sport pour leur santé, les jeunes privilégient de plus en plus les relations sociales, le plaisir et les sensations. » p. 11-12.

souvent les enfants par tranches d'âges, cependant chaque jeune arrive avec son histoire, sa culture, son éducation, son vécu et son contexte social. Ces singularités doivent être considérées afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque individu... Les séances permettent de favoriser la cohésion du groupe et les échanges interindividuels entre les jeunes ou avec les adultes. » (Document annexe à la synthèse du PNNS, 2008, p.35.)

Les professionnels de l'APA-S se démarquent ainsi de l'idée d'animation pour soutenir l'importance d'une réelle construction autour de la personne, d'un enseignement de compétences ne se limitant pas à envoyer vers des groupes, ou encourager à pratiquer avec des groupes existants. La réussite de la prise en charge tient pour ces professionnels dans le fait d'avoir la capacité de resituer sa pratique sportive non pas comme un fin permettant d'accéder à un amaigrissement, mais comme un moyen d'agir dans un contexte social donné. Cela marque un accomplissement éducatif par une définition spécifique de la possibilité de sortir du dispositif :

« Il y a quand même un éducateur sportif pour ces journées, mais en fait ce que j'ai amené là dedans, ce sont les intérêts de l'activité physique vraiment au niveau de l'éducation à la santé. Et donc les médecins coordonnateurs voudraient, maintenant que c'est en place sur les journées d'éducation, que l'activité physique soit vraiment présente, en plus pour donner de la légitimité au réseau quoi » (Responsable en activité physique D, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

Un premier conflit de juridiction peut s'établir entre les éducateurs sportifs et les professionnels de l'APA-S autour de la question de l'encadrement des séances d'activité physique entre jeunes obèses proposées dans le suivi des cinq Réppop. D'un côté les professionnels de l'APA-S proposent une acquisition de compétences motrices et psychosociales, de l'autre côté les éducateurs sportifs axent leur prise en charge davantage sur une animation, où l'essentiel consiste à mettre en activité des jeunes obèses. Dans le premier cas, c'est la personne qui est au centre de l'organisation du suivi, de l'autre c'est l'activité physique.

1.2.2. Suivi individuel/ séance collective.

Les professionnels de l'APA-S se revendiquent progressivement auprès des professions établies des coordinations des Réppop comme des partenaires privilégiés pour une

individualisation du suivi en activité physique. Celle-ci étant notamment mise en avant comme un critère de « qualité » permettant de juger une forme d'efficacité de leur prise en charge, c'est-à-dire d'une efficacité à moindre coût :

« Il y a des évaluations que l'on fait régulièrement, et puis après c'est vrai qu'on fait le bilan séance par séance de manière individuelle, pour chaque enfant, ce qui s'est passé durant la séance...C'est assez lourd, c'est vraiment un suivi individualisé, et on doit être capable de répondre au médecin qui le suit à n'importe quel moment : « voilà, l'enfant depuis tant de séances, il a fait tels progrès », donc c'est pour ça qu'on ne peut pas dépasser dix douze enfants, parce que l'on a un dossier pour chacun, et on peut dire à n'importe quel moment, si il y a une progression, s'il y a une régression, que ce soit au niveau psychologique, s'il s'exclut, et puis on a, pour certains, pas tous, pas tous les ados, mais on a le lien aussi avec les parents et on essaye aussi de discuter avec eux. Il y a une régression, bon une séance où le jeune, il était un peu à part, est ce qu'il s'est passé quelque chose ? » (Enseignant en APA A d'un Réppop)

La compétence à individualiser et réajuster constamment le contenu des séances proposées définit l'encadrement des professionnels de l'APA-S dans le registre du suivi et du guidage dans les apprentissages. Ces réajustements se basent sur des données propres au comportement du jeune dans l'activité physique, mais aussi sur des données apportées par les autres disciplines de la prise en charge : médical, diététique, psychologique. Donc pour faire un suivi individualisé, il faut être intégré dans le système de santé. Il s'agit de missions précises où il faut du temps en plus du suivi des séances d'activités en groupe. Or, les éducateurs sportifs limités à l'encadrement d'un collectif ne sont pas formés à cette individualisation du suivi et au travail pluridisciplinaire.

On peut donc situer le positionnement des professionnels de l'APA-S autour de l'individualisation du suivi et de l'enseignement de compétences motrices et psychosociales comme un moyen de gestion du conflit de juridiction à l'égard des éducateurs sportifs formés par le ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Mais si la centration de l'intervention des APA-S autour de l'approche globale de la personne peut se percevoir comme une gestion de ce conflit de juridiction, elle peut également produire une fragilisation du territoire de l'APA-S dans les Réppop. Que ce soit dans l'approche médicale, diététique ou en activité physique, l'objectif établi le plus généralement par l'ensemble des

professionnels en revient de ce fait à donner ou à redonner aux jeunes obèses les moyens d’agir dans un contexte social donné.

Cette poursuite de finalité sociale commune à tous les acteurs, crée une cohésion entre les pratiques médicales, paramédicales et d’activité physique, mais elle peut également créer une dissonance dans la répartition des différentes tâches contrôlées par chacun des professionnels. En effet, cette « conversion » commune à un objectif de resocialisation des jeunes obèses peut également être perçue comme un recouvrement de tâches contrôlées entre les différents groupes professionnels en présence. L’attribution des responsabilités des tâches se faisant dans des définitions peu précises quant à la sollicitation de tel ou tel territoire professionnel, elle amène chaque acteur à prendre ou non à son compte certaines d’entre elles.

1.3. Une légitimation officielle de l’APA-S dans les Réppop : signe des conflits de juridictions.

Un document annexe à la synthèse du PNNS intitulé : « Activité physique et obésité de l’enfant. Bases pour une prescription adaptée » paraît en juin 2008. Il légitime spécifiquement l’APA-S dans les prises en charge des jeunes en surpoids ou obèses. C’est une recommandation officielle de l’APA-S, mais aussi une explication de ce que recouvrent les APA-S, peu connues, émergentes dans le monde de la santé. Les auteurs principaux sont des enseignants en APA intervenant directement ou indirectement au sein de trois des cinq Réppop de France. Il est intéressant de noter une relecture de la part d’un médecin du sport, d’une pédiatre et d’un chercheur en STAPS coordinatrice d’un réseau. Uniquement basé sur l’offre en activités physiques adaptées, il précise dès les premières lignes sa volonté d’une légitimation spécifique des professionnels de l’APA-S :

« Aider à mieux comprendre comment et pourquoi les enseignants en Activités Physiques Adaptées et santé (APA et santé) contribuent à la prise en charge pluridisciplinaire des enfants et adolescents en surpoids ou obèses. » p. 3.

Ce document signe une mise en évidence du territoire spécifique des APA-S, par une mise en valeur d’une expertise scientifique spécifique : les STAPS et des compétences d’encadrement adaptées au public des jeunes obèses, mais aussi à un ensemble de pathologies. En effet l’orientation vers un suivi en APA n’est pas seulement explicitée selon les différents degrés

possibles d'obésité, mais également en référence à quatre caractéristiques d'ordre physique ou comportemental. Un diagnostic précis est alors élaboré :

« Les APA s'adressent plus particulièrement aux enfants et adolescents obèses qui présentent par exemple : une désadaptation à l'effort, des difficultés respiratoires, de faibles capacités d'aérobie ; un retard du développement moteur, des problèmes articulaires mineurs, un manque de souplesse ; un manque de confiance en eux, une peur du regard de l'autre, un stress quelconque ; une faible motivation pour les pratiques physiques suite à de multiples expériences négatives. » p.8.

Pour les professionnels de l'APA-S, ce document fonde progressivement leur intégration officielle dans les Réppop. Il s'agit pour eux d'une tentative de légitimation scientifique, base d'une reconnaissance comme groupe professionnel auprès du milieu médical. Ils procèdent par ce biais à un affichage de leur contribution à la prise en charge, et de leur niveau d'expertise ancré sur des données scientifiques. Mais il est aussi question d'un moyen d'harmonisation des pratiques professionnelles à l'ensemble des Réppop, voire l'incitation pour les dispositifs ne faisant pas appel à des professionnels de l'APA-S à le faire (comme c'est le cas du 5^{ème} Réppop départementalisé en 8 dispositifs distincts).

La gestion du conflit de juridiction avec les éducateurs sportifs est donc uniquement réglée, à travers ce document, par une simple recommandation de l'APA-S. Ils pensent qu'en se situant au-dessus des éducateurs sportifs par un ancrage théorique biomédical fort, ils définissent leur de manière sûre leur territoire dans les Réppop, sans risque de concurrence. Cette gestion des conflits propre aux professionnels de l'APA-S des Réppop révèle la manière dont ces professionnels soutiennent une conception de l'activité physique davantage ancrée sur des références biomédicales pour le suivi du jeune obèse. Dans les débats lors des regroupements nationaux entre professionnels de l'APA-S des coordinations des Réppop, ce lien est mis en question, défendu par trois d'entre eux, et dénié par le quatrième. Si les premiers revendiquent le monopole de l'activité physique dans les Réppop par une assimilation à une culture médicale, le dernier conteste cette « juridiction », en défendant le concept de l'APA-S sur les versants éducatif et social de l'activité physique. Ainsi, cette définition pas très claire de l'APA-S, au carrefour de plusieurs territoires professionnels : médecins, enseignants d'EPS, éducateurs sportifs, risque de fragiliser l'émergence de la professionnalité de « coordonnateur

en APA-S » ou de concepteur (niveau BAC plus 5 ans), comme celle d'intervenant en APA-S (niveau BAC plus 3 ans).

2. Les conflits autour de la validation théorique du choix des pratiques de prise en charge.

2.1. Des références théoriques paradoxales par rapport au concept d'APA-S.

Si le document annexe à la synthèse du PNNS s'articule autour d'une recommandation générale de l'APA-S dans les prises en charge de l'obésité infantile, il met néanmoins l'accent sur des tests de terrain visant une évaluation des aptitudes physiques : endurance, souplesse, équilibre, ou encore sur l'échauffement, la récupération, laissant peu de développement aux contenus des séances. Plus précisément, c'est un ensemble d'outils de mesure dont l'utilisation est explicitée dans ce document. En s'articulant sur les connaissances théoriques privilégiées des territoires professionnels différents : les éducateurs sportifs, les kinésithérapeutes, les médecins du sport, les psychologues, etc., l'appui des pratiques professionnelles se fait ainsi sur des références théoriques variées, non significatives d'une expertise dans un domaine donné. L'utilisation de tests d'effort, et des outils de mesure de performance semble éloigner les contenus des séances de la dimension de plaisir valorisée parallèlement :

« Les tests de marche 2/6 minutes, le « step test 4 minutes », le test marche Navette ou « TMN », relation avec l'enseignant d'EPS, l'orientation vers une association sportive, préparation cognitive à l'effort, progressivité/intensité, étirements/stretching, feedback, méthode SELF, perception de l'effort, etc. »

Avec l'utilisation d'outils de mesure préconisé : « podomètre, actimètre, chronomètre, cardiofréquence-mètre ». (Document annexe à la synthèse du PNNS, 2008)

L'explication de la séance typique d'APA-S, caractéristique des savoirs spécifiques des APA-S, tient quant à elle sur une page, et reste sur ses finalités sans traiter en détails la question de son contenu :

« Lutter contre la sédentarité et l'inactivité ; entretenir et améliorer la condition physique ; restaurer un état de bien être psychique en essayant de rectifier l'image négative du corps ;

créer des relations sociales au sein d'un groupe et enfin en dernier lieu : donner le goût à la pratique physique et sportive par le plaisir du jeu. » (Document annexe à la synthèse du PNNS, p. 19)

En opposition avec le concept d'APA-S tel qu'il est d'ailleurs énoncé dans le premier chapitre du document, les aspects de bien-être, de qualité de vie, mais aussi d'intégration des personnes avec handicap, sont évoqués après les bénéfices sur l'organisme, un peu comme des bénéfices associés à l'expertise spécifique. La construction de la légitimation des professionnels de l'APA-S semble à travers l'analyse de ce document, se détourner de la culture référente de ce concept pour essayer de s'assimiler à un ensemble de cultures proches. Ce sont les données biomédicales qui apparaissent les plus légitimes dans la construction opérée par ces professionnels ; elles semblent permettre de gérer le conflit de juridiction avec les éducateurs sportifs en mettant en avant une expertise qui s'appuie sur des connaissances scientifiques approfondies. En valorisant leurs connaissances en fonction de ce qu'ils estiment être un « bon encadrement » en activité physique pour l'obésité infantile, ils procèdent à un décalage des savoirs théoriques qui fondent leur professionnalité pour s'orienter du côté de ceux des enseignants, mais aussi du côté des médecins, des kinésithérapeutes, etc. Cet ancrage théorique des pratiques professionnelles pose la question de la part des connaissances biomédicales dans la « licence » de ces professionnels en comparaison avec les connaissances psychosociales.

2.2. Avec les médecins : assimiler les connaissances pour gérer le conflit de juridiction.

Ainsi, le document annexe à la synthèse du PNNS semble avant tout être produit pour mettre en évidence la recherche en STAPS et un niveau d'expertise qui s'appuie sur des données scientifiques. L'objectif est de montrer un niveau de connaissances élevé à l'image de celui des recherches biomédicales. On peut conclure à travers cette production, que les professionnels de l'APA-S pensent que leur territoire doit se construire en s'appuyant sur des données scientifiques et en privilégiant la physiologie. Les approches psychologiques et sociales sont traitées en quatre pages sur les trente-six pages, et réduites à des généralités qui restent au niveau pédagogique sans s'appuyer sur des données de la science:

« Afin de favoriser la démarche de socialisation, nous préférons recourir à des activités de type jeux collectifs... Nous pouvons également construire des situations pédagogiques comme

lors de la « passe à 10 », « des courses de relais »...L'aspect ludique des APA favorise la communication, la coopération interindividuelle... » (Document annexe, 2008, p.36).

Sous la responsabilité d'un des professionnels de l'APA-S, cette partie n'est pas valorisée, l'argument principal étant de faire la preuve de la maîtrise des données physiologiques à un niveau de recherche (l'un des professionnels de l'APA-S est d'ailleurs titulaire d'une thèse STAPS en physiologie) pour gérer les conflits de juridiction avec les médecins du sport notamment. Les recherches en sciences humaines et sociales qui contribuent à la construction d'une légitimation des APA-S dans le milieu de la santé, ne sont pas mobilisées, que ce soit en psychologie ou en APA, devant l'objectif prioritaire de définition d'une juridiction physiologique de l'APA-S.

En somme, ce document se présente comme une légitimation scientifique vulgarisée visant à convaincre le monde médical d'un niveau d'expertise approfondi en physiologie de l'AP qui s'appuie sur des recherches spécifiques en STAPS. En même temps, ce positionnement ne risque-t-il pas de fragiliser le territoire des APA-S dans les Réppop ? En effet, cette réduction de la recherche à ses données biomédicales ne répond pas aux représentations et aux attentes formulées par les médecins coordonnateurs, qui attendent de l'APA-S de sortir d'une approche biomédicale de l'activité physique. Intéressés par les modèles développées dans les réseaux diabète, les Réppop et leurs médecins coordonnateurs se sont en effet trouvés assez vite placés devant les limites du suivi médical de l'obésité infantile. En effet malgré une démarche de qualité des soins, il s'avère que la haute technicité médicale dans le traitement de cette « pathologie » soit moindre comparée à une haute technicité sociale dans l'accompagnement et non dans le traitement de celle-ci :

« Parce qu'il y a une réalité physiologique ça c'est évident, mais moi je ne centre pas mon discours là-dessus, est ce que c'est essentiellement...pour des principes stratégiques, ce n'est pas une manière d'aborder un discours avec un enfant, ce n'est pas audible ce genre de discours avec eux. Ce n'est pas un discours santé ou hygiéniste qui va le motiver à faire du sport, ça marche pour certains adultes, à fortiori en prévention secondaire, la prévention primaire ce n'est pas un discours hygiéniste, et chez un enfant et un adolescent, ils en ont rien à faire ! Et je crois que là dessus j'ai pas mal bougé, dans les prises en charge il y a des règles de suivi, un cadre de suivi et ça fait partie du cadre de suivi. Et ça les rassure à plein de niveaux, c'est quand même des enfants qui sont beaucoup déstructurés, des familles beaucoup déstructurées, donc travailler sur le cadre, travailler sur les rythmes, et ça sert à rien de parler

de diététique tant que l'on n'a pas cadré les repas quatre fois par jour ou des prises alimentaires complètement anarchiques. La première chose à faire c'est de travailler sur le cadre...et l'activité physique cela participe à poser un cadre. (Médecin coordonnateur A d'un Réppop).

Les controverses sur ce que recouvrent « les appuis théoriques » des pratiques professionnelles des APA-S sont au centre des débats lors des réunions nationales, mais également à l'intérieur des cellules de coordination. C'est en effet souvent une absence de connaissances exactes des pratiques proposées par le « coordonnateur » en APA qui a pu être observée. L'assimilation se faisant souvent en direction du territoire des éducateurs sportifs et non pas celui de la recherche. Si les médecins coordonnateurs sont informés des qualifications spécifiques des professionnels de l'APA-S, il n'en est pas de même pour les autres acteurs de santé, ayant tendance à mélanger les différents niveaux de formation entre les éducateurs sportifs et les enseignants en APA:

« Mais c'est vrai qu'après chacun son domaine... Donc c'est vrai que moi je vais plus agir en tant que diététicien et puis par rapport à l'approche un peu corporelle, donc c'est vrai que le fait qu'il y ait un éducateur sportif, ... finalement on va dans le même sens en sachant que chacun a quand même, on a chacun nos limites, on sait que l'on ne va pas aller sur le territoire de l'autre et je crois que ça c'est vraiment important... » (Diététicien d'une coordination d'un Réppop).

Dans le quotidien des prises en charge, cette controverse émane dans les discours de façon précise, ce qui renvoie à l'instabilité de la construction des frontières du territoire des APA-S dans ces dispositifs.

3. Les conflits autour de l'éducation du patient.

Le nouveau champ que représente l'Education Thérapeutique du patient (ETP) est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1998, comme un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Plus précisément, il s'agit d' « un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les

comportements de santé et ceux liés à la maladie, destinés à aider le patient (et sa famille), à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales. » (Deccache, Lavendhomme, 2004)³¹⁹. Valorisant à la fois une démarche éducative centrée davantage sur l'information, la sensibilisation comme moyen thérapeutique à part entière, et une participation active du patient dans une collaboration, et une coproduction de ses soins, l'éducation thérapeutique vise un regroupement des compétences de la part de l'ensemble des professionnels étant en charge du suivi. Par l'éducation thérapeutique est visée une éducation globale du patient, au sens définit par Alain Deccache en 1999³²⁰. C'est une approche globale de la santé qui part du patient, de ses questions, représentations et pratiques.

Ce courant investit le champ des maladies chroniques, et il se structure progressivement de manière officielle avec notamment la parution d'un guide méthodologique pour la structuration des programmes d'éducation thérapeutique³²¹. Il « vient reconnaître le travail effectué depuis plusieurs années par les professionnels de santé qui ont su modifier leurs pratiques médicales et de soins, transformer leurs relations avec les patients et changer l'organisation des structures de soins. » (Gagnayre, 2007)³²². Mise en place initialement au sein des hôpitaux, l'éducation thérapeutique est intégrée plus facilement dans les Réppop rattachés à un centre hospitalier. C'est en s'inspirant du fonctionnement des réseaux diabètes notamment, selon une dynamique que l'on peut qualifier d'inter-réseaux, que ce courant diffuse progressivement dans les réseaux de l'obésité infantile. La perspective éducative fait sortir le professionnel de sa spécialisation. Chaque professionnel est susceptible d'aborder avec le patient et à partir de lui toutes les dimensions de la santé. Cependant, la logique de transversalité des compétences professionnelles qui se joue au cœur de ces nouvelles pratiques thérapeutiques, peut conduire les acteurs à se considérer détenteurs d'une spécialité professionnelle. Des théoriciens, conscients de ces effets pervers, opèrent une redéfinition ou

³¹⁹ Deccache A., Lavendhomme E., Information et éducation du patient, de Boeck, 2004 (1999).

³²⁰ Deccache A., (1999) Le terme générique d'éducation du patient recouvre trois activités distinctes :

- « l'éducation pour la santé du patient » qui concerne la maladie, les comportements de santé et les modes de vie du patient, dans une logique de « culture sanitaire ».

- « L'éducation du patient à sa maladie » qui concerne les comportements de santé et de maladie liés au traitement, à la prévention des complications. Les pairs et les accompagnants sont ici des intervenants indispensables.

- « L'éducation thérapeutique du patient » liée directement au traitement curatif ou préventif est du rôle des « soignants ». In Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'OMS, La santé de l'homme, 341, p. 12-14.

³²¹ Guide méthodologique élaboré en avril 2007 par la Haute Autorité de Santé et l'INPES afin d'aider les acteurs qui souhaitent développer des programmes d'ETP. Pour les auteurs du guide, « un programme structuré d'ETP ne doit pas être une succession d'actes ni un moyen de standardisation de la prise en charge auquel tout patient ayant une maladie chronique devrait se soumettre... »

³²² Gagnayre R., Introduction, Education thérapeutique, Revue santé publique, Volume 19, 2007.

tout du moins une sous-définition mettant en avant les exigences de formation des professionnels de santé à la méthodologie de l'éducation thérapeutique du patient :

« L'éducation thérapeutique doit être réalisée par des professionnels formés à cet effet et justifiant de compétences validées, en particulier pédagogiques, auxquelles leur formation initiale les a actuellement peu ou pas préparés. Cette formation doit permettre aux professionnels l'acquisition d'une compétence nouvelle qui s'inscrit dans le cadre de leur activité de soins, sans devenir une sous-spécialité. »³²³.

Dans cette situation de flou et donc d'incertitude, les professionnels sont amenés à établir précisément leurs frontières au sein des cellules de coordination des Réppop afin de structurer leur territoire, en utilisant des stratégies de reconnaissance de leur savoir-faire spécifique, original, non assimilable et surtout impossible à plagier par d'autres territoires. C'est plus particulièrement avec le territoire de la diététique que la limite semble la plus floue. Le groupe professionnel des diététiciens étant amené à définir précisément les compétences relatives à sa licence³²⁴, pour son officialisation de statut de professionnel de santé (loi 30/01/2007), il met en avant ses compétences éducatives. L'Association des Diététiciens de Langue Française (ADLF) définit l'activité de diététicien comme « une activité de thérapeute, d'éducateur, de conseiller, d'organisateur de restauration... » et présente « les réseaux de soins, la prévention et l'éducation nutritionnelle » comme de nouveaux espaces d'activités à investir. Ce positionnement offre des perspectives de concurrences entre la diététique et l'activité physique au sein des Réppop, chacun cherchant un débouché professionnel stable au sein de ces dispositifs.

3.1. Avec les diététiciens (nes) : entre information et expérience.

Dans la construction de son territoire, c'est souvent avec la diététique que la question des limites ou frontières se pose plus particulièrement pour un professionnel de l'APA-S souhaitant intégrer un Réppop. Partant de l'idée qu'une compétence professionnelle généralisée à l' « expérience du travail sur autrui » (Dubet, 2002)³²⁵ peut suffire pour prendre en charge simultanément plusieurs territoires, certains professionnels comme les diététiciens(nes) légitiment par ce biais, l'investissement de plusieurs champs. A ce propos, la

³²³ Rapport du groupe de travail de la DGS

³²⁴ Hughes E. C., (1996), Op.cit.

³²⁵ Dubet F., (2002) Le déclin de l'institution, Editions du Seuil, Paris.

conduite d'ateliers d'éducation thérapeutique, orientés entre des finalités de santé et de citoyenneté, peut permettre l'ouverture sur la possibilité de multi-compétences au détriment d'une intervention de professionnels spécialisés, afin de proposer un suivi pluridisciplinaire de moindre coût. Un exemple extrême de ce recouvrement de plusieurs territoires par un seul professionnel a pu être observé :

« Ce qui m'a guidée dans la mise au point des contenus pour les ateliers d'éducation thérapeutique. C'est en fait que j'avais dans l'idée de leur proposer une partie activité physique d'une part, parce que la séance était relativement longue, d'autre part parce que je reste persuadée que le problème du surpoids ne se règle pas qu'avec l'alimentation. Donc j'ai assisté à deux séances d'éducation nutritionnelle qui ont eu lieu dans un autre hôpital, avec une diététicienne, qui elle a une partie activité physique qui est menée par un professeur d'EPS. Donc j'ai assisté à ces deux séances et à l'activité physique, j'ai vu combien les gamins en plus étaient en demande de pouvoir vraiment bouger. Et c'est vrai que compte tenu que je voyais bien d'après les contenus que j'avais en diététique que ça allait être long, je ne voyais pas en fait leur proposer quelque chose sans leur proposer de pouvoir bouger en même temps, voilà ! Donc voilà c'est vrai que j'avais préparé mes contenus, par rapport à l'activité physique, je lui avais exposé pour qu'elle me dise un petit peu son point de vue. De façon quand même à avoir un regard critique d'un professionnel du sport là-dessus. Ce n'était pas un programme hyper sportif, mais c'est vrai que je l'ai quand même fait viser par quelqu'un qui s'y connaissait un peu pour voir si ça tenait la route avant de me lancer là dedans. Je me suis aussi un petit peu inspirée de ce qui se faisait, et puis après j'ai fait au petit bonheur la chance. » (Diététicienne C dans une coordination d'un Réppop)

Les propos de cette diététicienne soulignent la nécessité d'une expérience pratique en activité physique : « pouvoir vraiment bouger », mais aussi celle d'une expertise dans l'encadrement de celle-ci : « faire viser par quelqu'un qui s'y connaissait un peu ». Pour autant, l'encadrement ne nécessite pas selon elle, le recours à un professionnel spécialisé, du fait de son expérience du « travail sur autrui », et de la relative nécessité d'expertise pour encadrer de l'activité physique versus animation :

« J'ai des enfants donc voilà il y a des choses que l'on sent un peu, où on se dit tiens ça cela devrait leur plaire, et puis après bon, les jeux de ballons pour initier le sport, c'est vrai que ça c'est quelque chose que j'ai vu faire et c'est simple. Enfin voilà, et donc le projet de l'année prochaine c'est donc justement de faire des séances co-animées entre une psychologue et une

diététicienne, avec en plus toujours ben la stagiaire en sport, pour animer malgré tout la partie sportive» (Diététicienne C dans une coordination d'un Réppop)

S'il s'agit ici d'un cas particulier, de recouvrement de la tâche d'encadrement d'activité physique propre à un territoire particulier régit législativement par le code du sport³²⁶, il n'en demeure pas moins le constat d'une frontière fragile au niveau de l'information des patients. Ainsi, de la même manière, certains professionnels de l'activité physique envisagent leur participation créatrice originale dans le suivi des jeunes en surpoids par une approche alliant conseils diététiques, groupes de paroles et pratique d'activité physique. Les Réppop représentent alors un espace professionnel qui constitue un tout dans lesquels les compétences d'éducation du patient sont interchangeable au gré des différentes perceptions vocationnelles des acteurs. Chacun se définit comme compétent au regard de ses qualités personnelles, ses convictions, sa patience, ses capacités d'écoute.

En investissant l'espace professionnel des Réppop, les professions sont amenées à reconfigurer les limites de leur territoire en redéfinissant leur tâches et leurs compétences professionnelles, jusqu'à parler d'une conversion professionnelle. Il est question d'un flou dans les limites de territoires, que les acteurs essayent de résoudre, à leur manière, en développant des compétences professionnelles sur les domaines où les besoins apparaissent. Mais cette conversion peut également être perçue comme un recouvrement de tâches contrôlées par une autre profession, et donc un chevauchement des territoires professionnels en présence. L'attribution des responsabilités des tâches se faisant dans les Réppop selon des définitions peu précises, chaque professionnel étant tenté de décider qu'une tâche est associée à son statut professionnel. Dans notre étude plus particulière des Réppop, la notion de « flou » se situe surtout au niveau de la répartition des tâches entre les territoires de la diététique et de l'activité physique. Dans ce cadre, la mise en place plus ou moins généralisée dans ces réseaux de santé des ateliers d'éducation thérapeutique, vient accentuer le flou entre les différents territoires, et ainsi leur complexifier la tâche. Sur l'ensemble des douze structures étudiées, sachant que huit d'entre elles sont regroupées sous la dépendance d'un Réppop régional, deux Réppop ne proposent pas d'éducation thérapeutique du patient à la fin du travail de terrain. Ces deux dispositifs étant caractérisés par des locaux des coordinations

³²⁶ Code du sport. Enseignement du sport contre rémunération. Obligations de qualification, p. 195-227, et annexe II-1, p. 303-342.

situés en ville, c'est-à-dire volontairement indépendants d'un fonctionnement hospitalier. Généralement, il s'agit de coupler une offre d'information-explication, avec une ou plusieurs séances pratiques dites de « sensibilisation », voire des cycles de pratiques pluridisciplinaires alliant diététique, psychologie et activité physique. Malgré une impression d'uniformité derrière l'appellation d'éducation thérapeutique ou d'ateliers d'éducation thérapeutique, il y a en fait de grandes disparités sur l'essence même de l'action éducative qui différencient fondamentalement les structures. Le nombre de séances ou d'ateliers d'éducation thérapeutique varie d'une seule demi-journée dite de « sensibilisation » pour certains Réppop, et de « diagnostique » pour d'autres, à l'articulation de plusieurs ateliers espacés d'un mois chacun sur une durée totale d'un an, et qui correspondent alors à un cycle dit « formatif » et non plus seulement informatif. Dans le premier cas c'est une « révélation cognitive enchantée », qui est visée chez les jeunes, selon une conception éducative que l'on peut qualifier de « spontanéiste ». Considérant les patients comme raisonnables et autodéterminés, à même de respecter les recommandations qui leur ont été faites, et de s'engager durablement dans de nouveaux modes de vie (Perrin et coll., 2008)³²⁷ :

« Cela a démarré en octobre 2007, ça c'est terminé en septembre 2008. Il y a eu 15 séances d'éducation nutritionnelle de groupe, qui ont associé à la fois les enfants mais aussi les parents, de façon à ce que tout le monde ait la même information. Ils ne suivent qu'une séance chacun, mais par contre il y en a 15 différents donc du coup il y a des familles différentes aux 15 séances. L'objectif est de développer un projet d'ateliers d'éducation nutritionnelle qui visait à sensibiliser, à former les enfants à la fois sur l'alimentation et sur la composante activité physique. Alors les médecins voient avec leurs patients ceux qui peuvent être intéressés pour participer à ces ateliers et à partir de ce moment là, ils m'envoient les coordonnées et moi je regroupe les patients par tranches d'âges et puis par lieux d'habitation, et en fonction je demande au niveau des municipalités de bénéficier d'une salle. » (Diététicienne A dans une coordination d'un Réppop).

Cette conception n'inclue pas de compétences spécifiques, c'est-à-dire de savoir-faire à construire sur du long terme, il n'est pas question d'une prise en compte d'un « déjà là », ou d'une « reconstruction biographique » de l'obésité. C'est une adaptation des pratiques médicales de prescription sur une nouvelle pathologie, directement liée à un traitement supposé comme unique, et efficace. A l'inverse d'autres propositions:

³²⁷ Perrin C., et coll., *Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français*, Santé publique, vol. 20, n°3, p. 220.

« Donc l'éducation thérapeutique oui c'est nouveau, et puis ce n'est pas une approche qui fait partie de la formation médicale, c'est-à-dire qu'un médecin c'est formé pour prescrire quelque chose et puis c'est tout, quoi c'est-à-dire que la personne vient, elle a un symptôme, on prescrit un médicament, il repart et puis terminer... On ne peut pas avoir cette approche dans l'obésité ! Alors l'éducation thérapeutique c'est une approche qui est efficace sur le long terme surtout, car on ne peut pas se passer de cette approche éducative dans ce domaine. Les enfants obèses n'ont pas conscience que cela va leur dégrader la vie après, et puis ce n'est pas cela qui va les motiver. Donc l'approche éducative c'est dire : « pourquoi tu viens là ? Quelles sont les difficultés déjà ? ». Partir de là où il est, c'est ça l'idée de l'éducation, mais c'est difficile, il faut vraiment travailler car cela ne fait pas partie de la culture médicale. » (Médecin coordonnateur C d'un Réppop).

Le jeune obèse est ici considéré comme devant être accompagné et/ou encadré sur du long terme, pour effectuer l'apprentissage éducatif qui consiste à passer de la compréhension d'informations à un développement de compétences au travers d'expériences. Une conception éducative davantage « interventionniste » caractérise dès lors ce type d'approche. (Perrin et coll., 2008)³²⁸. L'individualisation des parcours de soin se construit pour chaque jeune en fonction des choix qu'il fait en toute connaissance de soi, c'est-à-dire de ses goûts, de son potentiel, de ses capacités et de ses compétences au niveau de ses habitudes de vie d'un point de vue global. Ainsi, dans cette deuxième conception il est possible de faire un rapprochement avec le concept développé par Philippe Stévenin d'une « santé par l'éducation »³²⁹. C'est en proposant aux jeunes et à leur famille « un travail d'évaluation sur eux-mêmes et sur leur environnement, que l'éducation favorise la responsabilisation et une meilleure adaptation dans la société ».

En somme, autour de l'approche globale de l'éducation du patient, se joue un « flou » de la définition précise des tâches contrôlées par chacun des acteurs. Cette notion de « flou » rejoint la définition faite par Gérard Rimbert dans son étude sur la trajectoire de la responsable de l'animation d'une institution d'hébergement pour personnes âgées. La définition du poste de travail et des charges étant peu précise et non en adéquation avec les titres possédés par cette personne. En effet, celle-ci ne possède pas de titre particulier en relation avec le métier

³²⁸ Perrin C., et coll. (2008) Op.cit. p.220.

³²⁹ Stévenin P., La santé par l'éducation, Les Sciences de l'éducation pour l'Ere nouvelle, vol. 39, n°1, 2006, CERSE-Université de Caen, p. 75-95.

d'animateur. L'auteur montre que c'est ici un flou que la responsable va ajuster en fonction de dimensions personnelles plus ou moins vocationnelles. Flou dont l'institution va tirer profit sans en supporter les coûts³³⁰. Dans notre étude, l'expérience du « travail sur autrui » vient contre carrer les spécialistes de la médecine, mais aussi de l'activité physique. Donc, pour comprendre le travail spécifique de l'émergence du territoire de l'APA-S dans les Réppop dans ce cadre, il s'agit de situer le travail des nouveaux acteurs pour entrer dans des compétences partagées d'éducation du patient, tout en développant un territoire qui leur est propre. Pour cela, les professionnels de l'APA-S vont mettre en avant la nécessité d'une expérience en activité physique afin de développer une sociabilité dans les interactions avec les « pairs » que permet la pratique physique. Il ne s'agit pas seulement d'informer et d'envoyer vers des groupes existants, mais de passer tout d'abord par une pratique « entre soi », protégée du regard accusateur des « normaux ». Dans cette situation de flou et donc d'incertitude, les professionnels de l'APA sont amenés à établir précisément leurs frontières au sein des cellules de coordination des Réppop afin de gérer les conflits de juridiction avec les diététiciens (nes) notamment, en utilisant là encore des stratégies de reconnaissance de leur savoir-faire spécifique, original, non assimilable en éducation du patient, et surtout impossible à plagier ou inter changer avec d'autres territoires professionnels.

3.2. Les kinésithérapeutes : reconditionnement à l'effort.

Si dans d'autres réseaux de santé il est fait appel aux professionnels de l'APA-S pour les cas nécessitant une réadaptation à l'effort, dans les Réppop ce n'est pas le cas. Ainsi, pour régler le conflit de juridiction avec les kinésithérapeutes, les professionnels de l'APA-S ont non seulement un rôle de formateur envers les kinésithérapeutes, mais ils mettent aussi en avant la nécessité d'un cycle éducatif après cette étape de réadaptation à l'effort, afin de préparer l'orientation dans un club sportif « ordinaire ». Cette structure passerelle prise en charge par des APA-S de niveau licence vise une construction des liens sociaux, la reprendre de confiance en leurs possibilités physiques, avant de réintégrer une structure sportive ordinaire. Pour proposer cette pratique, les professionnels de l'APA-S des coordinations des Réppop sont amenés à créer un partenariat avec des structures existantes, ou bien à solliciter la création de telles structures :

³³⁰ Rimbert G., (2006) (Ré) animer les vieux en maison de retraite : Vocation, flou, vulnérabilité, Regards Sociologiques n°32.

« Parce que la perspective c'est de pouvoir proposer différents suivis, ce n'est pas de réduire à une seule proposition... mais cela dépendra des créneaux horaires, des disponibilités des familles, si il y a d'autres associations qui se montent... même les étudiants stagiaires qui m'appellent pour faire des stages en fait, je leur dis : « le mieux que vous ayez à faire c'est de faire des choses pour que l'on puisse être partenaires », en fait de monter une structure où l'on puisse envoyer des enfants, là on a pris un stagiaire pour qu'il prenne en charge en coaching individuel des enfants obèses. Donc ce qu'il y a de plus important il me semble c'est vraiment de créer des partenariats, avec soit des clubs sportifs, soit des associations. Par exemple un enfant il va être orienté vers l'association en APA existante s'il ne veut pas aller dans un club, si il ne veut pas être avec d'autres enfants, on va l'orienter vers quelqu'un qui prend en charge en individuel, enfin voilà cela dépend vraiment du contexte d'éducation que l'on aura diagnostiqué » (Responsable en activité physique D, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

Ainsi, ces propositions de pratique physique relais dépendent du contexte, soit il existe déjà une structure d'APA dans la région où est implanté le Réppop, avec laquelle le responsable APA-S des Réppop va pouvoir construire un partenariat, soit il n'existe pas de structure et dans ce cas le responsable en AP peut être amené à créer lui-même une structure partenaire :

« Je suis en train de réfléchir à créer une association indépendante du Réppop, qui serait partenaire du Réppop. Mais voilà si c'est une association cela veut dire que tout le monde peut rentrer dedans. Alors une association sportive, enfin j'ai réfléchi un peu avec Sport pour tous, qui serait affiliée peut être à Sports pour tous ou à L'UNSS enfin je ne sais pas. Enfin c'est vraiment en élaboration. Est-ce que ce serait une association que pour les enfants obèses ou une association aussi pour les enfants diabétiques selon les projets. Diabétiques ou asthmatiques j'en sais rien, c'est un peu à réfléchir » (Responsable en activité physique B, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

Dans la mise en place de cette structure passerelle obligatoire après un reconditionnement à l'effort, il y a alors la mise à jour plus particulière d'une gestion des conflits de juridiction avec les kinésithérapeutes :

« C'est-à-dire qu'une partie du travail de réentraînement, et ce n'est pas si facile avec les kinés j'ai l'impression, car ils n'ont pas l'habitude de faire ça, eux, c'est de réfléchir avec l'enfant à

la suite, pour qu'après le réentraînement il y ait une activité construite qui prenne le relais... »
(Médecin coordonnateur C d'un Réppop).

Ainsi, lorsqu'un suivi en kinésithérapie est envisagé pour un jeune, celui-ci est proposé et coordonné par le responsable en APA-S selon son diagnostic éducatif, en collaboration avec le médecin coordonnateur. Ce cycle éducatif est également un moyen de gérer le conflit avec les éducateurs sportifs issus d'une formation de la Jeunesse et des Sports, par le fait que les responsables en APA-S des coordinations des Réppop ont la possibilité de plus ou moins ouvrir le territoire de l'encadrement de l'activité physique des Réppop à des segments professionnels concurrents.

3.3. La construction de relais et la formation des éducateurs sportifs comme activité de coordination des professionnels de l'APA-S.

Se situer dans l'espace partagé du réseau en revient à se protéger des éducateurs sportifs que le niveau de qualification (niveau IV) éloigne trop des professionnels de santé, alors que les professionnels de l'APA ont une formation universitaire longue et un niveau de qualification II ou I, permettant une intégration facilitée dans les équipes de coordination.

« Identifier et mobiliser les partenaires pour la promotion de l'activité physique au sens large, avec l'idée d'ouvrir l'accessibilité de la pratique à tous, sinon les portes se ferment. Mais les actions avec les partenaires sont délicates, demandent de se déplacer, de construire un réseau en dehors de l'obésité, pour favoriser l'ouverture par d'autres biais et aider les jeunes. C'est un projet de démocratisation de l'activité physique pour tous, un projet large dans lequel un maximum de partenaires peut se retrouver...et qu'il faut gérer selon des dimensions éthiques particulières...par exemple nous le partenariat privé, le GRSP nous l'interdit, c'est des financements publics uniquement. » (Enseignant en APA et coordonnateur en activité physique d'un Réppop).

Ainsi ces compétences de conception et de gestion de projet permettent de fixer précisément les limites de l'intervention de ces professionnels dans leur contribution au suivi pluridisciplinaire. La compétence à définir les limites des tâches professionnelles, ici par rapport à la diététique, au suivi médical, mais aussi psychologique, constitue une condition fondamentale d'intégration de ces professionnels dans le fonctionnement d'une équipe de coordination. Le suivi pluridisciplinaire constitue un point de formation important,

différenciant ce territoire professionnel émergent dans les Réppop de celui auquel pourraient prétendre les éducateurs sportifs. En effet, construire son existence comme partenaire utile, unique et irremplaçable, demande une nécessaire conformité (connaissances de la pathologie, des différents suivis, des exigences de résultats, etc.), mais aussi la revendication d'un apport (compétences et connaissances) spécifique auprès de ce public particulier (Kastersztein, 1991)³³¹. La proposition de dispositifs protégés, basés sur les dimensions culturelles des activités physiques et sur une socialisation de l'« entre soi » des jeunes obèses, vise une participation sociale et une identification en tant que pratiquants d'une activité physique à valoriser auprès des « normaux » (Goffman, 1975)³³² comme travail sur les symptômes sociaux de l'obésité.

3.4. L'éducation du patient : un enjeu fondamental.

Alors que sur le terrain des Réppop, les compétences en éducation du patient se trouvent au cœur des conflits de juridiction, il y a une disparité entre les formations proposées dans les différents UFR STAPS de France. Dans certaines villes comme à Lyon et à Toulouse, les formations de la filière APA-S proposent plus de 100 heures de formation en éducation du patient, ce qui n'est pas le cas dans toutes les formations STAPS de France, mais constitue une perspective intéressante pour l'avenir.

De plus, au regard des descriptifs de la fiche du Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) relative au diplôme de licence STAPS Activité Physique Adaptée³³³, Activité physique et Santé, l'éducation du patient est très peu mise en valeur. Elle est sous entendue derrière la compétence attestée « d'intégration de l'impact de la pratique physique dans une prise en charge de la personne ». Et il en est de même pour la fiche proposée dans le livre blanc des STAPS, relative au niveau master APA-S³³⁴. Il se trouve donc un paradoxe ou tout du moins un décalage entre les problématiques posées par l'insertion professionnelle des diplômés de la filière APA-S des STAPS dans les Réppop, et la réalité universitaire de ce métier émergent³³⁵. En effet, la sollicitation de professionnels de

³³¹ Kastersztein J., (1991), « Les stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamique des finalités », in C. Camilleri, J. Kastersztein et al. *Stratégies identitaires*, Paris, PUF.

³³² Goffman E., (1975) *Op.cit.*

³³³ *Op.cit.* (2006), Cf. chapitre 2.

³³⁴ Livre blanc de Malte (2007) *Op.cit.* Cf. chapitre 2.

³³⁵ Le terme de « métier » est ici choisi dans une définition de compétences spécifiques, propres à un diplôme donc à un enseignement ayant eu lieu en formation initiale. En référence à F. Piotet : « avoir un métier c'est être détenteur d'un patrimoine dont on pense, à tort ou à raison, qu'il a une valeur sur le marché du travail qui transcende l'entreprise. » In *La révolution des métiers*, Paris, PUF, 2002, p.4.

l'APA-S pouvant intégrer les équipes médicales et paramédicales par le fait de compétences certifiées en éducation du patient, répond d'une certaine manière à la nécessaire efficacité de ces dispositifs, c'est-à-dire une efficacité des prises en charge selon un moindre coût financier. Dans les Réppop se trouvent des métiers très spécialisés comme la diététique, la psychologie clinique, etc., tous ces professionnels étant amenés avec l'éducation du patient à sortir de la logique de métier pour aller vers la logique de compétences.

En conclusion, les professionnels de l'APA-S ont à gérer un ensemble de conflits de juridictions dans leur démarche de légitimation au sein des coordinations des Réppop. Ces conflits sont générés autour de la tâche d'encadrement des séances d'activité physique, des références scientifiques mobilisées dans la légitimation, et autour de la compétence transversale d'éducation du patient. Ils définissent l'ensemble des situations de concurrence interprofessionnelles ayant lieu dans le système global de l'« écologie des professions » des organisations Réppop (cf. schéma synthétique, chapitre 10). La répartition des tâches contrôlées par chaque profession n'a pas une forme déterminée. Le recouvrement des tâches contrôlées peut aller jusqu'à l'investissement par certains acteurs de deux territoires professionnels, notamment entre la diététique et l'activité physique. Il y a alors une possibilité dangereuse de juxtaposition des territoires, qui dépasse la notion de lien et sous-entend une multipositionnalité. C'est la concurrence entre les acteurs, dans les différents contextes, qui lui donne une forme à tout moment. Cette forme pouvant être constituée de « chevauchements et de recouvrements » plus ou moins importants, selon les variables fondamentales que représentent les formations d'alliances contractées avec d'autres écologies³³⁶.

Si le code du sport ferme le territoire professionnel de l'AP (professionnels de l'APA-S et éducateurs sportifs) aux professions médicales et paramédicales, si le haut niveau d'expertise qui s'appuie sur des données scientifiques le ferme aux éducateurs sportifs dans les cellules de coordination, la question de l'éducation du patient reste une zone de fragilité non encore traitée. Malgré la mission créée en 2006 par l'AFAPA sur les relations de l'APA-S avec l'éducation du patient et la promotion de la santé, les débats sont encore importants au sein de la société.

³³⁶ Abbott A., (2003), Op.cit, p. 46.

Chapitre 12 : La construction d'alliances comme moyen de gestion des conflits de juridictions.

L'emploi du terme d'alliance est ici référencé à A. Abbott, pour qui la capacité des groupes professionnels à se constituer un territoire apparaît comme la conséquence d'alliances qui se sont révélées gagnantes, avec des éléments d'autres écologies. Dans son analyse des médecins de l'Etat de New-York, il conclut l'existence « d'une écologie d'acteurs politiques qui se trouvait face à une écologie de soignants, également compliquée. Entre ces deux écologies s'était créé un nœud complexe de liens » (A. Abbott, 2003, p.37).

1. L'alliance avec les médecins coordonnateurs.

1.1. Un accord sur une approche globale de la santé et sur le développement des compétences du patient

Ainsi, en se démarquant d'une approche de l'activité physique centrée sur l'exercice, les professionnels de l'APA-S déterminent les limites de leur territoire au sein des Réppop en valorisant de manière spécifique leurs tâches contrôlées autour de l'éducation du patient. Ce positionnement des étudiants en APA-S s'accorde, dans la majorité des cas avec les attentes du médecin coordonnateur du réseau à la recherche de compétences éducatives et d'encadrement des AP. En effet, l'ensemble des professionnels investis dans le fonctionnement Réppop est avant tout lié par la finalité de rendre les jeunes acteurs de leur prise en charge. L'éducation du patient est conçue comme une compétence transversale qui signe l'appellation de « professionnels Réppop ». Or, il y a une différenciation importante entre les formations initiales des différents groupes professionnels à propos de l'enseignement de cette compétence. Les APA-S étant déjà formés à la démarche éducative durant leur cursus universitaire, alors que les médecins ne le sont pas du tout. Et pour ce qui concerne la formation des diététiciens, elle est actuellement plus particulièrement questionnée autour de ce sujet. Devant les échecs successifs des prises en charge de l'obésité uniquement basées sur des régimes alimentaires, il y a une mise à mal de la reconnaissance, en train de se construire, de la profession des diététiciens. Le tournure éducative des compétences professionnelles représente une adaptation nécessaire à la survie de la profession et cela particulièrement dans

les Réppop. Ce point faible du cursus de formation des diététiciens est pointé précisément lors de la prise en charge des pathologies concernées par le PNNS :

« L'éducation nutritionnelle est certainement une des actions les plus importantes que pourrait remplir un diététicien, mais qui reste cependant encore aujourd'hui relativement confidentielle et très mal organisée. » (Krempf, 2003)³³⁷

La formation à l'éducation du patient représente un élément important pour les professionnels souhaitant intégrer les dispositifs Réppop. Beaucoup sont formés après leur intégration dans les réseaux. Dans ce cadre, les formations des professionnels de l'APA-S intégrant dans leurs contenus une partie sur l'éducation du patient viennent jouer comme un élément favorable à leur intégration dans les Réppop. Sachant que cette reconnaissance n'est pas toujours explicite ni par les APA-S, ni par les professionnels partenaires, alors qu'elle est un élément fort de la reconnaissance et d'alliance avec les médecins coordonnateurs non formés dans ce domaine.

Il se construit une forme d'alliance (Abbott, 2003), entre les professionnels de l'APA-S et les médecins coordonnateurs des Réppop, qui constitue une condition de possibilité de leur embauche pérenne et donne les bases à une logique de reconnaissance élargie en termes de profession « en devenir ». En effet, il est possible de constater une généralisation presque totale de cette expérimentation d'embauche de stagiaire APA-S à d'autres Réppop avec des stratégies d'alliance similaires entre les médecins coordonnateurs et les professionnels de l'APA-S. En revanche, les différentes alliances s'appuient sur des arguments qui varient selon les contextes. Les « coordonnateurs en activité physique » définissent principalement leurs tâches contrôlées soit dans l'approche médicale de l'activité physique en s'assimilant à un professionnel de santé/APA, soit dans la dimension sociale voire psychosociale du suivi en activité physique les assimilant alors davantage à des enseignants/APA. Il n'en demeure pas moins une dynamique des groupes professionnels par la formation de ces alliances se situant dans la recherche d'un compromis entre la nécessité de construire le territoire de l'activité physique dans les coordinations des Réppop, et la définition des frontières de ce territoire au regard du monde médical, paramédical, et de l'encadrement du monde sportif, qu'ils soient pairs mais de niveau universitaire inférieur, ou éducateurs sportifs de clubs. Les compétences prioritairement mises en exergue vont alors de la gestion des offres de pratique à la promotion

³³⁷ Pr. M. Krempf, (2003) Rapport sur l'évolution du métier de diététicien, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé.

de la santé, en passant par une réadaptation physique et sociale. Ainsi, les positionnements des professionnels de l'activité physique diffèrent selon les Réppop, si certains prouvent leur efficacité dans un premier temps par une activité de professionnel de terrain avec leur compétence d'adaptation des contenus au public spécifique des jeunes obèses. D'autres, situent d'emblée leurs tâches contrôlées dans la construction et la gestion de différents partenariats du Réppop pour l'encadrement de l'activité physique. Mais aussi dans la formation des professionnels encadrant l'activité physique :

« Alors mon poste dans les grandes lignes. Dans la fiche de poste, c'est coordonner les projets, alors coordonner c'est à dire: chercher des partenaires, faire de la formation, enfin contribuer à la formation que les autres coordonnateurs font des professionnels de santé, etc. »
(Responsable en activité physique B d'un Réppop)

La généralisation de l'embauche de professionnels de l'APA-S dans les coordinations des Réppop va conduire, selon une dynamique d'interaction entre les différents Réppop, à la légitimation du territoire de l'activité physique dans les dispositifs nouvellement créés. La nécessité d'intégrer la prise en charge en activité physique dans les budgets de fonctionnement du réseau étant alors devenue incontournable, elle signe la reconnaissance d'une expertise des professionnels de l'APA-S à un niveau d'encadrement d'équipe, et/ou de dispositif, et une insuffisance à la simple prescription médicale d'activité physique :

« Les deux Réppop derniers nés, d'une certaine manière, si ils ont pu d'emblée structurer quelque chose au niveau de l'activité physique, c'est parce que c'était une problématique dont on avait pris conscience au niveau des trois premiers REPOP, et qui n'avait pas été structuré initialement, mais c'est plutôt plus compliqué une fois que les choses sont installées, que les financements sont demandés. Mais maintenant, eux ils ont structuré avec cette demande là d'emblée, parce qu'on leur a dit c'est important, et ils s'en étaient bien rendus compte, mais la mutualisation est intéressante... » (Médecin coordonnateur B d'un Réppop).

