

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Benoît CLEMENT

Né le 14/01/1992 à Tours (37)

PROMOUVOIR UNE ALIMENTATION Saine ET DURABLE : DES MÉDECINS EN QUÊTE DE LÉGITIMITÉ

Présentée et soutenue publiquement le **13 février 2025** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Christophe DESTRIEUX, Anatomie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Alain AUMARECHAL, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Juliette JAMET, Médecine Générale, CCA, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Emmanuel BAGOURD, Médecine Générale – La Croix-en