1.2. Contenir les concurrences.

Ces alliances s'avèrent particulièrement précieuses pour contrôler de potentielles concurrences. Les professionnels de l'APA-S, issus d'une formation universitaire encore mal connue dans le secteur de la prise en charge de la maladie chronique cherchent à se faire connaître et reconnaître dans les réseaux de santé. Ils ne sont en effet pas les seuls à prétendre

occuper cet espace, car les professionnels issus des formations du ministère chargé des sports, comme les éducateurs sportifs « sport pour tous », ou encore les kinésithérapeutes sont susceptibles de revendiquer également un débouché professionnel dans les Réppop.

Cette démarche d'alliance peut également prendre un sens plus particulier de gestion immédiate d'un conflit de juridiction dans le cas où plusieurs professionnels convoitent la même responsabilité de coordonnateur en activité physique dans un Réppop. C'est le cas d'un Réppop où deux professionnels de formation différenciée, mais tous les deux en stage dans une coordination d'un Réppop visent une professionnalisation dans ce dispositif. Il s'agit d'un stagiaire Master 2 Management du sport, de formation STAPS, et un stagiaire Master 2 APA-S. C'est alors la construction d'une alliance particulière entre le stagiaire master 2 APA-S et le médecin coordonnateur autour d'une approche de l'activité physique selon une vision globale et positive de la santé, avec des compétences éducatives spécialement adaptées à une individualisation des parcours d'activité physique des jeunes obèses qui sera décisive. Le stagiaire master 2 en APA-S faisant davantage valoir durant son stage des compétences à construire et gérer une prise en charge en activité physique adaptée mais aussi, ses compétences de travail en équipe avec des professions médicales et paramédicales. Ceci avec la mise au point de diagnostics précis guidant des propositions de prises en charge adaptées :

« En fait ce que j'ai amené là dedans moi, ce sont les intérêts d'une pratique physique vraiment au niveau de l'éducation à la santé. Et donc ils voudraient maintenant que l'activité physique soit vraiment présente, pour donner de la légitimité au réseau. Et par rapport à l'autre stagiaire j'ai été choisi parce qu'en fait, moi c'est vrai que je me suis vraiment beaucoup impliqué quand même. Ça s'est très bien passé d'emblée avec les médecins et avec les autres professionnels de santé parce que, disons, que l'on a travaillé en équipe vraiment avec de la considération et ... après ils ne savaient pas trop comment me définir non plus parce que j'essaye de leur expliquer que je ne suis pas un éducateur sportif. J'ai construit un questionnaire pour faire un diagnostic de la dépense physique en fait, où sont bien différenciés l'aspect activité physique et l'aspect activité sportive, donc c'est plutôt un rôle de coordonnateur de l'ensemble des actions au niveau de l'activité physique. » (Responsable en activité physique D, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

La position choisie par le médecin coordonnateur se base non seulement sur la valorisation par le professionnel de l'APA-S de compétences spécifiques particulièrement adaptées, mais surtout la correspondance de ces propositions avec les attentes des pouvoirs publics. Il y a ici

un choix, une inférence qui est faite pour résoudre de manière optimale le problème diagnostiqué par le médecin coordonnateur quant à la prise en charge en activité physique des jeunes obèses. Ce choix est alors en opposition avec les conceptions biomédicales de l'activité physique ayant tendance à une réduction de la pratique sur une mise en exercice du corps, celle-ci pouvant produire un bien être psychologique. Dès lors, en se positionnant du côté du professionnel de l'APA-S, et non pas du côté du professionnel du management, le médecin coordonnateur se place non seulement du côté de l'innovation, mais aussi du côté de la prise en charge globale.

En définitive, si les compétences en éducation du patient, et en coordination de projets sont également défendues par l'APA dans d'autres secteurs (social et médico-social), elles sont ici mises en avant comme étant des valeurs partagées avec les autres professionnels du réseau. Ce qui constitue une condition de possibilité des plus déterminantes de l'acceptation et de l'intégration des professionnels de l'APA-S dans les coordinations des Réppop. A ce cadre global s'associe l'importance accordée à l'élaboration concrète d'outils que ce soit pour le diagnostic des différentes « situations d'obésité », dans l'objectif d'une orientation et d'une prise en charge individualisée, ou encore pour le suivi et l'évaluation.

1.3. Des alliances décisives avec les médecins coordonnateurs.

Au final, la construction des liens entre les professionnels de l'APA-S et les médecins coordonnateurs des Réppop, au sein de l'« écologie des professions » constituent les éléments les plus significatifs et déterminants dans l'émergence du territoire APA-S au niveau master. Dans le cas particulier des Réppop, cela signifie que cette émergence ne peut voir le jour que dans la mesure où, d'une part elle s'imposait dans la sphère professionnelle (suivi en activité physique légitimé scientifiquement et institutionnellement pour les jeunes obèses), et d'autre part elle servait les intérêts des médecins coordonnateurs au regard de leurs exigences de rentabilité vis-à-vis des pouvoirs publics (écologie politique).

Mais on ne peut pas pour autant réduire ces alliances à une dimension commune. En effet, comme nous avons pu le noter, il existe une variabilité dans les formes que les alliances peuvent prendre s'établissant de manière directe avec le professionnel de l'APA-S, ou de manière indirecte par le biais d'intermédiaires « pionniers » dans le monde de l'APA-S. Et dans le fond, selon des références plus ou moins appuyées sur les données biomédicales, sociales, ou en éducation du patient.

Malgré tout, les médecins coordonnateurs donnent un appui décisif qui permet l'entrée officielle des APA-S dans les Réppop, et leur assure un emploi d'un niveau cadre. Ainsi, les stratégies de légitimation des professionnels de l'APA-S passent par les médecins « spécialistes » de l'obésité. Ces professionnels vont développer une argumentation qui leur permet de montrer la façon dont ils donnent une réponse spécifique aux questions de l'obésité infantile, en opposition avec la réponse apportée par les kinésithérapeutes davantage centrée sur la réadaptation physique suite à des accidents. Les médecins coordonnateurs, pédiatres pour la plupart d'entre eux, vont aller dans le sens de ces professionnels par le fait qu'ils apportent une réponse aux problèmes de l'obésité dans une perspective éducative valorisée dans les réseaux.

Or, ces réponses adaptées sont particulièrement valorisées devant la remise en questions de l'efficacité des fonctionnements en réseaux de santé. En effet, le rapport IGAS en 2006 (Inspection Générale des Affaires Sociales)³³⁸, dont l'objectif est un contrôle et une évaluation de l'usage du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation de développement des Réseaux (DDR), donne des conclusions très critiques à propos de l'efficacité des réseaux de santé, au regard des sommes allouées par le gouvernement dans le FAQSV, et dans la DDR :

« En définitive, aucun objectifs que l'on pouvait attendre d'un tel fonds national n'est atteint...Il n'a pas permis d'expérimenter des outils ayant prouvé leur efficacité et diffusés ensuite sur tout le territoire comme le dossier médical partagé...En cumulé plus de 600 millions d'euros ont été alloués au FAQSV et à la DDR depuis leur création, et 500 millions d'euros ont été versés aux projets financés. »

Dans ce rapport, les propositions d'innovations en viennent à s'opposer au modèle de l'approche globale et psychosociale de l'éducation du patient. Elles sont inspirées des pays anglo-saxons, et rétablissent l'idée d'un modèle d'assistantat dans les soins avec du coaching téléphonique. Elles marquent ainsi une opposition fondamentale avec les propositions de suivi faites par les Réppop autour d'une co-construction du parcours de soins. Suite à ce rapport, les Réppop sont donc amenés à développer des stratégies de revendications de leur contribution concrète et efficace dans la prévention et la prise en charge de l'obésité infantile.

³³⁸ Daniel C., Delpal B., Lannelongue C., (Mai 2006) Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR), rapport Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Paris, La Documentation française.

On peut alors se questionner sur l'impact que ce texte a pu avoir vis-à-vis dans la généralisation des recrutements de professionnels de l'APA-S, dans les coordinations des Réppop, à partir de l'année 2006 ?

D'une manière générale, les stratégies d'alliances des professionnels de l'APA-S des « coordinations » avec des éléments d'autres écologies sont alors représentées par une succession de gestions individuelles. Chacun procédant à une analyse spécifique du contexte dans lequel il se trouve, afin de définir les limites de son territoire et donc les limites d'accès de certains concurrents potentiels.

En conclusion, nous pouvons établir une construction dynamique du territoire de l'APA-S dans les coordinations des Réppop au cœur d'un système d'écologies : professions, université, patients et leurs familles, pouvoirs politiques. Celles-ci présentant des liens entre elles qui ne sont ni systématiques, ni de grandeur équivalente selon les différents dispositifs étudiés. Pris dans ces considérations, le système des « écologies liées » permet une analyse sociologique d'une professionnalité en train de se faire avec la prise en compte des capacités inégales de chaque professionnel de l'APA-S à conquérir son territoire d'un « niveau cadre » et à le protéger.

2. Le cadre des formations universitaires en STAPS favorable aux alliances.

2.1. La situation de stage comme mise en veilleuse des relations de concurrence.

La réalisation d'un stage professionnel, encadré par le médecin coordonnateur du réseau permet aux diplômés de la filière STAPS en APA-S une entrée dans le dispositif en toute connaissance et analyse du contexte, ce qu'ils ne pourraient pas effectuer en tant que salarié. Le statut de maître de stage s'accompagnant d'une idée de protection du stagiaire et de soutien dans la réalisation de son projet. La formation aux compétences d'encadrement peut se construire progressivement, notamment par l'implication demandée aux professionnels qui les accueillent, lors du suivi et de la soutenance du mémoire de master. Ainsi, dans la perspective d'une activité professionnelle émergente d'encadrement d'équipe et/ ou de dispositif en APA-S, le bénéfice concerne les professions établies ayant à se redéfinir dans ces dispositifs, aussi bien que la profession émergente elle-même. La formation de master APA-S

apparaît ainsi comme une condition de l'émergence de la nouvelle professionnalité APA-S dans les Réppop, cette formation universitaire étant elle-même soutenue par la recherche en STAPS, elle facilite l'ouverture de ces dispositifs à cette nouvelle professionnalité.

Tout en s'inspirant du modèle éducatif développé préalablement dans les réseaux diabète, l'entrée dans le processus de professionnalisation trouve son originalité dans un appui direct sur la formation universitaire initiale en « activité physique adaptée et Santé » (APAS), notamment au travers du stage professionnel de la deuxième année de Master. Pour la réalisation de son mémoire professionnel le stagiaire en APA-S se trouve placé devant la nécessité de collaborer et de se faire connaître par l'ensemble des professionnels investis dans la coordination où il réalise son stage. Il peut construire son territoire de manière ouverte par le fait qu'il est en situation de stage. De plus, à travers la demande universitaire qui lui est faite de définir son poste, il amène rapidement les médecins coordonnateurs à une réflexion quant à cette professionnalité émergente de niveau cadre. En effet, il semble que, dans un premier temps, le recrutement d'un professionnel de l'APA-S dans les coordinations soit davantage fait en référence à un poste d' « encadrant » de séances d'activité physique plutôt qu'à un poste de concepteur de projets :

« On était convaincu qu'il fallait absolument faire faire de l'activité physique à ces enfants. Nous, on a un petit financement pour un éducateur sportif dans le réseau. Mais il est plus important pour nous dans un premier temps, qu'il fasse faire de l'activité physique, plutôt que de coordonner. Je n'ai pas les moyens, enfin on a très peu de moyens, donc pour mettre quelqu'un uniquement pour la coordination... Et de toute façon le réseau est payé par l'assurance maladie, et l'assurance maladie ne reconnaît pas ce type de poste. » (Médecin coordonnateur F d'un Réppop)

Enfin, la sollicitation du médecin coordonnateur dans la soutenance du mémoire professionnel du stagiaire en APA-S, à l'issue de son stage vient donner un caractère encore plus concret à cette alliance entre les écologies

Dans ce contexte les positions professionnelles légitimes des acteurs sont amenées à être reconstruites au sein du fonctionnement des cellules de coordination de ces réseaux. Ainsi, le territoire professionnel de l'activité physique va se construire dans cette écologie professionnelle (Abbott, 2003)³³⁹ des cellules de coordination, à partir de relations d'alliance avec les médecins coordonnateurs comme gestion des conflits de juridiction avec les autres

³³⁹ Abbott A., (2003) Op.cit.

groupes professionnels qui cherchent tous à redéfinir ou réaffirmer précisément les frontières de leur territoire et à garantir leur légitimité. Finalement, l'introduction de l'APA-S bénéficie du caractère innovant des réseaux de santé ; ces dispositifs que l'on peut qualifier de semi-ouverts, à la fois parce qu'ils représentent un espace collaboratif pour les différents territoires professionnels, mais également par le fait qu'ils sont amenés à une nécessaire articulation avec le social.

2.2. Un lien non systématique avec l'écologie de l'université.

Si nous avons pu établir l'existence d'un lien construit entre les filières universitaires APA-S des STAPS et les coordinations des Réppop, comme élément favorisant l'intégration d'un professionnel de l'APA-S dans ces dispositifs, pour autant cette alliance ne peut se généraliser sur l'ensemble des dispositifs quant à l'explication de l'émergence du territoire APA-S dans les Réppop. En effet, quatre Réppop sur les onze emploient un coordonateur en APAS dans leur cellule de coordination. Trois postes ont été construits dans le cadre d'un stage professionnel de deuxième année de Master STAPS, le quatrième ayant été co-construit avec le médecin coordonateur par un directeur d'une structure professionnelle en APAS. Ce n'est donc pas, dans ce dernier cas, le lien avec les filières universitaires en APA-S qui est à la source de la définition du poste de responsable en activité physique de la coordination de ce Réppop, bien que ce soit un universitaire STAPS (PAST)³⁴⁰ qui soit à l'origine de la définition du poste. Ce dernier a d'abord conçu un dispositif de suivi en APA avant la création du Réppop, puis il a recruté et proposé un étudiant d'un niveau master APA-S pour la coordination de l'activité physique.

Pour ce qui est des sept Réppop n'ayant pas de poste de responsable en activité physique au moment du travail de terrain, il s'agit des Réppop départementalisés, chaque antenne ayant un fonctionnement différencié en accord avec la coordination régionale. Pour six dispositifs, l'activité physique est encadrée par des professionnels n'ayant pas de formation STAPS APA-S (kinésithérapeutes, professeur de sport, animatrice en gymnastique suédoise). Un dispositif a néanmoins établi un partenariat avec un Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation, prenant en charge des jeunes obèses sur des moyens et longs séjours, dans lequel l'activité physique est encadrée par un professionnel de l'APA-S d'un niveau licence. A l'image des autres Réppop,

³⁴⁰ PAST : Professeur Associé Temporaire

une alliance se construit entre ces deux professionnels autour d'une reconnaissance de compétences professionnelles en éducation du patient. Par contre, celui-ci n'a pas intégré la coordination du réseau, il se limite à une fonction de formateur auprès des professionnels de ville partenaires du Réppop :

« Le principe c'est de présenter à une liste de professionnels, donc dedans il y a des médecins scolaires, des infirmières scolaires, des psychologues, des éducateurs, des auxiliaires de vie, des activités physiques et sportives au quotidien pour des enfants de la naissance jusque 12 ans, donc ce qu'on peut faire et comment on peut le faire, et ensuite expliquer un petit peu les problématiques que l'on rencontre dans l'adaptation à l'obésité et donner quelques pistes pour réussir à l'envoyer dans ces activités. Parce que le gros problème c'est que les professionnels ne connaissent pas le travail des autres et que pour éviter de s'inscrire dans le travail des autres il faut avant tout le connaître un tout petit peu. Et je pense que chacun essaye de tirer la couverture sur ses compétences, et que l'on n'arrive pas à relayer vers les compétences des autres. Du coup un médecin généraliste ne connaît pas les compétences d'un éducateur sportif, et donc il ne peut pas travailler trop en collaboration avec lui, comme une diététicienne a du mal à partager ses infos et à essayer de concevoir les autres professionnels, ainsi chacun travaille un peu en cloisonné. C'est ce que je peux en constater malheureusement. Alors c'est vrai que par rapport au rôle de coordinateur en activité physique, cela m'intéresserait mais au niveau de ce Réppop 78, j'ai longtemps demandé à essayer d'envisager un poste comme ça, et apparemment le problème était un peu lié aux moyens financiers. » (Professionnel, niveau licence APA-S)

Dans ce dernier exemple, il se peut que l'alliance construite entre le professionnel de l'APA-S et le médecin coordonnateur ne permette pas d'aboutir à l'émergence d'un territoire APA-S avec une identité de coordonnateur en activité physique stable et fermée. Le niveau licence STAPS de ce professionnel et non master peut alors être un élément défavorable à son intégration. De plus, l'ancrage biomédical des soins dans ce réseau rattaché à un CHU peut constituer un frein à l'intégration d'un professionnel du monde de l'APA-S. Par contre par le biais de sa responsabilité de formateur, il est néanmoins possible de considérer ce professionnel en voie de reconnaissance au sein des Réppop.

Dès lors, s'il on peut situer les liens entre ces deux écologies (professions et université) comme déterminants dans l'émergence du territoire des APA-S, il n'est pas pour autant

systematique, au sens fonctionnel du terme. Ainsi, cela n'empêche pas de le relativiser selon une efficacité inégale lorsque l'on considère l'ensemble des dispositifs étudiés.

3. L'alliance avec les usagers.

3.1. La question du plaisir.

La construction du territoire des professionnels de l'APA-S se base sur une valorisation du plaisir par la pratique d'une activité physique culturelle, et se démarquent ainsi des propositions de gymnastique hygiénique faites par les kinésithérapeutes (Cf. chapitre 11). Il y a dans la gestion de ce conflit de juridiction, une forme d'alliance contractée entre les professionnels de l'APA-S et les usagers. Ces derniers marquant un contentement plus spécifique envers les séances d'activité physique adaptée, non basée sur des recommandations quantitatives de pratique physique, contraignantes, faisant appel à de la souffrance physique, mais plutôt sur du plaisir :

« Et bon ben voilà, donc maintenant je fais de l'activité physique parce que maintenant je sais que cela ne fait pas obligatoirement de mal de faire des efforts physiques...parce qu'avant...enfin je croyais que ça allait m'épuiser...j'avais peur de ne pas tenir toute la séance. Ca me plaît c'est parce qu'en fait voilà on est tous pareil, on a tous le même problème. Donc je viens avec plaisir, parce qu'à l'école on fait de la natation et là bof, alors qu'ici c'est plus pour le plaisir à le faire. » (Agathe, 13 ans).

Pour autant, en quoi le dispositif qui vise l'implication et l'engagement des usagers, va-t-il contribuer à la construction de cette alliance ? Ou encore, à partir de quand débute cette alliance ? Par quels moyens mis en place par les professionnels de l'encadrement en activité physique ?

Afin d'établir plus précisément des arguments sur la construction de cette alliance nous nous appuyons sur le travail de terrain microsociologique effectué dans les séances d'activités physiques proposées par un Réppop particulier³⁴¹. Ainsi, il faut considérer une limite à ces propos, et ne pas les généraliser à l'ensemble des dispositifs. Par contre ils permettent d'apporter des éléments de compréhension sur la constitution de cette alliance entre

³⁴¹ Lefebvre B., Perrin C., La place de l'activité physique lors de la prise en charge de l'obésité en pédiatrie dans un réseau de santé : étude exploratoire, 12^{ème} Congrès de l'ACAPS, Leuven, 31 octobre-2 novembre 2007.

l'encadrant et les usagers. Sachant que l'encadrement est effectué par un intervenant de niveau 1, ne possédant pas de diplôme APA STAPS.

L'objectif central de ce travail a été d'observer finement ce qui fait ou non « l'emballement » des jeunes lors. Dans quelles mesures celui-ci se construit selon différentes phases, ou étapes ? Comment s'articule progressivement la recherche de plaisir dans la pratique physique et le contrôle de son poids. La notion de plaisir est ici appréhendée dans un double sens, le plaisir d'éprouver son corps dans l'activité, mais également le plaisir de partager des expériences « sportives » avec autrui (« pairs », encadrant, parents, médecin, diététicienne). Pour cela, c'est la trajectoire³⁴² des adolescents obèses à partir du moment où ils entrent dans le dispositif qui nous intéresse, en considérant leur activité selon une double perspective : celle d'un « travail » de prise en mains de leur corps, avec notamment le développement d'expériences corporelles et de compétences dans la pratique de rink hockey, et celle d'un « travail » d'auxiliaire dans la prise en charge de l'obésité. En référence au concept de trajectoire emprunté à Anselm Strauss qui rend compte du « travail » de gestion et de contrôle de la maladie chronique (Strauss, 1982), notre attention sera portée sur les actions ou ensemble de tâches, ainsi que sur les personnes qui les accomplissent, qu'elles soient professionnelles ou profanes, dans leurs relations au travail lui-même.

3.2. Entrée dans le dispositif : crainte et déstabilisation des repères antérieurs.

L'entrée dans le dispositif se fait tout d'abord selon une démarche de choix de la part du jeune. Il est rendu actif, partir prenante dans la phase de diagnostic effectuée ici, avec le médecin référent (de « ville »), ce qui constitue un premier pas de construction d'une alliance. Puis, l'entrée plus précise dans l'activité physique se fait par une déstabilisation des repères antérieurs. Jusqu'ici leur vécu en activité physique s'est très souvent soldé par des exclusions, des moqueries. Dans ce nouveau cadre, le jeune est alors confronté à une expérience corporelle d'activité sportive à la fois ordinaire et inhabituelle. Si, comme nous l'avons vu précédemment, le caractère innovant et moderne, des pratiques physiques comme l'ultimate, ou encore la pétéka peut faciliter la première participation, il peut également être perçu

³⁴² La notion de trajectoire est ici entendue à travers sa capacité à rendre compte de l'activité de prise en charge de son poids comme un processus pratique et temporel. Elle permet l'analyse du « travail conjugué comme action », auquel participe le malade lui-même., ce qui amène à considérer la « série de positionnements successivement occupés par un même agent, dans un espace lui-même en devenir et soumis à d'incessantes transformations » (Darmon, 2003, Devenir anorexique, une approche sociologique, Editions la découverte, Paris, 2003.).

comme déstabilisant au regard de l'absence de repères antérieurs. La peur d'un échec supplémentaire vient alors atténuer l'attrait apparent : Ainsi, c'est surtout la diminution de la peur du regard et de la critique d'autrui par une socialisation de l'« entre soi » qui constitue l'élément fort de l'engagement :

« Ça me plaît parce qu'en fait on est tous pareil, on a tous le même problème, voilà personne ne va se moquer de moi pour dire : ah regarde celle là... ! » (Chloé, 13 ans).

Parallèlement, l'intégration dans ce dispositif s'opère avec un effet de normalisation à un mode de vie physiquement actif de ces jeunes obèses. Il y a une identification comme pratiquant d'une activité physique au sein d'un club ordinaire, qu'ils valorisent auprès des « normaux » (Goffman, 1975) comme travail sur les symptômes de la pathologie :

« Mon fils laisse souvent en évidence son matériel sportif dans la voiture pour montrer aux autres qu'il pratique... » (Mère de Hugo, 12 ans).

L'obésité étant souvent associée dans les mentalités à une inactivité, une fainéantise, et une mauvaise alimentation, c'est une forme de culpabilité véhiculée par les « normaux », que les jeunes obèses sont amenés à gérer comme premier travail sur leur « pathologie ». La valorisation de cette pratique physique en revient à une intégration ou une réintégration d'une norme relative à un mode de vie physiquement actif, elle même pouvant se considérer comme le signe d'un premier pas éducatif de ces jeunes obèses. Mais la pérennité de cet engagement ne peut se suffire de cet élan initial qu'il convient de relativiser. En effet, si un nombre restreint de jeunes abandonne suite aux premières séances, il est néanmoins indispensable de considérer le travail réalisé en amont par les médecins référents, ainsi que par le professionnel en APA-S de la coordination et de la famille, comme des facteurs décisifs à l'entrée dans le dispositif. Finalement les jeunes du dispositif sont pré-convaincus de l'intérêt et du goût pour une pratique physique. En effet, un certains nombre de jeunes refusent d'emblée cette forme de suivi par l'activité physique, et préfèrent se tourner vers un suivi diététique et/ou psychologique :

« Moi j'ai un certain nombre d'enfants qui ne voulaient pas rentrer dans le suivi en activité physique groupal, ça ne les intéressaient pas...ils préféraient un suivi médicale et diététique » (Médecin coordonnateur A du Réppop).

3.3. L'« enchantement ».

Si c'est la peur de se sentir malhabile qui prédomine, chacun est rapidement surpris par la quantité d'efforts fournis, et les progrès réalisés:

« Au début je croyais que j'allais être nulle, comme d'habitude, bon voilà, ... et puis là je rentre dedans, je ne vais pas dire que je suis la meilleure mais... » (Pauline, 13 ans).

Les pratiquants se surprennent eux-mêmes et se rassurent quant aux efforts physiques qu'ils sont capables de fournir sans douleur:

« Je croyais que ça allait m'épuiser, me faire mal comme à l'école, et j'ai commencé à en faire petit à petit, et après ben voilà j'y arrive ! » (Charlotte, 14 ans).

Cet « enchantement » est favorisé par les interventions de l'intervenant qui positive l'engagement moteur, et « s'émerveille » des progrès réalisés au cours de la séance :

« D'abord c'est la conscience qu'ils peuvent le faire, « je suis nouveau mais je peux le faire », alors là moi je l'applaudis » (Educateur sportif).

Mais aussi, par celui des parents présents sur le bord de la piste, témoins de l'engagement physique de leur enfant.

Parallèlement, c'est par une adaptation des contenus de séance selon le respect des niveaux de chacun et la mise en valeur des réussites comme « faire une bonne passe, bien jouer » et non du nombre de buts marqués, que l'entraide est favorisée comme la non comparaison des jeunes entre eux. Une émulation se crée alors dans le groupe avec une volonté commune de progression, caractéristique d'une première forme de « prise en mains » au sens utilisé par M. Darmon (2003)³⁴³, c'est-à-dire « La mise en place d'un ensemble cohérent d'actions de rupture avec les pratiques antérieures... la mise en actions de la modification de soi. » Des

³⁴³ Darmon M., (2003) Op.cit.

affinités s'opèrent et marquent une sortie de l'isolement social, symptôme prédominant de cette « pathologie ».

Ainsi, dans un deuxième temps, la réussite et les progrès mis en valeur dans l'activité, la connaissance de la logique de l'activité, sa reconnaissance en tant que pratique « sportive » et la reconnaissance par le groupe des pairs, et par l'entraîneur fonctionnent comme un « enchantement », d'autant qu'elle s'accompagne d'un constat énoncé par l'intervenant d'un début de transformation du corps, même si la perte de poids n'est pas amorcée. Des répercussions se font ressentir rapidement dans les gestes quotidiens : aisance respiratoire, aisance gestuelle pour s'habiller, etc. La démarche est alors éducative du fait qu'elle amène le jeune obèse à donner un intérêt, une réalité utile, ressentie d'une norme de vie physiquement active. Le deuxième élément de la construction de cette alliance peut donc se définir dans la mise en place d'une démarche favorisant la prise de conscience des jeunes sur leurs progrès au niveau moteur.

3.4. La « conversion » ou « prise en mains de son corps ».

Enfin, lorsqu'une perte de poids s'amorce avec une baisse de l'IMC (indice de masse corporelle), il est possible de parler d'une étape de « conversion ». La « prise en mains de son corps » (M. Darmon, 2003) est confirmée. Elle se traduit par un changement dans la forme de la motricité qui devient plus dynamique et plus efficiente : changements de directions plus rapides, précision du geste... L'effort tel qu'il est énoncé dans les commentaires est associé à des sensations et à l'idée de « plaisir » :

« J'aime bien courir parce que tu te reçois l'air en pleine figure... ». (Laurence, 10 ans)

Mais l'ensemble des accompagnants du dispositif, que ce soit l'intervenant, mais aussi, les médecins, et diététicienne, veillent à ce que l'association entre effort physique et amaigrissement ne soit pas entendu dans un lien étroit, mais qu'il soit bien question d'un mode de vie revisité :

« ça me fait plaisir de venir... je sais que ce n'est pas en faisant du sport que tout va changer, mais j'ai l'impression que ça a évacué un peu quand même, parce que quand on vient on retrouve des copains, des copines alors...voilà. » (Julie, 15 ans).

Le fait d'avoir la capacité de resituer sa pratique sportive dans un mode de vie, comme un moyen et non comme une fin, marque un accomplissement éducatif et la réelle capacité à sortir du dispositif. D'après les commentaires des parents et des enfants, ce début de conversion s'exprime également au niveau scolaire : l'adolescent semble avoir davantage de prise. Mais c'est surtout par une « compétence » acquise de gestion sociale des conflits qu'il est possible de parler réellement de « conversion. Une mise à distance face aux moqueries des « normaux » devient possible notamment grâce au développement de sociabilité réalisé dans le groupe de « pairs ». Le troisième élément significatif de l'alliance se tient alors dans la capacité de témoigner de ses expériences corporelles vécues lors de la pratique physique.

3.5. Les « désenchantements » ou la « réversibilité » des trajectoires.

Il serait néanmoins utopique de concevoir ces trois séquences comme établies de manière formative et généralisable en tous points, pour chacun des jeunes intégrés dans ce suivi. A l'image des considérations relativisant l'engagement dans le dispositif, la « réversibilité »³⁴⁴ possible de ces trajectoires est à envisager à travers ce que l'on peut nommer comme des « désenchantements ». Ceux-ci pouvant se présenter de natures différentes et intervenir dans une ou plusieurs séquences explicitées auparavant.

En référence au travail sur son corps tout d'abord, par une forme de désillusion quant aux attentes d'amaigrissement non formulées par les professionnels, mais espérées par les jeunes et surtout par leur familles. La nécessaire relativisation des bénéfices directs de cette pratique physique sur le poids venant créer le « désenchantement » majeur dans les trajectoires de ces jeunes obèses :

« En tout cas je m'aperçois que ces jeunes derrière ils sont toujours en souffrance ... Parce que c'est dur, et la plupart il y a des moments ils voient qu'ils ont gagné, ils ont leur nouveau indice par rapport à la courbe. Donc bien dire qu'il n'y a pas de réussite, on ne peut pas leur parler de réussite, on peut parler de joie d'y être arrivé. Mais la réussite c'est long, ça se passe dans leur tête, une fille comme X par exemple, les moments qu'elle passe actuellement parce qu'elle est adolescente, c'est difficile... » (Educateur sportif).

³⁴⁴ Berger P.L., (2006) Invitation à la sociologie, Paris, La Découverte, Le concept de réversibilité biographique ou tournants biographiques.

La « réversibilité » peut également s'observer dans le travail de gestion des symptômes de la maladie par rapport à autrui, c'est-à-dire des jeunes côtoyés quotidiennement dans le cadre scolaire ordinaire :

« Mais bon quand je dis aux autres à l'école que je fais du sport ils se fichent un peu de moi ils ne me croient pas, mais bon moi je m'en fiche je les laisse parler... » (Jules, 15 ans).

Les aménagements de l'activité physique réalisés dans l'optique de la réussite et du plaisir de la pratique pour plus grand nombre, viennent amenuiser la valorisation culturelle de cette pratique physique « ordinaire ».

Cette analyse microsociologique nous permet ainsi d'émettre une hypothèse, qui demanderait à être vérifiée sur l'ensemble des dispositifs, à savoir la réalisation d'une alliance particulière entre l'intervenant en activité physique et les patients. C'est ici par la réalisation d'une pratique intermédiaire, impliquant de travailler différemment selon une approche globale, adaptée, protégée, encadrée par un intervenant de niveau 1, que se construit l'engagement. C'est en rendant les jeunes actifs dans les diagnostics, et les évaluations ; en les amenant à prendre conscience de leurs progrès et à témoigner de leur expérience auprès des « normaux », que le dispositif va contribuer à une implication des usagers. Si cette pratique intermédiaire semble alors incontournable par le travail de « prise en mains de son corps » qu'elle amorce, des limites apparaissent pour envisager une réintégration complète dans une pratique de club ordinaire. La sortie d'un tel dispositif devient problématique, avec la mise en lumière de réserves sur une réelle conversion éducative des jeunes en tant que pratiquant d'une activité physique régulière, ainsi qu'en tant qu'« auxiliaire » sur le plan de la gestion des symptômes sociaux de l'obésité infantile. La reconnaissance des compétences éducatives spécifiques des professionnels de l'APA des coordinations par les médecins coordonnateurs des Réppop, pour l'élaboration d'un projet d'activité physique avec chacun des jeunes obèses, constitue alors une condition de pérennisation de cette alliance avec les usagers.

3.6. Ecologies liées ou auditoires des revendications ?

Les compétences du médecin, et sa disponibilité pour aider autrui sont placées au centre de la définition du territoire professionnel Réppop. Cette attention entraîne une reconnaissance de cet autre, qui est semblable mais aussi différent, singulier dans son altérité. Son âge, son sexe,

son métier, sa situation, ses convictions » (Code déontologie)³⁴⁵, semblent prendre le pas sur la technicité physiologique des soins. Or autant dans d'autres pathologies chroniques il demeure une relative importance de cette technicité médicale, autant dans l'obésité infantile elle semble être réduite de manière considérable. La co-construction du suivi est alors basée sur un engagement mutuel du soignant et des patients et de leurs familles. Mais peut-on pour autant parler d'alliance avec les patients servant les intérêts professionnels des APA-S, au détriment des intérêts des professionnels concurrents ? Pas vraiment, car les jeunes obèses ne plaident pas officiellement pour un professionnel plus qu'un autre dans la prise en charge en activité physique. En revanche leurs réponses varient en termes d'autonomie. Il serait donc davantage à considérer comme des auditoires des revendications (Abbott, 1988)³⁴⁶, mis en avant par les professionnels de l'APA-S au près des médecins coordonnateurs, mais aussi par les médecins coordonnateurs auprès des pouvoirs publics pour légitimer l'émergence du territoire APA-S dans les Réppop.

4. L'alliance avec l'Etat.

4.1. Des postes de coordonnateurs financés.

Si dans le cas des Réppop, il n'est pas possible de parler d'alliances directes entre les membres de l'écologie des professionnels de l'APA-S et les membres de l'Etat, on peut tout de même situer une forme d'alliance entre les deux écologies, par le fait de l'autorisation de financements, de même que l'autorisation des regroupements. En référence aux considérations sur les spécificités liées aux financements des Réppop abordées dans le chapitre 3, il est intéressant de noter qu'en ce qui concerne l'activité physique, les enquêtes n'est pas abordés la question du refus de la part des organismes de financement. Pour autant, il s'avère que dans certains cas, ce soit des postes non clairement définis, « bricolés » en termes de coordination des propositions de suivi en activité physique :

« Alors en fait là, on est en train de travailler sur un projet en partenariat avec...en fait c'est pour l'éducation à la santé en fait. Et on a demandé un financement pour une des phases du

³⁴⁵ Code de déontologie médicale figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R. 4127-1 à R. 4127112 (mise à jour du 14 Décembre 2006). Titre 1 : Devoirs généraux des médecins.

³⁴⁶ Toute activité comprend une composante subjective, par le fait qu'elle mette en œuvre un processus de légitimation auprès d'auditoires (Abbott, 1988, p. 59). Ces auditoires ont pour caractéristiques d'être neutres à l'égard du lien entre une profession et une activité (concept de juridiction). Ils peuvent être représentés par l'Etat, les clients, les collègues, etc.

projet qui se passerait en pédiatrie, et ce financement me permettrait de travailler l'année prochaine, d'être employé, mais pour l'instant on a juste envoyé le dossier hier donc...on a pas eu de réponse pour l'instant...Alors je serais employé... non ce serait l'hôpital, mais bon enfin vu que l'hôpital et le Réppop c'est... enfin je travaillerais aussi au Réppop.»
(Responsable en activité physique D, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

4.2. Lien ou soutien des pouvoirs publics ?

Pour ce qui concerne les liens établis avec l'écologie politique comme moyen de légitimation du territoire APA-S dans les Réppop, ils sont à différencier des liens précédents avec l'université, par le fait qu'il n'y a pas d'interactions directes entre les acteurs de ces deux écologies. Ces liens étant notamment médiés par les médecins coordonnateurs, il est préférable d'employer le terme de soutien de la part de l'écologie politique.

En exemple, la revendication partagée d'expertise menée par les professionnels paramédicaux et les professionnels de l'APA-S est soutenue par l'écologie politique dans l'accord donné pour les mises en place d'un diplôme spécifique de l'obésité infantile : diplôme interuniversitaire : obésité pédiatrique, approches de santé publique. Ce diplôme étant proposé dans les facultés de médecine des villes dans lesquels sont implantés les Réppop. Même si cette qualification demeure sous le contrôle de certains médecins coordonnateurs des Réppop qui sont organisateurs, et par lequel il faut passer pour obtenir une « autorisation d'inscription », elle signe une ouverture notoire des possibilités professionnelles d'expertise de l'obésité infantile. Il peut néanmoins se trouver un flou dans la différence entre une « qualification » et une « spécialisation ». Celui-ci pouvant être conçue par les médecins spécialisés comme un risque de restriction de leur territoire professionnel. D'autant plus si l'attribution de cette « qualification » est rendue accessible à des professionnels paramédicaux, voire de l'encadrement sportif. Ce qui est d'ailleurs le cas pour un coordonnateur en activité physique d'un Réppop de France.

Les interactions entre les différents Réppop sont à la fois basées sur la mutualisation des expériences, des connaissances, des compétences, mais aussi sur une valorisation spécifique visant la recherche du statut de Réppop référent. Ce qui peut se caractériser à travers une démarche de « course à l'innovation ». Il est en définitive possible de considérer un ensemble de stratégies développées par chaque Réppop visant la mise en valeur de l'efficience d'un

dispositif auprès des instances politiques comme gage de la pérennité de celui-ci. La prise en charge en APAS, et la mise en avant de son efficacité pouvant faire partie de cette revendication.

A cet égard, chaque professionnel de l'APA-S ne construit pas son territoire selon les mêmes perceptions de l'importance de ce lien avec les pouvoirs publics, et de la répercussion que ce lien peut avoir sur la légitimité de celui-ci. La réalisation d'outils de mesure, de questionnaires de qualité de vie qui visent à rendre compte d'une efficacité de leur suivi est alors significative. Certains mettent au point des documents plus ou moins élaborés, qu'ils valorisent auprès des médecins coordonnateurs :

« Sur l'APA, ce qui se passe c'est que chaque semaine, on fait un bilan des présences, chaque fin de mois, on fait un bilan du mois avec le retour de ce qui se passe sur le terrain, des jeunes qui vont arriver, et c'est régulièrement mis à jour. Le bilan va porter sur le comportement, la présence : c'est une fiche très simple avec une exploration de l'AP quotidienne, APS, la sédentarité : le temps passé devant les écrans, les objectifs que propose l'enfant en activité physique et pour diminuer l'inactivité à 1 mois, 3 mois 6 mois. Les objectifs proposés par l'enseignant en se basant sur les propositions de l'enfant au départ, on est vraiment à l'écoute de l'enfant pour qu'il y ait une prise de conscience. Et surtout après les objectifs que l'on va mettre en place sur les domaines biophysique, affectif, social avec au niveau biophysique un travail plus particulier sur le cardio respiratoire, au niveau affectif ça va être sur l'image de soi, mécanismes de défense. » (Responsable en activité physique C, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

La construction et l'utilisation d'outils permet une reconnaissance « scientifique » de ses « pairs » de la coordination (écologie des professions) du Réppop, et une reconnaissance vis-à-vis des pouvoirs publics pour justifier une certaine rentabilité des suivis en APA-S.

Dans la construction de liens avec les pouvoirs publics, le positionnement des quatre professionnels de l'APA-S diffère, d'une absence de valorisation de rentabilité du suivi proposé, à l'élaboration d'outils adaptés pour une évaluation de la qualité de vie des jeunes pris en charge. Ainsi, loin d'être uniformisés et récurrents, ces liens indirects avec les pouvoirs publics ne sont pas toujours construits comme des moyens de légitimité dans la conquête du territoire émergent de l'activité physique.

En conclusion sur notre analyse des alliances entre les écologies en présence, nous pouvons les situer comme un élément de compréhension de l'émergence du territoire en APA-S dans

les coordinations des Réppop. Pour autant, ces alliances ne présentent pas un caractère invariant, mais plutôt une réalité différenciée dans les Réppop, pouvant aller jusqu'à l'absence de liens dans certains cas étudiés. Nous choisissons alors d'étendre le cadre d'analyse d'A. Abbott en questionnant l'absence de liens entre les écologies.

5. Les associations de patients obèses comme point aveugle de cette construction.

A. Abbott utilise dans ces analyses la différence de liens entre des écologies³⁴⁷, et notamment les liens entre les acteurs et les lieux. Dans notre exemple, il est possible de questionner l'absence d'un constat de liens entre des écologies, alors que dans d'autres dispositifs similaires, ces liens existent.

5.1. Les patients et leurs familles comme auditoires des revendications.

L'absence de liens construits de la part des professionnels de l'APA-S avec des associations de patients obèses peut se considérer comme un frein à leur légitimation au sein des Réppop. En effet, si les réseaux diabète peuvent se concevoir comme un précédent à l'intégration des STAPS APA-S dans les Réppop, il faut néanmoins le pondérer au regard des liens construits avec l'écologie des patients. L'étude menée par C. Perrin et P. Chantelat sur l'émergence du métier d'EMS dans les réseaux diabète analyse les liens construits avec l'Association Française des Diabétiques, comme un élément favorable à l'émergence de l'activité des éducateurs médico-sportifs.

Or, dans le cas des Réppop ces liens ne sont pas construits avec les associations de patients obèses ou encore avec le Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO) par les professionnels de l'APA. Or cette organisation créée en 2003 regroupe les associations de patients obèses « afin de mieux comprendre et de mieux venir en aide aux patients, pour aider les pouvoirs publics à prendre les meilleures décisions qui soient pour enrayer la progression ». (Ministère de la Santé, Ministère de l'Education Nationale, Haute Autorité de Santé). Elle constitue un pouvoir représentatif fort sur lequel les professionnels de l'APA-S en

³⁴⁷ Abbott A., (2003) Op.cit. p.47 : « Les liens entre les acteurs et les lieux étaient très différents dans les deux écologies étudiées ici. Chez les médecins, la juridiction exclusive était une réalité, ou tout au moins un objectif ; chez les hommes politiques, ces liens sont faibles et toujours remis en question. »

voie d'émergence dans les Réppop, pourraient s'appuyer pour revendiquer leurs compétences spécifiquement adaptées, aussi bien auprès des patients, qu'auprès des pouvoirs publics. Cette absence de liens pouvant s'expliquer dans le fait qu'il s'agisse de la prise en charge d'un patient et de sa famille, dont le tissu de relations est complexe.

5.2. L'adhésion à un organisme fédérateur : liens avec les pouvoirs publics.

En ce qui concerne notre étude des liens avec les pouvoirs publics, nous les avons considérés de manière indirecte à travers le rôle du médecin coordonnateur. Là encore, l'exemple des réseaux diabète n'est pas poursuivi. La création de l'Association des Educateurs Médico-Sportifs en 2005 se situe au moment où les EMS fluctuent entre reconnaissance locale dans leur réseau et stratégie de légitimation nationale de leur professionnalité émergente. L'objectif est alors de faire valoir unanimement l'argument d'une utilité sociale de leur activité et de la nécessaire expertise requise pour légitimer leur mandat³⁴⁸. Par le biais de cette association, les EMS cherchent à accéder, sous la protection de l'Etat, à un monopole légal de leur activité (licence). Pour cela cette association permet de faire œuvre de regroupement des forces de revendications en lien direct avec les pouvoirs publics.

Dans l'exemple des Réppop, les professionnels de l'APA-S se regroupent mais nous avons pu établir que ces regroupements s'effectuaient sous couvert des décisions de la commission nationale : CNRéppop. Ainsi, il n'est pas question d'un système fort de revendications spécifique au monde de l'APA-S qui peut intervenir auprès des pouvoirs publics comme l'ADEMS mais surtout la SFP APA (Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée).

En définitive, suite à ces observations relatives à l'absence de liens entre certaines écologies lorsque l'on analyse l'émergence du territoire des APA-S dans les Réppop, nous pouvons émettre des réserves quant à la portée de leurs revendications identitaires, et la légitimation nationale de leur professionnalité à un niveau cadre. Leurs actions relevant davantage de l'ordre de la « participation à » l'émergence.

³⁴⁸ Le terme de mandat est utilisé en référence à E. Hughes, il revêt l'autonomie laissée aux membres d'une profession pour définir la façon dont doivent être exécutées les tâches appartenant à leur licence.

Chapitre 13 : Les indicateurs de la construction d'un territoire de l'APA-S dans les coordinations des Réppop.

Après avoir étudié dans quelles mesures le territoire de l'activité physique se structure au sein de l'écologie des professions comme un nouveau territoire professionnel sous le contrôle des APA, au cœur des réseaux de l'obésité infantile, il s'agit ici d'analyser les éléments concrets du processus de légitimation du groupe professionnel émergent des APA, dans les cellules de coordination de ces réseaux. Les tentatives de légitimation passent par des revendications écrites que ce soit dans le dossier médical partagé, ou encore dans les plaquettes de présentation des Réppop, mais également par la création d'outils spécifiques divulgués lors des formations de professionnels organisées par chaque Réppop. Dès lors, il semble intéressant d'approfondir l'analyse de la construction de ces documents, de leur existence même et de leur utilisation jusqu'aux contenus qu'ils valorisent plus particulièrement.

1. Intégrer le Dossier Médical Partagé (DMP).

Le Dossier médical personnel (connu aussi sous le sigle DMP ayant aussi d'autres définitions proches de Dossier médical patient ou Dossier médical partagé ou partageable) est un projet public lancé par le ministère français de la Santé visant à ce que chaque français dispose d'un dossier médical informatisé reprenant tout son passé et son actualité médicale³⁴⁹. Au début appelé « Dossier Médical Partagé », son nom officiel est maintenant le « Dossier Médical Personnel », au vu des craintes exprimées par des médecins sur le risque de partage des données médicales. Celles-ci sont toutefois, sur le plan juridique, la propriété du patient, et ce depuis la loi Kouchner de mars 2002.

En complément d'une recherche de légitimation scientifique, les professionnels de l'APA-S revendiquent de manière commune non seulement une partie spécifique réservée à l'activité physique au sein du dossier médical partagé, lorsque celui-ci est mis en pratique dans les Réppop, mais aussi la gestion de cette partie.

A ce propos, des différences sont à noter entre les Réppop, en effet, tous n'en sont pas au même niveau dans l'élaboration, la forme et le fonctionnement de ce dossier médical partagé.

³⁴⁹ Il fut créé par la loi 2004-810.

D'une forme papier à une plateforme informatique, et d'un partage limité entre les médecins coordonnateurs et les médecins de « ville », à un partage élargi aux professionnels paramédicaux voire de l'activité physique, il y a des nuances fondamentales :

« Alors le dossier médical partagé, oui c'est complexe, c'est vrai que déjà le fait que ça soit passé en version informatisée c'est vrai que c'est déjà un point positif. Bon le dossier reste encore un peu lourd à gérer pour les médecins et puis c'est vrai que l'interface informatique n'est pas forcément très ergonomique, mais là il y a un groupe de travail qui s'y penche sérieusement et donc les choses devraient avancer progressivement... Mais le problème c'est que pour le moment le dossier médical n'est accessible que pour les médecins. Et donc là avec... ça a été justement discuté pour l'évolution de ce dossier médical partagé, pour l'instant il n'est partagé qu'entre les médecins et la coordination, c'est-à-dire moi-même, donc il n'est pas très très bien partagé ! » (Diététicienne coordinatrice F d'un Réppop).

Derrière l'intégration de l'activité physique dans le DMP, se trouve le partage du secret médical, cher à ce champ professionnel. Ainsi, pour se faire accepter comme réels partenaires de la prise en charge, les professionnels de l'APA-S doivent tout d'abord définir les éléments, indicateurs à transmettre avec l'utilisation d'un langage à la fois compréhensif et valorisant. A cet égard un premier exemple de partage avec l'activité physique, mais uniquement réservé au professionnel d'un niveau master 2 APA-S intégré dans la coordination d'un Réppop. Les professionnels de l'activité physique « en ville » n'ayant pas accès aux dossiers médicaux partagés :

« Alors, le dossier médical partagé, et le secret médical dans le dossier partagé... On a vu avec la CNIL, donc commission nationale informatique et liberté, on a soumis un dossier pour le partage de dossiers, c'est une plateforme informatique sécurisée... C'est conforme avec la loi, c'est ce qu'on appelle le secret médical partagé, deux médecins qui travaillent autour d'une même personne ont le droit de partager des informations médicales, tout comme le médecin qui travaille avec les paramédicaux autour de la personne, partage les infos médicales. Après avec le professionnel en APA, et bien on travaille pour le bien de l'enfant donc si il y a un problème familial c'est important qu'il soit informé, ou la diététicienne ou le psychologue. De toute façon la seule personne qui a accès aux dossiers dans l'activité physique c'est le responsable dans la coordination X. Il a signé dans son contrat des éléments liés à la confidentialité. Mais c'est vrai que c'est la seule personne non paramédicale. Pour nous ce partage, on ne s'est même pas posé la question, ça nous est venu tout de suite, oui c'est important qu'il connaisse les dossiers. Mais c'est vrai que c'est un droit légal. C'est comme

les services hospitaliers, une secrétaire hospitalière elle connaît l'histoire d'un patient. C'est des non médicaux qui sont au courant des dossiers, qui sont dans le secret partagé...et donc dès qu'il y a un travail en équipe, il y a un partage d'informations c'est sûr. Je ne vois pas comment on peut faire autrement d'ailleurs. » (Médecin coordonnateur B d'un Réppop).

C'est là encore par un jeu d'alliance entre le médecin coordonnateur de ce réseau spécifique et le responsable en activité physique basée sur une reconnaissance de compétences à gérer ce secret médical, qu'un partage des dossiers est alors envisagé.

Un deuxième exemple significatif d'une démarche de reconnaissance autour de ce DMP se trouve dans une région où, à l'époque de mon travail de terrain, un Réppop était en cours de constitution. Des professionnels de l'APA intéressés pour intégrer ce Réppop en création, se sont regroupés avec des kinésithérapeutes afin d'élaborer au sein d'un groupe de travail une base papier d'un dossier médical partagé, comprenant une partie activité physique. Cette proposition étant alors divulguée par le biais du médecin coordonnateur aux autres Réppop. D'une certaine manière, c'est dans ce cas par une alliance avec les professionnels para médicaux de l'activité physique, et les médecins coordonnateurs que passe la reconnaissance professionnelle des APA, ici « floue » dans un premier temps entre le milieu de l'APA et les kinésithérapeutes :

« Nous pour le dossier médical partagé, un groupe constitué d'APA et de kinés a travaillé à l'élaboration d'une partie AP dans la version du DMP, on se propose de le divulguer aux autres Réppop si cela vous intéresse. » (Médecin coordonnateur H d'un Réppop en construction, lors des Journées de réunion Nationale CN Réppop sur l'activité physique, les 09 et 10/02/2009, Lyon).

La communication et le partage des informations qui se concrétisent notamment dans la constitution et l'utilisation d'un dossier médical partagé³⁵⁰, sont initialement réservés aux professionnels de santé et rendent délicate l'intégration de professionnels d'autres secteurs. Mais, les compétences des professionnels de l'APA-S dans le respect de la confidentialité vis-à-vis des données concernant les enfants et les familles du Réppop, vont progressivement œuvrer en faveur de leur intégration dans les DMP, en restant réservée aux professionnels de l'APA-S des coordinations. Elles sont d'ailleurs augmentées par le niveau de formation

³⁵⁰ « Les professionnels du réseau s'engagent à participer à la tenue d'un dossier médical commun informatisé. » extrait de la charte d'un Réppop.

universitaire, inscrit dans la longue durée, qui va donner aux professionnels de l'APA une position d'interlocuteur de confiance pour les professionnels de santé. Il demeure néanmoins la question de la gestion des informations apportées par les professionnels de l'APA-S dans ce DMP.

2. L'évaluation : la création et le choix d'outils, d'indicateurs.

La conquête des professionnels de l'APA de ce nouveau territoire professionnel se concrétise par la création d'outils spécifiques de la part de certains responsables en activité physique. On peut alors les considérer comme des précurseurs par le fait qu'ils établissent des appuis théoriques spécifiques. Leurs objectifs étant dans un deuxième temps de valider ces outils à l'image des médecins coordonnateurs dans leur validation du disque de mesure de l'IMC et des courbes de corpulence³⁵¹. En activité physique, nous avons déjà pu analyser précédemment la mise au point par certains responsables de procédures de diagnostics spécifiques pour la discipline. Mais il est à noter, en complément, l'exemple d'une mise au point par l'un d'entre eux d'une adaptation de l'échelle de perception de l'effort de Borg afin d'évaluer le niveau de connaissance de soi des jeunes obèses :

« La perception de l'effort, plusieurs auteurs ont travaillé là-dessus cela vient de Borg surtout aux Etats-Unis, qui reprend le principe de l'échelle de la douleur de 0 à 10, l'idée c'est de demander à la personne comment elle se sent quand elle fait un effort. C'est un outil pédagogique hyper intéressant, je demande aux enfants de me décrire ce qui se passe déjà à l'oral comme ça, et qu'est ce qui va se passer quand ils font un effort, alors ils me sortent les termes d'essoufflement, de transpiration, de chaleur de mal au ventre, toutes ces sensations qu'ils vont pouvoir percevoir dans leurs corps et qui vont les aider à gérer leur effort par la suite. Alors je les mets sur des marches accélérées, je fais une prise de fréquence cardiaque (FC) et la perception de l'effort (diagramme), avec des paliers...j'observe que la FC et la perception de l'effort sont corrélées. Une fois que l'on a travaillé sur l'éducation à la perception de l'effort, le jeune est capable de me dire telle intensité et moi je vais l'orienter. Voilà un outil que j'utilise en pratique très souvent et aussi entre les séances parce que l'échelle de perception, ils l'ont dans la tête, on leur met dans un petit carnet, et on discute avec eux d'objectifs. » (Responsable en activité physique A, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

³⁵¹ Evaluer et suivre la corpulence des enfants, (2003) Op.cit. p.2-3.

La création d'un outil spécifique se conçoit ici à travers la recherche d'une affirmation identitaire par rapport à un niveau cadre de concepteur, de créateur de projet. De plus ici, dans le cadre d'un CHU, c'est une valorisation de connaissances scientifiques et d'adaptation créatrice de celles-ci au regard du public des jeunes obèses. Le niveau de qualification est alors situé davantage du côté de chercheur. Il est alors possible de parler d'une revendication identitaire concrète basée sur la création d'outils, des professionnels de l'APA souhaitant acquérir un statut professionnel de coordonnateur en activité physique au sein des Réppop. Pour cela, comme nous avons pu l'établir précédemment, il y a le franchissement de deux caps différenciés dans la recherche de légitimation de ce nouveau territoire, mais tous les deux relevant d'une valorisation de compétences professionnelles :

- un premier cap au sein des coordinations avec une valorisation spécifique d'une logique professionnelle des APA-S auprès des médecins coordonnateurs des Réppop, significative d'une alliance avec ces derniers :

« Il faut dire qu'avant on n'avait pas de responsable en activité physique dans la coordination, donc la masse de travail faite pendant son stage en six mois, cela a été considérable et aucun de nous n'avait le temps disponible pour le faire. Et puis ce n'est pas notre job, et c'est vrai qu'il permet d'avoir un relais entre notre discours et les éducateurs sportifs...enfin pour moi il n'y a pas photo... » (Médecin coordonnateur A d'un Réppop).

- un deuxième cap, où il s'agit essentiellement de valoriser l'expertise des diplômés de master en APA-S qui ne se confond pas avec la compétence des professeurs ou d'enseignant d'APA, par le fait qu'ils ont la compétence de développer des projets par la création d'outils précis en APA :

« Alors moi ce que je fais au niveau de l'activité physique, donc je leur fais passer un questionnaire de l'évaluation de la dépense physique que j'ai construit en fait, pour l'essentiel je me suis basé sur mes cours de STAPS, après sinon j'ai fait quelques recherches... mais voilà une évaluation où sont bien différenciés l'aspect activité physique et l'aspect activité sportive. Et je m'en sers comme support pour faire les entretiens individuels du lendemain.» (Responsable en activité physique D, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

Les connaissances et les compétences de construction d'outils spécifiques sont conçues comme déterminantes par les professionnels de niveau master 2 dans la gestion des

concurrences intra champ de l'activité physique. Mais aussi vis-à-vis de professionnels de l'APA moins qualifiés, voire des éducateurs sportifs :

« Nous dans notre Réppop ils ont commencé par quelqu'un qui avait une licence 3 APA dans la coordination et qui a réussi à durer que cinq mois sur le poste, les actions de terrain pas de souci ça allait, mais dès qu'on commençait à attaquer des actions de coordination il ne pouvait pas, il n'avait pas le bagage pour coordonner, alors ça se développe, ça se travaille il y a un accompagnement, mais c'est vrai que l'étudiant de niveau master 2 va avoir beaucoup plus de bagage sur cette notion de coordination de conception, de développement. » (Fondateur et président d'une association d'APA partenaire d'un Réppop ayant un M2 APA-S).

3. La formation des professionnels du réseau.

Un autre lieu d'affirmation, et de reconnaissance de l'activité physique menée par les professionnels de l'APA, se tient dans leur participation en tant que formateur de professionnels souhaitant adhérer au Réppop. Comme nous l'avons vu auparavant, les membres des coordinations des Réppop organisent des formations destinées aux professionnels de « ville » qui veulent intégrer le réseau. L'objectif de celles-ci est d'informer avant tout les professionnels du fonctionnement spécifique du réseau : suivi pluridisciplinaire, DMP, charte, différentes propositions de suivi, etc. Il s'agit donc davantage d'une information que d'une réelle formation. Une analyse particulière des contenus de ces formations ainsi, que des principaux acteurs de ces formations semble alors intéressante dans le but d'une compréhension des enjeux de concurrences au sein de l'écologie des professions.

3.1. Les acteurs « principaux » de ces formations.

Que ce soit du côté de l'organisation, comme du côté du public visé, il est dans un premier temps essentiellement question de médecins lors de ces formations. Les médecins coordonnateurs étant parfois associés à un ou une diététicienne, mais lors des premières formations, il n'y a pas de professionnel de l'activité physique. Cette partie étant abordée soit par le médecin, soit par le diététicien. Progressivement d'une manière assez généralisée sur l'ensemble des Réppop, il y a une sollicitation des diététiciens (nes), des psychologues et des professionnels de l'encadrement sportif comme « informateurs » des médecins de « ville », pour la prise en charge des jeunes obèses. Mais il n'est pas question d'un territoire réservé

aux APA-S, en effet dans certain cas, c'est un éducateur sportif sollicité avant l'arrivée en stage d'un étudiant en APA-S et prenant en charge des séances d'activité physique pour les jeunes obèses du réseau, qui intervient dans les formations. :

« Nous il y a l'éducateur sportif, la diététicienne et le médecin généraliste qui interviennent dans la formation des médecins du réseau. » (Médecin coordonnateur G d'un Réppop).

Cet élargissement signe une démocratisation du fonctionnement des réseaux basée sur l'absence de hiérarchisation entre les différents groupes professionnels en présence. Or, il s'avère parfois une réticence de la part de certains médecins vis-à-vis de ces formations conduites notamment par des professionnels du sport. Ou encore, au sein du milieu médical, certains médecins libéraux marquent une réticence à être instruits sur l'obésité infantile par des médecins de CHU. Ainsi, entre une démocratisation voulue, prônée par les acteurs « pionniers » des Réppop, et la réelle mise en application de celle-ci, certaines modérations sont à employer. Chaque groupe professionnel ou segment professionnel souhaite faire valoir sa propre légitimation au sein des Réppop.

3.2. Les contenus de ces formations.

De manière corrélée avec l'évolution des intervenants, le contenu des formations des médecins de « ville » passe d'un ensemble d'informations sur le fonctionnement du réseau et sur les outils créés, à une formation au travail en réseau, c'est-à-dire au rôle de relais : connaissance des partenaires y compris en APA, orientation des jeunes selon leurs besoins identifiés, fonctionnement du dossier médical partagé, etc. :

« Oh là, ça n'a plus rien, à voir, c'est-à-dire que par rapport à ce que l'on faisait au début, aujourd'hui ça n'a plus rien à voir du tout. D'abord parce qu'on a enlevé des éléments qui ne servaient à rien, pour les médecins. L'important c'est qu'ils sachent un peu qui intervient quand, mais du coup on a réduit la partie sur l'historique du réseau, » (Médecin coordonnateur A d'un Réppop).

Un ensemble de précautions est pris lors de ces formations par les médecins « coordonnateurs » à l'égard des médecins de « ville », dans le but de préserver leur motivation initiale. En effet, leur objectif est de minimiser la lourdeur que peuvent ressentir

d'emblée ces professionnels quant à leur adhésion au fonctionnement de ce dispositif : dossier médical partagé, complexité des cas, etc. :

« Après le problème des médecins, c'est le problème des papiers administratifs, ils vont être très motivés au départ, premier patient, deuxième patient, et puis après ils vont dire « ce dossier partagé c'est très lourd à gérer, je passe trois quart d'heure à le remplir ». » (Médecin coordonnateur H d'un Réppop).

« Parce qu'un médecin ça peut lui faire peur les obésités super sévères, et puis c'est décourageant quand même il faut dire ce qui est, c'est là qu'on a le plus d'abandons, donc les informer de plutôt basculer ces cas au sein de l'hôpital dans un cadre où il y a la possibilité de faire des explorations des complications. Donc, nous avec le recul maintenant on se dit que si la tâche est moins lourde, et semble moins lourde pour les médecins on arrivera peut être plus facilement à en recruter. Parce que moi je comprends très bien qu'un médecin n'ait pas envie de s'occuper d'un patient en obésité super sévère. » (Médecin coordonnateur A d'un Réppop)

L'objectif principal de ces formations, n'est donc pas tant de former que de rassurer et d'aider les médecins de ville à ne pas se décourager devant la lourdeur et la complexité du suivi des jeunes obèses. Leur rôle étant fondamental pour garantir le fonctionnement du réseau ville-hôpital, ainsi plus leur nombre est important plus le rayonnement du Réppop sera élargit. Ceci constituant d'autre part un élément fort de valorisation vis-à-vis des pouvoirs publics, pour pouvoir notamment prétendre à un élargissement des financements. Ces formations constituent donc un lieu significatif d' « écologies liées » dans les Réppop.

3.3. Un rôle de formateur comme élément de légitimation.

Au-delà d'une intervention possible des professionnels de l'APA-S comme « informateurs » auprès des médecins du réseau, certains placent un enjeu spécifique de légitimation de leur territoire dans l'organisation de formations destinées aux professionnels « pairs » de l'encadrement sportif, que ce soit les éducateurs sportifs de clubs, les enseignants d'EPS, ou encore les kinésithérapeutes. Dans un rôle de formateur se joue une forme de domination quant aux connaissances et à l'expérience sur la prise en charge en activité physique de l'obésité infantile. Mais c'est aussi un moyen de construire une forme d'efficacité dans les partenariats nécessaires au fonctionnement d'un suivi diversifié des propositions en activité physique :

« Les formations sensibilisation, une fois que l'on a bien travaillé le terrain politique, on va pouvoir réaliser ces formations et ces sensibilisations, alors on a formé des kinés pour les prises en charge dans le réseau qui travaillaient déjà en libéral, mais depuis deux ans c'est intéressant j'ai une intervention de trois heures sur l'école de kiné, sur l'aspect obésité de l'enfant, qu'est ce qu'on fait avec ces jeunes là, comment on le fait, etc. Donc en troisième année, ça leur permet d'avoir pas mal de critères et puis de connaître le réseau, et puis s'ils veulent s'installer dans les années à venir, et bien ils nous connaissent et donc on fera facilement le relais derrière. Les enseignants d'EPS, donc là ça a été dur mais depuis deux ans c'est inscrit dans leur formation, ils peuvent choisir, alors c'est deux jours avec du contenu, on a le temps, on peut creuser les choses. » (Responsable en activité physique A, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

Une différence s'établit selon les Réppop, les professionnels en APA-S des coordinations investissant plus ou moins ces formations de professionnels partenaires. Chacun ayant un ressenti particulier de l'importance d'une fonction de formateur à l'intérieur des différentes tâches professionnelles que peut recouvrir son poste dans une coordination d'un Réppop. Parmi les éléments constitutifs de ce positionnement, il est possible d'établir un lien avec la présence ou non dans certaines régions, de réseaux, ou de structures, déjà constituées avant la création du Réppop, et proposant des formations de professionnels. L'enjeu diffère dans ce cas, il est plutôt question de construire un partenariat avec ces structures, où chacun va pouvoir garantir sa légitimité :

« C'est vrai que dans notre région, il y a déjà le réseau X qui forme les éducateurs, les médecins sur les pathologies chroniques etc., donc pour que les différents réseaux se mettent en harmonie c'est difficile. » (Responsable en activité physique D, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

4. La fermeture de l'accès au poste de coordonnateur.

4.1. La création d'une fiche de poste commune aux coordonnateurs en activité physique

Suite à nos premières considérations relatives aux éléments significatifs d'une recherche de contrôle du territoire activité physique dans les Réppop par les professionnels de l'APA-S,

nous pouvons désormais caractériser la participation de ces derniers à l'élaboration d'une fiche de poste comme un élément concret de leur processus de délimitation de territoire.

4.1.1. La nécessaire uniformisation de la dénomination.

Jusqu'à la concertation autour de la réalisation d'une fiche de poste nationale commune, chaque professionnel de l'APA-S dans les Réppop se définit selon le contexte, c'est à dire en lien avec les médecins coordonnateurs lors de l'alliance construite entre ces deux professionnels. L'importance du lien construit avec l'écologie de l'université avec les filières en APA-S des STAPS, lors de la réalisation du stage professionnel, et l'implication plus ou moins grande des médecins coordonnateurs, ainsi que de toute l'équipe de la coordination dans le suivi de ce stage est déterminante dans le processus de légitimation :

« Oui les médecins coordonnateurs m'ont dit : « c'est toi le spécialiste ». Donc c'est moi qui ai écrit ma fiche de poste, et défini mes missions, j'ai crée cette fiche de poste pour mon master 2, cela rentre dans le projet professionnel...C'est vrai que j'étais vraiment influencée par la ligne master 2 et le projet professionnel à réaliser dans le cadre universitaire. Alors mon poste dans les grandes lignes, c'est coordonner les projets, avec la recherche, chercher des partenaires, faire de la formation, enfin contribuer à la formation faite par les médecins envers les professionnels de santé du réseau. » (Responsable en activité physique B, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

Mais il n'en est pas de même pour tous les professionnels de l'APA-S, certains étant davantage assimilés à des éducateurs sportifs, voire à des statuts intermédiaires entre le Réppop et l'hôpital auquel celui-ci est rattaché :

« Alors la définition de mon poste c'est un peu flou même pour moi en fait, parce que donc là je suis employé à mi-temps, mais en ce moment on passe par une association en fait pour l'instant parce que pour se faire employer par l'hôpital, ça prend un certain temps, les visites médicales du travail et tout ça...donc c'est assez long. Et là mon statut exact c'est actuellement technicien de recherche clinique. Parce que le budget qui sert à m'employer c'est un budget recherche donc officiellement c'est ça, mais après mon titre c'est enseignant en activité physique adaptée ! Après je me définis comme ça mais c'est parce que les fiches ne sont pas sorties pour le master APA, et je ne sais pas le nom qu'ils vont définir. » (Responsable en activité physique D, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

Ainsi, ces derniers sont unanimement conscients de la nécessaire uniformisation de leur dénomination autour d'un niveau master 2, pour garantir leur légitimité, convertir leur statut émergent en professionnalité. Pour cela ils veulent se démarquer non seulement vis-à-vis de leur pairs en APA ayant un diplôme inférieur, mais également par rapport aux professions que l'on peut considérer comme limitrophe, c'est-à-dire les enseignants d'EPS :

« Il faut faire très attention dans le contexte actuel, parce qu'il y a un risque qui est fort, vis-à-vis des enseignants qu'ils soient dans le primaire ou dans le secondaire. Ils ont le CAPES et ce sera un niveau master 2, donc si l'enseignant APA se réduit au niveau licence 3 il y aura le risque d'une dévalorisation de la compétence. » (Professeur des Universités, coordonnateur D d'un Réppop).

Un travail de recherche de consensus pour définir une appellation commune s'est alors réalisé lors d'une conférence de directeurs (C3D)³⁵² autour d'un terme global d' « actiphysicien » proposé par J. Bertsch, président de la C3D. Il semble conduire à des positionnements divergents. Pour certains professionnels de l'APAS, cette appellation d' « actiphysicien » semble dangereuse par le fait qu'elle sous-entend une restriction des tâches contrôlées par ces professionnels émergents :

« Alors pour revenir sur l'historique le problème est que le terme d'actiphysicien a été posé comme étant rapporté par rapport à la terminologie de diététicien, c'est vrai que Monsieur J. Bertsch c'est le premier qui l'a écrit mais il l'a récupéré d'un médecin nutritionniste qui parlait de la gestion de l'apport énergétique par le diététicien et celui qui gère l'activité physique, la dépense énergétique : l'actiphysicien. Or ici lors de cette réunion nationale des acteurs de l'activité physique dans les Réppop, on n'a bien vu que l'on n'est pas que sur la dépense énergétique. » (Fondateur et président d'une association d'APA partenaire d'un Réppop)³⁵³.

Dès lors, afin de détourner cette complexité linguistique tout en affirmant les limites de leur territoire, les responsables et les acteurs de l'activité physique des Réppop mettent en place une proposition de construction d'une fiche de poste commune garantissant leurs frontières,

³⁵² Livre Blanc des STAPS (2007) : « L'offre de formation cohérente en APAS concerne tant une formation universitaire initiale d' « actiphysicien » ou « intervenant en activité physique-santé », terme qui pourrait qualifier ce type de nouveau métier en émergence. » p.9.

³⁵³ Journées de réunion Nationale CN Répop sur l'activité physique, les 09 et 10/02/2009, Lyon

notamment lors des Journées de réunion Nationale impulsée par la CN Réppop sur l'activité physique, les 09 et 10/02/2009.

4.1.2. L'officialisation d'un rôle d'encadrement d'équipe et/ou de projet.

Les enjeux de la définition d'une fiche de poste commune sur le rôle de coordonnateur en activité physique dans les Réppop engagent non seulement les professionnels de l'APA dans la délimitation de leur territoire par rapport aux professions limitrophes, mais aussi les instituts de formation responsable de décerner les qualifications définies comme officielles dans le milieu de l'activité physique:

« Il y a le problème de la délimitation du territoire professionnel à des gens formés entièrement APA : licence et master pour les postes de coordination afin d'éviter que ces postes ne soient pris par des kinés faisant un master APA, ou encore selon le fait que les enseignants vont tous avoir un niveau Master2, donc BAC plus cinq viennent sur ces postes déclenchant une dévalorisation professionnelle des enseignants en APA. Pour cela aussi les références scientifiques doivent être bien explicitées dans la fiche de poste. Il faut constituer une fiche d'un poste d'une personne n'allant pas sur le terrain et d'un niveau équivalent à un ingénieur...D'autre part, plus on est précis dans la fiche de poste, plus on a des chances d'avoir le diplôme en tant qu'UFR. Ce qui permet d'ouvrir dans les UFR STAPS des filières, parce qu'on se rend compte que les UFR ont souvent APA ou entraînement sportif, peu on les deux, ce qui permettrait de couvrir toutes les régions. Et on connaît le contexte national, donc il faut faire attention qu'il y a de l'obésité partout en France et qu'il faudra en prendre en charge de partout. » (Professeur des Universités et coordonnateur D d'un Réppop)³⁵⁴

Plus particulièrement sur la délimitation du territoire de coordonnateur en activité physique dans les Réppop, c'est la démarcation vis-à-vis des « encadrants » en activité physique qui est principalement visée, en précisant qu'ils « ne vont pas sur le terrain », de sorte à définir un haut niveau de qualification associé à un taux de rémunération plus élevé. Les termes de planification, de coordination de projets sont alors proposés.

La mise en évidence des enjeux relatifs à la définition d'un poste de coordonnateur en activité physique rejoint la période caractérisée par Freidson³⁵⁵ comme première dans le cas

³⁵⁴ Journées de réunion Nationale CN Répop sur l'activité physique, les 09 et 10/02/2009, Lyon

³⁵⁵ Freidson E., (1986) L'analyse sociologique des professions artistiques, Revue française de sociologie, vol ; 27, n°3, p. 431-443.

d'une profession en formation qui doit s'imposer et conquérir le monopole de son action. L'exemple des professionnels de l'APA d'un niveau master 2 souhaitant devenir des coordonnateurs en activité physique, en valorisant ce qu'ils apportent de particulier en comparaison avec à des professionnels de l'APA d'un niveau de qualification inférieur, ainsi que d'autres professionnels non issu de la filière universitaire APA, est ici particulier. Il amène assez rapidement une étape de segmentation. La volonté d'intégration et de reconnaissance à un niveau d'encadrement d'équipe et de gestion de projets dans les cellules de coordination des Réppop explique ce travail de segmentation rapide mené par les diplômés de master 2 en APA-S.

Il est en définitive possible de donner une définition « dynamique » de la construction des frontières entre les territoires professionnels en les considérant à travers leurs diverses corrélations. La notion de frontière ne peut donc jamais s'entendre d'une manière généralisée, elle diffère et se redéfinit selon les différents contextes. Elle relève d'une construction en remaniement constant faite par l'ensemble des acteurs, et représente le résultat des différentes stratégies d'alliances et de concurrences relatives à la conquête des postes.

4.2. La construction de partenariat, pouvoir de délimitation du territoire.

La construction des offres de pratiques, sous contrôle du responsable APA s'effectue notamment par le biais de la mise au point de partenariats. Par exemple deux responsables en AP organisent un partenariat avec des MECS (Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire) pour qu'elles prennent en charge dans certaines conditions, des jeunes obèses ayant une histoire d'obésité diagnostiquée comme spécifique par le professionnel en APA-S :

« Nous les MECS ce n'est jamais le point de départ, aujourd'hui pour le long séjour il faut qu'ils aient été suivis dans le réseau un an avant, ça ne veut pas dire que si ça ne marche pas on va les envoyer ou si ça marche, c'est si on n'arrive déjà pas à suivre ces jeunes en ambulatoire on sait que le long séjour ne fonctionnera pas, un an après on va les mettre dans le même milieu et ça va être la catastrophe. Donc on va déjà commencer à régler les problèmes en ambulatoire et puis si on sent de la motivation chez les jeunes et leurs familles pour ce types de structures et de suivi, alors on va pousser pour qu'ils les intègrent. » (Responsable en activité physique C, M2APA dans une coordination d'un Réppop)

La difficulté consiste alors à intégrer ces dispositifs comme des partenaires dans les différents parcours de soin, selon les besoins identifiés des patients.

4.2.1. Gérer les offres de pratiques proposées aux jeunes obèses.

Les partenariats avec les Réppop sont entièrement gérés, supervisés par le professionnel de l'APA-S de la coordination du Réppop :

« Nous avons recours de temps en temps au MECS. Nous on les sollicite sur des séjours courts (15jours, pendant les vacances généralement), parce que des fois ça donne une impulsion au départ. Et là il y a un travail intéressant pour continuer dans le cadre du Réppop et aider le transfert de ce qui s'est passé dans la structure vers l'extérieur au quotidien. Cela peut être dans les premiers mois du démarrage de la prise en charge mais jamais immédiatement. Cela dépend des fois cela peut être aussi comme un petit « électro choc », sur la prise en charge lorsqu'elle ne bouge pas, et de les immerger complètement peut-être que cela peut déclencher des choses. » (Responsable en activité physique A, M2APA dans une coordination d'un Réppop).

Dans le cas des MECS, ces structures d'internat voient leurs effectifs diminués du fait de la relative réussite des prises en charge et de la lourdeur de celles-ci (isolement social : famille, scolarité, amis), en comparaison avec les propositions de suivis faites par les Réppop au plus près du milieu de vie des patients. Elles sont donc amenées à diversifier leurs offres pour s'adapter le plus possible aux besoins identifiés, et notamment en construisant un partenariat avec les réseaux de santé comme les Réppop :

« Les Maisons d'enfants à caractère sanitaire, c'est pris en charge par la sécurité sociale...il y a plusieurs types de séjours actuellement, mais initialement c'était uniquement du long séjour, mais maintenant... il y a des séjours plus courts...sur trois mois sur un trimestre scolaire... Après c'est intéressant un lien avec le Réppop au départ pour nous les envoyer et après les renvoyer au Réppop dans un lien postcure.» (Educatrice sportive dans une MECS).

Pour assurer la qualité et la continuité de ce partenariat avec des structures partenaires, les responsables en activité physique sont amenés à établir non seulement un diagnostic éducatif précis sur la situation d'obésité de chaque jeune inclus dans le réseau, mais aussi une évaluation régulière de l'évolution ou non de cette situation pour réorganiser son orientation

dans les différentes possibilités de suivi ou d'orientation à l'issue du suivi. Ainsi, c'est non seulement avec les MECS, mais aussi avec les associations d'APA ou encore les services hospitaliers de médecine du sport, que les professionnels de l'APA-S sont parfois amenés à construire un partenariat. La configuration des échanges est alors constamment revisitée selon une négociation entre les responsables en APA-S des coordinations et les responsables de ces structures partenaires :

« Le recrutement tout simplement des enfants est un problème, et l'assiduité, les freins à la pratique, enfin tout ça, cela va dans le même sens. Par exemple avec l'association en APA partenaire au Réppop, on a fait de la communication, tous les médecins Réppop sont informés, et pourtant on a sept enfants seulement, et la communication a été faite même auprès des diététiciennes libérales, donc il y a cet espèce de cercle vicieux, on n'a pas assez de crédibilité pour demander des salles, d'un autre côté on n'a pas de salle dans les quartiers du coup ça fait un frein pour que les familles se déplacent... Donc il faut que l'on trouve des trucs concrets pour que les enfants viennent sur du long terme. » (Responsable en activité physique D, M2APA dans une coordination d'un Réppop)

Il y a la mise en valeur de compétences particulières pour concevoir, planifier, et évaluer les programmes de suivi en activité physique mis au point par les professionnels de l'APA-S dans les Réppop. C'est une démarche de reconnaissance d'une charge de travail à part entière d'un niveau d'encadrement. Entre les conceptions éducatives de leur suivi en activité physique, et leurs compétences dans la construction de partenariats, les différents responsables en activité physique dans les coordinations des Réppop situent alors leurs spécificités professionnelles. Leur activité relève d'une forme de contrôle des offres de l'activité physique légitimes au sein des Réppop, et par la même de délimitation de leur territoire.

4.2.2. La délimitation du territoire par les responsables en APA-S.

En fonction du contexte précédent leur intégration en tant que stagiaire, et de leurs perceptions d'une forme de concurrence dans l'accès au poste de coordonnateur, les professionnels de l'APA-S recherchent plus ou moins la défense de leur territoire. Deux privilégient la sollicitation de professionnels « pairs » issus d'une formation en licence STAPS APA-S, alors qu'un troisième choisit des professionnels issus du monde de la Jeunesse et des sports déjà impliqués dans des clubs :

« Les intervenants c'était des éducateurs sportifs de clubs, clubs affiliés à la fédération sport pour tous. Donc c'est le sport pour tous qui avait trouvé ces animateurs. Donc la première, avait une formation ETAPS, puis cela a enchainé par un jeune recruté, un master 1 STAPS qui a passé son concours ETAPS qui a été recruté à sa place, donc cela a continué avec lui »
(Responsable en activité physique B, M2APA dans une coordination d'un Réppop)

Cette différenciation se poursuit dans la mise en place des partenariats, où l'importance accordée à l'affirmation identitaire des APA-S, prend une place plus ou moins relative selon les responsables. Dans le cas d'une recherche de valorisation et d'embauche systématique de professionnels de l'APA issus d'une formation universitaire, les responsables en activité physique en APA, montrent alors une vigilance particulière et mettent en place des formations de professionnels considérés comme concurrents qu'ils soient éducateurs sportifs, enseignants d'EPS, etc., afin de préserver une forme de mainmise du champ des APA-S dans les Réppop, et de gestion des concurrences intra champ de l'activité physique :

« Pour les éducateurs de clubs, il y a la formation avec le CREPS, d'année en année elle s'est étoffée cette formation, en travaillant avec les autres réseaux de santé notamment diabète et cardio, on a une formation un peu plus lourde aujourd'hui qui fait quatre jours, mais l'idée c'est d'avoir un listing dans chaque réseau, de clubs où les éducateurs ont été sensibilisés, mais finalement c'est des relais terrain intéressants pour les médecins réseau derrière...pour plus facilement envoyer un jeune vers cette structure là. Evidemment dans les clubs il y a des clubs affinitaires sport santé, avec la gym volontaire qui est très impliquée sur les jeunes en ce moment et l'EPMM... et puis il y a tout le monde sportif traditionnel où là aussi ils étaient dans ma région très compétitifs, et petit à petit on arrive à prendre le virage pour les convaincre de venir sur ces formations et ensuite d'accueillir des jeunes obèses. »
(Responsable en activité physique A, M2APA dans une coordination d'un Réppop)

Avec la mise en place et l'animation de formation de professionnels du monde sportif par les responsables APA des Réppop, ce professionnel signe la revendication d'un territoire particulier dominant. En définissant ensemble toute la singularité et la complexité de ce poste, à un niveau cadre, les professionnels de l'APA-S des coordinations des Réppop procèdent à une forme de gestion des concurrences au sein de l'écologie des professions extérieures au champ de l'activité physique, mais aussi intra-champ. N'ayant pas la possibilité de s'appuyer sur l'existence légitime d'une professionnalité à un niveau master 2, les professionnels de

l'APA-S sont amenés à adapter et à valoriser leurs compétences au public visé selon chacun des contextes. En effet, selon le lieu d'implantation des coordinations (CHU, ou en ville), ou encore selon la récupération ou non de leur tâches contrôlées par des professionnels partenaires : diététiciens, médecins, psychologues, ils sont amenés à une démarche de délimitation de leur territoire plus ou moins importante. Afin de consolider cette démarche de reconnaissance du territoire activité physique à un niveau cadre dans les coordinations des Réppop, les responsables des différents réseaux vont procéder à un travail de compromis afin de déterminer plus exactement leurs tâches contrôlées, ainsi que leurs frontières.

4.3. Une segmentation rapide intra-corporation.

En correspondance avec les deux périodes d'existence d'une profession défini par Freidson³⁵⁶ : tout d'abord une profession dite « en formation » doit s'imposer et conquérir le monopole de son action ; puis lorsqu'une profession est « assurée de sa survie », c'est une période de différenciation interne (où certains segments vont prendre le pas sur d'autres grâce à leur capacité d'organisation, mais surtout leur capacité à mobiliser un savoir universel) et de conquête de nouveaux territoires d'action.

Il est alors question de la construction de deux territoires au sein de l'activité physique, l'un devenant progressivement « réservé », fermé dans les coordinations des réseaux par les APA diplômés en master 2. Cette fermeture s'opère au regard des compétences de coordination, de conception et de développement de projets. Situait les tâches contrôlées davantage du côté de la conception de programme, de l'organisation, du financier, et du politique que du côté de technicien. L'objectif visé est de se démarquer des intervenants en activité physique, et de se situer sur des compétences d'encadrement. Ainsi, les compétences d'organisation et de gestion de différents partenariats (financiers, clubs sportifs...) sont placées au cœur de la définition des fiches de poste faites par les « coordonnateurs en APA ». Et même si certains revendiquent parallèlement le titre d'enseignant en APA, il y a unanimement une volonté de « carrière dans la coordination », à l'image de celle développée par M. Robelet (2005)³⁵⁷ à propos des médecins généralistes, même si dans notre exemple il est pour l'instant question

³⁵⁶ Freidson E., *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*, University of Chicago Press, 2001.

³⁵⁷ Robelet M., et coll. (2005) Op.cit.

principalement de l'entrée dans la carrière par la recherche d'un débouché professionnel à un certain niveau de responsabilités. Et non pas d'une carrière de profession établie.

L'autre territoire « plus ouvert », regroupe les professionnels de « terrain » prenant en charge les séances d'activité physique avec les jeunes obèses qu'ils soient enseignants en APA, éducateurs sportifs, kinésithérapeutes etc. En étant sous le contrôle des « coordonnateurs » en activité physique notamment par le biais de formation, celui-ci est plus ou moins ouvert à d'autres champs professionnels que l'APA selon la perception qu'ont ces coordinateurs des enjeux des Réppop, soit une affirmation de leur corporation APA, soit un moyen d'ouverture à d'autres champs professionnels pour un suivi le plus adapté possible en activité physique. Ainsi, comparativement à d'autres réseaux de santé comme les réseaux diabète, il en résulte généralement une relative « dépossession » ou « défaite » (Abbott, 2003)³⁵⁸ des kinésithérapeutes dans le cas des Réppop. Cette dépossession s'effectuant surtout dans la continuité des jeux d'alliances et de reconnaissance établis entre les médecins coordonnateurs et les professionnels de l'APA.

Puis, après l'emploi d'un professionnel de l'APA au sein des coordinations, un contrôle s'opère de leur part quant à l'ouverture du « sous territoire » que représentent les professionnels de terrain. Ils procèdent à une gestion sélective des partenariats, pouvant même aller jusqu'à la construction d'une structure partenaire qui propose des prise en charge en APA faite soit par des « pairs » du milieu des APA, soit directement par le coordonnateur lui-même. Cette ouverture n'est donc que relative du fait qu'elle est placée sous le contrôle des « coordonnateurs en activité physique ».

En définitive, il est intéressant de noter une segmentation rapide, presque simultanée du champ des APA lors de leur intégration au sein des Réppop. Si Freidson distingue deux périodes distinctes dans l'existence d'une profession, dont la segmentation, ou différenciation interne constitue la deuxième période. C'est ici le contexte particulier d'une professionnalité émergente qui se structure à partir d'une distinction avec l'offre de pratique de loisirs assurée par les fédérations sportives, et donc d'un rapprochement avec les enseignants d'EPS en collège et lycée. La dynamique des groupes professionnels intra corporation APA se situe donc dans la recherche d'un compromis entre la nécessité de contrôler l'espace de l'activité

³⁵⁸ Abbott A., (2003) Op.cit. p.29

physique des Réppop par un regroupement entre coordonnateurs, et les définitions des frontières de cet espace au regard du monde médical et paramédical, mais aussi de celui de l'encadrement du monde sportif, qu'ils soient pairs mais de niveau universitaire inférieur, ou éducateurs sportifs de clubs. Un accord s'établit alors dans une volonté de segmentation rapide intra-corporation, définissant le niveau de compétences requis en fonction de l'espace professionnel occupé, que ce soit dans les cellules de coordination ou bien « en ville ». Ce dernier espace regroupe les enseignants en APA-S d'un niveau licence, ou professionnels de « terrain » prenant en charge les séances d'activité physique avec les jeunes obèses. En étant sous le contrôle des « coordonnateurs » en activité physique notamment par le biais de formation, cet espace est plus ou moins ouvert à d'autres champs professionnels que l'APA, selon la perception qu'ont ces coordinateurs des enjeux des Réppop. Soit, il s'agit prioritairement d'une volonté d'affirmation des compétences éducatives culturelles de leur spécialité en APA-S, soit des compétences éducatives au sens plus large d'éducation du patient laissant alors une ouverture à d'autres champs professionnels.

CONCLUSION

Les objectifs principaux de notre travail de recherche résidaient dans la compréhension des éléments constitutifs de l'émergence d'une nouvelle professionnalité. Pour cela notre étude sur l'« intégration » par certains professionnels du monde de l'APA-S dans les cellules de coordination des Réppop, a permis la mise à jour d'éléments relatifs à la construction de nouvelles frontières professionnelles. Le nouveau segment professionnel représenté par les professionnels en APA, issus d'une formation universitaire de master STAPS dans les coordinations des Réppop se construit d'abord autour d'une recherche de légitimité de chaque professionnel au sein de son dispositif. Puis dans un second temps, c'est une démarche de différenciation de ce nouveau segment qui est entreprise par ces professionnels afin de se démarquer des autres segments existants dans le champ professionnel source (APA, éducateurs sportifs...) ou dans les champs professionnels limitrophes (médical, paramédical).

- La construction des territoires professionnels en activité physique dans les Réppop: deux stratégies connexes.

En intégrant ce nouveau monde que représentent les réseaux de santé, les professionnels de l'APA-S issus du milieu universitaire des STAPS, questionnent de fait les définitions traditionnelles du métier médical. Ils sont confrontés à des résistances importantes dans la conquête de ce nouveau territoire car le monde médical n'est pas habitué à travailler avec le monde de l'encadrement en activité physique, et reste très « imprégné » de représentations anciennes quant à la formation des « encadrants », ou responsables du monde sportif. La démarche de valorisation de leur expérience professionnelle passe tout d'abord, par une mise en avant auprès des médecins coordonnateurs de leurs compétences éducatives spécifiques. Une forme de légitimité du territoire se construit par cette alliance au niveau des connaissances et surtout des compétences des APA-S. Les professionnels issus du milieu médical ayant eu une formation succincte voire inexistante en activité physique comme en éducation du patient. La définition de ces frontières varie selon chaque contexte, elle est le fruit d'une construction dépendant des positionnements des acteurs, de leurs représentations, et de leur adaptation au nécessaire fonctionnement du réseau. La légitimation des professionnels de l'APA-S au sein des cellules de coordination s'appuie donc sur la création

d'une proximité avec les professionnels de santé par le développement d'une culture commune de l' « éducation du patient ». La délimitation du territoire spécifique de l'APA-S s'appuie sur l'objectif d'engagement des enfants dans une expérience pratique d'activités physiques et sportives, dont l'encadrement professionnel est protégé légalement³⁵⁹ et qui enrichit considérablement le potentiel éducatif du réseau en ouvrant à un « apprentissage par corps » par expérience sociale. Dans un dispositif, où c'est l'activité de diagnostic et de prescription qui prime, et où l'éducation qui est mise en place valorise presque exclusivement les discours et l'échange verbal, c'est ici la mise en avant de nécessaires expériences corporelles centrées sur le plaisir de la pratique d'activités physiques.

Le territoire de l'activité physique peut dès lors se définir selon des positionnements variés impliquant des « identités professionnelles de base » de nature fort différentes. Selon le contexte, mais aussi les croyances de chacun des acteurs, les approches varient d'une conception bioénergétique de l'activité physique à une conception davantage éducative et développementale de l'enfant obèse. Une mise à jour des stratégies d'alliances et de concurrences sans cesse renégociées dans l'écologie globale des professions investies dans les coordinations des Réppop, amène des éléments de compréhension concernant la conquête de l'espace professionnel des réseaux de santé par les professionnels de l'APA-S. Cette conquête suppose la reconnaissance des compétences éducatives, telle qu'elle a pu s'engager avec la structuration de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge médicale de la maladie chronique, mais également celle des compétences de gestion telles qu'elles se sont développées dans le travail de coordination des réseaux de santé. C'est donc de la rencontre des nouveaux besoins de compétences en gestion de projet, en formation des professionnels de santé et en coordination inhérents au développement des réseaux de santé et de la création du niveau « master professionnel » dans des formations en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (2003), qu'a pu émerger un niveau cadre en APA-S au sein des coordinations des Réppop. Les dynamiques professionnelles identifiées devraient avoir en retour un impact sur les formations master mises en place dans les UFRSTAPS.

Les stages de professionnalisation des formations universitaires en APA-S de niveau Master ont constitué une condition importante de l'émergence de cette nouvelle professionnalité dans

³⁵⁹ Code du sport Partie législative Livre Ier : Organisation des activités physiques et sportives
Titre préliminaire, principes généraux. Modifié par Arrêté du 17 juillet 2008. Il définit le cadre légal à l'encadrement de l'activité physique en groupe.

les Réppop. Ils permettent l'émergence d'un territoire APA-S articulé aux autres territoires professionnels par la perspective transversale d'éducation du patient. L'étude d'un processus de professionnalisation en train de se faire donne des clés pour une meilleure prise en compte des besoins et des enjeux que représentent les formations universitaires. Ces dernières situent l'université comme une « écologie » à part entière en lien étroit avec celle des professions.

Ainsi, au travers de cette alliance, il se joue surtout la reconnaissance d'un cursus de formation long, permettant l'acquisition de compétences éducatives spécifiques. Celles-ci ne peuvent pas s'acquérir par une formation continue, ou encore par une observation de contenus enseignés par d'autres professionnels. C'est par la mise en place d'une pratique intermédiaire, impliquant de travailler différemment selon une approche globale, adaptée, protégée, encadrée par un intervenant en APA, que se définit généralement le nouveau territoire de l'activité physique au sein des Réppop. Cette pratique intermédiaire semble alors incontournable par le travail de « prise en mains de son corps » qu'elle amorce, pour envisager par la suite une réintégration complète dans une pratique de club ordinaire.

Parallèlement, ces alliances sont conduites par les professionnels de l'APA comme gestion des concurrences non seulement envers les professionnels de santé partenaires des coordinations : médecins, diététiciens, psychologues, mais aussi envers les professionnels spécialistes comme les kinésithérapeutes ou les éducateurs sportifs. Le caractère spécifique de la « pathologie » de l'obésité et du surpoids, avant tout pathologie sociale, stigmaté au niveau infantile, avant d'être réellement une « pathologie » médicale, physiologique. La singularité des problématiques professionnelles liées à cette « nouvelle pathologie » sont nombreuses et généralisées à l'ensemble des disciplines impliquées dans la prise en charge. Au niveau social, « la médecine n'a pas pour rôle social de produire des « déviants », autrement dit, elle n'a pas pour vocation à produire des « malades » socialement exclus, mais au contraire à normaliser les situations qu'elle ne peut supprimer » (Carricaburu D., Ménoret M., 2004)³⁶⁰. Dès lors, si l'objectif idéal de la médecine est incontestablement de guérir la maladie, « son objectif réaliste, concret est en fait de contrôler, autant que faire ce peut, son évolution ou au moins ses symptômes et leurs conséquences » (Baszanger 1986)³⁶¹. La « maladie, stigmaté » que représente l'obésité peut alors s'envisager « comme un monde social » où les interactions

³⁶⁰ Carricaburu D., Ménoret M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, Paris, 2004, p.99.

³⁶¹ Baszanger I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, XXVII, 11, pp 3-27.

ne s'effectuent pas uniquement avec les médecins mais en correspondance avec la théorie de l'ordre négocié (Strauss, 1978)³⁶², il s'agit d'un tissu changeant d'interactions situant le malade « comme acteur d'une construction négociée de la maladie chronique ».

Suite au constat d'échec de la thérapeutique mise en place jusque là par l'approche médicale traditionnelle et spécialisée pour enrayer ce phénomène, il se met en place une forme d'évolution de la relation entre le médecin et le « malade » qui n'en est pas vraiment un, lorsqu'il est question de jeunes en surpoids ou obèses : « La relation médecin-malade n'a pas le même impact selon qu'elle vise à guérir un patient ou à changer son comportement de fumeur, de buveur, ou de gros mangeur. Dans les situations de prévention, le médecin est un acteur de santé qui ne peut qu'espérer être persuasif plutôt qu'autoritaire dans la mesure où il ne dispose pas de moyens de contrôler son autorité sur le patient et, plus largement, sur la population dont il a la charge en termes de santé publique. » (Carricaburu D., Ménoret M., 2004)³⁶³.

Dès lors, avec un développement de l'étendue de cette « pathologie », il y a une remise en question de l'activité des professionnels de santé ayant en charge son traitement ou plus exactement son suivi. Le médecin devient un accompagnant pour le malade, car chaque individu suit une « trajectoire de malade » qui lui est toute particulière. La « trajectoire » de maladie renvoie non seulement au développement physiologique de la maladie de tel ou tel jeune mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués. La prise en charge de l'obésité infantile impose des actes médicaux, paramédicaux, éducatifs et d'activité physique différents, mobilisant toute une variété de types de compétences et autres savoir-faire. Sans oublier une répartition différente des tâches contrôlées entre ceux qui travaillent à cette prise en charge (y compris le cas échéant, les parents proches et le malade) et exigera des relations tout à fait différentes, qu'elles soient simplement instrumentales ou de l'ordre de l'expression entre ceux-ci. (Corbin J., Strauss A., 1987)³⁶⁴.

³⁶² Strauss A., *Négociations, varieties, contexts, processes and social order*, San Francisco, Jossey-Bass, 1978.

³⁶³ Carricaburu D., Ménoret M., (2004) *Op.cit.* p.57.

³⁶⁴ Corbin J., Strauss A., *Accompaniments of chronic illness: changes in body, self biography and biographical time*, *Research in the Sociology of Health Care*, 6, 1987, p.249-281.

Ainsi, lorsque l'on considère l'exemple du traitement du surpoids ou de l'obésité chez les adolescents : la relation soignant-malade est une situation complexe et singulière sans cesse négociée et redéfinie lors des différentes interactions allant jusqu'à redéfinir l'organisation même des professions intervenantes dans cette prise en charge. La « possession » des tâches contrôlées en activité physique par le monde des APA-S, est un des éléments fondamentaux de cette redéfinition. Elle s'accompagne d'une stratégie connexe de recherche de contrôle du territoire de l'activité physique dans les Réppop pour des professionnels formés de niveau master 2. Les nouveaux coordonateurs en activité physique visant à se garantir un débouché prioritaire d'un niveau cadre suite à l'acquisition de leur diplôme en APA-S.

En définitive, le contexte particulier des Réppop présente des dynamiques professionnelles autour de l'activité physique qui s'ancrent avant tout dans une perspective éducative. La légitimation des professionnels de l'APA au sein des cellules de coordination des Réppop passe par le double jeu du rapprochement au monde médical par une démarche de reconnaissance et/ou d'affirmation de compétences partagées en « éducation du patient ». La construction de délimitations d'un territoire spécifique d'engagement dans une expérience pratique d'activités physiques et sportives, passe par la légitimation d'un encadrement professionnel, protégé légalement et qui enrichit considérablement le potentiel éducatif du réseau. La reconnaissance des compétences éducatives approfondies par une formation universitaire longue des professionnels de l'APA-S, par les médecins coordonnateurs de ce réseau, autour d'une co-construction d'un projet d'activité physique avec chacun des jeunes obèses, constitue alors une condition de possibilité de cette adaptation éducative des dispositifs.

Le nouveau territoire de l'activité physique peut dès lors se définir selon un positionnement ciblé entre une démedicalisation du suivi en activité physique et une éducation de l'enfant obèse. Une mise à jour des stratégies d'alliances et de concurrences sans cesse renégociées dans l'écologie globale des professions investies dans les Réppop, amène des éléments de compréhension sur la conquête du territoire médical par le territoire des APA et sur les dimensions innovantes des nouvelles dynamiques professionnelles autour de perspectives éducatives, à l'œuvre dans les Réppop. En situant le côté éducatif de la construction de ce territoire professionnel, cette analyse sociologique des groupes professionnels permettra de contribuer aux travaux sociologiques relatifs à l'usage de l'activité physique dans le processus d'intégration des personnes dites « handicapées ». Le

territoire³⁶⁵ « activité physique dans les Réppop » est alors délimité par l'APA, l'accès se fermant alors aux kinésithérapeutes, mais aussi aux professionnels issus de formations du ministère chargé des sports. Cette fermeture du territoire ayant été officialisée par le travail préparatoire du Plan National de Prévention par les Activités Physiques et Sportives (2008)³⁶⁶ qui réservent les interventions éducatives dans les organisations de santé aux compétences de l'APA.

- Les paradoxes de ce nouveau territoire professionnel : le système des « écologies liées ».

En intégrant le monde spécifique des cellules de coordination des réseaux de santé Réppop, les professionnels de l'APA sont amenés à construire leur nouvelle légitimité professionnelle selon un nœud complexe de liens qu'ils tissent avec des éléments d'autres écologies. Les modes de légitimation professionnelle adoptés par ces professionnels émergents pouvant se définir au sens de la légitimité pragmatique, c'est-à-dire la légitimité qui réside dans la capacité d'une profession à satisfaire les intérêts de ses publics et à emporter leur adhésion, mais aussi la légitimité normative c'est-à-dire au niveau macro-social, dans la « congruence entre les valeurs qu'elle promeut et les normes d'action qui guident la société dans son ensemble ». Accompagnées par les légitimités normative et cognitive, elles situent la légitimité comme « le produit de la rencontre entre des stratégies, mises en œuvre par des organisations pour se rendre crédibles et acceptables aux yeux de leurs publics, et un environnement social plus ou moins favorable, perméable à ces stratégies. » (Duran, Le Bianic, 2008)³⁶⁷. En l'absence d'une licence exclusive, et avec un mandat flou comme les médiateurs sociaux étudiés par Sophie Divay³⁶⁸, ils sont amenés à construire des stratégies

³⁶⁵ Le terme territoire est ici substitué à celui d'espace car il spécifie davantage : « Les territoires professionnels sont entendus comme des ensembles des tâches et compétences exercées de façon plus ou moins exclusive par un groupe de professionnels. » in Robelet M., Serre M., Bourgueil Y., La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, RFAS n°1, 2005, p.233

³⁶⁶ Toussaint JF., (2008), « Retrouver sa liberté de mouvement », Rapport Préparatoire de la Commission Prévention, Sport et Santé, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative (SJSVA).

³⁶⁷ Duran P., Le Bianic T., (2008) Introduction générale in Le Bianic T., et Vion A., (dir.) Action publique et légitimités professionnelles, LGDJ, p.27-28.

³⁶⁸ Divay S., (2005) La médiation sociale: une professionnalisation inachevée, in Les métiers de l'intervention sociale, Savoir, Travail, Société, Volume 3, n°2, Dossier thématique coordonné par S. Divay, L'Harmattan, Paris.

pour gagner en légitimité professionnelle. L'objectif est de viser à une reconnaissance par les pouvoirs publics dans une situation de concurrence interprofessionnelle (Abbott, 1988)³⁶⁹.

Les stratégies d'alliances et de concurrences déployées dans cet enjeu de reconnaissance professionnelle élargie s'appuient sur les jeunes obèses et leurs familles, qui jouent alors le rôle d'auditoires des revendications. Elles aboutissent à une segmentation rapide du territoire de l'activité physique en deux sous-territoires. Avec un territoire fermé et délimité dans les coordinations de ces réseaux, et un territoire plus ou moins ouvert, sous le contrôle des responsables en activité physique, constitué de professionnels de « terrain » qu'ils soient enseignant en APA, ou éducateurs sportifs, voire kinésithérapeutes. Chacun des professionnels M2 en APA-S opère une conversion qui lui est propre selon ses dimensions « vocationnelles », l'intégration de normes plus ou moins prégnantes liées à sa formation initiale, sans oublier son adéquation avec le contexte particulier du Réppop qu'il souhaite intégrer (rattachement ou non à un CHU, majorité de médecins libéraux...). A ce propos, si certains d'entre eux utilisent des logiques corporatistes dans leurs partenariats en direction de leurs « pairs » des STAPS, d'autres préfèrent cibler leur partenariats sur des structures médicalisées, ou encore sur des structures sportives de clubs « ordinaires », avec des professionnels non formés à la spécificité de ces prises en charge. En conséquence, malgré un ensemble de stratégies de légitimation menées par les professionnels de l'APA-S dans les différents Réppop (Rôle de coordonnateur, formateur, accès au dossier médical partagé...), ainsi qu'auprès des pouvoirs publics (rédaction d'une fiche de poste, outils de diagnostic, qualité du suivi,...), leur territoire reste fragile et son issue incertaine (Lebon et Lescure, 2006)³⁷⁰.

- Limites

Une compréhension plus précise du système des « écologies liées », conçu comme globalement concurrentiel mériterait alors un dépassement de cette analyse synchronique de l'émergence d'une nouvelle professionnalité en activité physique dans les Réppop. Une vision plus approfondie du déroulement temporel des quatre écologies analysées nous

³⁶⁹ Abbott A., *The System of Professions, an Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 1988.

³⁷⁰ Lebon F., Lescure E., *De nouvelles professions entre précarité et flexibilité : animateurs socioculturels et formateurs d'adultes (1982-2002), regards Sociologiques*, n°32, p.83-95.

permettrait de situer les liens des unes par rapport aux autres selon des dimensions d'accélération de rythmes des acteurs³⁷¹, ou bien de stagnation voire de régression :

« Tout comme il est possible de parler de grain d'une écologie dans un espace synchronique de concurrence, on peut évoquer le grain d'une écologie dans son déroulement temporel. » (Abbott, 2003)³⁷².

Ainsi, au cœur de notre méthodologie, l'aspect temporel est systématiquement envisagé, mais le cadre même de notre étude comporte une dimension historique relative et subjective par le fait qu'elle est une recomposition effectuée par chacun des acteurs selon leurs propres ressentis et perceptions. Néanmoins, dans certains cas et notamment pour l'analyse de l'« écologie des professions de l'activité physique », plusieurs entretiens ont été réalisés auprès de mêmes acteurs selon des temps différents.

En conséquence, il nous a été possible d'établir dans ce cas précis, une analyse de cette écologie dans des dimensions spécifiques liées à son déroulement temporel. Par contre une limite de notre travail de recherche se situe dans la prise en compte de ces temporalités au niveau de l'ensemble des groupes professionnels en présence, ainsi qu'au niveau de l'« écologie des patients et de leur familles ». Notre étude des alliances et des concurrences se situant alors essentiellement dans un espace synchronique, défini au moment de la réalisation des différents entretiens de recherche.

La prise en compte des différences de rythme entre les écologies amènerait des éléments complémentaires de compréhension de ce qui se joue dans le positionnement respectifs de chacun des professionnels engagés dans les Réppop. Par exemple, la rédaction et la mise en application des textes du Programme National Nutrition Santé sont-ils des moments forts de l'empreinte politique dans les décisions et/ou les remaniements professionnels dans les Réppop ? De même suite à la fin de mise en application en 2010 de ces programmes, cela génère-t-il une nouvelle organisation au sein des dispositifs ?

³⁷¹ Abbott A., (2003) Op.cit, p.47-48.

³⁷² Abbott, A., (2003) Op.cit, p. 47.

- Retour sur le modèle des « écologies liées » d'A. Abbott.

Suite aux travaux de C. Perrin sur les réseaux diabète³⁷³, notre étude des réseaux de l'obésité infantile, vient confirmer la pertinence du modèle des « écologies liées » d'A. Abbott, comme modèle d'analyse sociologique des groupes professionnels émergents, dont la professionnalité est « en train de se faire ». Il permet de penser les professions dans un ordre social non figé, où tout se refait constamment, et de faire un état de la dynamique des relations entre les professions investies dans ces dispositifs au sein d'un système liant quatre « écologies » distinctes : les professionnels, les jeunes, le pouvoir politique et les filières universitaires en APA-S des STAPS. Mais surtout il ne remet pas en cause la singularité et la négociation de chacun des acteurs dans son contexte particulier afin de proposer une réponse aux problèmes singuliers qu'il a diagnostiqués (Abbott, 1988)³⁷⁴. La définition d'un territoire professionnel, d'une juridiction se développe à l'interface de plusieurs professions, mais finalement tous trouvent leurs positions, que ce soit les médecins, les paramédicaux ou encore les professionnels de l'APA. L'analyse des conflits de juridiction, ou comment certains professionnels essayent de récupérer des tâches afin de les contrôler exclusivement s'établit concrètement dans des événements comme l'intégration dans le dossier médical partagé, l'encadrement des formations de professionnels du réseau ou encore l'élaboration d'outils spécifiques et la construction des partenariats. A la différence des réseaux diabète, il y a une relative réappropriation du champ médical du fait qu'il s'agisse de jeunes enfants et adolescents, mais aussi du fait des caractéristiques de cette pathologie davantage sociales que purement médicales.

En ce qui concerne la prégnance de pouvoirs normatifs sur ces positionnements, c'est-à-dire le rapport à l'Etat et à l'« écologie politique » au sens large, il y a une différenciation avec le modèle d'Abbott où celui-ci se trouve globalement « minimisé ». Le fonctionnement des Réppop étant soumis à un ensemble d'exigences liées à l'attribution de sa dotation. Une transparence de l'utilisation des fonds, et une efficacité des choix de prise en charge sont attendus en retour de cet investissement. Ainsi, ces dispositifs sont à la fois expérimentaux, et à la fois normés par une obligation de résultats probants en matière de suivi de l'obésité

³⁷³ Perrin C., et coll. (2008) Op.cit.

Perrin C., Note de Synthèse pour l'obtention de l'HDR, Contribution à l'étude de nouvelles dynamiques professionnelles autour de l'activité physique pour la santé, Université Claude Bernard Lyon 1, 2008.

Perrin C., Chantelat P., (2009) Op.cit.

³⁷⁴ Abbott A., (1988) Op.cit.

infantile. Il est question non seulement d'efficacité mais d'efficience attendue par l'Etat dans le fonctionnement de ces structures. D'où l'intérêt pour les coordonnateurs de réseaux de solliciter un professionnel de l'APA-S, pouvant intégrer les équipes de coordination à un moindre coût.

L'intérêt prioritaire de l'utilisation de ce modèle a été pour nous de définir selon quelles dimensions se constituait les frontières entre les différentes professions engagées aussi bien dans les coordinations des Réppop qu'entre les membres de ces coordinations et leurs « pairs ». A ce propos, la mise à jour des différentes alliances entre des éléments des écologies en présence semble être la source d'une compréhension fine de ce qui se joue lors de l'émergence d'une professionnalité. C'est alors une première hypothèse d'approfondissement de l'utilisation de ce modèle, à savoir : dans quelles mesures les alliances peuvent être perçues comme des moyens systématiquement utilisés dans la légitimation d'un nouveau groupe professionnel ? Sachant qu'il nous semble à l'issue de cette analyse particulière des Réppop que la notion d'alliance soit intimement imbriquée avec celles de gestion des conflits de juridiction.

Concernant le monde des APA-S, cette étude basée sur une analyse exhaustive d'un petit nombre de professionnels tous qualifiés de niveau master 2, cherchant à intégrer ces nouveaux dispositifs, permet de donner des éléments concrets aux responsables de ces formations. Dans la compréhension des conditions de l'émergence d'une nouvelle professionnalité, il en résulte des éléments sur l'importance de l'acquisition des compétences transversales en éducation du patient, mais aussi des compétences de revendication de savoir-faire propres et de gestion des conflits avec les concurrents potentiels. En effet, la mise à jour des stratégies d'alliances et de concurrences sans cesse renégociées dans l'écologie globale des professions investies dans les coordinations des Réppop, nous amène des éléments de compréhension concernant la conquête de l'espace professionnel des réseaux de santé par les professionnels de l'APA-S. Cette conquête suppose la reconnaissance des compétences éducatives telle qu'elle a pu s'engager avec la structuration de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge médicale de la maladie chronique, mais également celle des compétences de gestion telles qu'elles se sont développées dans les réseaux de santé (Robelet et coll., 2005). C'est donc de la rencontre des nouveaux besoins de compétences en gestion de projet, en formation des professionnels de santé et en coordination inhérents au développement des réseaux de santé, et de la création du niveau « master professionnel » dans des formations en Sciences et Techniques des

Activités Physiques et Sportives (2003) qu'a pu émerger un niveau cadre en APA-S au sein des coordinations des Réppop. Les dynamiques professionnelles identifiées devraient avoir en retour un impact sur les formations master mises en place dans les UFRSTAPS. Quelle place accorder aux compétences en promotion et éducation pour la santé, aux compétences à développer des approches pluri-professionnelles, ainsi qu'aux compétences de gestion et de management ?

BIBLIOGRAPHIE

- ABALLEA F., Sur la notion de professionnalité, *Recherche sociale*, 1 24, 1992, p. 39-49 ;
- ABBOTT A., *The System of Professions*, an Essay on the Division of Expert Labor, Chicago and London, The University of Chicago Press, 1988;
- ABBOTT A., Ecologies liées : à propos du système des professions, in Menger P.-M (dir.), *Les professions et leurs analyses sociologiques*, Paris Editions de la MSH, 2003, p. 29-50 ;
- ARLIAUD M., *Les médecins*, La Découverte, Paris, 1987 ;
- AYME S., Les implications éthiques de la démarche évaluative, in MATILLON Y., H. MAISONNEUVE H., (dir.), *L'évaluation en santé. De la pratique aux résultats.*, Ed. Médecins-Sciences, Flammarion, 2007, p. 35-40 ;
- BALAZS G., ROSENBERG-REINER S., (2005) La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, p. 115-118 ;
- BARBOT J., DODIER N., L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH, *Sciences sociales et santé*, volume XVIII, n°1, 2000, p. 75-117.
- BASZANGER I., « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de sociologie*, vol XXII, n°2, 1981, pp 224-227 ;
- BASZANGER I., La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale, *Sociologie du Travail*, n°3, 1983, p.275-294 ;
- BASZANGER I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, XXVII, 11, 1986, pp 3-27 ;
- BASZANGER I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil, 1995 ;
- BAUDELLOT C., ESTABLET R., *Durkheim et le suicide*, PUF, Paris, 1990 (1984), p.23 ;
- BEAUD. S, WEBER F., *Guide de l'enquête de terrain, Produire et analyser des données ethnographiques*, Editions la découverte, Paris, 1997 ;
- BECKER H.S., *Outsiders*, Métailié, Paris, 1985 ;
- BECKER H.S. (1998), *Les ficelles du métier*, Paris, La découverte, 2002 ;
- BECKER H.S., Inférence et preuve en observation participante. Fiabilité des données et validité des hypothèses, in CEFALAI D., *L'enquête de terrain*, La découverte, Paris, 2003, p.350-362 ;

BECKER H., (1962) La nature d'une profession, in *Le travail sociologique. Méthode et substance*, Fribourg, Academic Press Fribourg – ED. Saint-Paul, 2006.

BENKIMOUN P., Le fléau des maladies chroniques. Obésité, diabète, hypertension ont atteint un caractère pandémique. La France n'est pas épargnée, *Le Monde, dossier santé*, 15/11/2007 ;

BERAUD H., *Le martyre de l'obèse*, Albin Michel, 1922 ;

BERGER P., LUCKMANN P., *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1992 [1966] ;

BERGER P.L., *Invitation à la sociologie*, Paris, La Découverte, 2006 ;

BERIOT A.M. (1999). « Des ruptures qui donnent sens au métier d'enseignant », in Innovation et formation des enseignants, *Recherche et formation*, n°31, p. 77-90 ;

BESSIERE S., (2005). La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage, *Revue Française des Affaires Sociales, RFAS*, n°1, p. 19-33 ;

BLANCHET A. et GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Nathan, Paris, 1992, p.67 ;

BLOY G., L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles, *Sciences sociales et santé*, vol 26, n°1, mars 2008 ;

BLOY G., SCHWEYER F.X., *Singuliers généralistes – Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, 2010 ;

BOURDIEU P., *La distinction : critique sociale du jugement*, Paris, Editions de Minuit, 1979 ;

BOURDIEU P., *La Noblesse d'Etat*, Paris, Minuit, 1989 ;

BRET E., Dépendance et insuffisance respiratoire chronique, *Revue Sciences Sociales et Santé*, vol 25 n°4, Décembre 2007, p.49-82 ;

BROCLAIN D., La médecine générale en crise ? In AIACH P., FASSIN D., (dir.) *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, Paris, 1994, p.121-160 ;

BUCHER R., STRAUSS A., *Profession in process, American journal of sociology*, 66, 4, p.325-334 [traduction parue dans : STRAUSS A.L., la trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme, Paris, l'harmattan (Logiques sociales) 1992, p.68.] ;

BUNGENER M., POISSON-SALOMON A.S., *Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*, Inserm, Paris, 1998 ;

BUNGENER M., BASZANGER I., Médecine générale, le temps des redéfinitions, in BASZANGER I., BUNGENER M., et PAILLET A (dir.) *Quelle médecine voulons-nous ? La Dispute*, Paris, 2002, p.19-34 ;

CABE M.H., Avant-propos, in *La santé en réseau : quelles innovations ? Sociologies Pratiques*, première édition, Paris, PUF, 2005, p. 1 ;

CALLEDE J-P., *La sociabilité sportive: intégration sociale et expression identitaire*, *Ethnologie française*, XV, 4, p.327-344 ;

CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1966 ;

CARR-SAUNDERS A.M., WILSON P.A., *The professions*, Oxford, Clarendon Press, 1933;

CARRICABURU D., MENORET M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, Paris, 2004 ;

CARTIER M., *Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold*, Association le Mouvement Social, le Mouvement Social, n°211, 2005, p. 37-49.

CASTEL P., Le médecin, son patient et ses pairs : une nouvelle approche de la relation thérapeutique, *Revue française de sociologie*, vol. 46, n°3, 2005, p. 443-467 ;

CHAMPY F., *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009 ;

COCHOY, F., TERSAC (de) G., Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective, pp. 3-18, in *Organisation et qualité, Sciences de la société*, n°46, P.U.M., 1999 ;

COCHOY, (dir.), Les figures sociales du client, *Sciences de la société*, n°56, mai 2002 ;

COCHOY F. (Coord) *La captation des publics. C'est pour mieux te séduire, mon client*, Toulouse, PUM, 2004.

CONRAD P., The Meaning of Medications: Another look at Compliance, *Social Sciences and Medicine*, 20, 1985, p. 29-37;

CORBEAU JP., S'emplier de signes pour combler le vide social, in *Le journal des professionnels de l'enfance*, 2000, p. 64-69 ;

CORBIN J., STRAUSS A., Accompaniments of chronic illness: changes in body, self biography and biographical time, *Research in the Sociology of Health Care*, 6, p.249-281;

CORMIER M., Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002, *Revue adsp* n°40, septembre, 2002, p. 6-10 ;

COURTOIS B., MATHEY-PIERRE C, PORTELLI, P., WITTORSKI R., Transformations de la formation et recomposition identitaire en entreprise », in BARBIER J. M., BERTON F, BORU J.J. (Coord.). - *Situations de travail et formation*, Paris, L'Harmattan, 1996 ;

CUSSET F., « Mieux gérer son corps ? « votre capital santé m'intéresse... » », in *Le Monde diplomatique*, 2008, pp 28 ;

DARGENT J., *Le corps obèse : obésité, science et culture*, Champ Vallon, 2005 ;

DARMON M., *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi*, Thèse, 15/12/2001. Université de Paris V-René Descartes ;

DARMON M., *Devenir anorexique, une approche sociologique*, Editions la découverte, Paris, 2003 ;

DARMON M. La socialisation, A. Colin, 2007 ;

DE GLISEZINSKI I, MORO C, PILLARD F, et al. Aerobic training improves exercise-induced lipolysis in SCAT and lipid utilization in overweight men. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2003; 285: E984-E990 ;

DE SAINT POL T., *L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent*, INSEE Première n° 1123, Février 2007 ;

DECCACHE A., LAVENDHOMME E., *Information et éducation du patient*, de Boeck, 2004 (1999) ;

DECCACHE A., Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'OMS, *La santé de l'homme*, 341, 1999, p. 12-14 ;

DECCACHE A., MEREMANS P., L'éducation pour la santé des patients au carrefour de la médecine et des sciences humaines, in Sandrin-Berthon B. (dir.) *L'éducation du patient au secours de la médecine*, Paris, PUF, 2000, p.147-167 ;

DEMAZIERE D., DUBAR C., *Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion*, Recherches, Nathan, 2004 ;

DEMAZIERES D, GADEA C., *La sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte, Collection Recherche, 2009 ;

DETREZ C., *La construction sociale du corps*, Editions du Seuil, 2002 ;

DODIER N., L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH, *Sciences sociales et santé*, volume XVIII, n°1, 2000, p. 75-117 ;

DIVAY S., (Dossier thématique coord.) Les métiers de l'intervention sociale, *Savoir, Travail et Société*, Volume 3, n°2, L'Harmattan, Paris, 2005 ;

DIVAY S., La médiation sociale : « un nouveau métier » plus de dix ans après son émergence ?, in Demazière D., Gadéa C., (Dir.). *Sociologie des groupes professionnels, acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte, 2009.

DUBAR C., *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1991 ;

DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 2^{ème} édition, 2005 (1^{ère} édition, 1998) ;

DUBET F., *Le déclin de l'institution*, Editions du Seuil, Paris, 2002 ;

DUCHE P., Activité physique et obésité infantile : dépistage, prévention et prise en charge, *Revue science et sports*, Volume 23, Décembre 2008, p. 278-282 ;

DUJARIER M.A., *Le travail du consommateur. De McDo à eBay : comment nous coproduisons ce que nous achetons*, Editions La Découverte, Paris, 2008 ;

DURKHEIM E. (1893), *De la division du travail social*, Paris, PUF, 1998 ;

EBERHARD Y., Evolution historique de l'Activité physique Adaptée : point ponctuel. G. Lecocq chair, France, ILEPS Cergy-Pontoise, XIVèmes Journées francophones en APA, 13 mars 2008 in *Document annexe à la synthèse du PNNS : Activité Physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée*, juin 2008 ;

ELIAS N., *La civilisation des mœurs*, Trad. de l'allemand, Uber den prozess des zivilisation, Paris, Calmann-Lévy, 1973 pp342 ;

ELIAS N., *La Société de cour*, Champs Flammarion, 1985 (réed.) ;

EVETTS J., Short note: The sociology of professional groups. New directions. », *Current Sociology*, vol. 54, n°4, 2006 ;

FAURE O., Histoire sociale de la médecine in CORBIN A., COURTINE JJ., et VIGARELLO G., *Histoire du corps*, Paris, Seuil, 2005 ;

FERRETTE J., « La seconde socialisation professionnelle des enseignants dans un lycée de centre ville. », in DURAND JP., et GASPARINI W., *Le travail à l'épreuve des paradigmes sociologiques*, Le travail en débat, 2007, pp. 315-325 ;

FERRON C., *La place de l'alimentation et de l'activité physique dans le processus de l'adolescence*, INPES, 2006 ;

FREIDSON E., *L'analyse sociologique des professions artistiques*, Revue française de sociologie, vol ; 27, n°3, 1986, p. 431-443 ;

FREIDSON E., *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*, University of Chicago Press, 2001;

FRELUT M.L., *L'obésité de l'enfant et de l'adolescent*, Odile Jacob, 2003 ;

GADEA C., "Impatients d'être médecins. Formation et socialisation professionnelle des étudiants de médecine", *Revue Sociologie Santé (RSS)*, n°27, Système de santé et professions de santé, 2007, p.13-34 ;

GAGNAYRE R., Introduction, Education thérapeutique, *Revue santé publique*, Volume 19, 2007 ;

GAGNON E., *L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé*, Sciences Sociales et Santé, Vol. 16, n°1, mars 1998, p. 49-73 ;

GENOLINI J.P., CLEMENT J.P., *AP et programme nutritionnel en France : une morale de l'effort*, 12ème Congrès International de l'ACAPS, Leuven, Belgique, 31 octobre-2 novembre 2007 ;

GINIOUX C., GROUSSET J., MESTARI S., RUIZ F., *Prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent scolarisés en Seine Saint-Denis*, Revue Santé Publique, Volume 18, 2006 ;

GOFFMAN E., *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Les Editions de Minuit, Paris, 1975, première parution en 1963 ;

GOUJU J.L., La professionnalisation en STAPS : quelques repères historiques et enjeux, in Lima L., Mossé P., (dir.) *Le sport comme métier ? Les STAPS des études à l'emploi*, Octares, Toulouse, 2010, p.1-5 ;

GRANIER F., *La mise en réseau : de l'injonction au concept sociologique*, in La santé en réseaux : quelles innovations ?, Sociologies Pratiques. 1^{ère} édition, Paris, PUF, 2005 ;

GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2001 ;

HAISSAT S., La notion d'identité personnelle en sociologie. Analyse de la construction identitaire à partir du processus d'engagement, *Revue Interrogations*, n°3, 2006 ;

HASKELL W.L., LEE I.M., PATE R.R., et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2007, vol. 39, n° 8: p. 1423-1434;

HENAUT L., *La restauration des œuvres de musées. Transformation d'une activité et dynamiques professionnelles*, Thèse de doctorat en sociologie soutenue le 27 octobre 2008, Université de Paris 8, Vincennes Saint-Denis ;

HERZLICH C., BUNGENER M., PAICHELER G., ROUSSIN P., ZUBER M-C., *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français. 1930-1980*, Paris, Doin-Inserm, 1993 ;

HESS U., SENEAL S., et VALLERAND R.J., Les méthodes quantitatives et qualitatives de recherche en psychologie, in Vallerand R.J. et Hess U., *Méthodes de recherche en psychologie*, Gaëtan Morin, 2000, p. 515 ;

HIRSCH E., *L'éthique au cœur des soins. Un itinéraire philosophique*, Vuibert, Paris, 2006 ;

HUGHES E.C., « *Institutional Office and the Person* », *American Journal of Sociology*, Novembre 1937 ;

HUGHES E.C., *The Making of a Physician, 1955-1958*, p. 116.

HUGHES E.C. *Men in their work*, Glencoe (Ill.), The Free Press, 1958;

HUGHES E.C., *Le regard sociologique : essais choisis*, textes réunis par J.M. Chapoulie, éd. De l'EHESS, Paris, 1996 ;

JACOB E, Les réseaux ville-hôpital : instruments de recomposition du système de prise en charge ou outils de requalification professionnelle ?, *Prévenir*, Ville et Santé, 2, 32, 1997, p. 189-201.

JODELET D, *Les représentations sociales, regard sur la connaissance ordinaire*, Revue Sciences Humaines n°27, 1993 ;

KARPIK L., *Dispositifs de confiance et engagement crédibles*. Sociologie du Travail, 1996, 4, p.527-550 ;

KASTERSZTEIN J., Les stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamique des finalités, in C. Camilleri, J. Kastersztein et al., *Stratégies identitaires*, Paris, PUF, 1991 ;

KENZABURO Ôé (1994) *Une affaire personnelle*, Stock, 1994 ;

KIMM et Coll. « Relation between the changes in physical activity and body-mass index during adolescence: a multicentre longitudinal study ». *Lancet*, 2005;

LAFABREGUE C., *La dynamique de la pratique sportive des jeunes*, Presses de l'Université du Québec, 2001 ;

LARCHER P., Des réseaux dans tous leur états à l'Etat dans tous ses réseaux in *Prévenir*, n°32, 1^{er} semestre, 1997, p. 177-183 ;

LARCHER P., POLOMENI P., *La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Paris, Masson, 2001 ;

LE BIANIC., VION A., (sous la dir), *Action publique et légitimités professionnelles*, LGDJ, 2008 ;

LE FAOU AL., « Les professions de santé vivent sur les principes de la médecine libérale édictés en 1927 », *Dossier santé, le Monde*, Novembre 2007 ;

LE GUEN JM., *Obésité, le nouveau mal français*, Armand Colin, 2005 ;

LE PEN C., *Les habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur*, Calmann-Lévy, Paris, 1999 ;.

LEBON F., LESCURE E., « De nouvelles professions entre précarité et flexibilité : animateurs socioculturels et formateurs d'adultes (1982-2002) », *Regards Sociologiques*, n°32, p.83-95 ;

LEFEBVRE B., PERRIN C., *La place de l'activité physique lors de la prise en charge de l'obésité en pédiatrie dans un réseau de santé : étude exploratoire*, 12^{ème} Congrès de l'ACAPS, Leuven, Belgique, 31 octobre-2 novembre 2007 ;

LEROUX N., HASCHAR-NOE N., LE ROUX N., GOJARD L., Rapport au travail et rapport à l'emploi des sortants de la filière STAPS, in Lima L., Mossé P., (Dir.) *Le sport comme métier ? Les STAPS des études à l'emploi*, Octares, Toulouse, 2010, p.83-100 ;

LEVASSEUR G., BATAILLON R., SAMZUN J.L., *Les conditions de travail des généralistes*, 2003 ;

Livre blanc de Malte, programme de développement quadriennal : 2008-2011, STAPS formation recherche, Conférence des Directeurs STAPS, 2007 ;

LUCAS Y., DUBAR C., *Genèse et dynamiques des groupes professionnels*, Lille, Presses Universitaires de Lille, 1994 ;

MAGET M., *Guide d'étude directe des comportements culturels*, « Civilisation du Sud », SAEP, 1953 ;

MANIDI M.J., DAFFON-ARVANITOU I (Coord.), Apports des recherches épidémiologiques, in *Activité physique et santé, apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Masson, Paris, 2000 ;

MARCELLINI A., *Des vies en fauteuil...- Usages du sport dans les processus de déstigmatisation et d'intégration sociale*, Etudes et recherches, 2005 ;

MASSE R., *Ethique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*, Les Presses de l'Université de Laval, Canada, 2003 ;

MEIRIEU P., *Apprendre... oui, mais comment ?*, ESF, Paris, 1995 ;

MENNESON C., *Des femmes au monde des hommes : La construction de l'identité des femmes investies dans un sport « masculin » : Analyse comparée du football, des boxes poings-pieds et de l'haltérophilie*. Thèse pour l'obtention du doctorat, soutenue le 08/12/2000 ;

MONET J., *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle. Une spécialité impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*. Université de Paris 1 – Panthéon Sorbonne. Institut des sciences sociales du travail. Thèse pour le doctorat en sociologie. Sous la direction de Michel Offerle. Professeur des Universités Paris I – Panthéon-Sorbonne, 2003.

MOUILLIE J.M., LEFEVE C., VISIER L., (sous la dir), *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, Les Belles Lettres, 2007 ;

NEWMAN W.L., *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Boston, 1991;

NOWICKA P, FLODMARCK CE., Physical activity-key issues in treatment of childhood obesity, *Acta Paediatrica*, 2007, 96: 39-45 Suppl. 454 ;

OCTOBRE S., Profession, segments professionnels et identité. L'évolution des conservateurs de musée. *Revue Française de Sociologie*, Vol. 40, n° 2, 1999, p. 357-383 ;

OGIEN A., *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin, 1995 ;

OLIVER I., TAUBER M., NEGRE V., RESPLANDY C., VERBORG S., Cinq réseaux pilotes de prise en charge de l'obésité infantile en France, Rubrique « qualité de vie », *La santé de l'Homme*, n°386, Novembre/Décembre 2006, p. 13-14 ;

OPPERT JM., SIMON C., RIVIERE D., GUEZENNEC CY., *Activité physique et santé : arguments scientifiques, pistes pratiques*, PNNS, Ministère de la Santé et des Solidarités, SFN, 2005 ;

OSIEK F. (1998). Négocier la différence professionnelle et gérer la distance culturelle. Un double défi pour les infirmières scolaires, in Education à la santé : rôle et formation des personnels de l'éducation, *Recherche et formation*, n°28, p.65-77 ;

PAGE et coll., Physical activity patterns in nonobese and obese children assessed using minute-by-minute accelerometry, *Int J Obes (London)*, 2005;

PAILLET A., Autour de la naissance : l'autorité de la médecine en question, in BASZANGER I., BUNGENER M., PAILLET A., (dir.) (2002), *Quelle médecine voulons-nous ?*, La Dispute, p. 189-209 ;

PARADEISE C., *La marine marchande française : un marché de travail fermé ?*, *Revue Française de Sociologie*, XXV, 1984, p.352-375 ;

PARADEISE C., *Les professions comme marchés du travail fermés*, *Sociologie et sociétés*, Vol XX, n°2, 1988, p. 9-21 ;

PARSONS T., *Social structure and dynamic structure: The case of modern medical practice*, *The Social System*, Glencoe (Ill.), The Free Press, 1951;

PARSONS T., (1933) *The Profession and social structure*, in H. -M. Vollmer et D.-L. Mills (eds), 1966, p. 56-58;

PATE R.R., PRATT M., BLAIR S.N., et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama*, 1995, vol. 273, n° 5 : p. 402-407 ;

PENEFF J., *La méthode biographique*, Armand Colin, Paris, 1990 ;

PENEFF J., *L'Hôpital en urgence. Étude par l'observation participante*, Paris, Métailié, 1992 ;

PERRIN C., *Analyse des relations entre le rapport aux APS et les conceptions de la santé*, *Revue STAPS*, 1993, p. 21 à 30 ;

PERRIN C., FERRON C., GUEGUEN R., DESCHAMPS J.P., Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. *Social and Preventive Medicine*, 2002, 47: 162-171;

PERRIN C., ET HOUSSEAU B., Donner du sens à l'activité physique chez les jeunes, *La Santé de l'homme* n°364, 2003, p.10.

PERRIN C., *L'activité physique : une affaire de goûts ?*, *La santé de l'Homme* n°387, janvier-Février 2007, p. 28 à 30 ;

PERRIN C., CHAMPELY S., CHANTELAT P., SANDRIN-BERTHON B., MOLLET E., TABARD N., TSCHUDNOWSKY M., *Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français*, *Santé publique*, volume 20, n°3, 2008 p. 213-223 ;

PERRIN C., Note de Synthèse pour l'obtention de l'HDR, Contribution à l'étude de nouvelles dynamiques professionnelles autour de l'activité physique pour la santé, Université Claude Bernard Lyon 1, 2008 ;

PERRIN C., CHANTELAT P., Construction des compétences et entrée dans la carrière au sein d'un métier émergent : le cas des Educateurs Médico-Sportifs (EMS), In DEMAZIERES D., et GADEA C., *La sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte, coll. Recherches, 2009 ;

PICOT A.L., Relations sociales et sensations : des bonnes raisons de pratiquer pour les jeunes, *La santé de l'homme*, n°364, 2003, p.11-12 ;

PINELL., Médicalisation et procès de civilisation. In Aïach, P, Delanoë, D, *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas. Paris, economica*, 1988, pp37-51 ;

PINELL P., Champ médical et processus de spécialisation, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, 2005, p.4-36 ;

PIOTET F., *La révolution des métiers*, Paris, PUF, 2002 ;

POULAIN JP., *Manger aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques*, Privat, 2002 ;

POULAIN J.P., *T'as vu comme t'es gros ? Faire face à la stigmatisation sociale des obèses*, Université de Toulouse II, Cellule Recherche Ingénierie Tourisme Hôtellerie Alimentation, Septembre 2003 ;

POUTOUT G., Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens, in *La santé en réseaux : quelles innovations ?*, Sociologies Pratiques, Paris, PUF, 2005, p. 33-54 ;

REGNIER F., *Obésité France–USA: les Français ne font pas le poids !*, CERIN, n°161, Décembre 2005 ;

RIMBERT G., (Ré)animer les vieux en maison de retraite : Vocation, flou, vulnérabilité, *Regards Sociologiques* n°32, 2006 ;

ROBELET, M., *Les figures de la qualité des soins. Rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, thèse de sociologie, Université Aix-en-Provence II, 2001 ;

ROBELET M., SERRE M., BOURGUEIL Y., La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, *RFAS* n°1, 2005, p.233-260 ;

ROBELET M., Les médecins, l'Etat et la politique des réseaux de santé en France, in Le BIANIC T., et VION A., (Sous la dir.) *Action publique et légitimités professionnelles*, Droit et société, vol. 48, 2008 ;

ROBINSON TN., *Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial*. JAMA 1999; 282: 1561-1567 ;

ROULIER G., *L'ostéopathie, deux mains pour vous guérir*, Dangles, 1987 ;

SAINT POL T., L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent, INSEE PREMIERE, n°1123, Février 2007 ;

SANICOLA L. (dir.), *L'intervention en réseaux*. Collection Travail Social, Bayard, 1994 ;

SARIS WHM, Blair SN, VAN BAAK MA, et al., *How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the first Stock Conference and consensus statement*. Obes Rev 2003; 4: 101-114;

SCHEWEYER F.X., Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils, in *La santé en réseaux : quelles innovations ?*, Sociologies pratiques, 1^{ère} édition, Paris PUF, 2005, p.89-104 ;

SCHEWEYER F.X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T. ? *Créer et piloter un réseau de santé : un outil de travail pour les équipes*, Editions de l'Ecole Nationale de la santé Publique, 2005 (1^{ère} édition, 2002) ;

SCHÖN D., *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Les éditions logiques, Bibliothèque nationale du Québec, 1994 ;

SIMON C., *Prévention de l'obésité*, La Revue du Praticien, 2005, p.1453-1460 ;

SIMON C., KLEIN C., WAGNER A., *La sédentarité des enfants et des adolescents, un enjeu de santé publique*, Journal de pédiatrie et de puériculture 18, 2005, p.217-223 ;

SOULIE D., *Réponses à vos questions sur le surpoids chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Solar, 2005 ;

STEVENIN P., La santé par l'éducation, *Les Sciences de l'éducation. Pour l'ère nouvelle*, CERSE-Université de Caen, vol. 39, n°1, 2006, p.75-95 ;

STRAUSS A., *Négociations, varieties, contexts, processes and social order*, San Fransisco, Jossey-Bass, 1978;

STRAUSS A., FAGERHAUGH S., SUCZEK B., WIENER C., *The work of hospitalized patients*, Social Science and medicine, 16, 1982, pp 977-986;

STRAUSS A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Logiques Sociales, Editions L'Harmattan, 1992 ;

TAIN L., (dir.) *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, ENSP, 2007 ;

TELAMA et coll., Decline of physical activity from youth to young adulthood: a 21 years tracking study. Am J Prev Med, 2005;

TREPOZZ S., Lyon expérimente la prise en charge des enfants en surpoids, Rubrique « qualité de vie », *La santé de l'Homme*, n°386, Novembre/Décembre 2006, p.10 à 12 ;

TROST et coll., Age and gender differences in objectively measured physical activity in youth. Med Sci Sports Exerc, 2002 ;

VAINES E., Systems framework to facilitate the development of emerging professions, Journal of consumers and home economics, 7, 1983 p.89-98;

VERRET M., *Le temps des études*, Paris, Honoré Champion, 2 vol., 1975 ;

VIGARELLO G., *Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir, de la Renaissance à nos jours*, « L'univers historique », Seuil, 2004 ;

VINAS J.M., LARCHER P., DURIEZ M., (Coord.) (1998), *Réseaux de santé et filières de soins. Le patient au centre des préoccupations*, adsp, actualités et dossier en santé publique n°24, p. 12-52 ;

VUILLEMIN A., ESCALON H., et BOSSARD C., *Activité physique et sédentarité, baromètre Santé-Nutrition 2008* ;

WAGNER A, SIMON C, DUCIMETIERE P, et al. *Leisure-time physical activity and regular walking or cycling to work are associated with adiposity and 5 y weight gain in middle-aged men: The PRIME Study*. Int J Obes 2001; 25: 940-948 ;

WAYSFELD B., *Le poids et le moi*, Armand Colin, 2003 ;

WEBER M., (1921) *Economie et Société*, traduction partielle de Wirtschaft und Gesellschaft, Paris, Plon, 1971, p. 556-568 ;

WINANCE M., *Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions*. Revue Politix. Volume 17 – n°66, 2004 p.201-227 ;

WINANCE M., *Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales*, Revue Sciences Sociales et Santé, Volume 25, n°4, décembre 2007, p. 83-91.

TEXTES REGLEMENTAIRES

- **CODES :**

- CODE DU SPORT Partie législative Livre Ier : Organisation des activités physiques et sportives. Titre préliminaire, principes généraux. Modifié par Arrêté du 17 juillet 2008 ;
- CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R. 4127-1 à R. 4127112 (mise à jour du 14 Décembre 2006). Titre 1 : Devoirs généraux des médecins ;

- **Références PNNS :**

- Programme National Nutrition Santé, PNNS (2001-2005), ministère de l'Emploi et de la Solidarité, qui a débouché sur la campagne « La santé vient en mangeant et en bougeant » promue par l'INPES en 2004. Programme National Nutrition Santé 1 (PNNS1) ;
- Evaluer et suivre la corpulence des enfants, brochure rédigée par Duchène C (INPES), Dr Thibault H (DGS), et coll. PNNS, Décembre 2003.
- Activité physique et santé : arguments scientifiques, pistes pratiques, PNNS, Ministère de la Santé et des Solidarités, SFN, Octobre 2005 ;
- Deuxième Programme National nutrition santé (2006-2010) Actions et mesures, Ministère de la santé et des Solidarités, Septembre 2006 ;
- Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée, Novembre 2008 ;
- Document annexe à la synthèse du PNNS, Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée, Juin 2008 ;
- Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. RETROUVER SA LIBERTÉ DE MOUVEMENT. PNAPS. Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive. Jean-François Toussaint (Décembre, 2008).

- **Décrets, expertise, circulaires...**

- L'arrêté du 4 Août 1965 crée un certificat d'études spécial de rééducation et de réadaptation fonctionnelle délivré par les Facultés de Médecine, destiné aux docteurs en médecine français ou étrangers ou aux étudiants en médecine ayant accompli la dernière année d'études médicales ;
- Décret n°67-652 du 25 juillet. 1967 créant un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur. Seuls les titulaires de ces certificats sont autorisés à enseigner, à encadrer les élèves en stage, et à participer aux différents jurys d'examens ;
- Arrêté du 20 octobre 1982, relatif à l'agrément des écoles préparatoires au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute ;
- Décret n° 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute ;
- Décret n° 85-949 du 4 septembre 1985, modification du décret du 6 septembre 1976. Certificat de moniteur-cadre en masso-kinésithérapie ;
- Arrêté du 30 septembre 1989 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute ;
- Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute ;
- Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, Titre V, RÉSEAUX ET AUTRES SERVICES DE SANTÉ, Chapitre 1^{er}, Réseaux de santé ;
- Circulaire du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé ;
- Circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.
- Avis n°54 sur la prévention de l'obésité infantile. Conseil National de l'Alimentation, Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, Ministère de la Santé, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, adopté le 15/12/2005 ;
- Décret et arrêtés n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatifs aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie ;
- Décret et arrêtés n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatifs à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation ;
- Arrêté du 2 octobre 2007 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004 ;

- Expertise Collective sur l'activité physique : contextes et effets sur la santé, synthèse et recommandations, Inserm, Mars 2008 ;

- **Lois**

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;

Loi n° 2003-708 du 1er août 2003 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Loi N°2007-127 du 30 janvier 2007 qui modifie le code de la Santé publique et fixe : la définition de la profession de diététicien ;

Loi du 22 juillet 2009 (JORF n° 0167) portant sur la réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- **Rapports**

- CAMY J., Rapport sur la mission « professionnalisation des études en S.T.A.P.S », 25 mars 2002 ;

- KREMPF M., Rapport sur l'évolution du métier de diététicien, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé, 2003 ;

- Rapport IOTF : International Obesity Task Force sur les enfants âgés de 5 à 17 ans depuis 1990 ;

- Enquête réalisée tous les 3 ans depuis 1997 à l'initiative de Roche et en partenariat avec la TNS Healthcare SOFRES. Enquête conçue et supervisée de manière indépendante par le Dr M.A. Charles (épidémiologiste et directeur de recherche à l'Inserm-unité780) et le Pr. A. Basdevant (responsable du pôle endocrinologie-métabolisme-nutrition-prévention cardiovasculaire de la Pitié-Salpêtrière-Université Paris 6). 3 enquêtes ont été menées à l'instigation du ministère de la santé en 1997, 2000, et 2003, appelées enquêtes ObEpi (obésité épidémie) ;

- Réseaux de santé, guide d'évaluation Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), service évaluation économique, juillet 2004 ;

- DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR), rapport Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Paris, La Documentation française, Mai 2006 ;
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008;
- Rapport présenté par Monsieur André Flajolet, Député du Pas-de-Calais, Mission au profit du gouvernement (R. Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative) relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, avril 2008 ;

SITES INTERNETS

<http://www.repop.fr/>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/>

<http://afapa.fr>

<http://www.sfp-apa.fr>

<http://sircamt.canceraquitaine.org/rca/reseau/presentationpediatrie.php>

www.epode.fr/partenaires_parrainages/apop.html

<http://www.parhtage.sante.fr/>

ANNEXES

ANNEXE 1

Récapitulatif de la configuration des terrains d'enquête

REPOP A		
LIEU	Les locaux du REPOP se situent au cœur de la ville dans un immeuble « classique », n’ayant pas de connotation médicale particulière, ni de proximité avec un centre hospitalier quelconque.	
ORGANISATION (Professionnels)	<p><u>Dans la coordination:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 médecins coordinateurs, un pédiatre et un médecin généraliste. • 1 coordonnatrice et diététicienne. • 1 secrétaire comptable • 2 diététiciennes • 1 responsable en activité physique. • 1 psychologue. <p><u>“En ville”</u> (professionnels « Réppopiens » partenaires) : les autres professionnels du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecins, diététiciens, psychologues de ville. • Les services de santé scolaire et de PMI. • Les structures de prise en charge collective ambulatoire • Un hôpital prend en charge des obésités secondaires et compliquées. Le service de pédiatrie du sport pose les indications médicales pour les réhabilitations à l’effort dans le cadre des obésités avec pathologies associées. • Le réseau associera les différents professionnels au contact des enfants pour harmoniser les connaissances et les pratiques : services de l’enfance, éducation nationale, services des sports, de la PMI, de la santé scolaire... • Le réseau s’appuiera sur des structures ressources pour conduire les actions de sensibilisation : CRDP (centre régional de documentation pédagogique), l’ADES (l’Association départementales d’éducation pour la santé)... 	
PRISE EN CHARGE EN ACTIVITE PHYSIQUE	<i>Forme de pratique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Auparavant sous traitée durant 2 ans à un médecin libéral mettant en place dans sa région une expérimentation en activité physique pour un public obèse avec la pratique physique. Ce programme consistait alors en un accompagnement en groupe avec 2 séances d’activité physique par semaine, des ateliers diététiques ou temps d’échange entre les parents, les enfants et une diététicienne, mais également un rendez vous médical tout les 2

		<p>mois. Le médecin à l'origine du projet suivant également les enfants une fois tous les deux mois, en venant participer activement aux séances.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désormais, le responsable en activité physique oriente les enfants vers une activité physique en fonction de ses goûts et de ses besoins, sachant qu'il est proposé 2 types de pratiques sportives : natation et roller hockey. Les séances sont de 1heure par semaine. Actuellement un travail est mené pour essayer d'élargir le panel des activités physiques proposées ainsi qu'une diversification des lieux de pratique, pour cela la création d'une association partenaire est envisagée. <p>« Les enfants ils peuvent arriver à n'importe quel moment de l'année, il n'y pas de critères par rapport au degré d'obésité mais comme on n'est pas rattaché à l'hôpital on n'a pas des obésités sévères... » (Responsable en activité physique)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendant les vacances proposition de découverte de nouvelles pratiques dans un partenariat avec certains clubs sportifs.
	Finalités	<p>Ces pratiques sont proposées suite au constat qu'une incitation à la pratique ne suffit pas, car souvent le manque d'activité physique est lié à un manque de moyens financiers, ainsi la proposition d'une activité gratuite semble répondre à certaines situations familiales.</p> <p>« Sur la perception de l'activité physique par rapport à ce qui va être fait dans ces ateliers... ben c'est quand même assez simple parce que...les gens tu ne peux pas rentrer dans les détails... je ne sais pas il y a 2, 3 axes... alors déjà qu'ils soient en groupe d'enfants trop gros...que ce soit du ludique et donc par exemple à la piscine je leur explique bien que ce n'est pas de la natation compétition, qu'on va faire des petits jeux, que c'est des petits groupes...les deux axes essentiels quoi, je crois que j'appuie vraiment plus là-dessus. Mais ce qui est vachement entendu, notamment quand je reçois les mamans... j'ai rarement les enfants, ou les jeunes...les mamans : « ah oui d'être dans un groupe d'enfants trop gros... », je n'ai jamais eu de réflexions, ce qui pourrait arriver et ce qui pourrait être légitime » (responsable en activité physique)</p>
	Coordonnateur ?	<p>Un STAPS, master 2, à la coordination du Réppop ne prenant pas en charge d'activité physique, mais assiste à tous les ateliers proposés: coordonnateur (emploi 24h, ¾ temps)</p>

	Professionnels « encadrants »	<ul style="list-style-type: none"> • STAPS APA (master 1) • Educateurs sportifs : ETAPS, éducateur de club
ENQUETE DE TERRAIN	<p>Une observation participante avec une présence régulière deux fois par semaine durant cinq mois de l'activité roller : rédaction d'un journal de terrain et réalisation de 10 entretiens auprès des jeunes inscrits.</p> <p>Entretiens réalisés dans les locaux du Réppop (cellule de coordination) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 médecins coordinateurs, un pédiatre et un médecin généraliste. • 1 coordonnatrice et diététicienne. • 2 diététiciennes titulaires et une diététicienne stagiaire • 1 stagiaire puis coordonnateur en activité physique (deux entretiens). • 1 psychologue. • 1 président du Réppop <p>Entretiens des professionnels « Réppopiens » de ville :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 éducateur sportif • 1 ETAPS • 1 médecin fondateur de l'expérimentation d'un suivi en activité physique pour les jeunes et adultes en surpoids ou obèses. • 1 médecin nutritionniste « Réppopien » • 1 médecin du sport « Réppopien ». <p>Suivi d'une séance de natation. Suivi d'une formation de professionnels de santé sur deux jours organisée par le Réppop.</p> <p>TOTAL : 14 entretiens.</p>	

REPOP B	
LIEU	Les locaux sont situés au rez de chaussé d'un immeuble de la ville, ils sont donc indépendants de l'Hôpital mais par contre ils sont situés relativement proche de ce dernier.
ORGANISATION (Professionnels)	<p><u>Dans la coordination</u> : l'équipe de coordination du Réppop est composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 médecins coordinateurs, dont une coordinatrice qui est un médecin hospitalier. • Une psychologue • Une diététicienne • Un enseignant en activité physique adaptée • Une coordinatrice administrative • Une secrétaire comptable. <p><u>“En ville”</u> (professionnels « Réppopiens » partenaires) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin libéral du réseau : pédiatre, médecin généraliste, nutritionniste... • Les professionnels de santé paramédicaux : diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, infirmières. • Les centres hospitaliers partenaires • Le service de santé communautaire : médecin scolaire, infirmière scolaire, PMI • Les professionnels de l'éducation : éducateurs sportifs, enseignants, professeurs de sport
PRISE EN CHARGE EN ACTIVITE PHYSIQUE	<p><i>Forme de pratique</i></p> <p>L'activité physique hebdomadaire est évaluée en consultation d'inclusion selon plusieurs paramètres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sport, activité pratiquée hors scolaire : club, UNSS : quel(s) type(s) d'activité(s) et la durée : nombre d'heures par semaine. • L'EPS : dispenses ou non, problèmes rencontrés... • Autres activités physiques quotidiennes, loisirs, weekend, vacances, la fréquence. • Le passé sportif. • La relation au sport : grandeur d'appréciation... • Gène durant la pratique, si oui laquelle : moqueries, essoufflement, douleurs, autres... • Préférences, souhaits, projets... • Activité physique des parents : père, mère : actuellement, et autrefois...

		<p>Les propositions d'objectifs en termes d'activité physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une augmentation de l'activité physique soit : au quotidien, soit de type loisir, soit durant les vacances... • Solliciter une participation aux activités physiques proposées par l'établissement scolaire ou dans un club... • Diminution du temps passé devant la télévision, l'ordinateur... • La participation à des ateliers d'APA • La prescription d'un kinésithérapeute. <p>Les ateliers d'activité physique adaptée (APA), sont proposés par une association existant avant la création du Réppop et prenant en charge différentes pathologies. Ils sont basés sur une pratique multi-activités au sein des séances avec des pratiques physiques soient traditionnelles, soient créés comme par exemple du football avec un ballon de rugby. Elles ont lieux dans différents secteurs de la ville et durant une heure par semaine.</p>
	<p><i>Finalités</i></p>	<p>D'une manière générale :</p> <p>« On est bien clair avec eux, c'est-à-dire qu'on fait très vite un bilan avec l'enfant, et moi pendant mes consultations, souvent les enfants qui vont en atelier, 90% des cas m'ont vu en consultation avant. Et ce qui se passe c'est qu'on leur explique que le sport ne fait pas maigrir par contre on leur explique que le sport ça empêche de grossir. On leur explique que ça va les aider, euh, dans 90 % des cas aussi les enfants ont des problèmes d'essoufflement, de déconditionnement à l'effort, on leur explique que l'objectif nous c'est de les reconditionner, de les aider à tenir plus longtemps sur une activité. il y a aussi un problème de, un gros problème sur le dosage de l'effort chez ces enfants là, chez tous les enfants mais chez eux c'est encore plus marqué, donc on leur apprend par exemple à faire un footing, courir, trouver un rythme de course, c'est, euh, pour nous c'est une des étapes les plus importante et après on essaie de faire le lien avec les enseignants EPS. » (Enseignant en APA et responsable en activité physique du Réppop)</p> <p>Pour les ateliers APA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retrouver le plaisir de bouger en priorité en jouant sur une motivation à pratiquer des activités nouvelles ou anciennes : jeux traditionnels ayant toutes un caractère innovant,

		<p>inconnu. C'est l'attrait pour la nouveauté qui est sollicité chez les jeunes et cela y compris au sein d'une même séance afin d'éviter à tout prix l'ennui ou surtout le découragement face à une difficulté, un échec.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A travers ces différentes pratiques adaptées, l'affiliation est également recherchée au cœur de toutes les propositions afin de nouer des liens sociaux au sein du groupe très hétérogène en âges comme en degré d'obésité. Ainsi les pratiques collectives sont le plus souvent choisies. • A plus ou moins brève échéance (un an maximum de pratique d'atelier APA), l'objectif est d'intégrer un club sportif ordinaire. Pour cela, lors des ateliers l'animateur ou l'animatrice en APA cherche à déceler et faire réaliser à chaque jeune inscrit des compétences sportives « cachées » afin de l'inciter à développer son ou ses « talent(s) ». Pour faciliter cette réintégration dans un club sportif ordinaire, des partenariats sont créés avec certains clubs, et d'autre part il est laissé la possibilité au jeune d'avoir une double inscription, à la fois aux ateliers et en club.
	Coordonnateur ?	Un STAPS, master 2, à la fois enseignant en APA dans une association et détaché au Réppop : coordonnateur (emploi 70%)
	Professionnels « encadrants »	<ul style="list-style-type: none"> • STAPS APA • Kinésithérapeutes • Educateurs sportifs
ENQUETE DE TERRAIN	<p>Entretiens réalisés dans les locaux du Réppop (cellule de coordination) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 diététicienne. • 1 enseignant APA, coordonnateur en activité physique. • 1 éducateur sportif salarié de l'association APA. • 1 enseignant APA, président de l'association d'APA. <p>TOTAL : 4 entretiens</p> <p>Suivi d'un atelier APA multi-activités.</p>	

REPOP C		
LIEU	Le Réppop est basé dans un hôpital dans l'unité d'endocrinologie donc il y a des activités qui tiennent de l'hôpital et d'autres qui tiennent du Réppop. Il y a une équipe dite « associée » du service de médecine du sport dans un autre hôpital.	
ORGANISATION (Professionnels)	<p>« Trois acteurs sont identifiés plus particulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin traitant référent qui est le pivot de la prise en charge ; il assure l'entrée dans le réseau et le suivi régulier et la coordination entre les partenaires. • L'acteur de proximité est choisi en fonction des besoins spécifiques de l'enfant. • L'accompagnateur aide au suivi rapproché. <p>Le réseau met en contact les différents partenaires et fait le lien avec l'hôpital, la médecine communautaire, l'éducation nationale, les associations sportives...</p> <p>Le médecin coordinateur et le médecin traitant décident des examens à programmer ainsi que des modalités de prise en charge durant laquelle il y a une triple prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diététique • Activité physique • Changement de comportement et de mode de vie. » (site internet de présentation) <p><u>Dans la coordination</u>: Une coordinatrice médicale, une responsable des journées d'éducation, une coordinatrice administrative. Puis il y a une équipe « réseau », avec 3 diététicien(ne)s, une secrétaire, une pédopsychiatre, une psychologue, une assistante sociale. Et une « équipe associée » avec un Professeur responsable et un médecin.</p> <p><u>“En ville”</u> (professionnels « Réppopiens » partenaires) : il y a une différenciation entre le médecin traitant référent : Médecins généralistes, pédiatres, endocrinologues, médecins du sport ; l'acteur de proximité : médecin du sport, psychiatre ou psychologues, diététicienne, kinésithérapeute... ; l'accompagnateur : infirmier (libéral, scolaire, ou PMI), assistante sociale, enseignant d'EPS, éducateurs sportifs...</p>	
PRISE EN CHARGE EN ACTIVITE PHYSIQUE	Forme de pratique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Journée d'accueil, bilan : 2 jours. 2. Journées d'éducation thérapeutique : 6 fois (une fois par mois) 3. Atelier d'APA, partenariat avec des associations : cycles de pratique : une à deux fois par semaine
	Finalités	<ol style="list-style-type: none"> 1. « Parce que le message que j'essaye de faire passer durant ces journées, c'est que les 2 sont importants quoi...Que l'activité physique au quotidien c'est quelque chose de très important pour lutter contre la sédentarité et tout ça, tout ce qu'on entend...Et l'aspect activité sportive, activités structurées encadrées, sont aussi très importantes pour voilà avoir des activité quand

		<p>même plus intenses, où la dépense d'énergie est plus importante quoi ! Voilà essayer de faire passer ce message où les 2 aspects sont importants. En activité physique, ben les journées d'éducation c'est vraiment des petites choses... pour associer il n'y a pas vraiment d'objectif de travail précis, c'est pour essayer de se faire plaisir juste quoi là ! C'est pour créer une dynamique de groupe, parce qu'ils vont se voir pendant 2 jours, faire en sorte qu'il n'y ait pas... enfin de délier un peu l'atmosphère quoi ! C'est surtout donc je leur fait faire soit du jonglage, des activités de cirque un peu... Pour qu'ils se disent en fait le sport ce n'est pas uniquement courir, quoi voilà, que c'est autre chose... que travailler uniquement la course, l'endurance et tout ça. » (Enseignant APA, prenant en charge l'activité physique lors des journées d'accueil)</p> <p>2. « Je leur choisis une activité attrayante mais je ne perds pas de vue mon objectif... qui est de mobiliser le corps, de se sentir bien dans la pratique, ressentir, doser son effort, et puis surtout avoir des moyens pour comprendre comment aborder une activité, comprendre où sont ses limitations » (Educateur sportif)</p> <p>3. « c'est multi activités en fait il n'y a pas une activité bien spécifique en fait. Donc nous on essaye d'avoir une approche multi activités parce que... nous c'est des adolescentes qu'on a, donc les adolescents que l'on a pour l'obésité, il faut développer un petit peu tout, donc il faut avoir une approche aussi un petit peu de renforcement musculaire pour la sangle abdominale, il faut leur faire faire des activités où il court, voilà plus cardio où justement là le but cela va être plus la perte de poids et travailler la Vo2 max. ensuite on essaye de travailler tout ce qui est souplesse, parce que c'est souplesse, équilibre, parce qu'ils ont des gros problèmes à ce niveau là, en fait voilà, on essaye de développer toutes les capacités en fait. On fonctionne beaucoup aussi sur le ressenti oui, ben parce que eux ils ont une connaissance de leur corps..., enfin ils ont très peu de connaissance au niveau de leur corps, au niveau du ressenti, on s'en rend surtout compte au niveau des étirements et au niveau du souffle... mais ils n'ont vraiment pas de ressenti quoi, vraiment aucun, et ils n'écoutent pas leur corps on va dire entre guillemets... mais ça c'est parce qu'ils n'ont jamais pratiqué vraiment c'est pour ça aussi quoi. Mais après ça vient vite... ça vient assez vite... » (Enseignant APA, fondateur d'une association)</p>
	Coordonnateur ?	Un STAPS, master 2, à la fois enseignant en APA dans une association et coordonnateur (emploi à 80%)

	<p><i>Professionnels</i> « <i>encadrants</i> »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • STAPS APA • Kinésithérapeutes • Educateurs sportifs
<p>ENQUETE DE TERRAIN</p>	<p>Entretiens téléphoniques par le fait de l'absence de responsable en activité physique lors des premiers entretiens, puis rencontre avec le coordonnateur par la suite (deux entretiens).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 médecin coordonnateur • 1 médecin responsable des journées d'accueil. • 2 diététicien(ne)s • 1 stagiaire responsable activité physique des parents dans les journées d'accueil (Master 2 management du sport). • 1 stagiaire responsable activité physique des enfants et jeunes dans les journées d'accueil (Master 2 APA) : 2 entretiens à 6 mois d'écart, entre le poste de stagiaire et le poste employé à 80%). • 1 enseignant APA, fondateur d'une association d'APA prenant en charge uniquement les jeunes en surpoids ou obèses. • 1 éducateur sportif travaillant à la fois pour une association (réseau de prise en charge pour la lutte contre la sédentarité et pour le Réppop (journées d'éducation). • 1 coordonnatrice administrative du réseau de prise en charge pour la lutte contre la sédentarité. <p>TOTAL : 10 entretiens.</p>	

REPOP D					
LIEU	Les locaux du Réppop sont dans l'hôpital, et il y a un rattachement dans certaines prises en charge (les plus complexes) avec l'hôpital : « Parce qu'on fait le lien, il faut qu'on fasse le lien avec l'hôpital, il n'est pas question que l'hôpital ne soit pas intégré, cela ne s'imagine pas, parce que l'hôpital est nécessaire dans certaines situations. Il y a des situations ingérables, moi je passe un temps infini avec des situations médicales très compliquées qu'un médecin en ville, je ne dis pas qu'il ne sera pas capable de le faire, mais il n'aura pas le temps de le faire ce n'est pas possible. Moi je ne pouvais pas le faire quand j'étais en libéral... » (Médecin coordonnateur du Réppop)				
ORGANISATION (Professionnels)	<p>« Le médecin praticien libéral est le pivot de la prise en charge centrée sur l'enfant et sa famille. Il est accompagné d' « accompagnateurs » comme l'assistante sociale ou l'enseignant d'EPS, et d'acteurs de proximité : diététicien, psychologue... » (site internet de présentation)</p> <p><u>Dans la coordination</u>: Un pédiatre coordonnateur, une secrétaire, une assistante de coordination, une diététicienne, une psychologue, une infirmière puéricultrice, un éducateur médico-sportif.</p> <p><u>« En ville »</u> : Le « médecin Réppop » : Médecins généralistes, pédiatres, endocrinologues, médecins du sport ; l'acteur de proximité diététicien, psychologue, kinésithérapeute, infirmier... ; l'accompagnateur : infirmier (libéral, scolaire, ou PMI), assistante sociale, enseignant d'EPS, éducateurs sportifs...</p>				
PRISE EN CHARGE EN ACTIVITE PHYSIQUE	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><i>Forme de pratique</i></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Inciter à l'exercice physique pour diminuer l'inactivité au cours des journées d'accueil ou des ateliers thérapeutiques basés sur un volontariat total. • Réentraînement : expérience dans le cadre du CHU, tous les ans un thésard est accueilli, pour travailler en médecine sur le réentraînement avec quelques patients volontaires. • Ateliers d'APA. • Clubs sportifs. • Kinésithérapie. • Activité physique de loisir en périscolaire, pendant les vacances scolaires. <p>Orientation dans des centres spécialisés court ou moyen séjour.</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Finalités</i></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Comme un moyen : différenciation entre une activité physique visant la lutte contre la sédentarité et la pratique sportive. <p>Comme outil : Se servir de l'activité physique comme un moyen thérapeutique psychologique (thèmes transversaux) par exemple, la lutte pour travailler la peur de perdre, ou encore l'escalade pour l'insécurité, ceci étant retravaillé par la suite avec le psychologue.</p> </td> </tr> </table>	<i>Forme de pratique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter à l'exercice physique pour diminuer l'inactivité au cours des journées d'accueil ou des ateliers thérapeutiques basés sur un volontariat total. • Réentraînement : expérience dans le cadre du CHU, tous les ans un thésard est accueilli, pour travailler en médecine sur le réentraînement avec quelques patients volontaires. • Ateliers d'APA. • Clubs sportifs. • Kinésithérapie. • Activité physique de loisir en périscolaire, pendant les vacances scolaires. <p>Orientation dans des centres spécialisés court ou moyen séjour.</p>	<i>Finalités</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Comme un moyen : différenciation entre une activité physique visant la lutte contre la sédentarité et la pratique sportive. <p>Comme outil : Se servir de l'activité physique comme un moyen thérapeutique psychologique (thèmes transversaux) par exemple, la lutte pour travailler la peur de perdre, ou encore l'escalade pour l'insécurité, ceci étant retravaillé par la suite avec le psychologue.</p>
<i>Forme de pratique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter à l'exercice physique pour diminuer l'inactivité au cours des journées d'accueil ou des ateliers thérapeutiques basés sur un volontariat total. • Réentraînement : expérience dans le cadre du CHU, tous les ans un thésard est accueilli, pour travailler en médecine sur le réentraînement avec quelques patients volontaires. • Ateliers d'APA. • Clubs sportifs. • Kinésithérapie. • Activité physique de loisir en périscolaire, pendant les vacances scolaires. <p>Orientation dans des centres spécialisés court ou moyen séjour.</p>				
<i>Finalités</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Comme un moyen : différenciation entre une activité physique visant la lutte contre la sédentarité et la pratique sportive. <p>Comme outil : Se servir de l'activité physique comme un moyen thérapeutique psychologique (thèmes transversaux) par exemple, la lutte pour travailler la peur de perdre, ou encore l'escalade pour l'insécurité, ceci étant retravaillé par la suite avec le psychologue.</p>				

	Coordonnateur ?	Un STAPS, master 2, à la fois enseignant en APA, coordonnateur et responsable d'épreuve d'effort lors du diagnostique à l'hôpital (emploi 100%).
	Professionnels « encadrants »	<ul style="list-style-type: none"> • STAPS APA • Kinésithérapeutes • Educateurs sportifs
ENQUETE DE TERRAIN	<p>Entretiens réalisés dans les locaux du Réppop (cellule de coordination) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 médecin coordonnateur • 1 diététicienne. • 1 psychologue • 1 éducateur médico-sportif. <p>TOTAL : 4 entretiens.</p> <p>Suivi durant une demi-journée d'une séance multi-activités de type loisir, organisée pendant les vacances scolaires : badminton, escalade, handball. Encadrement par des éducateurs sportifs, et intégration de certains jeunes du Réppop.</p>	

REPOP E	
LIEU	Réppop départementalisé en cinq Réppop. Dont l'un coordonne les autres et il est principalement rattaché à des centres hospitaliers mais pas les autres.
ORGANISATION (Professionnels)	<p><u>Dans les coordinations</u> : Tous ont une coordination médicale sauf un qui a uniquement une coordination administrative et un Réppop qui vient de passer d'une coordination médicale à l'emploi d'une puéricultrice ayant un DU d'obésité en pédiatrie.</p> <p>Par contre tous ont une diététicienne dans leurs coordinations.</p> <p>Deux Réppop ont une psychologue dans leur coordination.</p> <p>Il n'y a aucun coordonnateur en activité physique dans les cinq réseaux.</p> <p>« En ville » : 2 Réppop sur 5 ont des diététiciens(ne)s et des psychologues de ville « Réppopiens », alors que les trois autres ont uniquement des médecins de ville « Réppopiens ».</p>
PRISE EN CHARGE EN ACTIVITE PHYSIQUE	<p>Finalités</p> <p>« En fait je me suis appuyé sur les activités physiques que l'on fait à l'école primaire, moi ce n'est pas du tout, curatif...C'est pour donner aux enfants l'envie de bouger, qu'ils soient obèses, non obèses, voilà on est ensemble, on fait du sport, on aime le sport donc ce n'est pas du tout curatif. C'est vraiment pour que les enfants se prennent en charge, et aiment l'activité physique au travers des activités que l'on fait, que l'on peut découvrir dans les clubs, ou bien à l'école » (Professeur de sport).</p> <p>« Et du coup l'objectif dans ce centre en tout cas pour moi, en tant qu'éducateur sportif, c'est déjà de les amener sur la pratique sportive et de leur faire comprendre que le sport ce n'est pas si difficile. On ne demande pas forcément d'être des compétiteurs hors normes mais plutôt des praticiens du sport. Et ensuite moi ce que j'essaye de faire, c'est de les emmener sur un projet, donc sportif si possible mais il peut être en parallèle avec des éducateurs et de les amener sur un projet musical à la sortie du centre » (Educateur sportif)</p> <p>« Le fait de venir une fois tous les mois, ça ne suffit pas, c'est beaucoup plus pour redonner le goût, ou pour uniquement montrer que l'on peut faire des choses différentes. C'est plutôt une initiation ce n'est pas du tout une vraie prise en charge dans la manière de bouger, et c'est là où on travaille un peu différemment je pense » (Monitrice de gymnastique suédoise).</p> <p>« Pour leur montrer que l'on a beau avoir une alimentation normale, même si on n'a pas d'activité physique on peut prendre du poids. Parce que ça me semblait important de montrer... parce que des</p>

		fois ils disent : « mais je ne comprends pas moi je ne mange pas beaucoup... », oui mais il ne se bouge pas du tout, donc même avec une alimentation normale on prend du poids si on ne se bouge pas du tout... L'objectif c'est aussi de leur dire, que l'activité physique c'est du quotidien et c'est ne plus du sport donc voilà... »(Diététicienne)
	Forme de pratique	En atelier(s) d'éducation nutritionnelle ou thérapeutique (qui sont pour certains des activités hôpital et non Réppop, même si le personnel du Réppop prend en charge) : allant d'un atelier proposé pour un Réppop à 7ateliers au maximum dans la prise en charge.
	Coordonnateur ?	Essai de candidature de la part de l'éducateur sportif, ayant un deug staps non abouti.
	Professionnels « encadrants »	Un emploi un professeur de sport : entré en concours organisé par la ville, territorial (pas de filière STAPS). Un professionnel ayant un deug STAPS et un brevet d'état handisport embauché dans un hôpital de pédiatrie et de rééducation. Une monitrice de gymnastique suédoise. Un kinésithérapeute Une diététicienne.
ENQUETE DE TERRAIN	<p>Entretiens téléphoniques par le fait de l'étendue de ce Réppop mais aussi l'absence de lieux précis de locaux des Réppop dans certains cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 diététiciennes (dont une diététicienne et monitrice de gymnastique suédoise). • 1 professeur de sport. • 1 éducateur sportif. • 1 psychologue coordinatrice. • 2 médecins coordonnateurs. • 1 coordinatrice administrative. <p>TOTAL : 12 entretiens.</p>	

ANNEXE 2

Les différents guides d'observation

Le guide d'observation d'une séance d'activité physique

Observables	Indicateurs	Lien avec la problématique
Lieu de la pratique	<i>Accessibilité</i> : bus <i>Environnement</i> : centre ville, banlieue, à proximité d'un hôpital, d'autres groupes pratiquent en même temps etc.	Lien avec les structures associatives environnantes ; proximité des lieux d'habitation (ou non)
Répartition des acteurs sur le lieu de pratique	<i>Présence des parents ou accompagnateurs (leur nombre)</i> <i>Séparation des lieux d'observation et d'action</i> <i>Encadrant acteur, démontre ou non</i> : pratiquant ou en retrait <i>Présence d'autres professionnels</i> : diététicien (ne), psychologue	Prise en charge globale du jeune obèse et de sa famille, suivi plus ou moins pluridisciplinaire...
Le vécu dans la pratique physique	<i>Référence culturelle</i> : pratique hybrides, « fun », etc. <i>Plaisir</i> : effort, affinités, <i>Intensité</i> : quantité d'exercice, de répétition. <i>Complexité</i> : acquisition de compétences, développement de capacités motrices.	Degré d'adaptation du dispositif, différenciation des parcours de chaque jeune : animation ou enseignement ?
Les interactions entre les acteurs : avec les professionnels gérant le dispositif entre les jeunes entre les jeunes et les parents	<i>Verbales</i> : encouragements, réprimandes (retenir mots et phrases) <i>Physiques</i> : Tape sur les épaules, aide pour l'ajustement du matériel etc.	Enjeux de concurrence avec les enseignants d'EPS, les kinésithérapeutes, les éducateurs sportifs de clubs ordinaires, etc.
Le contentement des jeunes et de leurs familles quant au suivi en activité physique	Présence systématique aux séances Durée, nombre et nature des échanges verbaux avec l'encadrant, avec les différents jeunes (empathie, bienveillance, encouragements, etc.).	Les jeunes et de leurs familles : « écologie » avec laquelle il existe une alliance ou auditoire des revendications ?

Le guide d'observation des regroupements d'acteurs

Observables	Indicateurs	Lien avec la problématique
Les professionnels présents	<ul style="list-style-type: none"> - Leur <i>temps de travail</i> - Leurs <i>statuts professionnels</i> au sein des Réppop, multipositionnalité - Leurs <i>tâches contrôlées</i> 	<p>Comment caractériser une profession dans un réseau : dans la coordination, ou « en ville » ?</p> <p>Définir l' « engagement » des professionnels dans ces dispositifs par rapport à leur milieu professionnel</p>
La répartition du temps de parole	<ul style="list-style-type: none"> - Les <i>positions « de force »</i> en référence au temps de prise de parole, au ton utilisé - Les <i>positions de recul</i> caractérisées par l'absence de participation, ou la non prise en considération par les autres professionnels des idées avancées par certains. 	<p>Existe t-il des acteurs, des groupes professionnels dominants, dominés au sein de l' « écologie » des professions ?</p>
Les interactions entre les acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Les <i>tensions</i> entre les acteurs (désaccords), l'origine de ces tensions en lien avec ou non avec des concurrences professionnelles ? - Les <i>points d'accord</i> entre les acteurs. 	<p>L'existence de conflits de juridiction plus ou moins explicites dans les différents milieux : médical, paramédical, activité physique (rapport avec les kinésithérapeutes, les éducateurs sportifs, les enseignants d'EPS, etc.).</p>
La place accordée aux patients et à leurs familles.	<ul style="list-style-type: none"> - La construction du « patient acteur » de sa prise en charge : comment ? - La persistance de l'engagement des jeunes et de leurs familles 	<p>La construction de lien avec l' « écologie des jeunes et de leurs familles » ?</p>
L'impact de l'Etat dans le fonctionnement des Réppop et notamment celui de l'activité physique	<ul style="list-style-type: none"> - L'attribution de budget, l'élargissement de celui-ci - Les évaluations qualité - La suppression de budgets - Les autorisations de partenariats Etc. 	<p>La construction de lien avec l' « écologie politique » ?</p>

ANNEXE 3

Les différents guides
d'entretiens.

« ENTRETIENS INFORMELS » AVEC LES JEUNES INSCRITS A L'ACTIVITE ROLLER

Présentation lors de la 1^{ère} leçon : Je suis une enseignante d'EPS faisant des recherches sur l'intérêt de l'activité physique chez les jeunes. Ainsi pour mieux comprendre votre plaisir à pratiquer cette activité, j'aimerais que tu me parles de tes activités physiques pratiquées dont le rink hockey.

THEME	QUESTIONS OUVERTES	RELANCES	REponses ATTENDUES
<p>1. « Historique » à cette activité physique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Depuis quand es tu inscrit dans cette activité ? Selon quel procédé... ❑ Ta présence est elle régulière, quand viens-tu ? As-tu été absent(e)... ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Identifier les « prescripteurs, les incitateurs, voire les accompagnateurs ». ❑ Cette activité est elle difficile, fatigante, traumatisante... ? Et les copains du groupe... ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Un médecin du REPOP a prescrit cette activité, la famille incite (Quel membre principal dans la famille ?)... ❑ Activité plaisante, fun... Ambiance positive, valorisante notamment par l'entraîneur...
<p>2. « Avant » la prise en charge en activité physique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Tu pratiquais une activité physique en dehors de l'école avant de venir à ici, depuis ton enfance ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Durée de pratique d'une activité, fréquence, ... ❑ Choix de cette pratique : par affinités, avec la famille... ❑ Lieu de pratique : proximité, activité attrayante... ❑ Type de pratique : loisir, compétition... ❑ Raisons de l'arrêt d'une pratique... ❑ Aurais-tu aimé continuer cette pratique... 	<p>Identifier le moment du commencement : « je suis en surpoids », « ce surpoids gêne ma pratique physique, rejet de la part des autres... »</p> <p>De même, identifier le moment de l'arrêt de la pratique hors du cadre scolaire si celle-ci existait.</p> <p>Enfin, identifier le rôle des acteurs se situant autour du jeune, parent, entraîneur, amis... (incitateurs, accompagnateurs...)</p>

<p>3. L'EPS avant cette pratique physique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A l'école est ce que tu aimais l'EPS, le sport avant de venir ... ? <input type="checkbox"/> Comparatif entre l'EPS, ou les autres activités pratiquées et le celle-ci de Rink Hockey. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les activités physiques pratiquées, les évaluations, l'ambiance de classe, les moqueries, l'enseignant... <input type="checkbox"/> Moins de moqueries, être entre pairs, motivation de l'entraîneur, valorisation de chacun, absence d'évaluation... 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nombres de dispenses en augmentation avec le surpoids. Identifier le moment de l'arrêt de l'EPS, comparaison avec l'arrêt des pratiques extrascolaires. <input type="checkbox"/> Quel facteur prédomine dans l'arrêt : le groupe (moqueries), ou bien le niveau de pratique (évaluation)...
<p>4. La pratique physique et ces incidences.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Qu'est ce que tu as aimé en venant faire du rink hockey et pas aimé ? Et maintenant qu'en est-il ? <input type="checkbox"/> Depuis que tu es inscrit, cela se passe comment en EPS ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> L'activité en elle-même, le matériel, le jeu, la glisse... Et /ou l'ambiance le respect des autres... <input type="checkbox"/> Le sentiment d'être « fort », « en réussite » dans une activité physique a-t-il des répercussions sur les autres pratiques ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Importance de l'estime de soi revalorisée, de l'appartenance à un groupe, de la pratique d'une activité « fun »... <p>Du coup en EPS, augmentation du temps de pratique (moins de demande d'inaptitude), de meilleurs résultats, une meilleure perception par l'enseignant...</p>
<p>5. Les conceptions de la pratique physique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pourquoi n'aimes-tu pas une activité physique ? <input type="checkbox"/> Pourquoi aimes-tu une activité physique ? 	<p>Type d'activité : individuelle, collectif..., sa forme de pratique : compétition, loisir ; sa dimension prioritaire : performance, production de formes... La finalité de cette pratique : plaisir de l'effort ; de l'émulation dans l'appartenance à un groupe ; les</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Est-ce l'activité physique qui n'est pas appréciée : ne pas avoir envie de bouger ; ou bien est-ce le rejet par le groupe qui détermine prioritairement les

		répercussions possibles sur le corps : se muscler...	conceptions de l'activité physique ?
6. Lien avec l'entraîneur, éducateur.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quel rôle joue l'entraîneur selon toi ? <input type="checkbox"/> S'il n'était pas là, que ferais-tu ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Est-il motivant, encourageant, quelles sont ses attentes pour chacun des jeunes... Est-il juste pour les membres du groupe ? <input type="checkbox"/> Pratiquer le roller sans l'entraîneur, est-ce envisageable ? Notamment avec tes amis du roller ? 	<p>La question de l'identité se pose. Est-ce principalement le rôle et l'attitude de l'entraîneur qui sont les facteurs les plus influents sur les résultats ? Autrement dit, est-ce que les jeunes ne trouvent pas une « famille » d'adoption à roller kid ?</p>
7. Lien avec le médecin libéral qui le suit dans le cadre de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le médecin qui te suit était-il celui qui te suivait régulièrement avant la prise en charge ? <input type="checkbox"/> Quand tu vas le voir te parle-t-il de la diététique, de l'activité physique... ? <input type="checkbox"/> C'est quoi selon toi une réussite de la prise en charge à l'issue des deux ans ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si c'est un nouveau médecin, est-il différent de ceux que tu as pu connaître jusque là ? <input type="checkbox"/> Est-il en lien avec l'entraîneur, avec la diététicienne... ? As-tu connaissance de ton dossier médical partagé ? <input type="checkbox"/> Quels sont les retours que tu as du médecin, des encouragements par rapport à la perte de poids... par rapport au mode de vie, par rapport au bien être... ? 	<p>Le rapport patient-médecin, un rapport à part lorsqu'il est question de surpoids (non considéré réellement comme une maladie avec des symptômes physiologiques).</p> <p>La construction de l'autonomie lors de la prise en charge, en diététique et en activité physique : réalité ou utopie, c'est-à-dire construction de nouvelles dépendances (Eric Bret, 2007)³⁷⁵ ?</p>

³⁷⁵ Bret E., « L'illusion d'une autonomie », in Dépendance et insuffisance respiratoire chronique, Sciences Sociales et Santé, Volume 25 n°4, Décembre 2007, p. 49-82.

ENTRETIEN AVEC LES MEDECINS DES CELLULES DE COORDINATION DES REPOP ³⁷⁶

Amorce : Bonjour, je me présente Blandine Lefebvre, je suis doctorante en STAPS à l'Université Lyon1 et mon travail se situe dans une approche sociologique de l'activité physique au sein des Répop de France. Ce qui m'intéresserait c'est que vous me parliez de votre expérience durant la création de ce réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie, votre cheminement au sein du réseau, ce qui a orienté vos choix...et plus particulièrement en ce qui concerne l'activité physique...

THEME	QUESTIONS OUVERTES	RELANCES	REPONSES ATTENDUES
<p>1. Historique du REPOP et de l'investissement (trajectoire professionnelle)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Quels ont été les éléments déclencheurs de la création de ce réseau ? ❑ Ce qui a déclenché dans votre parcours professionnel cette orientation vers les jeunes en surpoids ou obèses ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Le choix pour les différents axes d'action a été mené selon quels objectifs et quels constats ? ❑ Plus particulièrement concernant l'activité physique, comment s'est effectué sa mise en place. Quels objectifs étaient fixés, quels étaient les intervenants... ? ❑ Les éléments déclencheurs durant votre carrière professionnelle ou dans votre vécu personnel qui peuvent expliquer ce choix ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ L'aspect nutrition domine au regard de celui de l'activité physique. Les prescriptions sont d'abord sous la charge principale des nutritionnistes et des psychologues. ❑ L'activité physique n'était pas pensée en termes d'activité physique adaptée, mais elle était essentiellement envisagée à travers la dépense énergétique procurée. ❑ Le rôle de « pionnier » se définit par rapport à quelle dimension ? La volonté de rompre le système hiérarchique médical et

³⁷⁶ Guide élaboré en collaboration avec A. Huguenel (Responsable en APA, Répop Grand Lyon)

			surtout hospitalier ? Une révolution des formes de soins ? Un élargissement du champ de ses compétences (pour les cas des médecins libéraux)?
2. Le fonctionnement des REPOP en France.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Existe-t-il une harmonisation de ces réseaux ? ❑ Les objectifs et les moyens diffèrent-ils ? ❑ Quelle est la place de l'activité physique adaptée ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ L'évolution vers une plus grande part à l'activité physique se vérifie-t-elle dans tous les réseaux ? Pourquoi ? ❑ En Aquitaine notamment il est question d'ateliers d'activités physiques adaptées, qu'en pensez-vous ? ❑ L'un des objectifs de ces ateliers est une intégration au sein d'un club sportif, qu'en est-il réellement ? Et dans les autres réseaux, quelle est la perspective envisagée pour les jeunes à la sortie du dispositif ? 	<p>Un constat d'échec est fait généralement sur les prise en charge uniquement basées sur la nutrition et le suivi psychologique, de plus lorsqu'il est question de séjour médicalisé de longue durée.</p> <p>La réconciliation avec son corps passe par une réconciliation avec l'autre et cela se trouve complètement vérifié lors de l'engagement ou du réengagement du jeune dans un club sportif.</p>
3. Le fonctionnement de l'activité physique adaptée.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Quels sont les objectifs et les moyens de cette expérimentation (la variété de l'offre s'effectue selon quels critères) ? ❑ Comment s'articulent les 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La place de l'activité physique dans la lutte contre l'obésité en comparaison avec le suivi diététique ou psychologique. ❑ La notion d'équipe et la communication que cela nécessite ? 	S'occuper d'un problème comme l'obésité, nécessite une prise en charge de la globalité du mode de vie du jeune : dimensions psychologique,

	<p>différents rôles des professionnels de santé y compris avec l'animateur en APA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Les éléments qui ont orienté vos choix en matière d'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Quel ressenti a chaque jeune sur ce fonctionnement ? ❑ Avez- vous procédé à un choix entre plusieurs sollicitations ? Si oui de quels ordres étaient- elles ? 	<p>nutritionnelle, physique...</p> <p>Les différentes possibilités d'offres : dynamique de clôture et d'ouverture du marché, création d'offres....</p>
<p>4. Bilan des ateliers d'activités physiques adaptées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Au niveau de la régularité des présences aux séances, qu'en pensez-vous ? ❑ Comment qualifiez-vous l'évolution de ces jeunes ? ❑ Dans quelles mesures peut on décrire le cheminement des jeunes dans ces ateliers : dans l'activité physique mais aussi peut être dans d'autres domaines : répercussions dans le domaine scolaire, familial... ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Quels facteurs peuvent expliquer cette régularité : suivi familial, ambiance du groupe : plaisir... ❑ Les facteurs primordiaux sont tournés vers le bien être de l'enfant, idée de santé positive, globale ; ou bien vers des résultats de minceur à tout prix... Le bien être ne pouvant se trouver qu'après.... ❑ Comment se déroule l'entrée dans l'activité, puis la persistance de la pratique et enfin la suite des ateliers...? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Le climat familial est déterminant pour assurer un suivi régulier de ces jeunes. Mais par la suite, le climat généré par le groupe devient tout aussi important. ❑ La prédominance du résultat mesuré, chiffré sur la balance demeure dans l'esprit des parents plus longtemps que dans celui du jeune... ❑ Peut envisager véritablement une autonomisation à la pratique physique du jeune ? Si oui, de quelle ordre se définirait-elle prioritairement :

			adaptation ou adaptativité...
<p>5. Perspectives de l'activité physique adaptée au sein des REPOP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quelle est la fin théorique de cette expérimentation, comment l'APA ou l'activité physique au sens large va-t-elle se développer ou non ? <input type="checkbox"/> Quels professionnels semblent les plus à même d'encadrer cette prise en charge ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cette expérimentation a quel rôle à jouer pour les futurs projets concernant l'activité physique ? Comment envisagez-vous les futurs projets en activité physique ? <input type="checkbox"/> Et plus précisément quelles sont les dimensions de cette APA qui semblent incontournables ? <input type="checkbox"/> Pour être efficace dans l'accompagnement de ces jeunes quelles compétences vous semblent être prioritaires ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aller vers une définition précise de l'APA dans le traitement des l'obésité en pédiatrie <input type="checkbox"/> Finalement cette option suffit pour la prise en charge en activité physique, ou bien il est indispensable d'élargir le champ des offres pour satisfaire un plus grand nombre. Démultiplier les propositions existantes ou bien varier les formes de ces propositions ? <input type="checkbox"/> Les compétences de savoir être prédominant sur les qualifications professionnelles.
<p>6. Interactions entre les différents membres de la coordination, et avec les professionnels de santé en ville.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réunissez vous régulièrement au sein de la cellule de coordination ? Si oui qui est présent ? <input type="checkbox"/> Interaction avec les professionnels de ville, comment intègrent-ils le réseau ? Quelles compensations 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dans quelles mesures l'animateur ou le coordonnateur en activité physique est-il intégré dans les décisions de directives à donner ? <input type="checkbox"/> Le fonctionnement du dossier médical partagé, est-il partagé par le médical et le paramédical ? La motivation des médecins de ville 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Y-a-t-il une supériorité du médical faite par les médecins coordonnateurs ? <input type="checkbox"/> Les difficultés de recrutement des médecins « Réppopiens » du fait de

	<p>peuvent-ils trouver en intégrant celui-ci ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Le dossier médical partagé fonctionne t-il ? Si oui, vous êtes vous inspiré d'autres Réppop pour son fonctionnement ? ❑ Le travail en réseau comparé à un travail en cabinet, au final que constatez-vous comme différences principales ? 	<p>suffit-elle pour intégrer le réseau ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Peut-on parler réellement de pluridisciplinarité ? Si oui, selon quelles caractéristiques essentiellement ? ❑ Avec quel professionnel de santé de la cellule de coordination travaillez-vous prioritairement ? ❑ Vous considérez-vous comme coordonnateur (trice) devant harmoniser un ensemble de pratiques médicales ? 	<p>la lourdeur du suivi et du peu de résultat : il s'agit plutôt d'une vocation...</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ La pluridisciplinarité s'effectue surtout autour du médecin traitant qui a le pouvoir de décision majoritaire, que ce soit pour les orientations générales, que pour les formes d'application... Ou au contraire oui c'est vraiment chacun qui participe à un moment donné des décisions de manière égalitaire.
--	---	---	--

ENTRETIEN AVEC LES ANIMATEURS ou COORDONNATEUR EN ACTIVITE PHYSIQUE DES DIFFERENTS REPOP

Amorce : Bonjour, je suis doctorante en STAPS à l'Université Lyon1 et je fais actuellement des recherches sur la place de l'activité physique dans les prises en charge des jeunes en surpoids. Mon travail de thèse se situant dans une approche sociologique, mon principal souci est d'observer ce qui se joue au sein des Réppop. En conséquence, il est évident que toutes les informations que vous me donnez ne seront en aucun cas retranscrites sans un anonymat au préalable. J'aimerais alors que vous me parliez de votre expérience au sein du Réppop en tant que responsable en activité physique, et plus particulièrement le rapport que vous entretenez avec les autres disciplines du réseau.

THEME	QUESTIONS OUVERTES	RELANCES	REponses ATTENDUES
1. Historique, origine(s) de l'investissement (trajectoire professionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quelles ont été vos motivations pour accepter de travailler dans le ce projet ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le public des ados en surpoids est particulier, mais dans quelles mesures ? <input type="checkbox"/> Votre sensibilité par rapport au thème de l'obésité, ou plus généralement par rapport aux ados en difficultés, voire aux ados tout court... ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> L'objectif principal n'est plus uniquement la performance réalisée, le gain du match... <input type="checkbox"/> Le rôle d'éducateur domine sur celui d'entraîneur, ainsi l'enseignement est totalement différent et prend une dimension plus humaine...
2. La concrétisation du projet, et la mise en place des contenus	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quels ont été vos choix pour l'organisation des séances, vos objectifs ainsi que les moyens... 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comment avez-vous adaptez les contenus par rapport au surpoids ? <p>Quelles références ont été utilisées : approche diététique, approche psychologique ?</p>	<p>Adaptation du rythme pour permettre à tous de suivre malgré des potentiels différents.</p> <p>Allègement de l'aspect technique au profit du renforcement musculaire, surtout les abdos.</p>

3. La gestion du groupe	<input type="checkbox"/> Comment est né ce groupe ? <input type="checkbox"/> Quelle ambiance particulière ou non règne au sein de ce groupe ? <input type="checkbox"/> Les relations entre eux à tous niveaux : sportif, amical, ... et avec vous ?	<input type="checkbox"/> La gestion des différents âges, des garçons et des filles, des rythmes de pertes de poids...	Malgré de nombreuses différences, l'unité persiste avec de l'entraide avant tout et du respect.
4. Le cheminement des jeunes par rapport à l'activité physique.	<input type="checkbox"/> Comment définir leur rapport à l'effort, physique mental, social ? <input type="checkbox"/> Plus généralement leur rapport à l'activité physique ?	<input type="checkbox"/> Pour les garçons, et pour les filles... <input type="checkbox"/> En fonction des différents âges... <input type="checkbox"/> Existe-t-il des phases relativement identifiables dans le cheminement vis-à-vis de l'activité physique ? <input type="checkbox"/> Prendre des exemples précis d'enfants sans donner les noms...	La réconciliation avec l'activité physique opère par les effets du groupe, sans jugements... De plus, l'approche ludique de l'activité physique facilite l'investissement...
5. Les rapports entre les jeunes et leurs parents.	<input type="checkbox"/> Commentez le lien entre parents et enfants ou jeunes. <input type="checkbox"/> L'évolution de ce lien : <ul style="list-style-type: none"> • dans quel domaine ? • au niveau de la confiance mutuelle ? par rapport au sentiment d'existence de l'enfant ?	<input type="checkbox"/> Les facteurs primordiaux sont tournés vers le bien être de l'enfant, idée de santé positive, globale ; ou bien vers des résultats de minceur à tout prix... Le bien être ne pouvant se trouver qu'après....	La prédominance du résultat mesuré, chiffré sur la balance demeure dans l'esprit des parents plus longtemps que dans celui du jeune...

<p>6. Interactions avec les autres membres du Réppop (cas de l'animateur, non coordonnateur)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Existe-t-il des rencontres entre les différents animateurs en activité physique ? ❑ Une personne est-elle responsable de coordonner les activités physiques ? Si oui, alors quelles relations entretenez-vous avec elle ? ❑ Avez-vous connaissance des dossiers des jeunes inscrits dans votre activité, le dossier médical partagé ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Peut-on parler d'une unité, d'une harmonisation dans la prise en charge en activité physique ? ou bien chacun propose t-il des contenus différents selon son cursus, ou...son vécu... ? ❑ S'agit-il d'une liberté d'action d'encadrement ou bien existe-t-il des « directives » par un présumé supérieur hiérarchique ? ❑ L'activité physique suit-elle les mêmes préoccupations que les autres « disciplines » de la prise en charge comme la diététique ou encore la psychologie... ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Hétérogénéité, ou unité des approches derrière le vocable activités physiques adaptées. ❑ Quelles compétences professionnelles semblent-elles plus particulièrement adaptées, à valoriser dans l'encadrement de jeunes en surpoids ou obèses ? ❑ Le professionnel en activité physique adaptées est-il réellement considéré comme un professionnel de santé ?
<p>7. Interactions avec les autres membres du Réppop (Coordonnateur en activité physique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Si vous aviez à définir précisément votre poste ? Quels sont vos diplômes et vos compétences selon-vous pour assurer cette fonction ? ❑ Les liens avec les autres membres de la coordination ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Définition en termes de professionnel de santé ou bien davantage comme professionnel du sport adapté ou du sport... ? ❑ Evolution des conceptions pour les autres membres qui méconnaissent jusque là la spécificité du métier et 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Les compétences relèvent-elles de la gestion, du relationnel avec les animateurs (cadre) ou bien de la perception fine des besoins des jeunes obèses, voire de leur encadrement... capacité ou compétence d'empathie vis-à-vis d'eux...

	<ul style="list-style-type: none"> □ Avez-vous connaissance des dossiers des jeunes inscrits dans votre activité, le dossier médical partagé ? 	<p>même la « valeur » possible des activités physiques dans le monde médical ?</p> <ul style="list-style-type: none"> □ L'activité physique suit –elle les mêmes préoccupations que les autres « disciplines » de la prise en charge comme la diététique ou encore la psychologie... ? 	<ul style="list-style-type: none"> □ Rôle de « pionnier »³⁷⁷ vis-à-vis de l'activité physique adaptée ? Si oui selon quelles considérations, et en direction de quel professionnel prioritairement ? □ Le professionnel en activité physique adaptées est il réellement considéré comme un professionnel de santé ? Peut-on envisager une forme de domination médicale ?
--	---	---	---

³⁷⁷ Schweyer F.X., Op.cit.

ENTRETIEN AVEC DIETETICIEN(NE) ou PSYCHOLOGUE DU REPOP

Amorce : Je suis doctorante en STAPS à l'Université Lyon1 et je fais actuellement des recherches sur l'intérêt de l'activité physique chez les jeunes en surpoids. Mon travail de thèse se situant dans une approche sociologique, mon principal souci est d'observer ce qui se joue sans perturber le travail de ces jeunes. En conséquence, il est évident que toutes les informations que vous me donnez sur tel ou tel jeune ne seront en aucun cas retranscrites sans un anonymat au préalable. J'aimerais alors que vous me parliez de votre cursus et de votre expérience au sein du Réppop en tant que diététicien(ne) ou psychologue, et plus particulièrement le rapport que vous entretenez avec l'activité physique.

THEME	QUESTIONS OUVERTES	RELANCES	REPONSES ATTENDUES
1. « Trajectoire » professionnelle.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Selon vous qu'est-ce qui vous a amené à travailler au Réppop ? <input type="checkbox"/> Cela occupe t-il toute votre activité professionnelle ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certaines personnes vous ont-elles sollicitées, ou bien est-ce vous qui avez candidaté auprès du Réppop ? <input type="checkbox"/> La motivation principale se situe-t-elle du côté d'un intérêt pour la souffrance de ces jeunes vus en consultation, et le challenge de les soigner, ou bien est-ce la volonté de travailler différemment, voire d'acquérir un autre statut professionnel ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vocation ou recherche d'ascension professionnelle ? <input type="checkbox"/> Conquête d'un nouveau territoire par cette activité professionnelle : à la fois psychologue et diététicien(ne), diététicienne et conseillère en activité physique...
2. Rôle de la diététicienne (ou de la psychologue)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quelle est votre action au sein du REPOP ? <input type="checkbox"/> Comment définiriez-vous en quelques phrases les caractéristiques de votre approche diététique ou psychologique en référence aux adolescents en surpoids ou 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procédez vous selon des enquêtes nutritionnelles, comment sont elles mises au point et par qui ? Est-il fait un bilan qualitatif et quantitatif des enquêtes ? Quel ressenti peut se constater auprès des jeunes ? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La prévalence du nutritionnel ou du psychologique sur l'activité physique, car elles se considèrent comme discipline médicale...

	<p>obèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Quelle approche vous semble la plus adaptée, en consultation individuelle ou collective... ❑ Votre parcours d'études en diététique ou en psychologie vous a-t-il servi ? Si oui, est-ce du point de vue des connaissances ou des compétences prioritairement ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Psychologiquement partez-vous d'un bilan ? Si oui, quels sont les éléments abordés ? ❑ En quoi cette approche psychologique ou diététique est particulière ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La difficulté pour faire le lien avec l'activité physique, ou bien au contraire mélange des deux ? ❑ Est-ce l'obésité qui demande un réajustement permanent des modalités de prise en charge, notamment par le nombre grandissant d'échecs de celles-ci ?
<p>3. L'approche en activité physique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ En quoi l'activité physique a-t-elle un rôle à jouer dans cette prise en charge de l'obésité infantile pluridisciplinaire ? ❑ Quelle évolution avez-vous pu observer d'un point de vue quantitatif et d'un point de vue qualitatif au regard de l'activité physique ? ❑ Votre regard, vos conceptions, ainsi que vos pratiques professionnelles ont-elles évoluées depuis votre travail au sein du Réppop en regard de l'activité physique ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Approche diététique et activité physique, séparation ou non... ? ❑ Approche psychologique et activité physique, où se situe la frontière entre les deux ? ❑ Participez-vous aux séances d'activité physique ? Activement en tant que diététicienne (ou psychologue), et/ou en tant que pratiquante ? ❑ L'activité physique est surtout intéressante dans son approche physiologique, psychologique... La relation entre les professionnels et les jeunes en activité physique... . 	<p>Relativiser l'aspect diététique (ou psychologique) par rapport à l'aspect sportif ou inversement, l'un étant considéré comme prioritaire par rapport à l'autre selon les dimensions qu'ils sollicitent : aspect physiologique, aspect relationnel dans le groupe...</p> <p>Les constats sur un jeune en activité physique : les interactions avec l'entraîneur, les parents si ils sont présents.</p> <p>L'importance prioritaire de la prise en charge est-elle dans l'amaigrissement, ou dans le changement de son mode de</p>

		<input type="checkbox"/> La relation des jeunes entre eux... lors du suivi diététique, ou psychologique dans le cas d'ateliers... existe-t-il un lien au-delà des séances ?	vie en général, ou encore dans la reconstruction d'une socialisation secondaire (Darmon)
4. Les ateliers diététiques (ou groupes de parole)	<input type="checkbox"/> Expliquez le fonctionnement de ces ateliers. <input type="checkbox"/> La présence des parents est-elle obligatoire, combien sont présents, constat ?	<input type="checkbox"/> La finalité de ces ateliers est-elle uniquement informative ou bien est-ce interactif, formatif, partant des idées reçues ? <input type="checkbox"/> La répercussion espérée ? En une séance groupale cela permet-il selon vous des changements importants, des déclics ?	Conflit entre des habitudes alimentaires que l'on peut qualifier de culturelles, et des prescriptions médicales... Prise en charge familiale pour espérer agir sur les modes de vie... Au niveau psychologique, le rapport à la nourriture est très souvent vécu comme culpabilisant pour la mère « nourricière », mais cela concerne en définitive l'ensemble de la famille.
5. Construction d'une autonomie chez les jeunes pris en charge.	<input type="checkbox"/> A partir de quand pouvez-vous estimer que la prise en charge diététique (ou psychologique) est terminée, réussie ou échouée ?	<input type="checkbox"/> Concrètement c'est quoi un jeune « sorti d'affaire » par rapport à son surpoids ou son obésité ? <input type="checkbox"/> Vos références pour définir cet objectif sont surtout de quel ordre : balance énergétique, bien être... ?	Le comportement de l'ensemble du milieu familial est un indicateur caractéristique. Souvent le fait de maigrir ou de se sortir de l'obésité crée une forme de trahison familiale au regard d'une

			<p>culture ou bien d'un échec antérieur de l'un ou des parents face au même problème. Entre en ligne de compte alors l'histoire personnelle des parents : problème de poids ou non...</p> <p>C'est une autonomie avant tout psychologique par la capacité à gérer son image corporelle auprès des autres.</p>
<p>6. Le travail en réseau : interactions avec les autres membres du Réppop (Coordonnateur en activité physique)</p>	<p>Y-a t-il des réunions régulières entre tous les membres de la coordination ?</p> <p>Avec qui travaillez-vous prioritairement ?</p> <p>Avez-vous un libre arbitre de vos choix dans votre discipline ?</p> <p>Le dossier médical partagé vous concerne t-il ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Les décisions sur les orientations à donné sont-elles essentiellement prises par les médecins coordonnateurs, ou bien y-a-t il un débat entre tous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Votre rapport avec le responsable en activité physique a t-il évolué depuis le début du Réppop ? Vous a-t-il fait évoluer quant à vos représentations sur l'activité physique adaptée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Est-ce réalisable et utilisable de mettre en commun des données médicales et paramédicales, surtout lorsqu'il est question de données</p>	<p>Malgré une volonté affichée de pluridisciplinarité dans les réseaux de santé, il demeure une influente domination du milieu médical : « pilier » de la prise en charge.</p> <p>Le responsable en activité physique peut se considérer également comme « pionnier » des conceptions nouvelles de l'APA, ou tout du moins au sens large de l'activité physique envisagée</p>

		psychologiques ?	comme un soin.
7. Interactions avec les professionnels libéraux en ville.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Comment définissez votre rôle de coordonnateur en diététique ou en psychologie ? ❑ Organisez vous des rencontres entre praticiens de ville et coordonnateur ? Quelles est leur but ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Votre rôle de coordonnateur est-il perçu comme supériorité hiérarchique par vos collègues en ville ? ❑ Peut-on parler d'approche commune en diététique ou en psychologie pour les médecins « Réppopiens » ? 	Rôle réel de coordination, c'est-à-dire d'harmonisation des pratiques, ou bien seulement référence en la matière, c'est-à-dire, praticien pour des cas complexes que les médecins n'arrivent pas à « soigner ».

ENTRETIEN AVEC LES MEDECINS Réppopiens

Amorce : Nous sommes respectivement doctorante en STAPS à l'Université Lyon1 et étudiante en Master 2 STAPS actuellement en stage au Réppop chargée de développer l'activité physique dans la prise en charge des enfants. Nous faisons une recherche sur l'AP chez les jeunes en surpoids. Pour cela nous chercherons tout d'abord à comprendre comment vous définissez votre travail au sein du Réppop, et notamment en référence à l'activité physique afin de faire évoluer le dispositif existant pour qu'il puisse à la fois répondre aux attentes des médecins et aux besoins des enfants.

THEME	QUESTIONS OUVERTES	RELANCES	REPONSES ATTENDUES
1. Coursus du professionnel	<p>Quel a été votre cursus de formation initiale ?</p> <p>Dans votre cursus initial et/ou de formation continue comment avez-vous été informé et formé sur l'obésité ? Le surpoids ? L'AP ?...</p>	<p>L'AP dans la prise en charge de l'obésité ?</p> <p>Avez-vous déjà participé à des journées d'étude sur ce thème ou autre ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - formation centrée sur le médical, peu d'AP - problème de la prescription d'AP
2. Intérêt pour l'obésité	<p>Comment ce sujet vous a-t-il plus particulièrement interpellé ?</p> <p>Quels sont les facteurs qui vous ont amené à vous engager au sein du Réppop?</p>	<p>Que pensez-vous du nombre grandissant d'adolescents en surpoids ?</p> <p>Comment concevez-vous le travail en réseau de pro de santé ?</p> <p>Consensus autour des thématiques liés à l'obésité (alimentation, activité physique, psychologique) ? Pourquoi ?</p> <p>Comment (formation, outils, soirée de concertation...)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vécu personnel - Problème de santé publique incontournable - Nécessité de travail en réseau car difficulté à traiter seul
3. Activité physique et surpoids	<p>La place de l'AP de la prise en charge de l'enfant obèse. ?</p> <p>Comment définiriez-vous l'activité</p>	<p>Particulièrement pour les ados</p> <p>Pratiques sportives de club (loisirs,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - privilégie l'activité physique à la pratique sportive - faire bouger à tout

	physique, la forme de pratique adaptée à ce type de public?	compétition) ; activités physiques quotidiennes ; loisirs sportifs informelles ; approche médicale (kiné)	<p>prix</p> <ul style="list-style-type: none"> - adaptation physio à l'effort, en fonction des contraintes de poids (natation, aviron, ...).
4. La mise en œuvre de l'AP	<p>Comment abordez-vous l'AP avec ce public ?</p> <p>En tant que médecin, quelles limites rencontrez-vous ? Selon vous, quels peuvent être les freins des enfants en activité physique ?</p>	<p>Prescription d'une pratique encadrée ? (proposition clubs, proposition d'une pratique particulière, des activités sportives du Réppop (groupe de pairs)... ? Promotion d'un mode de vie plus actif ? Incitation à l'exercice quotidien ? (podomètre, déplacements usuels,)</p> <p>Les modalités de cette pratique ? Pratiques familiales et affinitaires Pratiques scolaires</p> <p>Adaptation aux différents profils (âge, sexe, degré d'obésité, socioéconomique, contexte environnemental...).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - prescription, - motivation : persuader, encouragement, - accompagnement - personnalisation du suivi - Dossier médical partagé - Connaissance des différentes propositions du suivi Réppop

ANNEXE 4

Documents spécifiques

Réppop

1. Exemple de charte d'un réseau Réppop.

Charte du réseau Réppop Toulouse

S'inscrit dans le cadre du décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 ; Art. D 766-1-4 ; Art D766-1-3

L'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluriprofessionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaires.

La charte du réseau définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole et adhérent au réseau ainsi que l'engagement du réseau par rapport aux institutions partenaires. Elle définit aussi les engagements réciproques des professionnels de santé et des patients.

La charte signée par chacun des membres du réseau, (qu'ils soient hospitaliers, libéraux, ou communautaires) rappelle les principes éthiques. Elle est portée à la connaissance des usagers et de l'ensemble des professionnels de santé de la région Midi-Pyrénées.

1. Les professionnels du réseau s'engagent à faire bénéficier de la prise en charge réseau **tout patient** dont l'état de santé le justifie. Tous les membres du réseau sont une porte d'entrée potentielle dans le réseau.
2. Le patient et ses parents (ou responsables légaux) sont **libres de leur décision** de bénéficier ou non du réseau puis de s'en retirer.
3. Le patient et ses parents (ou responsables légaux) sont **libres du choix des professionnels** de santé intervenant pour eux même au sein du réseau (dans la limite où les partenaires sont membres du réseau ou s'engagent à le devenir).
4. Le patient et ses parents (ou responsables légaux) reçoivent **une information** précise et complète sur le réseau, et en particulier sur la possibilité de recours à d'autres professionnels si cela est nécessaire. Ils doivent donner leur accord écrit pour être pris en charge dans le réseau .Cela constitue de leurs parts un engagement clairement établi avec le médecin.
5. Les professionnels du réseau s'engagent à dispenser des soins de qualité en accord avec les recommandations de prise en charge élaborés par le réseau.
6. Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage sont définis avec détails dans la convention constitutive du réseau Réppop Toulouse.
7. Tous les partenaires du réseau s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en œuvre dans le cadre du réseau et compatibles avec leur mission.
8. Les professionnels du réseau s'engagent à participer aux réunions de **formation initiale et continue** mise en place par la coordination.
9. Les personnes morales du réseau (notamment les associations) s'engagent à participer aux réunions de travail et de coordination du réseau et à transmettre les informations sur celui ci à leurs adhérents.
10. Le réseau met en œuvre les processus nécessaires à la **circulation de l'information**, et garantit le **libre accès** de chaque professionnel aux informations utiles à sa pratique. Le réseau assure la protection de **la confidentialité et la sécurité** des informations médicales notamment lors de la circulation des informations nominatives.
11. Les professionnels du réseau s'engagent à participer à la tenue d'un **dossier médical commun** informatisé.
12. Les professionnels rémunérés forfaitairement pour la prise en charge des patients s'engagent à **respecter les conditions** prévues dans ce cadre.

13. Les professionnels du réseau s'engagent à se soumettre aux règles d'**évaluation** concernant leurs activités et leurs pratiques.
14. Les institutions partenaires s'engagent à mettre en place les moyens nécessaires au fonctionnement du réseau. Le réseau s'engage à assurer le libre accès de chaque institution partenaire aux informations nécessaires à l'**évaluation externe** de l'activité du réseau permettant ainsi, en particulier, de s'assurer de l'utilisation adéquate des financements fléchés.
15. Les partenaires du réseau **s'engagent à ne pas utiliser** leur participation directe ou indirecte à l'activité réseau à des fins de **promotion et de publicité**. Cette règle ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

2. Exemple d'un diagnostic en activité physique construit par un responsable, M2APA dans une coordination d'un Réppop.

Evaluation de la dépense physique

Nom et prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Numéro tel:

Adresse mail :

Sexe : M F

ACTIVITE QUOTIDIENNE :

Chez toi, comment considères-tu ton rythme de vie ?

Calme ou rapide ?

Très calme

Plutôt calme

Plutôt rapide

Très rapide

Te convient-il ?

Oui

Moyennement

Non

Pendant ton temps libre, es-tu amené à :

Faire de la marche

(Aller à l'école, chez des ami(es), promenade en famille, vélo, shopping avec les parents...)

Jamais

Une fois par jour

Plusieurs fois par jour

Une fois par semaine

Moins d'une fois par semaine

Deux à trois fois par semaine

Combien de temps environ par jour quelle distance
(environ).....

Monter et descendre les escaliers

Jamais

Une fois par jour

Plusieurs fois par jour

Une fois par semaine

Deux à trois fois par semaine
(environ).....

Combien d'étages

ACTIVITES SEDENTAIRES

Quel temps passes-tu en moyenne à :

Regarder la télévision
au jeu vidéo

Jouer à l'ordinateur ou

Temps par jour en semaine
semaine.....

Temps par jour en

Temps par jour le week-end
.....

Temps par jour le week-end

Autres :

Fréquence :

As-tu la télévision dans la chambre ? Oui Non

l'ordinateur dans la chambre ?

Oui Non

ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Pratiques-tu une activité sportive dans un club ou une association en dehors de l'école ?

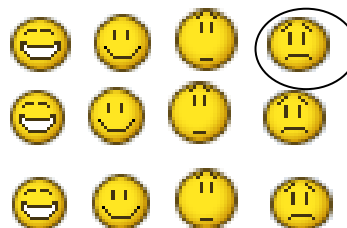
Oui

Non

Si oui laquelle ou lesquelles ?

<u>Activité</u>	<u>Fréquence</u>	<u>Durée de la séance</u>
<i>Exemple :</i>		
Football	2 fois par semaine	2h
.....
.....

Goût pour l'activité



Randonnée	Aérobic	Course à pieds	Snowboard
Ski de fond	Equitation	Badminton	Skate
Aviron	Ultimate	Gymnastique	GRS
Cirque	Rollers	VTT (chemin)	Cardio-training / rameur
Musculation	Waterpolo	Canoe kayak	Escalade
Autres :			

Les cours d'EPS (éducation physique et sportive)

Est-ce que tu participes aux cours ?

Oui, toujours Non, jamais
 Quelquefois Fréquence :

Si tu ne participes jamais ou peu aux cours d'EPS, pourquoi ?

.....

EXPRIME-TOI !

Pour toi, qu'est ce qu'une « bonne dépense physique » ?

.....

D'après toi, fais tu suffisamment de sport ou d'activité physique ?

Oui

Non, tu penses que tu pourrais faire mieux

Comment ?

.....

.....

.....

.....

Questionnaire destiné aux parents

Pouvez vous décrire votre passé sportif ainsi que les activités physiques et sportives que vous pratiquez actuellement ? (Type d'activité, nombre d'années de pratique, à quelle fréquence, à quel niveau)

Père :

Avant :

.....
.....

Actuellement :

.....
.....

Mère :

Avant :

.....
.....

Actuellement :

.....
.....

L'activité physique fait-elle partie de votre quotidien ? (Jardinage, marche, vélo, monter les escaliers, ménage...)

Oui, suffisamment

Non, je pourrais faire mieux

Illustrez votre activité au quotidien : (exemple : je monte environ 5 étages par jour et le mercredi, je fais 20 minutes de vélo à faible allure)

Père :

.....
.....
.....
.....

.....
...

Mère :

.....
.....
.....
.....
.....

Pratiquez-vous des activités avec votre enfant lors de votre temps libre ?

Oui

Types et fréquence :

.....
.....
.....
.....
.....

Non

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

Pensez-vous donner de vous-même une image dynamique à vos enfants ?

Oui

Non

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

ANNEXE 5

Exemples d'entretiens.

1. Entretien avec un médecin coordonnateur.

Entretien avec un médecin coordonnateur C d'une coordination d'un Réppop dans son bureau du Réppop, le 17/04/2008.

Bonjour, je me présente Blandine Lefebvre, je suis doctorante en STAPS à l'Université Lyon1 et mon travail se situe dans une approche sociologique de l'activité physique au sein des Réppop de France. Ce qui m'intéresserait c'est que vous me parliez de votre expérience durant la création de ce réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie, votre cheminement au sein du réseau, ce qui a orienté vos choix...et plus particulièrement en ce qui concerne l'activité physique...

X : Alors l'historique, le réseau a démarré en 2004, en octobre 2004, promu à la fois par l'équipe d'endocrinologie d'ici, pédiatres, x qui est la pédiatre, endocrinologue, et puis le coordonnateur du PNNS de la région, qui avait déjà démarré des actions notamment de formation régionale. Sur la prévention de l'obésité, avant que le réseau démarre, dans le cadre du PNNS ; donc c'est PNNS et puis endocrinologie, parce qu'il n'y avait, et il y a toujours pas de poste dédié ici au CHU pour l'obésité de l'enfant. Donc c'est un créneau qu'il faisait, mais pas comme il faudrait par manque de disponibilités...Donc x travaillait déjà avec les autres au sein de l'APOP qui existait... vous en avez entendu parler ?

I : Oui, oui...

X : Qui existait avant, et il continue à y travailler d'ailleurs maintenant. Et c'est au sein de l'APOP qu'a été réfléchi l'idée de monter des réseaux, types Réppop au départ. Il y avait eu une réflexion initiale un petit peu au niveau national, pour mettre en place les réseaux pour la prise en charge de l'obésité infantile. Il y a eu 3 réseaux pilotes. Donc ici le contexte, c'est une région qui est petite, c'est un avantage. Et puis du coup, on a une légitimité du fait que personne d'autre ne s'occupe de l'obésité des enfants sur la région. On est bien accueilli, on travaille avec les partenaires de façon facile, parce que je vois travailler les autres, et je ne suis pas de la région, je ne suis pas d'ici, donc je connais un peu comment cela se passe ailleurs... Donc ça c'est un réel avantage, avec localement aussi dans la région une ancienneté autour de l'éducation à la santé. C'est une région où il y a eu beaucoup de travail de fait autour de l'éducation à la santé...L'URCAM a beaucoup travaillé en promotion de la santé. Après il se trouve que je suis arrivée en 2003, en 2002 ou en 2003 ici dans la région. Et x m'a proposé ce projet, et c'est vrai que c'est bien tombé parce que je m'y suis investie, enfin je ne sais pas si vous avez vu comment fonctionne les autres réseaux, mais c'est très personnes dépendantes quand même les réseaux...

I : Personnes dépendantes...

X : Si il n'y a pas quelqu'un qui prend le projet... ou qui peut le faire surtout au niveau du temps et des disponibilités, c'est difficile...

I : Oui...la prise d'initiatives et les disponibilités...

X : Donc il s'est trouvé que j'étais là, ... et puis le projet a été déposé, l'association a été créée en 2004, donc c'est une association loi 1901, avec une équipe dont vous avez entendu parler ?

I : Oui, oui...

X : Voilà, qui est de 9 salariés maintenant, et puis au départ cela a démarré dans un département, et puis au bout des 3 ans, des 3 premières années il y a eu une demande importante. On a senti que l'on ne pouvait pas s'arrêter là, donc au final dans les 3 ans on s'est étendu dans la région entière. On a fini là en septembre 2007, par le dernier département, donc là on est régional. Avec des financeurs qui nous ont suivis, parce que l'on a commencé avec une petite équipe, là on a une équipe à temps plein...

I : Oui il faut que les financeurs suivent...

X : Oui parce que les salariés, c'est le gros poste budgétaire quand même. Et puis on a des prestations dérogatoires pour les diététiciennes et les psychologues, alors là aussi cela diffère un peu d'un...

I : D'un réseau à l'autre...

X : On a eu au départ un forfait pour les médecins qui s'est réduit malheureusement à peau de chagrin, parce qu'au niveau national il a été décidé qu'il ne fallait pas de forfait pour les médecins qui participaient au réseau.

I : De forfait, c'est à dire...

X : C'est-à-dire que les médecins prennent leurs consultations, mais c'est des consultations très longues, moi il faut que je remplisse un dossier etc. Donc on avait au départ 150 euros par an et par enfant pris en charge pour les médecins.

I : D'accord...

X : Qui s'était réduit à 50 maintenant parce que voilà...parce que j'ai décidé qu'on allait garder quand même un peu, parce que c'est difficile de demander tant d'investissement aux gens sans contre partie...

I : Oui, c'est pour l'ensemble des médecins Réppopiens ...

X : Oui, libéraux...

I : Libéraux, mais appelés Réppopiens parce qu'ils ont...

X : Parce qu'ils ont choisi voilà. Mais quelle peut être la motivation des médecins ? Un intérêt pour le sujet, beaucoup de patients concernés. Nous on a un médecin qui a quasiment fait un petit réseau là haut, dans un département, qui a toujours pris beaucoup en charge ce type d'enfants avant...même avant que l'on existe. Donc elle, elle en a beaucoup, elle travaille avec nous... elle les emmène à la piscine, enfin elle est très impliquée...

I : Ah oui, d'accord...

X : Donc on a un certain nombre de médecins qui sont vraiment impliqués parce que c'est un domaine qu'ils avaient déjà développés, qui les intéresse... Voilà donc au départ il y a un intérêt pour le sujet...

I : Et vous aussi...

X : Moi, et bien je suis pédiatre général, je ne suis pas endocrinologue, je suis pédiatre généraliste, j'ai été 10 ans en libéral, et je ne fais pas de la médecine pour la médecine, je suis intéressée par les recherches, bien sûr j'en fais aussi ici de la recherche, mais ce qui m'intéresse dans la médecine c'est la relation à l'autre, et le contact, voilà. Et dans l'obésité c'est d'une richesse inouïe, parce que c'est une approche qui doit être globale, qui doit être à la fois de la famille et de l'enfant, qui sur le plan médical aborde plein de domaines différents : l'orthopédie, la génétique, c'est extrêmement varié, et puis vraiment c'est un suivi qui doit être prolongé, qui est basé sur l'éducation et moi c'est ça qui m'intéresse. L'intérêt que j'ai vu ce n'est pas sur le thème précisément...

I : C'est vrai qu'au niveau professionnel, cela n'a rien à voir me semble t-il avec les soins d'un médecin généraliste...des rhumes ou...

V.N : Non, rien, cela demande un investissement beaucoup plus personnel...

I : C'est presque une reconversion, non ?

X : Oui, non pas tant que ça parce que l'approche... quand on fait de la pédiatrie générale, bien sur on soigne les rhumes, mais on suit les familles, moi pendant mes 10 ans de libéral, il y a eu des familles que j'ai suivies du début à la fin, que j'ai vu vivre pendant 10 ans...

I : Oui d'accord...il y a quand même ce suivi...

X : Et l'approche lorsque l'on parle de prévention avec les enfants quand on fait des vaccins, on a également un rôle d'éducation quand on est pédiatre libéral. Un rôle d'accompagnement dans la parentalité, on est interpellé sur de nombreux sujet, donc cette approche là, elle n'est pas nouvelle pour moi...Cette façon d'aborder les familles, après bien sûr je n'avais pas la technicité hein ! Mais ça cela s'apprend toujours...

I : Et au départ, est-ce qu'il y a eu des liens entre les réseaux, est-ce que...

X : C'est-à-dire que le travail de réflexion autour du montage du projet réseau a été fait en commun, au sein de l'APOP, la réflexion a été commune. Je n'étais pas encore dans cette réflexion là, car je suis arrivée vraiment au moment du démarrage du réseau ici, et depuis que l'on a démarré le réseau, je travaille en permanence avec mes collègues...

I : avec vos collègues des autres...

X : Des autres réseaux, on est parti au tout début, on est parti au Réppop X surtout quand on a voulu démarrer l'éducation thérapeutique parce que c'était les seuls qui avaient commencé à faire quelque chose de construit autour de l'éducation thérapeutique de l'enfant obèse, maintenant on met en place des référentiels nationaux sur ce thème. Mais on était parti voir comment ils bossaient, et disons que cela m'a beaucoup aidé pour démarrer, pour concevoir des outils etc. et maintenant je suis par exemple dans la coordination nationale, et je suis chargée de faire ce lien avec les nouveaux réseaux, c'est-à-dire que je suis en contact avec les gens qui veulent monter des réseaux dans les autres régions, et je les aide au niveau des outils... enfin une chose toute simple c'est les dossiers des promoteurs. Donc le lien il y est toujours, on a créé une coordination nationale officiellement depuis 2006...

I : CN Réppop...

X : Voilà on travaille ensemble tout le temps.

I : Donc, c'est quoi... c'est des échanges sur...

X : Alors c'est des échanges sur l'évaluation par exemple, on a une évaluation commune... des écrits sur ce que l'on fait sur les 3000, ou 4000 premiers enfants qui ont été pris en charge dans les Réppop.

I : Oui des résultats...

X : Des résultats, enfin nos résultats vont venir après, enfin vont venir là bientôt. Donc ce sont des publications, on a un travail de recherche sur la femme enceinte obèse que l'on met en place autour de l'éducation thérapeutique, sur 3 centres...

I : L'activité physique...est ce qu'elle est questionnée ?

X : Alors l'activité physique bien sûr au sein de l'APOP, il ne vous en a pas parlé le responsable en activité physique ?

I : Non, non...

X : Donc dans l'APOP, ça c'était la CN Réppop c'est vraiment réseau, travail réseau, à côté de ça il y a toujours l'APOP où bien sûr on travaille, et il y a notamment 2 groupes de travail qui fonctionnent bien là et auxquels on est très impliqué, c'est le groupe de travail : éducation thérapeutique, donc là c'est X qui va avec une Y qui est puéricultrice ici, et ils travaillent sur les référentiels nationaux à partir de l'expérience que l'on a et puis celle des autres. Il y avait un groupe de travail activité physique, et ils ont élaboré au niveau national un petit fascicule pour aider les médecins, c'est ce qu'il vous a présenté je pense, mais qui...

I : Non il ne me l'a pas présenté, mais je l'ai consulté par le biais d'un autre Réppop.

X : Donc ça c'est le travail national au niveau activité physique, et puis après de toute façon on ne peut pas travailler tout seul. Je ne vois pas comment on peut ne pas travailler ensemble, ce n'est pas possible. D'abord ce n'est pas intéressant, et puis on n'a pas tous la possibilité de travailler dans le même axe tout le temps, donc forcément il y a des équipes qui vont développer quelque chose, au Réppop X ils travaillent sur la répartition masse grasse, masse maigre des enfants, ça nous on ne peut pas le faire techniquement ici, mais c'est intéressant de voir ce qu'il en sort. Mais c'est intéressant et on échange, cela permet que chaque équipe travaille dans un domaine qui l'intéresse et qu'elle fasse profiter de ce travail aux autres.

I : Ah, d'accord, et qu'est ce que vous avez pu remarquer sur le cheminement des réflexions par rapport à l'activité physique, est ce qu'il y eu des pensées de départ, contredites par la suite, ou non...sur la terminologie...

X : Alors il y a peut être 2 niveaux, il y a un niveau plus général, moi en lisant un peu ce qui est écrit, et ce que j'avais entendu avant de commencer à travailler dans le réseau sur l'obésité de l'enfant, c'est Marie Laure Frelut qui a pas mal travaillé sur le sujet...

I : Oui, oui, j'ai lu l'un de ses ouvrages...

X : La réflexion, c'est au départ de faire un entraînement vraiment à tous les enfants obèses, un entraînement cycle simplement après...

I : Parce qu'ils ne bougent pas assez...

X : Ils ne bougent pas, on les fait bouger chez un kiné, cela marche très bien, ils améliorent toutes leurs capacités, ils amenuisent leur corpulence, après on les renvoie chez eux et là c'est terminé, c'est-à-dire qu'ils récupèrent, ils reviennent...

I : Ils reprennent leur poids...

X : Voilà, donc la première étape, ça a été de se dire : ça cela ne va pas, ce n'est pas ça qu'il faut, il faut peut être travailler sur l'activité quotidienne, parce que la base quand même de la prise en charge, c'est changer les comportements, que ce soit en diététique ou en activité physique.

I : Oui, oui...Et puis après revenir à ses...

X : L'équivalent diététique c'est le régime, c'est-à-dire que l'on prescrit un régime, et puis après...

I : On reprend...

X : On reprend, et l'activité physique c'est pareil, donc il me semble que le cheminement ça a été ça, c'est-à-dire qu'il valait mieux travailler sur le changement des comportements dans l'activité quotidienne avec les clubs etc. plutôt que de faire des réentraînements à l'effort. Ensuite nous, on s'est rendu compte, qu'il y avait des enfants qui avaient besoin et qui ne pouvaient pas repartir dans le quotidien, refaire de l'activité en club sans passer par la case réentraînement, mais au cours de ces ateliers ou de ces réentraînements on travaille la suite, ça c'est indispensable. C'est-à-dire qu'une partie du travail de réentraînement, et ce n'est pas si facile avec les kinés, j'ai l'impression, car ils n'ont pas l'habitude de faire ça eux, c'est de réfléchir avec l'enfant à la suite, pour qu'après le réentraînement il y ait une activité construite qui prenne le relais...

I : Oui, d'accord...

X : Voilà, alors ensuite...ça c'est un peu la réflexion générale, il me semble que là nous arrivons à quelque chose qui me convient sur le plan intellectuel, et sur le plan pratique aussi, avec cette idée des 3 niveaux...

I : mais ça il y uniquement vous qui avez ces trois niveaux...ou d'autres...

X : C'est ce qui a été écrit dans le fascicule qui va être publié au plan national, et qui a fait la base de la réflexion du groupe de travail...

I : Ah d'accord

X : Donc c'est quelque chose maintenant qui sera publié et qui sera diffusé, et c'est vrai qu'au niveau du réseau et aussi de façon générale, nous au fil des années là... au début on n'avait pas prévu d'éducateur sportif dans l'équipe, parce que les médecins n'ont pas l'habitude...

I : C'est ça...

X : Nous on n'est pas formé à la médecine du sport, sauf si on s'y intéresse plus particulièrement, dans le cursus des études médicales il n'y a rien...

I : C'est ce que j'allais vous demander...

X : Rien du tout, aucune référence sur la diététique non plus, sur l'obésité de l'enfant depuis peu, il est au programme. Je le fais depuis 5ans, 6 ans à peine, avant il n'y avait rien. Donc on n'est pas formé à ça...

I : En tant que pédiatre il n'y a rien non plus sur l'obésité de l'enfant...

X : Non parce que pédiatre il n'y a pas de formation universitaire supplémentaire, c'est une formation pratique, c'est un internat. Les études médicales c'est un tronc commun qui dure 6

ans, après on passe l'internat, et après l'internat, en fonction des choix, de la place, etc. on choisit, donc il y a la médecine générale d'un côté et il y a les spécialités de l'autre. On fait les spécialités, et on valide les spécialités en faisant des stages d'internes où l'on a des responsabilités, et plus de cours théoriques. Les médecins généralistes en ont eux, ils ont une organisation un peu différente, alors que les spécialistes, il y a des cours mais qui sont moins systématiques en tout cas moi je n'en ai pas eu.

I : Plus des stages...

X : C'est des stages obligatoires, mais c'est des stages où l'on a des responsabilités, mais si l'on ne s'intéresse pas spécialement à la médecine du sport ou à ce domaine, on peut très bien ne jamais...

I : Aborder l'activité physique...

X : Ce n'est pas une obligation, et les médecins n'ont pas du tout l'habitude de travailler avec le monde sportif, donc ça cela va changer... grâce au gens qui commence à venir en stage, etc. En hémato pédiatrie ici, et il y a eu une stagiaire STAPS qui est venue, qui a passé du temps avec les gamins cancéreux à les faire jouer, etc. et c'est vrai que cela a ouvert les yeux à pas mal de médecins...

I : Et au niveau professionnel, le fait de travailler en réseau cela questionne... est-ce que cela ne met pas tout le monde sur un même... ?

X : Si, et tout le monde ne sait pas faire ça, ou ne veut pas faire ça... je termine juste parce que... sur l'évolution dans le réseau : au début on n'avait pas d'éducateur sportif, parce qu'on ne l'avait pas prévu dans l'équipe, A est venu en stage ici, s'est rendu indispensable, et moi au départ, la première année tout ce qui était activité physique c'est moi qui le montait avec une interne en médecine générale, que l'on régulièrement ici en stage, qui me seconde. Et c'est donc avec elle que l'on avait commencé à monter des trucs, mais vraiment des bricolages sur la réflexion parce qu'on n'est pas des professionnels...

I : Et vous vous êtes dit que c'est quand même important...

X : Oui c'est fondamental, ce n'est même pas important, c'est fondamental, et donc du coup il a monté un projet et on a pu l'embaucher, on a réussi à avoir l'argent pour, et c'est vrai que c'est indispensable. Et du coup au fil des 3 années, la diététique perd un peu de sa prégnance, parce qu'auparavant quand on parlait d'obésité, on pensait diététique d'abord...

I : Même au départ sur le PNNS 1...

X : Voilà, et c'est vrai que plus ça va, plus on se rend compte pour beaucoup d'enfants que l'activité physique c'est quand même au cœur du... voilà...

I : Au cœur du problème... parce que c'est un levier sur lequel...

X : Et bien disons que ce levier là peut être un levier de plaisir derrière, c'est-à-dire que c'est valorisant de faire du sport. Bon la diététique on a beau dire ce n'est pas des régimes, il n'y a pas de frustration, quand même on demande aux enfants de manger moins.

I : On change ses habitudes...

X : Oui on change ses habitudes, on apprend à manger moins, mais c'est quand même manger moins qu'avant... Alors on essaye de le faire sur du long terme pour pas que ce soit quelque chose de difficile, mais c'est quand même de la frustration de toute façon. L'activité physique par contre c'est retrouver..., c'est se faire plaisir, gagner en estime de soi, c'est le travail sur l'image du corps...

I : Et par rapport à l'éducation thérapeutique, est ce qu'il n'y a pas la notion de prendre en mains son corps... sa vie...

X : Oui peut être, enfin en tout cas j'ai l'impression que c'est au même niveau que la diététique, voire pour certain enfants c'est ce qu'il faut valoriser au maximum. Alors bon il reste des situations où il y a des enfants très actifs, et où le problème il est uniquement diététique ou psychologique...

I : Oui, oui...

X : On ne peut pas généraliser, mais le sentiment que j'ai sur ces 3 ans, c'est que l'on travaille autant et on a beaucoup plus de projets en activité physique, d'ailleurs c'est peut être lié à A aussi

I : Oui, il donne une dynamique...

X : On a énormément de projets en activité physique, moins en diététique mais aussi parce que la diététique c'est quelque chose qui était plus connu. Ceci étant la prise en charge diététique elle évolue énormément, il ne faut pas qu'elle le fasse trop vite d'ailleurs. Parce qu'on est parti vraiment de l'histoire des régimes hypocaloriques, à l'idée qu'il fallait restreindre les quantités, diminuer etc. et là on travaille beaucoup plus sur les sensations, la faim, la satiété...

I : Oui la proprioception, des choses comme ça...

X : Donc il y a eu une évolution importante, ce qui ne veut pas dire qu'il faut jeter tout ce que l'on avait fait avant, parce que là aussi chaque enfant est différent, il y en a avec lesquels on va pouvoir travailler sur la faim, d'autres on va simplement leur dire : « arrête de boire du coca tous les jours ! », et « est ce que tu penses que tu vas pouvoir y arriver ? » Des cas où c'est simple parce qu'il y a des erreurs phénoménales...

I : D'accord...

X : Ce n'est pas une histoire d'habitudes là réellement...

I : Et est ce que A vous a apporté des réflexions à vous aussi sur l'activité physique... ou...

X : Complètement parce que je n'y connaissais rien

I : Vous êtes rentré dans sa démarche...même par rapport à vos patients est ce que vous en parlez de l'activité physique ?

X : Et bien j'en ai toujours parlé, dès le début, les référentiels de prise en charge de l'obésité pédiatrique qui ont été écrit avant les Réppop, mais avec les mêmes professionnels. Il y a des référentiels nationaux qui ont été écrit par les personnes de l'APOP, et l'activité physique et la diététique ont toujours été au même niveau. Dans les référentiels des Réppop, c'est écrit comme ça, c'est-à-dire que l'on fixe un objectif en activité physique, un objectif en diététique, moi j'ai toujours travaillé comme ça. Après c'est sur le plan plus technique que cela m'a apporté beaucoup de travailler avec A, c'est-à-dire que moi l'histoire des SV1 des SV2, tous ces trucs là, moi je ne connaissais pas. Et comprendre, alors là c'est plus de l'aspect scientifique des choses, comprendre ce que l'on fait c'est quand même toujours plus intéressant...

I : Oui, oui d'accord...

X : Les conseils que l'on pouvait donner c'était...en effet...on le sait que l'endurance c'est mieux parce que l'on brûle plus de lipides, mais c'était très vague...

I : oui, oui...

X : Non, non mais c'est très intéressant sur le plan intellectuel aussi...

I : Ca c'est une approche plutôt médicale, et est ce qu'il y a eu une réflexion sur le groupe par rapport aux jeunes obèses, le fait de se retrouver en groupe ou seul...

X : Alors on a mis en place des ateliers en groupes...

I : ateliers d'APA...

X : APA, diététique aussi en groupe et l'éducation thérapeutique se fait aussi en groupe, enfin on fait de l'éducation thérapeutique individuelle en consultation, mais on a un programme d'éducation thérapeutique de groupe.

I : Et c'est nouveau ce traitement en groupe c'est une évolution ou...

X : Je ne sais pas si c'est une évolution... mais non ce n'est pas qu'en activité physique, c'est pour tout, alors cela ne convient pas là non plus à tous les jeunes, mais c'est...

I : Ce n'est pas un changement au niveau médical, ce n'est pas novateur ?

X : Oui, oui...ce n'est pas l'idée de groupe qui est novateur, on va dire que cela a été apporté par l'éducation thérapeutique, oui tout ça...

I : Et l'éducation thérapeutique c'est...

X : L'éducation thérapeutique c'est né des diabétologues qui ont d'abord travaillé là-dessus, diabète et asthme, mais surtout diabète...

I : oui, oui...

X : Avec l'idée que le diabète, il fallait que les gens, (mais là ça découle du diabète, c'est-à-dire que si des gens n'était pas capables de s'adapter, d'adapter leur doses à leur dextro, enfin le médecin ne pouvait pas être derrière en permanence) se prennent en charge. C'est vrai que cela découlait assez facilement de la maladie, donc maintenant l'éducation thérapeutique c'est quelque chose de beaucoup plus organisé, de construit, qui se développe, il y a maintenant des unités dans les CHU, là il y a une UTEP : unité transversale d'éducation pour le patient là au CHU, c'est tout nouveau ! Il y a des DU qui se développent, donc il y a des formations et c'est en train...comme les maladies chroniques...

I : C'est multi maladies....

X : Voilà et maintenant c'est maladies chroniques, et dans l'obésité de l'enfant donc il y a l'équipe de Toulouse qui travaille depuis longtemps sur l'approche en éducation thérapeutique, et ce sont les seuls quasiment, (un peu à Paris) qui travaillent à quelque chose de bien construit. Nous on s'y est mis depuis le début, cela faisait partie du projet du réseau. Enfin là ce n'est pas un travail de réseau, (parce qu'en fait ici la particularité, c'est que nous faisons pour la moitié de notre temps du travail de réseau réellement, c'est-à-dire le lien entre les partenaires, le travail avec l'éducation nationale, avec les conseils généraux, avec les villes, avec le monde sportif, avec le monde libéral etc. Ca c'est le travail de réseau, de coordination de réseau) car pour moitié de notre temps on fait de la médecine et de la prise en charge. C'est-à-dire que les libéraux prennent les enfants en charge, et quand il y a une complication, une situation difficile, c'est nous...

I : Oui c'est votre équipe qui prend en charge...

X : Et on essaye de former les autres services de pédiatrie pour qu'ils fassent pareil dans les autres départements.

I : Ah oui, oui...

X : Parce qu'il y a 4, 5 services de pédiatrie sur le département. Donc c'est le rôle d'expertise de l'hôpital, et dans ce cadre là de prise en charge, on avait dans nos objectifs de mettre en place l'éducation thérapeutique de groupe. Donc on a monté le projet à partir de ce que l'on savait sur ce qui se faisait ailleurs, de nos idées, de notre formation. On s'est tous formé à l'éducation thérapeutique, A fait un DU en ce moment. Et puis voilà, on a monté, on a tâtonné depuis 3 ans, et maintenant on a formalisé quelque chose. Donc une partie de l'équipe travaille au niveau national, pour des référentiels nationaux, et puis nous là maintenant ce que l'on fait, c'est que l'on forme les autres équipes dans les autres départements pour qu'il y ait une proposition un peu partout de ce type d'approche.

I : Oui, d'accord...

X : Donc ça oui c'est nouveau

I : Oui c'est nouveau dans toutes les maladies chroniques je suppose...

X : Oui et puis ce n'est pas une approche qui fait partie de la formation médicale, c'est-à-dire qu'un médecin c'est formé pour prescrire quelque chose. C'est-à-dire que la personne vient, elle à un symptôme, on prescrit un médicament, il repart et puis terminer...On ne peut pas avoir cette approche dans l'obésité ! Dans le diabète non plus, dans l'asthme non plus, enfin dans l'asthme avant c'était fait comme ça, c'est souvent fait comme ça, mais cela ne va pas. Donc en obésité c'est impossible d'avoir cette approche.

I : On est obligé de faire appel au patient...

X : On est obligé sinon cela ne marche pas, et c'est pour cela que cela ne marchait pas jusqu'à maintenant parce que les prises en charge... Si l'on prescrit un régime, ce qui était fait avant, en consultation...En consultation on avait une feuille tout prête avec 30 grammes de ci, 40

grammes de là ! Bon cela ne se fait encore pas pour les enfants mais pour les adultes. Et puis voilà, les gens repartaient avec ça, arrivaient à le faire une semaine, n'osaient jamais dire qu'ils n'y arrivaient pas, la cause c'est parce qu'ils étaient déprimés... bon de toute façon cela ne marche pas ça,... Alors je ne dis pas que ce qu'on fait c'est miraculeux, mais cela peut marcher.

I : C'est une approche plus globale, une approche qui...

X : Qui est efficace sur le long terme surtout... Mais on ne peut pas se passer de cette approche éducative c'est impossible, c'est-à-dire que dans ce domaine en tout cas, parce qu'il n'y a pas de danger vital ! On peut imaginer que dans le diabète on puisse dire : « de toute façon si ne vous le faite pas vous allez mourir à plus ou moins long terme, parce que vous allez faire un malaise... » l'obésité, surtout les enfants, ils ont aucunement conscience que cela va leur dégrader la vie après, et puis ce n'est pas ça qui va les motiver. Donc l'approche éducative de dire : « et bien pourquoi tu viens là ? Quelles sont les difficultés déjà ? »

I : Donc c'est partir de là où il est...

X : Partir de là où il est, c'est ça l'idée de l'éducation : « et bien moi j'en peux plus parce que je ne peux plus me mettre en maillot à la piscine ; je me fais huer ; je n'arrive pas à courir... », enfin bon, ça c'est le départ, on part de ces motivations là, et non pas de trucs idéaux que l'on pourrait dire : « et bien non toi il faut que tu te prennes en charge sinon tu auras du diabète dans 20 ans », il s'en fiche !

I : Oui cela n'a pas de sens...

X : Même si nous, ce qui nous préoccupe c'est la santé publique, ce n'est pas l'allure qu'ils ont, mais individuellement c'est leur vie qui est difficile, donc on part de là, et on si dit : « bon qu'est ce que tu es prêt à faire ? » ; Et on essaye de leur trouver... alors on fait l'enquête dont il vous a parlé...

I : Oui, oui...

X : En activité physique, en diététique, nous on a quelques idées, on dit : « toi tu pourrais faire ça, ça ou ça..., qu'est ce que tu es prêt à faire, qu'est ce que tu penses que tu va arriver à faire ? », et on part de là...

I : Donc il y a une démarche de choix aussi de la part du patient...

X : Oui complètement, on n'impose pas c'est-à-dire qu'on ne va pas dire : « bon d'accord j'ai vu ton questionnaire, tu bois trop de coca, il faut que tu arrêtes le coca ! »

I : Oui, oui...

X : Ca c'est la démarche que l'on essaye de ne pas avoir, mais c'est dur parce que l'on n'est pas formaté comme ça. Et la plupart des médecins n'ont pas cette démarche, ils ont encore la démarche : « il faut que tu fasses ça ! », et après quand il revient : « tu as pris du poids, ce n'est pas bien ! »

I : c'est culpabilisant...

X : Mais c'est difficile, il faut vraiment y travailler...

I : Cela ne fait pas partie de la culture médicale...

X : Non, du tout. Donc la démarche c'est ça, c'est : « on te propose... donc on va t'aider techniquement parce que nous on sait, que ce serait bien que tu fasses ça et ça, qu'est ce que tu peux faire ? Est-ce que tu penses que tu va y arriver ? » On le revoit après et puis s'il n'y est pas arrivé, on cherche pourquoi. On ne le culpabilise pas, de toute façon ils se culpabilisent déjà donc... En général ils se font mal tous seuls donc... de se dire : « pourquoi, qu'est ce qu'il s'est passé ? On analyse, on change d'objectif, on n'y arrive pas toujours mais... »

I : Oui d'accord... et concernant les partenaires, est ce qu'il y a des directives qui vous sont données sur leur nombre... au niveau des financeurs...

X : Et bien c'est-à-dire qu'il y a des partenaires incontournables : éducation nationale incontournable, santé scolaire incontournable, PMI, conseils généraux, direction jeunesse et sports...

I : C'est à renouveler, vous avez des projets ?

X : On a des contacts, on a des projets avec eux, on travaille aussi avec la mutualité nous avec les villes, mais pas toutes les villes parce qu'on y arrive pas en temps...

I : Oui donc ça cela demande beaucoup d'énergie... parce que rien n'est acquis... ou bien ce sont des budgets...

X : Beaucoup de temps, ... et les budgets c'est sur 3 ans, enfin on a un engagement sur 3 ans, mais tous les ans c'es renégocié, tous les 3 ans on fait une évaluation très précise...

I : Ca aussi c'est prenant...

X : Ca aussi c'est très nouveau et c'est indispensable. C'est nouveau, expérimental, donc il faut prouver que l'on est efficace, et puis c'est comme cela que l'on progresse, et puis c'est ce qui est intéressant. Mais cela nous demande pas mal de boulot, donc tous les 3 ans on fait un bilan d'évaluation, et puis on redemande un budget pour 3 ans. Avec des limites de toute façon car c'est une enveloppe nationale et qu'après...

I : Oui évidemment...

X : Après à côté de ça, on peut demander des budgets ailleurs, donc on a un petit budget direction jeunesse et sports, enfin c'est complètement ridicule par rapport à notre budget global quoi ! Mais bon cela nous permet d'acheter du matériel. On a un petit budget de la mutualité, que je vais renégocier, on a un petit budget du conseil régionale, les conseils généraux, je pense que l'on va y arriver aussi à avoir des budgets, mais pour l'instant on n'en n'a pas...

I : Oui, c'est ce que A m'expliquait...

X : Et puis beaucoup d'aides quand même, des prêts de salles, on ne paye jamais de salles pour faire des colloques, ici on est logé gratuitement par le CHU. On a quand même pas mal d'aides logistiques...

I : Oui, parce qu'il y a des Réppop pour lesquels ce n'est pas le cas comme à Z, ils ne sont pas dans un CHU, donc il y a une tonalité médicale ici qui est plus...

X : Je ne sais pas... c'est venu...

I : C'est une histoire de locaux prêtés...

X : C'est une histoire de locaux et aussi d'historique, parce que c'est très lié quand même à la personne qui a monté le projet au départ.

I : Ah oui d'accord...

X : Au Réppop X c'est très médical... c'est très CHU, parce que le médecin coordonnateur a porté cela et voilà, c'est très CHU. Nous on va dire que l'on est entre les 2, parce que moi je ne suis pas CHU, je suis praticien hospitalier, mais j'ai été libéral avant, et je ne me remettrais jamais à travailler. J'aurais beaucoup de mal à m'y remettre... c'est un régal de travailler dans les conditions où l'on est là, parce qu'on est complètement libre... enfin libre si l'on travaille avec rigueur, mais enfin on a une liberté d'action. On gère nos budgets en direct, etc. Et puis au Réppop B c'est D, elle n'est pas à l'hôpital non plus. Mais c'est vrai qu'il faut faire attention... parce que les libéraux peuvent nous parce que le réseau normalement ce n'est pas hôpital donc il faut que l'on fasse attention.

I : C'est un réseau ville-hôpital c'est ça...

X : Oui, parce qu'on fait le lien, il faut que l'on fasse le lien avec l'hôpital, il n'est pas question que l'hôpital ne soit pas intégré, cela ne s' imagine pas, parce que l'hôpital est nécessaire dans certaines situations. Il y a des situations ingérables, je passe un temps infini avec des situations médicales très compliquées qu'un médecin en ville, je ne dis pas qu'il ne sera pas capable de le faire, mais il n'aura pas le temps de le faire ce n'est pas possible. Je ne pouvais pas le faire quand j'étais en libéral...

I : D'accord, donc l'idée du réseau ville hôpital, cela s'appelle comme ça à l'origine parce que vous faites le lien entre médecins de villes et hôpitaux...

X : Oui, c'est ça l'idée, et les enfants qui ont des complications endocriniennes, je peux facilement faire le lien avec l'équipe d'ici pour qu'ils aient un bilan très vite, c'est facile. Alors que lorsque l'on est en libéral dans son cabinet pour avoir un rendez vous ici à l'hôpital c'est plus difficile. Donc, ce lien là c'est extrêmement important et intéressant. Et je m'engage à voir tous les enfants, je me garde du temps pour ça, c'est-à-dire que les médecins qui sont embêtés avec une situation je les vois rapidement. Mais c'est compliqué dans l'organisation, car les médecins hospitaliers n'ont pas l'habitude de travailler avec le libéral... ce qui est une erreur, et on devrait obliger les médecins hospitaliers à travailler à un moment ou à un autre en libéral.

I : Ah oui entre le médecin hospitalier et...le médecin libéral parce que...historiquement...

X : Oui c'est historique... mais il y a des médecins libéraux qui font beaucoup de recherches, qui font avancer les choses.

I : Oui, parce que sinon c'était une question de formation qui explique cette différence ?

X : Non, non même pas plus maintenant, peut être qu'il y a une exigence dans les grands CHU, mais ici non. Il suffit qu'il y ait une place, et qu'il y ait vraiment quelqu'un qui soit là et disponible, à partir du moment où il y a une place, et que l'on passe le concours de PH, ou que l'on a été chef de clinique on l'a

I : D'accord...

X : Alors c'est vrai que les hospitaliers ne font pas toujours le relais avec le libéral.

I : Au CHU il n'y a que des médecins spécialisés ?

X : Oui...

I : Donc il y a cette notion de spécialisation...

X : Oui, mais après il faut travailler ensemble, et l'intérêt des réseaux, moi j'y vois ça, et vraiment la richesse du réseau c'est ça !

I : Oui c'est ça, c'est tout le monde travaille...ensemble...

X : C'est tout le monde travaille ensemble, au même niveau de compétences, chacun a des compétences différentes... travailler avec les diététiciens c'est riche car les diététiciens n'ont pas les mêmes compétences que les médecins c'est évident, mais elles ont des compétences que l'on n'a pas non plus. Mais il faut travailler ensemble.

I : Et le statut de diététicien il vient de changer, non ?

X : Il devrait changer oui... il y a un diplôme d'état je crois maintenant... et c'est vrai que pour les psychologues c'est pareil, mais dans les 2 sens. Les psychologues ont beaucoup de mal à travailler avec les autres, et ils se mettent dans les réseaux justement à communiquer par exemple.

I : Ah oui d'accord...communiquer sur les patient ce n'est pas...

X : Non, donc vraiment le travail en réseau ça fait évoluer le travail ensemble réellement, c'est un des grands intérêts quand même ce travail...

I : Et sur le réseau diabète c'est un peu la même problématique...

X : Oui, oui... c'est-à-dire que l'obésité s'y porte assez bien dans la mesure où on ne peut pas travailler seul avec un enfant obèse. C'est la conclusion un petit peu des observations qui ont été faites avant, des échecs de prise en charge. Echec de prise en charge parce qu'on était tout seul, donc notre idée de base c'est de dire ensemble c'est mieux, voilà donc forcément le réseau s'impose, pour d'autres pathologies il s'impose moins. Il peut moins s'imposer, par exemple ici il y a des réseaux addictologie, et on sent bien que c'est moins.... Pour les soins palliatifs, il faut être plusieurs, tout seul on est démuné. Enfin c'est vrai qu'il y a des pathologies qui se prêtent plus à ce travail ensemble.

I : Et bien merci beaucoup...

X : De rien c'est toujours enrichissant ce genre d'entretien...

2. Entretien avec une diététicienne dans une coordination d'un Réppop.

Entretien de la diététicienne E d'une coordination d'un REPOP, dans les locaux de la coordination, le 16/11/2007

I : Bonjour, je suis doctorante en STAPS à l'Université Lyon1 et je fais actuellement des recherches sur la place de l'activité physique dans les prises en charge des jeunes en surpoids. Mon travail de thèse se situant dans une approche sociologique, mon principal souci est d'observer ce qui se joue au sein des Réppop. En conséquence, il est évident que toutes les informations que vous me donnez ne seront en aucun cas retranscrites sans un anonymat au préalable. J'aimerais alors que vous me parliez de votre cursus, et de votre expérience au sein du Réppop en tant que diététicienne, et plus particulièrement le rapport que vous entretenez avec l'activité physique.

D : En fait nous, que ce soit psychologue, diététicien ou enseignant en activité physique, on voit les patient que le médecin coordinateur voit en consultation obésité, à l'hôpital des enfants. On les voit si les deux médecins référents du réseau estiment qu'il y a besoin d'une évaluation diététique. Donc moi je les vois dans ce cadre là, mon évaluation elle dure à peu près 1h, 1h15 au terme de laquelle on essaye de poser quelques objectifs en fonction des principales erreurs diététiques que j'ai pu relever, s'il y en a... S'il n'y en a pas, on se revoit et puis on voit l'évolution. Donc on pose des objectifs, et de plus en plus, j'arrive à ce que ce soit les enfants effectivement qui disent : « moi je veux bien faire ça, mais je ne veux pas faire ça pour l'instant c'est trop dur, ou ça me semble trop dur... » et donc on travaille un peu là-dessus. Alors ma perception de la diététique à l'heure actuelle, elle est loin de ce que l'on voit en fait et de ce que l'on entend surtout. Le côté normatif, enfin normatif entre guillemets, 5 fruits et légumes par jour... Tous ces discours, moi je les utilise, mais je vais surtout les utiliser, si mes patients m'en parle. J'essaie de plus en plus de travailler sur la faim, la satiété, le rassasiement, et ce n'est pas évident pour eux en plus, parce que des fois ils attendent un régime strict. Et de dire aux gens on mange de tout là, on y va, on ne se pose plus la question, mais par contre on va se poser la question de : qu'est ce que je ressens dans mon corps réellement, et quand j'arrête de manger c'est que effectivement je n'ai plus faim... et que si je continue cela s'appelle la gourmandise, un envie et quelle a sa place aussi. Mais plus elle aura sa place, plus ... si l'envie passe au dessus de la faim et bien on grossit en général... Parce que quand on mange trop par rapport à ses besoins, par rapport à son activité... Du coup ce n'est pas évident car j'essaie d'adapter mon discours autant par rapport au PNNS, dans ce que l'on donne de normatif, en fait dans ce que l'on donne il faut forcément que cela colle aussi par rapport à ça, sur des besoins aussi par jour.

I : Sur ce qu'ils entendent eux aussi...

D : Sur ce qu'ils entendent, on sent qu'il y a parfois des dérives, donc on essaye de faire attention à ça...

I : D'accord...

D : Et donc je les suis jusqu'à leur inclusion, c'est-à-dire du moment où leur médecin généraliste est formé par le réseau. Ou autrement, si le médecin ne veut pas, on réoriente cet enfant vers un médecin qui est déjà dans le réseau pour pouvoir suivre son poids, sa taille... voilà...

I : D'accord...

D : Et si, moi j'ai estimé en évaluation diététique qu'il y a vraiment besoin d'un suivi...

I : Diététique...

D : Diététique... je le propose au médecin et le médecin propose au patient d'aller voir telle ou tel diététicien (ne) inscrit (e)s au réseau...

I : Pas forcément vous...

D : Non, moi je ne les suis pas, j'essaye de ne pas les suivre...

I : D'être juste à l'origine de la prise en charge...

D : Si jamais cela passe par moi, parce qu'il y a les enfants REPOP qui sont détectés par les médecins coordonnateurs, et les enfants REPOP qui sont détectés par les médecins généralistes REPOP.

I : Oui, d'accord...

D : Moi, par contre mon rôle ici au REPOP au niveau administratif, c'est de chapoter entre guillemets les diététiciennes de la région. Les diététiciennes libérales, donc elles ont un référent c'est moi, en général pour faire le lien entre elles et le médecin ou entre le patient et le médecin, donc moi je vais faire ce lien là, donc en général je sais qui vois qui, à peu près... On commence à en avoir beaucoup donc cela commence un peu à être difficile, mais je sais à peu près qu'elle diététicienne voit quel patient, et j'essaye de ne pas motiver les diététiciennes à faire un suivi spécifique. Avant, en diététique on faisait un suivi par mois, vous alliez voir une diététicienne une fois par mois. Là on essaye un peu de changer ça, parce que le médecin généraliste est le premier, le pilier en fait du réseau, donc du coup, normalement il a une part plus importante, sauf qu'il y a plein de points que lui il ne veut pas aborder non plus. Donc on essaye d'avoir une alternance diététicienne-médecin, c'est-à-dire un mois sur deux. Et même j'essaye de plus en plus de faire choisir l'enfant, c'est-à-dire que je lui dis : « tu verras une diététicienne mais bon si tu veux la voir tous les 3 mois, tu la vois tous les 3 mois, si tu veux la voir tous les 4 mois, tu la vois tous les 4 mois... c'est à toi de prendre en charge aussi ce type de chose. » Après il y a des diététiciennes qui veulent travailler plus les premières semaines, donc elles les voient tous les 15 jours pendant 2 ou 3 mois, et puis elles espacent après. Parce que ça c'est vraiment du cas par cas en fait. C'est vraiment selon les patients, selon les demandes qu'ils ont. Donc moi mon rôle c'est vraiment ça, c'est de chapoter en fait, de voir les dossiers des patients qui passent, de dire s'il y a une diététicienne qui a dit en début d'évaluation « on n'a pas besoin de suivi pour cet enfant », au moins de regarder si cet enfant il évolue bien au niveau de son indice de masse corporelle.

I : Quand même oui...

D : Ah oui, si quand même... Je le suis parce que le médecin en fait envoie son dossier ici au REPOP. Et comme il a vu la diététicienne une fois... En fait s'il a vu la diététicienne au moins une fois, et bien dans ces cas là, j'ai toujours son dossier qui arrive sur mon bureau. En général je prends le temps de regarder tous les dossiers qui arrivent sur mon bureau, ce n'est pas évident...

I : En fait vous suivez tous les patients...

D : J'essaye...

I : Donc c'est un suivi diététique « silencieux ».

D : Oui... pour certains des patients ils ne me voient pas, ils ne m'entendent jamais... Il y a des fois où je les appelle d'ailleurs, et je leur dis voilà « excusez moi, je suis la diététicienne qui chapote les diététiciennes de la région, vous n'avez pas pris rendez vous, peut être que c'est parce que vous n'avez pas envie de voir une diététicienne, mais dites le nous, plutôt que l'on attende... »...

I : Oui, d'accord...

D : Voilà je les appelle comme ça, et cela redonne un peu un fonctionnement, je leur dis voilà, « allez voir votre médecin », voilà, ce n'est pas comme au Réppop X, où elles ont carrément du coaching téléphonique...

I : Voilà, oui...

D : Moi je me rends compte que certaines fois je le fais, mais ce n'est pas je prends une demi-journée et j'appelle tous mes patients...

I : C'est moins systématique...

D : Voilà, c'est moins systématique, en tout cas pour le moment...

I : Oui, oui...

D : J'essaie en tout cas d'avoir pas mal un suivi patient... parce que de toute façon j'ai des diététiciennes qui sont là, et qui sont bien présentes et qui sont capables de m'appeler et de me dire « tiens ce patient là il n'a pas pris rendez vous, tu m'as envoyé le dossier mais je n'ai pas de nouvelles, qu'est ce qu'il devient... »

I : Il y a vraiment un réseau autour du suivi diététique...

D : Voilà, oui, enfin certaines attendent ça et moi j'attends ça d'elles... dans le sens où on est un réseau, on est une équipe, on essaye en tout cas d'être une équipe ce qui n'est pas toujours évident, dans le pluridisciplinaire....

I : Oui, oui...

D : Donc je veux que cela fonctionne pareil avec les diététiciennes, si elles rentrent dans un réseau c'est qu'elles veulent aussi s'impliquer. Donc effectivement je leur demande d'être là, quoi ! Et je leur demande de m'envoyer les dossiers en temps, même si je ne les ai pas pour certains médecins, et bien j'essaie que les diététiciennes elles soient un peu « carré » dans ce qu'elles font avec nous. Et c'est vrai que du coup, je suis un peu embêtante, ...j'ai une diététicienne hier qui m'a parlé de calories, de grammage...

I : C'est ce que j'allais vous dire...sur le contenu de la diététique, vous êtes en réseau, mais est ce que vous êtes sur les mêmes savoirs et savoir faire ?

D : Et bien pas avec toutes, et en fait j'essaie de faire des réunions, là il n'y en a pas eu depuis le mois de juillet, et je vais en programmer une je pense pour le mois de février, où je réunis les diététiciennes libérales du REPOP, ...

I : D'accord oui...

D : Les diététiciennes ou les diététiciens, et la dernière fois, on a essayé de faire un cas clinique. Parce qu'effectivement mon souci c'est quand je vois des dossiers, et que je vois qu'il y a un truc super « carré », pour un enfant je trouve ça difficile, je trouve ça vraiment difficile à plus ou moins long terme, je pense que cela ne fonctionnera pas forcément. J'ai peut être des idées arrêtées, c'est peut être au cas par cas. Donc du coup, souvent j'appelle la diététicienne en fait pour savoir pourquoi, « tiens pourquoi tu as posé cet objectif là, je n'ai pas compris... tiens il y avait ça... » Donc on pourrait penser que je remets un peu en cause leurs façons de travailler, alors j'essaie de ne pas aller dans ce sens là, mais j'essaie que cela évolue la diététique quoi !

I : Oui...

D : Il ne faut pas se leurrer quoi ! On est encore sur certains points à peser les aliments moi je ne veux pas, cela devient une contrainte, il n'est pas question que cela devienne une contrainte de manger. Donc, c'est plus difficile, c'est plus long mais c'est très important en fait d'en arriver là. Mais la maman que je viens de voir par exemple, elle pèse tous les aliments pour sa fille, elle pèse tous pour elle et pour sa fille quoi ! Je dis bon : « à un moment ou à un autre il faudra arrêter ça, si ça vous rassure continuez le, mais à un moment ou à un autre... ». Donc voilà, mais ça évolue, il y a plein de diététiciennes qui commencent à fonctionner aussi comme ça, mais on a appris des choses à l'école et on essaye de prendre du recul par rapport à la réalité de terrain...

I : Et oui, il y a tous ces facteurs...

D : Oui, c'est tout ça qui n'est pas évident, mais en fait avec certaines on travaille, avec d'autres on travaille moins... Et puis en même temps ces autres là, elles vont forcément voir l'évolution que cela prend. Parce qu'en fait, je vais un peu faire l'avocat du diable, mais il y a 95% des personnes qui sont traitées en obésité et qui retombent dans les 5 ans quoi ! Dans les 5 ans elles reprennent leur poids sinon plus, donc cela veut dire que finalement...

I : Et vous avez des références, vous êtes sûre...

D : Ah oui, oui, c'est gros.org qu'il faut regarder...

I : D'accord, mais c'est l'adulte, ou le jeune...

D : C'est l'adulte...

I : Moi ce qui m'intéresse c'est l'adolescent...

D : Oui c'est vrai qu'en fait après ces jeunes ados deviennent des...

I : Adultes, oui...

D : Donc on est d'accord c'est de la prévention...

I : Et par rapport à l'activité physique adaptée, vous suivez, vous avez un lien ou pas, vous allez les voir ?

D : Là je n'y suis pas allé depuis un certain temps, j'y allais un peu l'an dernier, j'y suis allé de temps en temps. Donc du coup il faudrait 20% de temps plus... Il y a certains patients que je vois en consultation après je ne les vois pas en APA. Pour la simple et bonne raison que le plus près c'est à X, et c'est le mercredi après midi et je suis en consultation...

I : Oui, d'accord...

D : 90% de temps partiel, et à partir du mois de janvier 70%... donc...

I : Oui, et cela ne vous semble pas lourd pour le jeune d'aller à l'activité physique, à la diététique, chez le psychologue, continuer de voir le généraliste...

D : Oui, je suis d'accord avec vous...mais dans ces cas là, ce serait bien je pense que j'y aille juste pour leur montrer que j'existe, en fait. Ils ont la possibilité d'avoir recours à moi au moment qu'ils veulent sans avoir à leur imposer. Ca ce serait intéressant... après effectivement chez les ados, ce n'est pas évident cette prise en charge, j'ai eu une ado hier qui est arrivé dans mon bureau et qui me dit « moi je veux perdre 15kg et je veux que vous me donniez des médicaments pour perdre 15kg ». Donc non, elle avait vu un médecin du réseau... et je lui ai dit « pourquoi tu n'as pas continué à le voir » elle m'a dit « et bien parce qu'il ne me donne pas des médicaments pour perdre du poids! ». Après chez les ados on a vraiment de tout quoi, il y en a qui veulent faire des efforts et puis d'autres qui ne veulent rien faire. Donc après, c'est vrai que par rapport à l'activité physique adaptée... en plus c'est quelque chose de super intéressant pour eux... on sent bien qu'une fois qu'ils y sont, (ils n'ont pas toujours envie d'y aller), mais une fois qu'ils y sont, ils s'y retrouvent en fait ... ils s'y retrouvent dans le groupe quoi... donc après la diététique...

I : Ca vous le voyez de l'extérieur, vous ?

D : Oui.

I : Vous le pensez comme ça...

D : Pour ceux que j'ai en consultation, oui...

I : Parce que pour ceux que vous suivez en consultation...

D : Pour ceux que je suis en consultation en fait c'est ça, c'est qu'au début « non je n'ai pas forcément envie d'y aller... » Et puis en fait ça leur plaît parce qu'ils ont leur pairs aussi quoi... et c'est important. Est-ce que moi j'ai mon rôle aussi à y aller ? Oui, il y a des choses qui sont intéressantes... ; oui je devrais peut être y aller sur certains points, mais d'autres on peut tomber dans ce schéma là où ils me voient et ils disent « encore la diététicienne ! ». Ils en ont peut être un peu raz le bol... Après c'est du cas par cas...

I : Oui, après une présence « médicale » sur place est à questionner, cela n'est pas anodin...

D : Oui, tout à fait...

I : Et avec les parents, ... vous voyez le jeune seul ou bien avec ses parents en consultation ?

D : Alors, première consultation j'essaye de les voir avec les parents si les parents sont là. Simplement pour voir les conflits un peu qu'il peut y avoir sur certains points. Voir effectivement... selon qui fait à manger, parce qu'il y a pas mal d'ados qui ne font pas à manger, par contre ils se gèrent à midi à la cantine. Donc suivant : comment ils s'entendent, qui prend la parole, etc. et en général je les vois seul après.

I : D'accord...

D : Je les vois en première consultation à deux, et puis...

I : Avec un parent...

D : Avec un ou deux parents, et autrement je les vois seul par la suite. Mais souvent c'est à eux que je pose la question, et même les parents ils leur demandent « tu veux que je vienne ? », voilà et puis ils me regardent « il faut qu'elle vienne ? », et bien c'est « toi comme tu le sens... », et sauf s'il y a vraiment conflit, effectivement je la vois seul. Mais en général, les ados ils se gèrent, alors je les vois seuls. Hier, l'adolescente que j'ai vu par exemple, elle mange devant MSN, elle ne mange jamais avec sa famille, à 16 ans elle mange devant son ordi.

I : Ah oui, donc il n'y a pas vraiment de lien social autour du repas...

D : Non pas vraiment, le lien social autour de la nourriture, non il n'existe pas. Moi je n'ai même pas cherché à ce qu'elle mange avec sa famille pour le moment.

I : Et vous tenez à cette notion de climat familial autour du repas ou non ce n'est pas ...

D : Oui à un moment ou à un autre mais c'est pareil, c'est vraiment au cas par cas...

I : Des fois ça existe...

D : Voilà, des fois ça existe et cela coule de source, et des fois arrivé à un certain âge, justement adolescent, où ils n'ont qu'une envie c'est ou d'aller regarder la télé ou d'aller sur MSN en ce moment c'est ça. Et du coup c'est : ou ils sont avec leur famille et ils ne disent rien, ils mangent très vite à s'en faire mal au ventre, pour aller le plus vite possible sur l'ordinateur, ou ils mangent devant l'ordinateur et ils mangent au final plus lentement.

I : D'accord...

D : Donc voilà... Après je leur dis ce que cela leur rapporte l'un et l'autre quoi, au fur et à mesure... selon leurs demandes aussi quoi... on essaye que ce soit eux qui participent, qu'ils soient vraiment acteurs, et ce n'est pas toujours évident...

I : Partir d'eux, partir de ...

D : Partir de ce qu'ils ont envie...

I : De devenir...

D : De devenir au futur proche et au futur lointain, qu'ils comprennent un peu, que c'est eux à part entière, donc il vaut mieux que ce ne soit pas maman qui les amène. Si c'est maman qui les amène à un moment ou à un autre ça va clocher. Donc au moins qu'ils voient le rapport à eux, ce que cela leur rapporte de venir là quoi.

I : D'accord...

D : Je trouve que l'on a des patients qui sont assez participatifs, j'ai quelques patients pas du tout, mais...

I : Mais globalement ils arrivent à dire « moi je me sentirais de faire ça, je pense que cela se serait bien... »

D : Voilà en ce moment je trouve, mais je dis en ce moment parce que je n'avais pas remarqué cela autant auparavant. Donc après je n'ai pas changé de population, j'ai changé de patient parce que justement je ne les suivais pas, donc ...

I : Est-ce que cela évolue ça autour de la prise en charge, justement cette idée, ...au début ils arrivent avec des idées autour de la diététique, est ce que c'est quelque chose qu'ils arrivent à construire, ou qu'ils construisent en faisant d'autres choses à côté...

D : Je ne sais pas du tout...

I : Parce que là ce que vous constaté c'est sur des jeunes qui sont déjà pris en charge depuis un moment ?

D : Non, non... c'est mes dernières consultations...

I : Donc des jeunes qui vont entrer en prise en charge...

D : Oui...

I : Et qui ont déjà une idée de...

D : De ce qu'ils veulent oui, de pourquoi ils sont là ?...euh

I : Et de quel espace de liberté ils veulent...

D : Oui, quel espace de liberté aussi oui... mais pas tous quoi... chez les ados ce n'est pas évident en fait, en plus ils se démotivent au moindre événement ! Donc je vous parle de ça là les 15 derniers jours et si ça se trouve dans un an je pourrais vous dire le contraire. Ce n'est pas stable du tout. On fait beaucoup d'assistanat aussi, je ne sais pas si c'est chez les parents ou chez les ados, mais cela va avec aussi. Donc on fait quand même beaucoup d'assistanat, à rappeler à relancer... parfois c'est peut être trop...J'entends parfois des gens qui...

I : En ont marre...

D : Qui en ont marre oui, mais ils ne me le disent pas à moi. Mais j'entends par des intermédiaires effectivement que « non moi je ne veux pas rentrer ma fille dans le réseau, on m'appelle ... on me harcèle... ». Mais en même temps on ne peut pas obliger les gens, et puis ce n'est pas bon pour tout le monde peut être...

I : Mais si quelqu'un vous dis je n'ai pas besoin d'être appelé...

D : Oui, oui je ne vais pas appeler quelqu'un... je vais perdre mon temps si j'appelle quelqu'un qui ne souhaite pas que je le fasse...

I : Oui, oui...

D : Mais au départ effectivement j'appelle tout le monde...

I : C'est peut être une mauvaise perception du fonctionnement du réseau qu'une réalité non...

D : Ah ça dépend, je trouve que cela dépend du caractère de chacun en fait l'adaptation à l'alimentation. C'est ce que je disais à une dame ce matin, qui était weight watchers, et je disais c'est bien mais cela ne correspond pas à tout le monde. Comme le réseau cela ne correspond pas à tout le monde, le problème après que l'on a... (enfin c'est mon opinion !) c'est que l'on a une norme au dessus du 97^{ème} percentile, ils rentrent dans le réseau, on leur propose de rentrer dans le réseau : est ce que le réseau est vraiment adapté à chacun ?

I : Oui, oui...

D : Quand on a 13, 14 ans, et que vous dites : le diététicien, l'activité physique, machin... et l'orthodontiste et le dermato... ! Enfin voilà c'est ça quoi...C'est pour cela que moi je leur laisse la possibilité et quand ils ont envie de me voir plus souvent, ils me le disent. Quand je leur dis : « oui ça te vas on se voit en janvier ? », je vois sur leurs regards quoi... Et « tu veux que l'on se voit avant Noël ? » ; « Oui je préfère. ». « Bon et bien on se voit avant Noël »... mais je préfère qu'ils voient que l'on n'est pas obligé de se voir tous les 15 jours pour que... Il faut qu'ils aient le temps de...

I : Les habitudes alimentaires ne se changent peut être pas...

D : Oui, au fait au contraire ils ne viennent pas tous en sachant exactement, peut être qu'après la consultation ils savent peut être plus à quoi s'attendre derrière. Il y en a certain qui arrivent effectivement ils sont là : « bon on va me donner un régime, je vais avoir tant de grammes de truc... ».

I : Oui, oui...

D : Et puis du coup la prise en charge comme ça, qui est un peu plus peut être soft, mais qui est du coup peut être longue aussi...Et bien il faut se l'approprier, il faut qu'eux se l'approprie, ce n'est pas...

I : Oui et vous leur « demandez » d'être acteur, et non pas... mais acteur au sens décisionnel, c'est-à-dire décider des choses pour soi plutôt que d'appliquer des choses... appliquer un régime...

D : Oui, en fait l'un et l'autre parce qu'il y a des choses forcément où l'on n'échappe pas. Mais souvent je leur dis : « je ne vais pas te dire que ce n'est pas bon de grignoter, tu le sais déjà » quoi voilà... Donc tout ce qui est excès, effectivement, voilà... « Je ne vais rien t'apprendre quoi ! », il y a des fois où je leur dis « on ne fait pas de suivi diététique, je ne vais rien vous apprendre, vous vous y connaissez trop en diététique pure ». Après par contre on pourra travailler sur l'écoute du corps, mais c'est quelque chose que je ne maîtrise encore pas bien, donc tant que je ne maîtrise pas bien...

I : C'est difficile à...

D : Je ne me lance pas...Donc voilà, il y a des principes généraux, on garde ces principes généraux, quand il y a vraiment un intérêt de l'autre côté, voilà on arrive à varier la prise en charge, mais on garde quand même les bases. Je ne veux pas qu'ils se demandent : « moi j'ai un repas d'anniversaire demain, est ce que je peux manger ? », ça me fait mal ça...ça me fait mal parce que je me dis...

I : et bien cela désocialise, non...

D : Complètement, complètement et cela n'est vraiment pas l'objectif. Et en même temps comment arriver à leur objectif sans passer par là quoi, à ce qu'ils continuent à manger, ...

I : Sans se culpabiliser...

D : Sans se culpabiliser, c'est pour ça qu'en fait j'ai dis à l'ado de tout à l'heure de 14 ans, je lui ai dis « ce que je veux aussi c'est que quand tu sortes... » des fois je suis catégorique comme ça... « Ce que je veux c'est que quand tu sortes le weekend, que tu ne te dises pas mince, j'ai craquée, j'ai mangé des gâteaux, j'ai mangé ceci ou cela donc je laisse tombé, c'est trop tard », non, ce n'est pas ça ! La vie c'est ça, la vie c'est la fête, c'est les amis, c'est ton boulot,... on recrée le truc, voilà c'est tout ça la vie, donc on ne va pas enlever la fête sous prétexte que ton alimentation il faut qu'elle soit comme cela, non...

I : Ce n'est pas viable...

D : Non ce n'est pas viable à long terme, à long terme pas du tout, on peut perdre 15 kilos en 2 mois, j'en ai vu une il y a 15 jours, 15 kilos en 2 mois avec un régime hyper protéiné, on peut le faire, il y a aucun souci, mais par contre on ne peut pas le faire sur la longueur, donc à un moment ou à un autre...

I : On va les reprendre...

D : Ou il y a reprise de poids, ou il y a restriction complète pendant longtemps et du coup carence, ou il y a anorexie ! Enfin on peut aller loin...

I : On ne gagne rien en santé, alors que l'objectif est de diminuer les risques cardiovasculaires, mais en fait on va vers d'autres risques...

D : Oui, on va vers d'autres risques, c'est pour ça, d'avoir des discours et d'avoir des réseaux justement si cela n'est pas adapté à l'enfant...

I : Oui, à la personne...

D : On ne peut pas savoir ce que cela va devenir quelque part, même si à plus ou moins long terme apparemment cela fonctionne, puisque les réseaux ils sont toujours là. Donc voilà, je pense que l'on marche sur des œufs sur certains... je sais que j'ai des diététiciennes qui tiquent sur certains trucs.

I : Oui, d'accord...

D : Le suivi est difficile par exemple ! Le suivi, à force de dire à un gamin : « les produits sucrés ça va mieux, t'en mange moins ? Et les légumes verts ? »

I : Ah oui d'accord

D : Enfin voilà, il vient une fois, il vient deux fois, après il ne revient plus. Parce que c'est trop normé, il a la même question chez le médecin et chez la diététicienne, donc non, l'objectif ce n'est pas ça.

I : Et bien merci beaucoup pour m'avoir accordé un peu de votre temps...

D : Et bien de rien.

3. Entretien avec une psychologue dans une coordination d'un Réppop.

Entretien avec une psychologue A d'une coordination d'un Réppop dans son bureau au Réppop le 17/04/2008

Bonjour, je suis doctorante en STAPS à l'Université Lyon1 et je fais actuellement des recherches sur la place de l'activité physique dans les prises en charge des jeunes en surpoids. Mon travail de thèse se situant dans une approche sociologique, mon principal souci est d'observer ce qui se joue au sein des Réppop. En conséquence, il est évident que toutes les informations que vous me donnez ne seront en aucun cas retranscrites sans un anonymat au préalable. J'aimerais alors que vous me parliez de votre cursus, et de votre expérience au sein du Réppop en tant que diététicienne, et plus particulièrement le rapport que vous entretenez avec l'activité physique.

P : D'accord... alors mon cursus, en fait moi j'ai un DESS de psychologie clinique et psychopathologie. Avant d'arriver au réseau obésité, j'ai travaillé avec des enfants, des adultes... donc là je crois que c'est mon 6^{ème} travail, j'ai toujours été intéressée par tout ce qui était addiction, le manque, parce que j'avais fait mon mémoire sur la dépendance alcoolique. Après j'ai travaillé en pédiatrie, enfin j'ai fait mon stage en pédiatrie ici à l'hôpital et c'est vrai que je trouve que l'avantage d'un réseau c'est que l'on est au sein de l'hôpital, on travaille avec une équipe qui est riche au niveau de tout ce qui est recherche. Et à la fois, le fait d'être dans un réseau cela donne des libertés et des responsabilités que l'on ne peut pas avoir forcément ailleurs.

I : En libéral ou...

P : Et bien en libéral si, mais c'est vrai que là on est une équipe de coordination donc c'est vrai qu'au niveau des responsabilités moi je trouve cela intéressant puisque je peux faire de la formation, je fais mes entretiens cliniques... je travaille avec les parents par les groupes de paroles...

I : Oui cela diversifie l'activité...

P : Oui mais c'est vrai que l'on n'a pas toutes ces possibilités là donc... c'est la première fois que j'ai toutes ces responsabilités...et c'est vrai que c'est agréable de travailler comme ça d'être toujours en recherche, en remise en questions et du coup avancer, donc c'est vrai que...Voilà...l'obésité... enfin le problème de poids... moi je trouve que de toute façon quelque soit le symptôme il y a toujours quelque chose derrière... (donc je n'ai pas de formation particulière sauf que je me suis intéressée, j'ai beaucoup lu, quand il y a des conférences, je m'y rends), mais sinon pour moi c'est un symptôme et après c'est : qu'est ce que ça cache derrière...

I : D'accord, c'est trouver ce qui se cache derrière...

P : Oui, et par rapport à l'activité physique, c'est vrai que les enfants quand ils me parlent de l'activité physique, ils en parlent toujours de façon... comment dire... comme quoi c'est difficile pour eux parce qu'il y a le regard des autres... Des fois ils peuvent se trouver en échec, pas tout le temps, mais c'est vrai que moi je trouve qu'il y en a une majorité qui a des difficultés. Et ils ont déjà une estime d'eux qui est déjà très dévalorisée parce qu'ils subissent sans cesse des moqueries de la part des élèves, des fois même de la part des enseignants...qu'ils tolèrent donc là je crois qu'il y aurait des choses à faire. Donc c'est vrai que j'essaie de comprendre, enfin de les aider à trouver des solutions pour qu'ils se sentent à l'aise, parce que je pense que ce n'est pas le sport en lui-même qui est problématique, c'est le contexte, c'est les notes, c'est le regard des autres, c'est les moqueries. Parce que, par exemple, quand ils font du sport ici, moi ce que j'entends, enfin quand X les accompagnent ou les autres éducateurs qui sont formés, on va à leur rythme, il y a beaucoup de respect entre

eux, il n'y a pas de moqueries et du coup ils retrouvent le plaisir de faire du sport. Et après c'est vrai qu'une fois qu'ils retrouvent le plaisir de faire du sport, ils sont prêts à aller dehors, à faire d'autres choses, donc ça c'est très bien ! Et c'est vrai que moi je les encourage aussi à faire du sport, pas forcément pour perdre du poids parce que je ne suis pas là dedans. Même si voilà, cela y contribue... mais surtout pour la socialisation, être avec les autres, rencontrer les autres... vivre des expériences. Donc dans ce sens là je trouve que l'activité physique c'est quelque chose d'important. Parce que ça leur permet des fois de renouer contact avec les autres de manière beaucoup plus respectueuse que ce qui peut se passer à l'école...

I : Oui, parce qu'il y a le système de pratiquer entre pairs, c'est-à-dire entre personnes en surpoids...

P : Oui, et bien disons que les gens qui sont formés sont très sensibles à ça donc veillent à ce qu'il n'y ait pas de moqueries. Il y a eu des formations comme X à du vous en parler... des formations auprès des éducateurs sportifs...

I : Oui, oui...

P : Donc il y a déjà une sensibilité de leur part vu qu'ils font la formation, et c'est vrai que nous on met l'accent sur l'importance de mettre des règles, l'importance que l'enfant soit respecté et que ce soit des activités adaptées. Enfin d'être sensible par rapport à la critique et qu'ils fassent quelque chose, parce que si l'on ne fait rien quand un enfant se fait insulter, cela veut dire que c'est comme si l'adulte cautionne, et c'est comme si du coup on annulait la personne, son sentiment, le fait qu'il soit mal. C'est comme si c'était gommé, et que l'on disait : « et bien ce n'est pas grave, réglez cela entre vous ». Ce qu'ils peuvent entendre quand même assez souvent.

I : Oui bien sûr...

P : Et je trouve cela assez intolérable que l'on ne réagisse pas quand il y a des insultes...

I : Oui, et ce message passe dans la formation aux éducateurs sportifs... ou pas...

P : Nous sommes intervenues avec ma collègue, et c'est vrai que le message c'était ça : le respect...

I : Essentiellement d'accord...

P : Parce que je pense que, de toute façon, s'il n'y a pas de respect, il n'y a pas de groupe possible, il n'y a pas de travail possible. Donc, oui je pense qu'une des bases pour que l'enfant se sente en confiance c'est le respect vis-à-vis des autres enfants que... les autres enfants le respecte et que les adultes le respecte, sinon c'est la porte ouverte à tout ce qui peut se passer à l'école...

I : Oui, et cette notion de liens sociaux en activité physique, qu'ils pratiquent entre eux vous la voyez comme...

P : Et bien par exemple, j'ai une jeune qui ne faisait plus du tout de sport, parce que c'était difficile pour elle, je crois qu'elle avait commencé avec de la danse ou de la gym, je ne sais plus. Cela fait un petit moment que je ne l'ai plus parce que maintenant elle va bien... Et, elle s'est inscrite au canoë-kayak, et du coup le prof était très vigilant par rapport... chacun allait à son rythme, il n'y avait aucune tolérance vis-à-vis de la moquerie, et du coup elle a pris plaisir à retrouver les personnes... à faire une activité, le week-end, elle sortait, alors qu'avant elle ne sortait plus... elle s'est fait des copains, copines,...

I : Pendant cette activité...

P : Pendant cette activité là...

I : Les copains elle les a gardés en dehors...

P : Après, oui, oui... et du coup c'est vrai qu'après, elle était beaucoup venue et puis après elle était prête à faire d'autres choses, et les week-ends elle sortait alors qu'avant elle était enfermée. Enfin elle restait à la maison sans rien faire donc je pense que le sport, cela donne la possibilité de créer du lien avec d'autres enfants, et dans ce sens là cela les mets aussi en

confiance, peut être pas forcément avec des enfants en surpoids, mais qu'il y ait une vigilance à ça et qu'ils soient respectés.

I : D'accord... et dans votre approche vous avez 2 curseurs, c'est diététique et activité physique, voire le versant totalement psychologique... comment vous abordez...

P.C : Moi je ne leur parle pas du tout de diététique...

I : Vous ne leur parlez pas de diététique...

P : Non parce que je n'ai pas de formation, enfin je ne suis pas diététicienne, je suis psychologue donc je ne leur parle pas...

I : Enfin je veux dire du rapport à la nourriture...en tant que...

P : Et bien si, je vais parler du rapport à la nourriture par exemple par rapport au manque, par rapport à la frustration, ... je ne parle pas de diététique pure...

I : Oui, oui...je comprends bien mais je voulais dire le rapport à l'alimentation...

P : Oui c'est ça, par exemple quand ils rentrent de l'école, qu'ils s'ennuient, des fois qu'ils vont se jeter sur la nourriture, qu'est ce qu'il y a derrière, est-ce que c'est le fait d'être seul ? Est-ce qu'il a mal vécu ce qui s'est passé à l'école ? Qu'est ce qu'il y a derrière ce rapport à l'alimentation, plus dans ce sens là, mais c'est vrai (enfin par exemple s'ils me parlent de l'alimentation et qu'ils n'ont pas de repères par rapport à l'équilibre alimentaire), et bien je les envoie vers ma collègue.

I : Oui d'accord.

P : Mais sinon moi je n'aborde pas l'alimentation sur le plan de l'équilibre alimentaire, plus l'alimentation ce que cela représente pour eux. Quelles sont leurs difficultés, c'est vrai que les enfants qui mangent, quand ils n'arrivent pas à s'arrêter, ou qu'ils ont tout le temps faim, c'est qu'il y a autre chose derrière. Et qu'est ce qu'il y a justement derrière ?

I : Oui, et pour accéder entre guillemets à cela, est ce que vous abordez l'activité physique ou...

P : Alors pour l'activité physique, moi je leur demande souvent ce qu'ils aiment faire, est ce qu'il y a une activité qu'ils pratiquent ? Comment cela se passe ? Dans ce sens là en fait...

I : Et vous l'abordez systématiquement, ou...

P : Pas forcément, j'attends que eux... oui par rapport à l'obésité, moi je pense que chaque enfant a une histoire qui lui est singulière, donc moi je travaille avec ce qu'ils me donnent, je ne pose pas forcément des questions, enfin c'est vraiment au cas par cas...

I : Oui, oui...

P : Je crois qu'il n'y a aucun entretien qui est le même parce que je n'ai pas de grille...d'entretien... je travaille avec ce qu'ils m'amènent, il y en a qui vont me parler du sport, donc du coup je vais l'aborder. Il y en a qui vont me parler de la nourriture, donc cela va être abordé, mais pour moi ce qui est important, c'est d'aller à leur rythme, et de ne pas forcer les choses. Des fois ils n'ont pas du tout envie de parler de surpoids, parce qu'ils en entendent parler par tout le monde...

I : Oui, oui...

P : Donc moi j'aborde les choses peut être de manière plus indirecte. Après forcément on y vient toujours, mais s'ils n'en parlent pas d'emblée, moi je n'en parle pas. De toute façon je sais qu'à un moment donné ils vont le faire, mais quand ils seront prêts donc je ne veux pas être dans l'inquisition. Enfin dans l'inquisition... pour moi ce qui est important c'est de travailler avec ce qu'ils me livrent...

I : D'accord...Et est ce que sur votre fonctionnement professionnel de psychologue avec des adolescents en surpoids comparé à d'autres publics, cela vous a amené à vous poser des questions, à changer des choses...ou bien est-ce le travail en réseau...

P : Et bien par exemple de travailler avec les médecins, de réfléchir à comment leur présenter l'aspect psychologique de l'obésité, pour qu'ils puissent en tenir compte tout en considérant l'aspect médical. Enfin je pense qu'il y a des choses, quand un enfant est en surpoids, il y a

d'autres choses derrière. C'est vrai qu'on sait des fois qu'il y a des enfants qui ont un problème d'équilibre alimentaire, qu'ils mangent en trop grandes quantités. Mais quand le surpoids s'installe et qu'il y a une souffrance derrière, je pense que c'est important de leur donner la parole justement sur cette souffrance pour qu'ils puissent avancer, et puis voir comment faire pour évoluer.

I : Oui... et donc le médecin vous êtes amenée à travailler avec lui, à lui communiquer des informations, ... c'est complexe à faire professionnellement ou non ?

P : Oui c'est très compliqué parce qu'il y a la confidentialité, donc je fais tout le temps... et bien si le médecin me demande, « comment ça va ? », s'il y a une synthèse à faire, ou des choses comme ça. Et bien j'en parle soit à l'enfant, soit à l'adolescent, soit à la famille, à tout ceux qui sont concernés en leur disant : « voilà on m'a demandé ça, qu'est ce que vous avez envie que je réponde ? Est-ce que vous êtes d'accord que je dise telle chose ? »

I : Oui vous le faite en collaboration avec...

P : Ah oui, jamais je ne dirais quelque chose sans l'accord de la personne, sinon mon travail, enfin l'éthique, je me base par rapport au code de déontologie des psychologues, et c'est vrai que la confidentialité, c'est la base de notre travail. Et ce qui fait que la personne peut se sentir en confiance, et qu'il y a une sécurité de parole. C'est vrai que les enfants sont sensibles à ça, par exemple en groupes de paroles il y a une règle essentielle c'est : tout ce qui se dit est confidentiel, donc ça c'est quelque chose qu'ils acquièrent très vite, et je pense que je ne pourrais pas travailler sans ça. Et si je n'ai pas la confiance des gens, et s'ils pensent qu'à chaque fois qu'il y a un truc qui ne va pas, je peux aller en parler au médecin sans leur accord, ils ne viendront plus...

I : Oui ils vont se sentir trahis.

P : Par contre si j'estime qu'il y a un problème important, que je ne peux rien faire, et que j'ai besoin de l'aide du médecin, je leur en parle. Et à partir du moment où je le fais en accord avec eux, et bien je n'ai pas eu de situation où l'on m'a dit : « non il ne faut pas dire ça », ou « alors tourné le autrement... ». Mais sinon en principe ils sont d'accord, puisque de toute façon on travaille en équipe, donc ils savent que s'il y a un problème je peux être amenée à en parler au médecin. Après cela se fait toujours en accord avec eux, je crois que c'est ça l'essentiel. Parce que, s'il n'y a pas la confidentialité, je ne peux pas travailler.

I : Oui, et plus largement sur la psychologie des maladies chroniques, est-ce que cela vous a amené des changements, peut être par rapport à des choses que vous soigniez avant...

P : ... je réfléchis... non bien sûr que la problématique n'est pas la même quand on travaille avec des enfants et avec des adultes. Parce que les enfants sont beaucoup plus spontanés, et puis on passe souvent par des outils intermédiaires comme le dessin, la pâte à modeler, des choses comme ça...

I : Oui, d'accord...

P : Mais pour moi ce sont des adultes en devenir, et quand ils sont là c'est qu'ils ne vont pas bien, c'est qu'ils souffrent. Après ma méthode de faire, c'est sûr qu'avec un enfant, ce ne sera pas la même qu'avec un adulte...

I : Oui... et ce n'est pas tellement la maladie qui...

P : Je pense que de toute façon chaque entretien, chaque histoire est vraiment particulière... Donc il n'y a pas un surpoids ou une obésité, il y en a une multitude... Et puis avec une histoire qui leur est propre donc... on ne peut pas comparer des maladies ou des obésités, je pense que vraiment... s'il y a bien quelque chose que j'ai appris, enfin en tant que psychologue, c'est que chaque histoire est différente et que l'on ne peut pas faire de comparaison.

I : Oui, oui...

P : Je me refuse à en faire, ...

I : Pour revenir sur le fonctionnement en réseau, le fait de travailler avec des champs très différents comme l'activité physique, est-ce que cela vous a amené à des perceptions différentes...

P : Par rapport à ma vision à moi de l'activité physique ?

I : Oui, ce que vous auriez pu dire ou penser avant... par exemple...

P : Ah, je souhaite réfléchir un moment...

I : Sans problème...

Interruption de l'enregistrement... (15secondes)

P : Et bien l'activité physique c'est de toute façon, une façon de se connaître, de connaître ses limites, d'apprendre aussi à connaître son corps, comment il bouge, comment il fonctionne... Donc ça cela à toujours été ça... alors je sais que X les fait beaucoup travailler dans le fait de ne pas être dans la suractivité, enfin je ne sais plus comment il appelle ça, le terme...

I : Le surrégime entre guillemets quoi...

P : Voilà, quand ils sont très essoufflés et que du coup ils n'y arrivent plus, moi je pense qu'avec le sport en travaillant à son rythme, je pense que l'on a des chances d'évoluer, de prendre du plaisir à faire du sport, et de toute façon quand on dit : « je vais aller courir pour perdre du poids »... enfin ce n'est pas du tout dans mon... enfin je...

I : Ce n'est pas votre façon de penser...

P : Non ce n'est pas ma façon de penser parce que je pense qu'on court avant tout... enfin je ne sais pas on libère des tensions, moi je vois plus l'activité physique comme ça...

I : Plus comme un soin quelque part psychologique, plus son approche mentale je dirais que son approche purement physiologique...

P : Oui, sachant que de toute façon je sais que les personnes qui vont faire tel ou tel sport vont perdre du poids mais je pense que si l'on pratique dans cette optique là, à un moment donné je pense que la volonté ou la motivation elle tombe. Et je pense que l'on ne peut pas être dans la durée en ayant cet état d'esprit là. Enfin ça c'est mon opinion...

I : Oui, d'accord.

P : Alors que je pense que si l'on fait du sport pour le plaisir, pour la détente, mais pas la détente au sens de...

I : Oui, oui... je vois...

P : Voilà et bien je pense que là on apprend à se connaître, on apprend à connaître ses limites, parfois même aussi à les dépasser quand on le peut. Et du coup je pense que l'on peut être dans quelque chose d'une longue durée. Alors que quand j'entends, des fois autour de moi, « je vais aller à la piscine pour perdre je ne sais pas où »... je suis sceptique. Donc oui, je pense que de pratiquer un sport, c'est avant tout pour le sport en lui-même, mais pas... oui cela aura des conséquences forcément, mais je pense que s'il on a cet état d'esprit là, je doute que l'on puisse aller jusqu'au bout de cette raison là.

I : Oui mais c'est souvent la première représentation des gens non...

P : Oui, c'est le souci justement, c'est que, lorsqu'ils font du sport, ils ne vont pas perdre du poids selon l'attente qu'ils ont, et du coup ils démissionnent, enfin ils démissionnent, ce n'est peut être pas le terme de démissionner, mais ils arrêtent. Alors que, si on leur dit : « écoutez, prenez déjà du plaisir, faites du sport et puis vous verrez bien... », je pense que l'on aura plus de chances qu'ils s'inscrivent dans quelque chose sur du long terme.

I : Ah, oui...

P : Parce que s'il on dit à quelqu'un vous allez perdre tant de poids en tant de temps, et que cela ne se fait pas, ils sont découragés et du coup après on recommence dans un autre cycle donc... Oui c'est vrai que c'est le message !

I : Enfin le message le plus fréquent pour l'ensemble des familles...

P : Mais c'est vrai que les enfants, enfin moi j'aborde aussi cela avec eux, je dis : « ce qui est important c'est que tu t'amuses », et du coup selon l'état d'esprit avec lequel on va pratiquer, je pense que l'on ne s'investit pas de la même façon dans l'activité. Parce que si l'on est dans le sur effort, à se dépasser... on ne sera pas...

I : Plus centré sur soi...

P : Oui, on ne sera pas à l'écoute de soi je pense, quand on est dans cette dynamique là, on n'est pas à l'écoute de soi. Enfin moi je vois ça comme ça, après est-ce que mon optique a changé ? Je ne pense pas...

I : Vous étiez déjà dans ces réflexions là autour de l'activité physique...

P : Oui... après je sais que je reviens sur ce terme là, mais pour moi c'est le respect la base de tout. Que chaque histoire est différente, et qu'il faut entendre ça, et ne pas vouloir comparer, ne pas vouloir faire la même chose, parce qu'il y en a un pour qui cela marche, alors on va faire la même chose sur celui là...

I : Oui, oui...

P : Et puis s'adapter à chacun, je pense que c'est ça, et je pense que le réseau, enfin ce que j'aime dans le réseau, c'est qu'il y a une écoute individuelle, après je ne sais pas comment cela se passe ailleurs, mais en tout cas moi je retrouve vraiment ça, on va s'adapter à chaque enfant : qu'est ce qui se passe ?, Où il vit ? Qu'est ce qu'il fait ? Comment... ? Enfin je sais que X (professionnel APA-S) il est très attaché à cela. On ne va pas dire à un jeune : « voilà il va falloir faire ça », sans s'assurer au préalable qu'il puisse vraiment le faire. Ou bien proposer à la famille : « voilà, il y a besoin de faire ça, qu'est ce que vous pouvez faire ? », et ne pas être dans la directivité en disant : « il faut rentrer à pieds de l'école... »

I : Oui, d'accord, ou faire 30 minutes chaque jour...

P : Oui voilà, parce que c'est des choses... quand les enfants habitent vers une école, ou il y a beaucoup de circulation, on ne va pas leur dire de rentrer tout seul de l'école, enfin quand les parents sont inquiets, on ne va pas leur dire...

I : Oui, tenir compte de chaque histoire personnelle...

P : Et du coup, oui, que ce soit l'activité physique, que ce soit l'équilibre alimentaire... enfin moi je me dis qu'en tant que psychologue, mon rôle c'est ça : prendre en compte la singularité de chacun, et puis essayer de les aider à avancer. Et puis, oui, promouvoir à leur mieux être, en tout cas essayer d'y contribuer du mieux que je peux.

I : Oui, parce que finalement, ce n'est pas forcément maigrir, le mieux être...

P : Non, pas forcément. Non parce que comme je disais au début c'est un symptôme, et des fois si on leur fait perdre du poids, on ne sait pas ce qui peut arriver...

I : Oui, parce que c'est une identité aussi...

P : Oui, donc on ne peut pas leur faire perdre du poids plus vite qu'eux ne sont prêts. Donc dans ce sens là, je pense qu'en tant que psychologue, on est très vigilant aussi par rapport aux mécanismes de défense : qu'est-ce que cela représente ? Qu'est ce qu'il y a derrière ? S'ils perdent du poids, est-ce que ce sera un bénéfice, ou est-ce que cela ne va pas entraîner des symptômes dépressifs ? Donc, c'est plus ça, c'est plus un accompagnement, je dirais au quotidien, enfin au quotidien du suivi. Et c'est vrai que s'ils perdent du poids très vite, on est tout de suite alerté, et dans ce cas là j'en parlerais tout de suite au médecin, avec leur accord. Mais je pense qu'il faut être très vigilant parce que quand le poids s'est installé, c'est qu'il y a une raison à cela. Enfin cela a du sens pour eux, donc je dirais que tant que l'on n'a pas dénoué tous les maillages... enfin moi j'ai toujours dit, quelque soit la maladie, ou la personne on marche sur des œufs, parce que...

I : On ne sait pas...

P : Les gens ils sont vulnérables donc... je pense qu'il faut faire attention... oui ! A aller vraiment à leur rythme, et avancer avec eux, mais pas trop vite. Enfin ne pas vouloir aller trop vite.

4. Entretien avec un responsable en activité physique, M2APA dans une coordination d'un Réppop.

Entretien par téléphone avec le responsable en activité physique D, M2APA dans une coordination d'un Réppop, le 04/06/2008.

I : Bonjour, je suis doctorante en STAPS à l'Université Lyon1 et je fais actuellement des recherches sur la place de l'activité physique dans les prises en charge des jeunes en surpoids. Mon travail de thèse se situant dans une approche sociologique, mon principal souci est d'observer ce qui se joue au sein des Réppop. En conséquence, il est évident que toutes les informations que vous me donnez ne seront en aucun cas retranscrites sans un anonymat préalable. J'aimerais alors que vous me parliez de votre cursus et de votre expérience au sein du Réppop en tant que responsable en activité physique, et plus particulièrement le rapport que vous entretenez avec les autres disciplines du réseau. C'est le Dr X (médecin coordonnateur) qui m'a communiqué vos coordonnées...

R : Et bien moi, mon cursus...et bien je suis étudiant STAPS encore, donc j'ai commencé par un DEUG donc voilà, ensuite je me suis dirigé plutôt vers la filière activité physique adaptée, donc licence APA, et là je suis en deuxième année de master, toujours pareil, donc le master est axé sur l'aspect santé publique, et quelque part cela m'a plu le côté prévention et éducation à la santé, et c'est ce qui m'a amené à faire une demande de stage l'année dernière. Enfin au départ j'y allais sans vraiment connaître tout ce qui était réseau de santé et tout, je m'intéressais déjà un peu à l'obésité, mais donc je suis allé à l'hôpital et j'ai été pris en stage, et donc l'année dernière je n'étais pas stagiaire Réppop, c'est cette année là, j'ai refais mon stage et je suis stagiaire Réppop.

I : D'accord...

R : Donc en fait là je participe aux journées d'éducation qui ont lieu à l'hôpital,...

I : Ce stage vous allez soutenir un mémoire dessus, c'est ça...

R : Oui voilà c'est pour un mémoire, pas un mémoire de recherche parce que je suis en master 2 professionnel, c'est un mémoire professionnel quoi...

I : D'accord...et donc au sein de l'hôpital l'année dernière vous n'étiez pas sur le Réppop...

R : Non, je faisais déjà ce que je fais cette année, mais je faisais moins de choses, je faisais déjà les journées d'éducation, parce que les journées d'éducation ne dépendent pas du Réppop en fait elles dépendent de l'hôpital.

I : Ah oui, d'accord...

R : Parce que le Réppop est basé à l'hôpital dans l'unité X donc c'est un peu compliqué ce qui tiens de l'hôpital et ce qui tiens du Réppop en fait, c'est...

I : Alors cette année c'était au Réppop que se déroulait votre stage...

R : Oui, et donc voilà je suis parti pour les journées d'éducation à la nutrition donc ça, je ne sais pas si P vous en a parlé...

I : Oui, mais je ne suis pas contre un petit rappel...

R : Donc ce sont des journées où les enfants s'inscrivent, souvent c'est leur médecin généraliste qui les oriente vers ça. Et donc ce sont des journées qui se passent sur 2 jours, une première journée c'est de l'éducation donc il y a plusieurs interventions avec le médecin, la diététicienne, et moi. Alors ce que j'ai amené dans ces journées, c'est qu'en fait il n'y avait pas d'éducateur sportif avant qui intervenait...

I : Ah oui d'accord...

R : Et donc moi j'ai amené ça, et je fais en fait une intervention à la suite du médecin un peu théorique, entre guillemets, en éducation sur l'intérêt du sport, après je leur fais faire de l'éducation physique aussi, et le lendemain ce sont des entretiens individuels et des bilans

médicaux : bilans sanguins...Moi je les revois aussi le lendemain en entretien individuel pour les enfants qui ne sont vraiment pas du tout impliqués dans l'activité physique, de les orienter, un peu de les guider, parce que je leur fais passer aussi un questionnaire la veille qu'ils remplissent et moi cela me sert de base...

I : D'accord...

R : Pour savoir où est-ce qu'ils en sont avec le sport et l'activité physique quoi !

I : Et au niveau du Réppop qui est-ce qui vous a pris en stage, et qui a accepté qu'il y ait cette partie sportive...

R : Et bien en fait j'ai proposé ça, et c'est le Dr X...

I : D'accord, oui c'est elle qui m'a donné vos coordonnées...

R : Oui voilà elle nous l'avait dit..., et donc c'est elle qui est vraiment très ouverte à tout ça... et donc justement, même au niveau du Réppop, enfin la présidente du Réppop, et la coordinatrice administrative aussi, ils sont favorables, enfin ils sont vraiment pour que le sport prenne une place plus importante. Parce que jusqu'à présent c'est vraiment l'aspect diététique qui était présent...

I : Oui, c'est ce que j'allais vous dire, depuis la formation du réseau il n'y avait pas d'activité physique, si...

R : Oui, voilà, et maintenant ils veulent justement changer ça, en fait il n'on pas encore vraiment d'éducateur sportif quoi, qui est employé par le Réppop...

I : Oui contrairement à d'autres réseaux, et vous avez des hypothèses sur ce sujet, est-ce le financement ou bien....

R : Oui, voilà c'est une question de financements et justement avec ce que j'ai amorcé maintenant ils aimeraient bien qu'il y ait un éducateur sportif, donc voilà ils veulent aller dans ce sens là quoi...

I : D'accord, mais cela pouvait provenir aussi des contenus, des personnes, il n'y avait peut-être pas uniquement une question de financement non, peut-être que votre travail a été déclencheur sur l'intérêt de l'activité physique...je ne sais pas...

R : En fait, il y a un éducateur sportif qui est employé par le Réppop, mais qui fait 4, 5 heures par semaine je crois, et lui il est vraiment éducateur sportif, lui en fait. Et il n'a pas fait de formation sur l'éducation à la santé comme je l'ai fait. Il intervient au niveau d'un suivi qui est proposé après les journées d'éducation, ce sont des journées où les enfants sont amenés à revenir 6 fois, donc une fois par mois à l'hôpital je crois que c'est...

I : Ah, et cela n'a rien à voir avec les journées dont vous me parliez avant...

R : Non ça c'est une forme de suivi qui se trouve après les journées d'éducation dont je vous parlais, il y a 3 formes de suivi qui sont possibles. Donc le suivi Réppop avec un médecin Réppop et 2 autres personnes quoi, ça peut être un éducateur, un diététicien, un psychologue enfin voilà...

I : D'accord, oui...

R : Après il y a le suivi où les enfants reviennent 6 mercredis à l'hôpital donc c'est une fois tous les mois je crois...avec différentes thématiques. Donc travail sur les groupes d'aliments...enfin voilà il y a plusieurs thématiques et à chaque fois il y a du sport quand même dans ces journées.

I : Ah d'accord, c'est Y qui s'en occupe...

R : On a quand même fait venir un éducateur sportif pour ces journées, et en fait ce que j'ai amené là dedans moi c'est l'aspect : les intérêts du sport vraiment au niveau de l'éducation à la santé en fait...et donc ils voudraient maintenant, enfin maintenant que c'est en place sur les journées d'éducation et que j'ai aussi participé à différents projets donc auxquels participait le Réppop, donc c'est vrai qu'ils aimeraient que l'activité physique soit vraiment présente, en plus pour donner de la légitimité au réseau quoi. Vu que l'on parle beaucoup du sport de

manière aussi importante que la diététique, mais jusqu'à présent c'est vrai que l'on n'en voit pas trop sur le terrain vraiment concrètement quoi...

I : D'accord... et vous vous êtes basé sur votre formation pour faire ces contenus d'éducation à la santé...ou bien sur...

R : Oui, c'est vrai que le master que j'ai fait il était, enfin c'était assez pertinent par rapport à ça...

I : Par rapport à l'obésité, au traitement de l'obésité...

R : Oui, voilà, on a eu des cours sur ça, après sinon j'ai fais quelques recherches personnelles aussi, mais c'est vrai que pour l'essentiel je me suis basé sur mes cours de STAPS.

I : Oui, oui, et vous avez pris contact avec d'autres réseaux ou non ?

R : Non, enfin là je vais faire la formation avec le réseau Y normalement en septembre prochain...

I : Et cela consiste en quoi cette formation qui est proposée par ce réseau...

R : Et bien ce réseau, alors là je ne serais pas bien expliquer, c'est un réseau plus ou moins au service des réseaux de santé. C'est un réseau dans la région qui permet à des patients atteints de maladie chronique de faire de l'activité physique. En fait ils peuvent, par le biais de ce réseau, avoir la licence gratuite. Les professionnels de ce réseau dirigent les patients vers des clubs en fait où il y a des éducateurs sportifs qui sont déjà formés par ce réseau, donc c'est juste une petite formation de 2 jours...

I : Oui...

R : Et, cela permet aux patients d'avoir une licence gratuite dans les clubs, pendant une année pour les inciter après à revenir...

I : D'accord...

R : Voilà mais le problème c'est qu'en fait, ce réseau il ne propose pas grand chose pour les enfants, donc il reste beaucoup à faire dans la région au niveau du suivi, enfin au niveau sportif pour le suivi de l'enfant et l'adolescent obèse.

I : Oui, oui...et par contre ils proposent une formation à laquelle vous allez assister...

R : Oui voilà parce qu'en fait je suis dans une association qui existe déjà, qui s'appelle Z, donc ce sont des éducateurs sportifs qui ont mis cela en place, et donc on a fait un partenariat avec le Réppop et avec l'unité d'endocrinologie de l'hôpital, justement pour mettre en place un suivi par l'activité physique. Enfin cela a déjà lieu mais on va prendre un peu d'ampleur l'année prochaine pour mettre en place le suivi en activité physique des enfants et adolescents qui le souhaitent, qui viennent à l'hôpital, ou qui sont dans le réseau Réppop. Donc l'objectif sera de distribuer un flash de l'association à tous les médecins de la région, avec ce que l'on propose pour vraiment mettre en place un partenariat. Enfin pour l'instant ce n'est pas trop institué encore...

I : Oui, oui...et pour revenir sur les journées d'accueil, vous me parliez d'un questionnaire...

R : Par rapport à moi ce que je fais, ou globalement dans la journée ?

I : Non, non, ce que vous faites vous...

R : Alors moi ce que je fais au niveau de l'activité physique, donc je leur fais passer un questionnaire de l'évaluation de la dépense physique en fait, où sont bien différenciés l'aspect activité physique et l'aspect activité sportive. Parce que le message que j'essaye de faire passer durant ces journées, c'est que les 2 sont importants. Que l'activité physique au quotidien c'est quelque chose de très important pour lutter contre la sédentarité et tout ça, tout ce que l'on entend. Et l'aspect activités sportives, activités structurées encadrées, sont aussi très importantes pour avoir des activités quand même plus intenses, où la dépense d'énergie est plus importante quoi ! Voilà essayer de faire passer ce message où les 2 aspects sont importants. Dans ce questionnaire, je leur pose des questions : combien de temps d'activité physique par jour ils font : monter les escaliers, marcher, etc. ? ; S'ils font des activités sportives ? Et je leur propose une liste d'activités, de sports quoi, en leur demandant, (s'ils ne

font pas de sport), ce qui pourrait les intéresser, parce que cela peut être des pistes après pour les guider.

I : D'accord...

R : Voilà il y a une partie qu'on essaye d'orienter pour ceux qui ne sont pas du tout dans le sport...

I : Donc vous essayer d'évaluer un niveau d'activité physique comme sportive par ce questionnaire...

R : Oui, voilà...C'est une évaluation juste, qui me sert, enfin j'aurais pu m'en servir pour traiter des données, pour faire une analyse statistique de données mais en fait, je m'en sers juste pour faire les entretiens individuels du lendemain, comme base, comme support en fait...

I : Et dans ces entretiens vous essayer de...

R : Et bien dans ces entretiens, je me sers du questionnaire et après j'aborde les principaux points abordés la veille en éducation, donc ce qu'ils ont retenus, est-ce qu'ils ont retenus la différence entre activité physique et sport ? Est-ce qu'au niveau des recommandations... ?

I : Donc ça, c'est ce que vous avez abordez dans la partie générale la veille ?

R : Oui, voilà, sur la partie où j'interviens mais dans l'éducation collective quoi !

I : Oui et il n'y a que les enfants, ou bien est-ce que les parents sont présents ?

R : Non, il y a les parents là aussi qui sont autour de la table...

I : D'accord donc vous faites un cours à tout le monde...

R : Voilà oui, en fait le début de la journée les enfants et les parents sont séparés, les parents font un groupe de parole avec un médecin psychologue, où ils traitent de leur attentes pour ces 2 journées, pourquoi est ce qu'ils sont venus, qu'est-ce qu'ils attendent, qu'est-ce qui les à amené à faire ça, comment ils vivent l'obésité de leur enfant ?

I : Oui...

R : Moi je prends les enfants pendant ce temps là, je leur fais remplir un questionnaire, qui va leur servir toute la journée. C'est sur leurs connaissances au niveau de l'alimentation, de la définition de l'obésité, etc. En fait c'est un questionnaire différent de celui que je fais passer.

I : Ah oui...

R : Donc je leur fais passer ce questionnaire, je les fais se présenter, on fait les présentations ensemble, je leur fais faire du sport...après commence l'atelier du médecin qui leur parle des complications, de la définition de l'obésité. Et après il y a ma partie sur l'activité physique et le sport, mais cela se fait à partir du médecin, cela se fait en groupe, avec les parents, il y a juste au début où les enfants et les parents sont séparés.

I : D'accord oui, et...

R : Et on fait faire du sport aux parents aussi...

I : Oui, je sais l'autre stagiaire me l'a expliqué...et concernant le contenu que vous voulez faire passer aux enfants lors des entretiens individuels...Ce qui vous paraît important dans votre diagnostic...

R : Ce qui me paraît important, cela dépend s'ils sont déjà impliqués ou pas dans l'activité physique. Essayer d'arriver à privilégier tous les moments où ils peuvent être actifs, cela va déjà être de demander si dans leur famille il y a un contexte qui va être favorable à cela ou pas. Essayer de discuter à la fois avec les enfants et à la fois avec les parents pour voir les éléments qui pourraient être soit favorisant soit défavorisant pour la pratique. Après cela va être de discuter avec eux pour voir pourquoi (si par exemple, ils ne veulent pas aller dans les clubs), ils ne veulent pas aller dans les clubs. Ensuite s'il n'y a pas d'ouverture possible, en fait je leur propose justement le suivi par cette association Z, qui est un peu une alternative en fait pour les enfants qui ne veulent pas du tout aller dans les clubs, parce que bon ils ont des problèmes d'image de soi, ou avec les autres enfants. Donc cela fait un peu une alternative, et

la plupart du temps ils sont quand même bien répondant par rapport à ça, enfin ils acceptent plus facilement cela qu'une orientation directe vers un club.

I : Oui ils acceptent plus facilement...

R : En fait c'est parce que ce sont des petits groupes, et le fait que ce soit l'éducateur qu'ils ont vu pendant les journées d'éducation qui leur propose ça, et qu'ils sachent que c'est cette même personne qui va encadrer les activités, je pense que c'est quelque chose d'important. Quand c'était des médecins qui proposaient avant un suivi en activité sportive dans les associations, il y avait moins de réponses positives de la part des enfants. Enfin il n'y a pas eu d'études qui ont été faites là-dessus mais...

I : Alors que là c'est vous qui encadrez...

R : Je m'y suis mis dans cette association après c'est moi qui vais encadrer aussi...l'année prochaine voilà. Enfin je pense que c'est important que ce soit la personne que les enfants voient en éducation qui leur propose quelque chose quoi.

I : D'accord, et donc en activité physique durant les journées ils font...

R : En activité physique, et bien les journées d'éducation c'est vraiment des petites choses... pour associer (il n'y a pas vraiment d'objectif de travail précis), c'est pour essayer de se faire plaisir juste quoi là ! C'est pour créer une dynamique de groupe, parce qu'ils vont se voir pendant 2 jours, faire en sorte de délier un peu l'atmosphère. Donc je leur fait faire soit du jonglage, des activités de cirque un peu. Pour qu'ils se disent en fait le sport ce n'est pas uniquement courir, que cela peut-être autre chose que de travailler uniquement la course, l'endurance et tout ça.

I : Oui...

R : Le sport c'est aussi travailler son corps autrement, la coordination, la concentration, la motricité tout ça...et donc je leur fais faire parfois du cirque, du jonglage, des petits travaux d'expression corporelle. Sinon en ce moment, je leur fais faire un peu de foot tout simplement. Ils jouent avec des ballons, du foot, ou des petits parcours moteur voilà, c'est...

I : D'accord, et il y a les filles et les garçons mélangés, de tous les âges, ou bien...

R : Non il y a des tranches d'âges en fait, dans les journées d'éducation à la nutrition il y a des petits, alors vraiment 4-6 ans, là par contre l'éducation se fait totalement différemment, on fait avec des marionnettes, donc c'est encore autre chose...

I : Et ces marionnettes se font pendant la journée d'accueil...

R : Oui, c'est ça...là encore on a mis un scénario pour faire passer des messages quoi, mais auprès des 4-6 ans, ce n'est pas évident parce que nous faisons cela et pendant ce temps là les parents sont en éducation avec la diététicienne, avec le médecin. Donc, c'est plutôt adressé aux parents, et les enfants c'est plutôt des petits jeux éducatifs pour essayer de commencer à faire passer des messages quoi.

I : Sur l'activité physique...

R : Oui voilà... après sur la nutrition aussi, il y a les groupes d'aliments, les paniers, avec les familles, il y a des petits jeux aussi, c'est sous forme de jeux. Puis après il y a une tranche d'âges, c'est 7-10 ans, ce sont les pré-adolescents et les adolescents.

I : D'accord et pour les pré-adolescents et les adolescents vous faites ce que vous m'expliquez tout à l'heure...

R : Oui voilà, et même à partir de 7 ans c'est pareil, il n'y a que pour les 4-6 ans pour lesquels c'est spécial...

I : Et vous observez qu'ils font finalement de l'activité physique globalement ou bien est ce que...

R : Alors il y a vraiment de tout au niveau des enfants, enfin globalement ce sont des enfants qui ont déjà fait du sport. Mais, c'est difficile à évaluer parce qu'il y en a qui ont arrêté depuis un petit moment, justement à cause des moqueries et ce genre de chose, il y en a qui ont arrêté parce que le contexte familial ne s'y prête pas, les parents ne s'investissant pas beaucoup et ne

faisant pas beaucoup d'efforts non plus. Après il y en a qui font beaucoup de sport et qui viennent dans ces journées justement pour les bilans médicaux, parce qu'ils se demandent si ce ne sont pas des problèmes hormonaux. Enfin, un problème d'ordre plus médical que comportemental... enfin voilà, mais sinon c'est vrai que l'on voit de tout...

I : D'accord et ces enfants qui s'inscrivent c'est au volontariat, ou ce sont des enfants détectés par des médecins Réppop...

R : Alors là je ne voudrais pas dire de bêtises, mais souvent ce sont des médecins qui indiquent ces journées. Après il y en a peu être qui s'inscrivent sur la base du volontariat mais je ne pense pas parce que ce n'est pas...

I : Cela passe par le Réppop de toute façon...

R : Et bien les journées d'éducation ce n'est pas Réppop, c'est l'hôpital, après à l'issue de ces journées il y a une orientation qui est faite vers le Réppop, mais ce n'est pas le Réppop qui prend en charge ces journées...

I : D'accord...

R : Par contre le Réppop prend en charge le même type de journées mais orientées vers des obésités moindres en fait. Ce sont des journées sur l'équilibre alimentaire et l'activité physique. Et là, c'est le Réppop qui les prend en charge, c'est pour décentraliser un peu l'éducation de l'hôpital, donc cela se passe en ville, et c'est plus pour des obésités de degré 1, ou les enfants qui sont justes en surpoids donc voilà... pour enlever un peu du contexte hospitalier, et il n'y a pas les bilans médicaux, c'est juste une journée d'éducation quoi...

I : Et il y a de l'activité physique...

R : Oui, justement cette année j'ai mis l'activité physique dans ces journées aussi...

I : Et c'est vous qui vous en occupez alors...

R : Oui voilà durant le temps que je suis en stage oui...

I : Et ce sont des enfants qui sont inscrits dans le Réppop...

R : Pas forcément non plus, mais pour être vraiment sûr de ça il faudrait plutôt demander aux médecins... Parce que c'est vrai que c'est un peu compliqué les liens entre le Réppop, l'hôpital. Les journées d'éducation, c'est l'hôpital et après le Réppop c'est une forme de suivi...

I : D'accord, alors vous m'avez parlé de 3 possibilités à l'issue de ces journées : les mercredis, soit ils ont un suivi avec un médecin Réppop et un psychologue, soit...

R : Oui voilà 3 référents, et ensuite il y a une troisième possibilité, c'est de revenir à l'hôpital je crois 2 fois dans l'année pour des bilans. Mais ça je ne suis pas sûr, c'est sur papier et on pourrait vous l'envoyer par mail...

I : Bien volontiers, cela me permettrait de mieux comprendre...

R : Oui voilà ça c'est écrit, d'ailleurs il faudrait qu'ils le refassent à l'hôpital, parce que ce n'est pas actualisé, et justement dans ce document là il n'y a pas encore l'éducateur sportif, mais bon en tout cas cela clarifie déjà les journées...

I : Oui d'accord... Et sinon concernant la suite du diagnostic... déjà vous essayez de savoir un peu ce qu'ils font dans la journée...

R : Et bien après l'idée c'est de leur dire que ce n'est pas très compliqué d'en faire un peu plus. Le fait d'arriver à faire 1h par jour d'activité physique ce n'est pas très compliqué. Et que déjà 1heure par jour ça leur fait du bien au niveau de leur santé. Et ensuite, leur donner des petits exemples : comment ils peuvent faire et réfléchir avec eux à comment ils peuvent faire pour essayer d'en faire plus. Et leur donner aussi le message que si cela fait partie de leurs habitudes dès le plus jeune âge, plus tard ce sera normal, alors que sinon ils vont avoir d'autres préoccupations par la suite et si cela ne rentre pas dans les habitudes au plus jeune âge, c'est difficile après.

I : D'accord...

R : Enfin vraiment essayer de leur montrer que ce n'est pas très compliqué de bouger un peu plus, et que cela fait rapidement du bien quoi. Je leur dis par exemple que s'ils prennent l'habitude de monter les escaliers au lieu de prendre l'ascenseur, et bien ils vont être peut être essouffés pendant quelques temps, mais que très rapidement, au bout d'un mois, s'ils font ça tous les jours ils vont voir une différence, que cela va leur faire du bien, qu'ils vont se sentir mieux.

I : plus du ressenti... et les séances que vous encadrez...

R : Ah non là je n'ai pas encore commencé, j'ai juste mis en place un créneau pour l'association, un créneau supplémentaire et moi je n'ai pas pu encore encadrer pour des problèmes d'emploi du temps... voilà... cela prend du temps de faire des conventions donc...

I : Oui, oui...

R : Mais par contre les 2 autres éducateurs sportifs au niveau de l'association...

I : Oui j'ai eu un entretien avec l'un d'eux hier au téléphone ...

R : D'accord donc il a dû vous expliquer un peu l'association...

I : Oui, mais ce que j'aimerais c'est que vous m'expliquiez ce que vous visez dans le parcours des jeunes... après... donc il m'a expliqué pour l'association Z, et vous dans votre idée l'après c'est... des liens avec cette association Z, avec des enseignants d'EPS, ou pas du tout...

R : Euh non, en fait non, vers les enseignants d'EPS je ne vois pas trop le lien. Enfin souvent les enfants me rapportent qu'avec les enseignants d'EPS cela ne se passe pas si bien que cela quoi...

I : Oui...

R : Voilà... enfin concrètement je préfère orienter les enfants, j'orienterais plus les enfants vers justement des associations encadrées par des éducateurs sportifs qui sont formés à ça, aux activités physiques adaptées. Plutôt que vers un travail spécifique en cours d'EPS, parce que le cours d'EPS de toute façon ils seront toujours en contact avec d'autres enfants qui ne sont pas obèses, et il y aura toujours ce problème de stigmatisation donc il vaut mieux, je pense que l'association c'est une alternative, et je pense que cela peut leur permettre de leur redonner un peu confiance en eux, de travailler un peu sur eux déjà, d'améliorer leur condition physique pour après réamorcer un travail en EPS et ensuite en club sportif éventuellement quoi.

I : D'accord...

R : Enfin moi je le vois comme ça quoi.

I : Donc en définitive pour vous, un jeune qui veut s'en sortir entre guillemets, c'est plus d'activité physique au jour le jour...

R : Oui, enfin les 2 sont importants mais cela dépend des cas parce que les enfants qui se sentent vraiment rejetés, je pense qu'il faut trouver des solutions alternatives, cela va passer par augmenter l'activité physique, les activités du quotidien, le temps d'activité. Après ils ne veulent pas s'inscrire dans les clubs donc (et en EPS ils ne sont pas à l'aise, ils sont souvent dispensés), c'est vraiment arriver à trouver des solutions au cas par cas en fait, presque leur proposer ce genre de choses avec des associations, ou alors dans un contexte particulier comme le suivi sur les journées à l'hôpital. Mais si on leur dit d'aller s'inscrire dans un club, et même si on les oriente dans un club (enfin il faut vraiment les accompagner), je sens durant cette année de stage vraiment qu'il faut les accompagner parce que sinon... les démarches c'est difficile pour eux.

I : Ils baissent vite les bras...

R : Ils ne viennent pas trop souvent déjà donc c'est...

I : Et concernant la représentation sur le sport comme moyen d'amaigrissement...

R : Oui, ils l'ont, enfin quand je leur pose la question, enfin je leur demande d'abord les représentations qu'ils ont sur le sport et l'activité physique... la plupart disent oui le sport ça fait maigrir oui...

I : Alors vous...

R : Oui je leur dis, je les mets en garde quand même après, d'abord je vois ce qu'ils en pensent, et après je les mets en garde, je leur dis que le sport ça peut faire maigrir mais il faut en faire au moins 5 heures par semaine. Enfin je leur dis on ne va pas commencer à travailler là-dessus d'entrée quoi. Tant qu'ils ne sont pas du tout sportifs, s'ils commencent d'un coup ils vont se décourager quoi.

I : Oui, oui, alors vous voyez l'approche comment... sur les bénéfiques?

R : Une approche en leur parlant des bénéfiques, parce qu'il y a des bénéfiques qui sont quand même visibles, ne serait-ce que par rapport à l'essoufflement, ça c'est quelque chose. Les enfants obèses ils le vivent et c'est difficile pour eux. L'essoufflement c'est quelque chose qui s'améliore quand même assez rapidement, après même au niveau plus médical, certains qui ont du cholestérol déjà quand ils sont jeunes, et bien au bout de quelques mois, on voit des améliorations au niveau des bilans sanguins.

I : Oui...

R : Après c'est plus des trucs qu'ils voient dans leur vie de tous les jours, par exemple je leur dis qu'ils vont avoir plus de facilités pour s'habiller, être moins essoufflé.

I : Et vous avez un retour par rapport à ça ou non...

R : Non, on n'a pas de retour parce qu'en fait dans ces journées éducation, il y avait eu une évaluation concernant les connaissances acquises dans divers domaines, mais c'était avant que je sois en stage là en fait. Donc sur l'activité physique elles n'étaient pas du tout acquises vraiment... Donc là ce qui serait intéressant maintenant, ce serait de faire une autre évaluation.

I : Pour savoir à la fin des journées...

R : Oui voilà pour voir si cela a un impact l'intervention que j'ai mis en place aux journées d'éducation...

I : D'accord... et à la suite de ce stage vous pensez avoir des heures au Réppop ou...

R : Alors en fait là, on est en train de travailler sur un projet en partenariat avec... en fait c'est pour l'éducation à la santé en fait. Et on a demandé un financement pour une des phases du projet qui se passerait en pédiatrie, et ce financement me permettrait de travailler l'année prochaine, d'être employé, mais pour l'instant on a juste envoyé le dossier hier donc... on a pas eu de réponse pour l'instant...

I : Ah oui d'accord... mais ce serait avec le Réppop ou pas alors...

R : Alors je serais employé... non ce serait l'hôpital, mais bon enfin vu que l'hôpital et le Réppop c'est... enfin je travaillerais aussi au Réppop quoi...

I : D'accord...

R : Mais après dans le futur ils veulent vraiment trouver des financements pour créer un poste au Réppop...

I : Un poste au Réppop en activité physique... un responsable...

R : Oui voilà, mais en fait je pense qu'il y aurait un truc à faire au niveau de la coordination de la région pour l'orientation des enfants et leur suivi pour améliorer cela... parce que c'est ce qui est problématique un peu quoi...

I : Oui parce qu'il est vrai que sur ce Réppop contrairement à d'autres il n'y a pas une personne qui coordonne vous êtes tous éparpillés...

R : Moi c'est ce que j'aimerais bien faire à terme, essayer d'améliorer ce suivi des enfants pris en charge par le Réppop. Une espèce de coordination quoi... enfin je pense que c'est de ce côté-là qu'il y a un peu une faille quoi...

I : Et bien merci, puis-je vous demander de me faire passer un questionnaire type que vous faites passer aux enfants...

R : Un questionnaire vierge ?

I : Oui... pour voir le type de questions que vous posez...

R : Oui il n'y a pas de souci... en fait comment se déroule plus ou moins un entretien ?

I : Oui...

R : Oui parce que c'est vrai que l'entretien je le fais vraiment au cas par cas, et il n'y a pas de méthodologie vraiment précise...je n'ai pas fait vraiment de formation en éducation thérapeutique, mais sur le terrain avec mon bagage staps, quand même j'arrive à voir comment m'y prendre avec chaque situation et du coup j'arrive à m'en sortir.

I : Oui parce que là vous êtes en tête à tête avec le jeune...

R : Oui voilà et des fois il y a les parents, des fois non cela dépend quoi...

I : Des fois il y a les parents oui...

R : Oui voilà des fois les parents sont présents dans la chambre, des fois l'enfant ne veut pas qu'il y ait les parents, et il parle plus facilement sans qu'il y ait l'un des parents...

I : Vous laissez libre choix à l'enfant...

R : Ah oui, oui bien sûr, mais justement si cela permet à l'enfant... parce que des fois cela vient des parents le fait qu'ils refusent la présence des parents, enfin qu'ils ne veulent pas que leur enfant s'inscrive dans des clubs. Des fois il y a des situations qui sont un peu aberrantes. Donc des fois l'enfant il va plus parler, plus se lâcher quand il n'y a pas l'accompagnant quoi...

I : D'accord, c'est vraiment au cas par cas...

R : Oui, oui parce que vraiment il y a des situations un peu bizarres quand même.

I : Oui, oui d'accord... et bien merci beaucoup pour cet entretien...

R : De rien, et je vous envoie un questionnaire...

I : Oui et puis si vous avez des explications écrites sur ces journées...

R : Oui, oui d'accord...ça c'est à l'hôpital... je ne l'ai pas chez moi...

I : Oui mais il n'y a pas de problème cela peut attendre...

R : d'accord...au revoir

I : Au revoir et vraiment encore merci...

5. Entretien avec un médecin « Réppopiens ».

Entretien avec un médecin nutritionniste (de formation généraliste) à son cabinet, le 03/03/08. (Femme)

Cet entretien a été réalisé en collaboration avec le responsable en activité physique B, M2APA de la coordination du Réppop concerné.

Nous sommes respectivement doctorante en STAPS à l'Université Lyon1 et étudiante en Master 2 STAPS actuellement en stage au Réppop chargée de développer l'activité physique dans la prise en charge des enfants. Nous faisons une recherche sur l'AP chez les jeunes en surpoids. Pour cela nous chercherons tout d'abord à comprendre comment vous définissez votre travail au sein du Réppop, et notamment en référence à l'activité physique afin de faire évoluer le dispositif existant pour qu'il puisse à la fois répondre aux attentes des médecins et aux besoins des enfants. Ainsi, nous souhaiterions que vous que vous nous parliez de votre cursus, et de votre expérience au sein du Réppop en tant que médecin Réppopiens, et plus particulièrement le rapport que vous entretenez avec l'activité physique dans vos prise en charge de jeunes obèses.

D : Donc moi mon parcours je suis médecin généraliste, j'ai d'abord été médecin conseil à la sécurité sociale. Et puis il y a 5, 6 ans j'ai décidé de changer de travail, donc j'ai passé un diplôme de nutrition humaine. Qui a duré 2 ans, enfin qui se fait sous forme de sessions de deux fois 15 jours pendant 2 ans. Le sujet de mémoire que j'ai fait pour ce diplôme c'était sur la structure d'un centre de prise en charge de jeunes obèses en longs et moyens séjours.

I : D'accord, oui...

D : Donc j'ai fait connaissance avec X qui est un pédiatre qui avait mis en place le réseau Réppop avec le docteur A. Donc j'ai fait une étude de résultats de ces enfants obèses pris en charge dans ce centre. Donc petit à petit cela m'a ouvert des portes sur l'obésité de l'enfant, et puis donc cela m'a fait connaître le Réppop, alors j'ai été formée par le Réppop, dans les premiers médecins formés...

I : Ah d'accord...

D : Et je me suis installée il y a 3 ans, donc en fait le Réppop a commencé juste quand je m'installais. Et je me suis installée non pas en médecine générale mais en tant que nutritionniste, donc cela fait 3 ans que je fais que de la nutrition. Voilà adultes obèses et enfants obèses. Et donc dans le Réppop j'ai inscrit pas mal d'enfants.

I : D'accord...

D : Que j'ai suivi plus ou moins parce qu'il y a quand même des abandons. C'est vrai que maintenant je les inscris avec plus de discernement, enfin c'est-à-dire que j'essaye quand même de tester leur motivation avant de les inscrire...

I : Parce que c'est long, ou...

D : Non, mais parce que bon c'est dommage d'inscrire des enfants, et puis que ce soit un échec pour eux. Enfin, un échec entre guillemets, c'est-à-dire que cela peut être vécu comme cela.

I : Oui...

D : Parce que les parcours des obèses en général, c'est quand même une succession d'échecs. Donc c'est important aussi quand on les accroche à un projet que ce soit une réussite pour eux. Ou alors il ne vaut mieux pas, s'il ne commence rien ils ne seront pas en échec.

I : Oui, bien sûr...

D : Donc voilà...

I : Et vous étiez à la sécurité sociale avant, et vous faisiez...

D : Et bien c'est le travail d'un médecin conseil à la sécurité sociale, c'est-à-dire de servir d'expert médical à la sécurité sociale quand elle en a besoin. C'est-à-dire que pour servir

certaines prestations, un accidenté du travail... savoir à quelle rente il peut avoir droit ? On évalue ses séquelles...

I : D'accord et vous n'êtes pas en cabinet...

D : Non, non donc je voyais des patients tout le temps mais qui étaient demandeurs d'une prestation, et qui étaient obligés de venir me voir moi, sans pouvoir choisir.

I : D'accord, et donc du coup, cela vous en aviez marre ou...

D : J'en avais fait un peu le tour, j'ai fais ça pendant une dizaine d'années, c'est une opportunité que j'avais eu. Enfin, mes enfants étaient petits donc c'était plus confortable.

I : D'accord, et donc la nutrition le surpoids, cela vous a intéressé, cela vous est venu...

D : C'est-à-dire que j'ai cherché une reconversion après la sécurité sociale, où je m'étais un peu éloignée du soin.

I : Oui...

D : Donc c'était difficile pour moi de m'installer comme médecin généraliste, j'ai une collègue qui l'a fait donc c'est possible. Mais pour moi ce n'est pas ce que je voulais, donc j'ai cherché dans les diplômes qui se faisaient à la faculté ce qui pourrait m'intéresser ?

I : Oui...

D : Et celui là m'a paru intéressant. Au départ j'avais pris une année sabbatique, donc l'idée c'était : je ne vais pas rester sans rien faire. Je n'avais encore pas démissionné de la sécurité sociale, donc j'ai fait un diplôme comme ça, un petit peu pour ne pas rester coupée du monde médical, et puis je me suis prise au jeu, je me suis intéressée au sujet et du coup le projet de s'installer est né comme ça. Et heureusement d'ailleurs qu'il y a le versant enfant, parce que c'est quand même ce qui m'intéresse le plus.

I : Ah oui d'accord...

D : Enfin les adultes c'est bien aussi, c'est bien de varier mais c'est vrai que ce créneau enfant est apparu petit à petit, et c'est vrai que cela m'a bien intéressé.

I : Et l'approche activité physique dans la formation de nutrition...

D : Et puis alors cette année je fais aussi un diplôme de nutrition de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent à Paris.

I : D'accord et donc dans ces formations de nutrition vous avez une approche de la nutrition au sens large...

D : Là ce diplôme il y a quand même beaucoup, enfin de l'aspect médical de l'obésité, le pourquoi, le comment, et puis il y a toute l'approche psychologique et l'approche activité physique. On a eu un cours dessus la dernière fois...

I : D'accord et c'est...

D : C'était X, je ne sais pas si vous connaissez ?

I : Oui, oui elle a écrit un ouvrage sur l'obésité...

D : Elle nous a fait le cours en activité physique, donc c'était au mois de février, c'était en 2h donc ...

A.H : Et c'était abordé de quelle manière ?

D : C'est abordé... ce diplôme il est un petit peu avant-gardiste dans la mesure où il essaye un peu de combattre les idées reçues sur l'obésité de l'enfant, donc il y a quand même pas mal de choses qui étonnent. Enfin surtout pour des gens qui ne sont pas dans un Réppop et qui n'ont pas...

I : Oui...

D : Donc là sur l'activité physique ce qu'elle a dit... elle a surtout essayé de faire comprendre que c'est difficile de demander à des enfants de faire du sport comme les autres. Du fait de leur surpoids, donc qu'il y avait toute cette masse à porter et que c'était compliqué. Donc plutôt essayer d'avoir un peu d'empathie vis-à-vis de ces enfants. Parce que les médecins ils ne sont pas très tendres avec les obèses, en général. Donc le message : « il n'a qu'à faire du sport », elle l'a un peu cassé.

I : D'accord...

D : Ces réflexions : « plutôt que de rester affalé devant la télé s'il faisait du sport... ». Sinon elle avait un diaporama intéressant. Elle met toutes les activités : dormir, regarder la télé, lire, faire des jeux vidéos... Et en fait elle montre qu'à partir du moment où on sort, on fait des activités extérieures, on commence d'être sur une dépense d'énergie qui est 2 fois plus importante que de dormir quoi...

I : Plus sur le mode de vie finalement que sur d'aller faire du sport.

D : Oui, oui...

I : Et cela vous a interpellé par rapport au Réppop, ce que vous pensiez...

D : Oui cela correspondait à ce que je pensais...

I : C'est ce que vous aviez déjà entendu par le Réppop...

D : Oui et puis il y a aussi le pédiatre qui a créé le Réppop, qui parle de ça. Il a fait une enquête avec une fille, qui faisait des études de sociologie, où il dit qu'il n'y a pas plus d'enfants qui font du sport chez les obèses que chez les non obèses.

I : Oui.

D : C'est-à-dire que le temps de sport il est pareil, si l'on compare une population d'enfants obèses et d'enfants non obèses. Il y en a autant qui regardent la télé toute la journée et d'autres qui sont inscrits à un club de sport de façon intensive.

I : D'accord oui...

D : C'est intéressant aussi, on focalise sur un enfant gros le fait qu'il est avachi sur un canapé ça énerve, un enfant maigre avachi sur un canapé n'énerve pas.

I : C'est en termes de représentations et en termes de propositions...

D : Ben non c'était un constat comme ça pour essayer de changer son regard...

I : Oui...

D : En terme de propositions moi j'ai bien aimé la structure roller ...

I : Vous avez suivi des jeunes qui étaient inscrits à l'activité roller ?

D : Oui... Ils étaient vraiment très contents, il y avait une espèce d'émulation qui était vraiment intéressante...

I : Contents par le...

D : Contents de faire un sport qui soit un peu différent de ce qu'on leur propose habituellement...

I : Et ils vous ont dit, la différence... vous la mettriez sur ...l'activité physique, l'encadrement...

D : Le sport en lui-même qui était peu connu...

I : Le sport en lui-même oui... Et le fait qu'ils soient entre eux...

D : Qu'ils soient entre eux peut-être, mais bon je crois que l'animateur, moi je ne l'ai pas rencontré, mais il a beaucoup joué aussi, la personnalité de l'encadrant qui les a beaucoup motivé.

I : Oui d'accord...

D : Alors le sport moi j'en parle tout le temps, j'essaye toujours de demander ce qu'ils font dans mon questionnaire de départ... Savoir ce qu'ils font en dehors de l'école, je ne parle même pas de sport, mais de ce qu'ils font en dehors de l'école...

I : En dehors de l'école d'accord...

D : Voilà, la musique des choses comme ça... après j'interroge sur les trajets, comment... enfin bon c'est toujours les mêmes questions... voir comment ils vont à l'école. J'encourage les parents à aller faire avec eux des activités de loisir le weekend, de les emmener à la piscine le dimanche...

I : Plus sur la motivation, les inciter à... et vous constatez quoi... au niveau des familles...

D : Et bien cela bouge peu en fait...

I : Et le fait de motiver comme ça vous sentez des fois un changement...ou...

D : Oui je trouve des fois que je dépense beaucoup d'énergie pour peu de résultats, pourtant j'essaye vraiment. Non et puis tous les milieux...

I : Vous avez des idées ou bien vous vous sentez un peu démunie par rapport à ça...par rapport au fait que l'incitation ne suffise pas...

D : Oui je me trouve un peu démunie. C'est-à-dire que je crois que l'on a du mal à faire changer les gens, il faut vraiment qu'il y ait un gros coup de massue, qu'ils aient l'impression que leur enfant soit vraiment en danger pour changer leur rythme de vie...

I : En général, que ce soit alimentaire, activité physique ou...

D : Oui pour tout, quand ils sont là, c'est vrai qu'ils adhèrent, en disant « oui finalement ce n'est pas si compliqué », et puis quand vous refaites le point un mois après en disant : « comment ça c'est passé », « on n'a rien fait ».

I : Vous suivez combien d'enfants et adolescents en surpoids actuellement...

D : Je ne saurais pas vous dire... dans le Réppop ?

I : Oui dans le Réppop.

D : Je ne sais pas... dans le Réppop il y en a peut être une vingtaine, que je suis actuellement...

I : D'accord, que vous suivez en consultation une fois par mois...

D : Oui, mais sinon j'ai quand même beaucoup plus d'enfants... parce que j'en ai quand même beaucoup en suivi.

I : Oui donc vous avez une idée sur...

D : Oui je trouve que c'est difficile. Alors par contre là avec le Réppop on essaye de leur proposer l'activité, je ne sais pas s'il y en a qui vous ont téléphoné ?

I2 : En fait cela fait 2 semaines que je n'étais pas là, donc là je suis revenue au Réppop et je regarde un petit peu...

I : Parce que là vous attendez des propositions, vous pensez que cela va plus fonctionner des propositions du type roller faite par le Réppop ?

D : Non l'idée c'est que s'ils sont en groupe ; c'est ce que je leur vends, c'est : « vous allez vous retrouvez avec des enfants qui sont comme vous, donc la natation cela sera moins compliqué d'aller dans la piscine parce qu'il n'y aura pas le regard des autres... »

I : C'est ce qui freine à votre avis prioritairement à aller pratiquer...

D : Cela dépend des gens, cela dépend des âges, avant 10 ans c'est rare que ce soit l'aspect physique qui gêne. Mais à 12 ans plus, surtout les filles même les garçons ils ont un peu de mal...

I : Et le fonctionnement en réseau, entre médecins, avoir des formations en commun...

D : Oui, oui c'est bien, simplement moi je suis un peu marginale dans la mesure où je ne suis pas un médecin traitant qui recrute, qui va soigner ses patients. Moi, on vient me voir parce que l'on n'a donné mon adresse par le Réppop. Donc ce sont des gens qui viennent pour ça, quoi, ce n'est pas un patient que l'on trouve un peu trop rond et que l'on essaye de mobiliser avec sa famille. Donc là, ce sont des gens qui viennent pour ça. Alors il y en a qui viennent de la part de la médecine scolaire, et puis je me suis rendu compte qu'il y en a qui ont peur et qui viennent parce qu'il faut ! Parce que la médecine scolaire leur a dit de venir et ils ont peur qu'on les accuse, enfin qu'on leur dise qu'ils suivent mal leurs enfants.

I : D'accord...

D : L'autre jour quelqu'un m'a dit : « sur le carnet de santé vous marquez bien, comme je vais voir le médecin de l'hôpital X qu'il voit bien que je suis venue », alors qu'il ne se passe rien...

I : Elle ne change rien dans ses...

D : Mais il fallait bien que je note...que le médecin de l'hôpital X qui le suit pour autre chose et qui veut absolument qu'il maigrisse voit qu'il y a du suivi. Donc là aussi j'ai réalisé que

j'étais un peu un alibi pour dire...oui voilà, « on va bien là où on nous a dit d'aller » mais après...

I : Et il y a des plateformes sur lesquelles vous pouvez consulter les dossiers des jeunes...

D : Oui voilà, on a un partage des dossiers, le dossier en général il est initié par le médecin, c'est lui qui ouvre le dossier et après viennent se greffer les intervenants : psychologue ou diététicienne qui vont-elles mêmes remplir le dossier et communiquer leur infos... bon ce qui n'est pas toujours...

I : Et ce fonctionnement en réseau, comment...

D : Et bien quand j'ai l'information oui, mais je n'ai pas toujours le dossier en retour...

I2 : Parce qu'il n'est pas rempli ou...

D : Voilà, parce qu'il n'est pas rempli, s'il est rempli oui c'est bien, mais l'accompagnement téléphonique par contre ça c'est intéressant. L'accompagnement téléphonique donc tous les mois les patients sont appelés, vous savez non ?

I : Oui ...

D : Donc là, cela remotive des gens, des gens qui ont vraiment loupé un rendez-vous et bien ils vont oser me téléphoner et revenir... et du coup on les raccroche quoi !

I : Et sur l'activité physique, c'est plutôt déconstruire des représentations ou des formations vous sembleraient...

D : Non et puis nous aider. De toute façon je trouve que c'est vraiment très difficile de soigner ces enfants. Donc, c'est pour cela que je me suis inscrite à ce diplôme, on a besoin sans arrêt de savoir ce qui se fait, ce que l'on peut faire...

I : On est un peu dans l'expectative...

D : Et puis, en plus tous les enfants ne sont pas les mêmes, donc il y en a que l'on peut plus... parce que les enfants qui disent ne pas du tout aimer le sport et qui sont hyper sédentaires, qu'est ce qu'il faut faire, il faut les pousser à faire du sport et les dégoûter ?

I2 : Alors vous vous y prenez comment ?

D : J'essaye de ne pas... tout le monde leur dit qu'il faut faire du sport, donc j'essaye de ne pas non plus être la énième personne qui dit la même chose. Parce que la mère vient en me disant : « il faut lui dire qu'il arrête », elle préfère que son enfant fasse du sport, plutôt que de remettre en question sa nourriture c'est plus facile. Donc elle va me dire « c'est parce qu'il est devant l'ordinateur et qu'il ne mange pas de légumes qu'il grossi ». Donc, est-ce qu'il faut que je rentre dans son raisonnement ? J'essaye de faire connaissance avec l'enfant pour voir vraiment si il a un dégoût profond pour le sport, pourquoi, est ce que c'est parce que finalement il est mal à l'aise dans son corps, et qu'il n'aime pas le sport parce qu'il ne réussit jamais, ...j'essaye de tester. Ou bien est ce que c'est quelqu'un qui aime vraiment beaucoup lire, qui est très casanier, car on n'est pas obligé d'être tous sportif.

I : Oui, et il y a l'idée d'amaigrissement avec le sport ou...

D : Oui, en plus...

I : Est-ce que certains ne comprennent pas pourquoi ils sont en surpoids alors qu'ils pratiquent, ou ...

D : Oui, mais disons que je vois plus ça du côté des adultes qui me disent ça, mais ils savent que cela ne fait pas spécialement maigrir de faire du sport les adultes. Les enfants, ils ont quand même des messages sans arrêt à la télévision : « bougez plus », donc ils imaginent que s'ils font du sport cela fait maigrir...

I : Oui, c'est ça...

D : Donc après, il faut voir comment réagissent les parents. Si le sport c'est l'occasion d'un épanouissement, après l'amaigrissement il va suivre par des biais indirect. Mais, si c'est une contrainte, aller une heure de sport et rester sur le bord et ne rien faire...

I2 : Cela peut même peut être renforcer l'estime de soi...

D : Oui, en plus cela peut avoir l'effet inverse, donc voilà...

I : Tout se manipule avec précautions...

D : Oui, voilà il faut essayer de ne pas être toxique en fait, et ne pas faire l'inverse de ce que l'on voudrait donc je n'ai pas vraiment de recettes, à chaque fois c'est différent.

I : Et c'est ça qui est peut être difficile en tant que praticien...

D : Oui, c'est vrai que j'essaie toujours de dire à l'enfant : « tu choisis ce qui te plaît ». En même temps il faut que cela soit possible. L'autre jour il y en avait un qui était intéressé par une seule chose dans ce que je lui ai proposé, c'était à x alors qu'il habite y. Sa mère est infirmière en libérale seule avec lui, sans grands parents, sans personne, et une fois sur 2 elle travaille le mercredi, elle ne pourra pas l'accompagner. Donc j'ai dit « non il ne faut pas choisir ça ».

I : Oui donc après il y a d'autres contraintes...

D : Après il a peut être choisi cela parce qu'il savait que cela ne serait pas possible.

I : Ah oui...

D : Je lui dis tu n'es pas obligé de choisir quelque chose, mais si tu choisis quelque chose il faut vraiment que tu sentes que cela peut te plaire. Il vaut mieux ne rien faire, que de faire un truc à moitié. C'est toujours pareil si on commence une activité, les mettre dans l'échec ce n'est pas une solution. Essayer, et puis finalement que cela n'aboutisse pas. Bref, si ce n'est pas le moment on peut attendre aussi...

I : Ce n'est pas difficile aussi, vous en tant que médecin, de finalement gérer des problèmes bien plus complexe que de soigner un rhume... De travailler obligatoirement avec d'autres...

D : Oui, ah c'est sûr que l'on a de moins bons résultats et que du coup ce n'est pas évident...

Arrivée d'un patient...

I : On ne va pas vous embêtez plus longtemps.

D : De toute façon pour revenir maintenant au Réppop, c'est bien à vous (I2, responsable en activité physique B, M2APA de la coordination du Réppop) que les parents doivent s'adresser s'ils veulent s'inscrire au sport. Parce qu'il y a une maman qui m'a dit que c'était à moi de donner des chèques, je ne sais pas quoi... Finalement elle ne veut plus parce qu'elle m'a dit qu'il fallait quand même qu'elle avance l'argent, ... c'est pour l'athlétisme... et qu'on la rembourserait que si... Il y a le souci aussi où les gens sont attirés par le côté : il n'y a rien à payer, et puis du coup...

I : Ah oui, d'accord...

I2 : En fait, ils s'inscrivent au club et s'ils suivent toute l'année l'activité, ils sont remboursés de la moitié, enfin la moitié des 200 euros que coûte cette activité.

I : D'accord, et cette aspect de gratuité vous pensez qu'il est...

D : Il est à double tranchant, il rend service à certaines personnes, mais il y en a d'autres qui l'utilisent, voilà qui le gaspille, mais il ne faut pas généraliser...

I : Oui, oui...

I2 : Mais je pense que pour certaines familles que ce soit 15 euros par exemple la piscine, ils vont se dire « bon aller on le fait, on essaye au pire c'est 15 euros », ce n'est pas grand-chose donc cela n'engage pas trop financièrement déjà...

D : Et le judo club il y a des enfants...

I2 : Non, il y a le roller et la piscine qui marchent bien mais c'est un peu aussi parce que je suis vraiment dessus, et c'est vrai que le fait aussi d'appeler les parents et d'être sur place alors que le judo c'est avec un autre. Il faudrait revoir par la suite, il y a encore un intermédiaire entre le Réppop et le judo, du coup cela prend beaucoup plus de temps que lorsqu'il y a le Réppop et le club directement.

I : Oui, oui... et bien on va vous laissez, merci beaucoup pour votre disponibilité...

D : De rien, au revoir.

6. Entretien avec un jeune inscrit dans une activité physique proposée par un Réppop.

Entretien réalisé avant la séance, sur le lieu de la pratique, le 04/06/2007

I : En fait ce que j'aimerais moi savoir c'est un petit peu comment l'activité physique tu en fais en dehors, est ce que tu en as fait petite, pourquoi tu es venue ici faire du roller finalement...

C : Ben je raconte tout ?

I : Oui raconte moi tout ce que tu veux...

C : Donc en fait quand j'avais 3 ans, on a vu que j'étais... je n'avais pas le poids d'une enfant normale.

I : D'accord, oui à 3 ans...

C : Donc j'ai commencé à voir des psychologues, ...

I : Oui, et cela a été facile...

C : Non, donc on en a parlé, et puis du coup... en fait cela ne marchait pas du tout. Donc après quand j'avais 10 ans je suis partie, dans un centre qui s'appelle X, ...

I : Oui, j'en ai entendu parler, à Y c'est ça...

C : Oui, donc j'y suis partie, et en fait il n'y avait aucun... je suivais le programme et il n'y avait aucun effort constaté...

I : D'accord, et tu faisais quoi dans ce programme ? C'était à quel âge, à 10 ans tu m'as dit.

C : Oui, et bien en fait... on apprenait à manger équilibré enfin... moi je mangeais équilibré mais...

I. Oui.

C : Donc voilà... enfin on nous disait de faire des efforts physiques mais moi je n'en faisais pas...

I : D'accord, ça ne te faisais pas envie de faire des efforts...

C : Si, si, si moi j'avais envie mais le problème c'est que voilà... il n'y avait pas assez de temps.

I : Ah d'accord.

C : Et donc cette année, et bien en fait... l'année dernière on a trouvé un... en fait c'est à la fin de X ils nous ont donné un papier pour dire. Enfin pour nous proposer tout ce que l'on pouvait faire après ce centre.

I : D'accord.

C : Alors moi j'ai vu l'annonce du roller, et ça m'a marquée, alors euh...

I : Tu racontes comme ça vient...

C : Oui, on a vu un médecin...

I : Oui voilà...

C : Donc euh, donc euh... il nous a dit qu'il était en rapport avec cette activité roller...

I : Avec le roller, d'accord ...

C : Et donc...euh...

I : Il t'a expliqué ça comment, que c'était quoi, que c'était faire du roller, et puis...euh...

C : Il a dit euh... je ne sais pas comment expliquer... alors... il a dit c'est une activité physique...

I : Oui.

C : C'est deux fois par semaine...

I : Oui.

C : C'est deux fois par semaine, et cela aide... à bien se dépenser...

I : Ah voilà, mais on ne t'a pas dit que c'était pour perdre du poids, si on t'a dit que tu venais là pour perdre du poids quand même ?

C : Et bien...

I : C'était un peu l'objectif ou...comment tu l'as perçu toi quand tu es arrivé là déjà...

C : Et bien je me suis dit... ça m'aidera à perdre du poids ça.

I : Ah oui quand même tu t'es dit ça, pourtant l'entraîneur et tout ça il t'a pas trop parlé de perte de poids si ?

C : Non.

I : Non pas trop il me semble...

C : Et bon voilà, donc maintenant je fais du rink hockey. Parce que maintenant... comme je sais, que quand je fais du roller je sais que cela ne fait pas du tout de mal de faire des efforts physiques...

I : Oui, parce que tu croyais que ça faisait du mal avant ?

C : Oui... enfin je croyais que ça allait m'épuiser...

I : Ah d'accord, avant, même avant à l'école, parce qu'à l'école tu fais bien de l'EPS...

C : Oui, même à l'école.

I : Et ça t'épuisait.

C : Ben, oui quand même un peu...

I : Oui.

C : Mais là comme j'ai l'habitude, euh...deux fois par semaine, ça va mieux quoi...

I : Tu as pris l'habitude et du coup tu sens que tu tiens le choc, quoi... tu avais peur de ne pas tenir tu penses c'est ça...

C : Oui.

I : C'est ça tu t'es dit je ne vais pas tenir la distance.

C : Oui.

I : C'est ça qui t'a fait peur, et puis après ben...

C : Après j'ai commencé à en faire petit à petit, et après voilà j'y arrive,... je fais beaucoup d'heures de sport par semaine quoi.

I : Finalement tu t'es rendu compte que plus tu en faisais plus tu arrivais à en faire plus.

C : Oui.

I : Voilà, d'accord... et ça te plaît le roller... qu'est ce qui te plaît dans cette activité, ça te plaît ou tu fais ça parce qu'il faut faire ça...

C : Non, ça me plaît c'est parce qu'en fait voilà on est tous pareil, on a tous le même problème.

I : D'accord, oui...

C : Voilà, personne ne va se moquer de toi pour dire ah ! Regarde...elle est grosse...

I : Parce que l'on se moque de toi à l'école quand même, oui... toujours ?

C : Oui.

I : Oui. Tu le ressens en éducation physique aussi ?

C : Alors au début de l'année on a commencé à faire du sport, et puis ils y en a qui ont dit « regarde elle n'y arrive pas elle... » Et tout...

I : D'accord.

C : Et puis donc, en fait le roller je le fais déjà pour moi, pour faire du sport... et en fait plus tard j'ai envie de devenir actrice donc je ne crois pas qu'il y est des actrices qui soient obèses.

I : Oui, ... mais tu crois que c'est très important... tu crois que par rapport à ton métier cela peut faire un barrage alors...

C : Ben oui.

I : Et à l'école ça se passe bien, ton niveau scolaire...

C : Oui, très bien...

I : Très bien...OK, donc finalement les moqueries ça ne te gêne plus.... Ou bien ça t'atteint quand même un peu, c'est énervant...

C : Au début... ça me faisait mal quand même...

I : Oui, c'est sûr. Et là il n'y en a pas ici ?

C : Non personne, personne... enfin on est tous pareil quoi, ...

I : Oui.

C : Enfin on a tous le même problème, ou alors on l'avait tous...

I : Il y en a qui en ont moins, oui mais on l'a tous eu... donc il y a une tolérance peut-être un peu plus ici tu dirais ?

C : Oui.

I : Et euh... l'entraîneur par rapport à ça, tu penses qu'il l'aborde de la même façon ou... que ton prof d'EPS ou...

C : Et bien non, en fait je n'ai jamais eu un prof comme lui, il est tellement gentil, enfin... il n'est pas comme les profs « allez dépêchez vous... » Il va en douceur...

I : Oui, oui d'accord, ...c'est-à-dire que tu as l'impression qu'il te respecte plus...

C : Oui, enfin par rapport...

I : Aux enseignants oui, c'est important ça...

C : Oui.

I : Et la notion d'effort alors, la notion d'effort, faire un effort tu te sens plus à l'aise....

C : Oui.

I : Tu te sens plus à l'aise aussi en rink hockey, non en hockey tu as progressé ?

C : Enfin sans pouvoir...oui la première fois quand je suis venue, quand je ne savais pas faire du roller...quelque part oui j'ai progressé.

I : Tu as progressé, et est-ce que cela t'a pas donné plus d'assurance peut être pour ailleurs, pour l'école... non je ne sais pas.

C : Si ça me motivait.

I : Est-ce que tu en as parlé à l'école que tu faisais du rink, à tes profs à tes amis, est ce que tu leur as dit que tu faisais ça ?

C : Non.

I : Non.

C : Par contre si je leur dis ils ne me croient pas...enfin pas les profs, mais euh...

I : Tes copines...

C : Oui, elles ne me croient pas....

I : Elles disent : elle ne fait pas du rink hockey...

C : Ben vu mon physique...

I : Ah oui tu crois qu'elles ne vont pas te croire...

C : Ben elles ne me croient pas ça se voit... j'ai déjà essayé, enfin j'ai déjà dit...

I : Ah tu as déjà essayé...

C : Oui.

I : Oui, mais toi bon si eux ils ne te croient pas, tu ne ressens pas le besoin d'en parler, mais toi intérieurement tu sens quand même que cela te donne de... la confiance en toi...

C : Ben oui.

I : Oui, quand même, alors tu penses faire quoi l'année prochaine si ça s'arrête le roller...

C : Si ça s'arrête ?

I : Oui.

C : Je ne sais pas, j'ai envie de continuer moi.

I : Tu as envie de continuer 2 fois par semaine... mais tu as réussi parce que de toute façon tu as perdu du poids par rapport à ton début ?

C : Oui.

I : Oui, c'est plutôt encourageant alors ?

C : Il faut continuer.

I : Il faut encore continuer...Et tu viens avec plaisir ou tu viens... essaye de me dire à quoi tu penses quand tu viens là, tu viens parce qu'il faut venir?...ou...

C : Je pense déjà au plaisir, au plaisir de pouvoir bouger quoi...

I : De pouvoir bouger... donc c'est un plaisir maintenant de bouger.
C : Oui, aussi de voir l'entraîneur... et bon ben...
I : Tu as des copines quand même ici...
C : Moi ?
I : Oui.
C : Enfin ce n'est pas des vraiment des copines mais...
I : Voilà j'ai eu un peu cette impression, vous discutez mais vous ne vous voyez pas en dehors ?
C : Non.
I : D'accord, OK... et une chose qui m'intéresserait c'est que tu me dises... tu fais beaucoup de natation ?
C : Oui.
I : Et est-ce qu'en natation c'est pareil que le roller, c'est mieux que le roller pour toi, ou...
C : Non le roller c'est mieux que la natation.
I : Oui.
C : Parce que franchement...
I : Parce que...
C : Ben parce que...
I : Tu te sens plus à l'aise... enfin je te dis des trucs ce n'est peut être pas ça...
C : Si, si c'est ça...
I : Tu sens que tu vas plus vite... enfin je ne sais pas, tu sors plus de choses de toi...
C : Et bien il y a plus de plaisir à faire le roller que la natation, parce que je ne sais pas comment expliquer mais en natation... on ne se dépense pas bien...en fait on fait juste des mouvements, mais enfin... on n'a pas l'impression de faire des efforts...
I : Tu ne te sens pas essouffée ?
C : Non.
I : Non ah oui...
C : Alors qu'ici, voilà...on arrive à la maison, on est en sueur on va prendre une douche... alors que la natation, ce n'est pas pareil...
I : Et là c'est un certain plaisir, la douche la sueur, cela amène un certain plaisir... une certaine forme de réussite en fait...
C : Oui.
I : D'accord... Et ...euh... la natation tu en fais en club ?
C : Oui.
I : Et c'est quand, c'est une fois par semaine ?
C : Deux fois par semaine, une fois le mercredi et une fois le mardi...
I : Ça fait beaucoup non ?
C : Ben oui mais...
I : Et tu continues quand même parce que euh... tu veux une activité physique régulière...
C : En fait la natation c'est plus pour me dépenser, alors que le roller c'est plus pour le plaisir à le faire.
I : Ah d'accord, la natation c'est plus pour la dépense énergétique, pour garder un peu contrôle sur mon poids... pourtant être dans l'eau : on est bien dans l'eau non ?
C : Et bien oui mais...
I : Mais non, oui j'ai compris. D'accord, et à l'école tu as des copines ?
C : Oui.
I : Oui, cela se passe bien malgré les moqueries tout ça... tu arrives quand même à...
C : Ouais bof...
I : Alors dernière chose, l'EPS, tu fais quoi en EPS en ce moment comme activités ?
C : Je fais de la lutte et du badminton.

I : Et ça ça te plaît ?

C : La lutte oui, mais le badminton pas très bien, enfin je n'y arrive pas bien...

I : D'accord... et est-ce que tu penses qu'il y a eu un déclic qui t'a fait aimé le roller, ou c'est... du début tu t'es dis je vais me mettre là dedans ou... c'est quand tu t'es sentie plus...

C : En fait au début je croyais que j'allais être nulle, bon voilà je vais être nulle... pareil et puis là je rentre dedans, je ne vais pas dire que je suis la meilleure mais...

I : Ah oui tu es facile, ...mais alors au début tu ne te sentais pas...

C : Non, je me disais : je vais être nulle, après j'ai vu les roulettes qui tournaient, qui se battaient avec la crosse et puis voilà...

I : Cela t'a plu, c'est un beau spectacle...

C : Oui.

I : Et pour revenir sur l'historique, donc à 10 ans tu étais en centre, mais est-ce que pendant cette période là tu faisais de l'activité physique ou pas ?

C : Non.

I : Tu ne faisais rien, dans ta famille tu n'en faisais pas avec tes parents : marcher...

C : Non ils n'ont pas le temps.

I : Parce que des fois avec sa famille on en fait le weekend... non...

C : Non.

I : Et vous n'avez pas insisté vous les filles pour en faire... En dehors d'ici, cela vous a donné le goût d'en faire plus.

C : Et bien oui j'en fais 8 heures par semaines quand même !

I : Ah oui quand même, et c'est un peu roller qui t'as donné le goût d'en faire plus... parce que tu t'es rendu compte que tu pouvais le faire sans être trop fatiguée.

C : Je suis quand même un petit peu essoufflée mais moins qu'avant, je n'arrivais plus à respirer alors que maintenant...

I : Et bien merci beaucoup pour ton témoignage, me permettant de mieux comprendre... mais c'est quand même ici que tu retires le plus de plaisir.

C : Oui, même à l'école... c'est ici, si je compare avec le collègue, et bien c'est ici...

I : C'est ici, et tu dis que cela vient du fait que vous soyez ensemble, ou est ce que ce n'est pas aussi du fait que tu te sentes compétente ?

C : En fait je me sens bien, je me sens compétente, on a tous le même problème...

I : Voilà.

C : Donc personne ne va se moquer de soi, ...

I : Donc tu te sens plus libérée pour agir... et puis il y a les notes à l'école en EPS... les évaluations...

C : Oui mais ça ça va, enfin...

I : Tu as des bonnes notes ?

C : Oui, ...

I : Et bien alors pourquoi les autres te disent que tu es nulle ?

C : Je n'ai jamais compris si c'était de la jalousie, je ne sais pas pourquoi ils font ça, ils ne savent que critiquer les autres, ils font toujours des réflexions, je n'ai pas de problèmes à l'école je suis bonne en sport...

I : Oui, tu as des copines, vous vous voyez en dehors ?

C : Avec ma copine ?

I : Oui.

C : Oui.

I : C'est une bonne copine alors. Et les enseignants d'EPS que tu as eu ? Tu es en 6^{ème} donc tu en as eu une...

C : Oui.

I : Et en primaire, quand on te faisait faire du sport, enfin de l'Education physique...

C : On en faisait pas beaucoup, on en faisait à peu près 1h par semaine, moi je trouvais que l'on en faisait pas beaucoup...

I : Ah oui...

C : Maintenant on en fait 4h par semaine.

I : Avant c'était 1h ?

C : Oui.

I : Et bien c'est vrai que cela ne fait pas beaucoup en effet. Et bien merci C. Je te laisse vite aller faire ta leçon de roller.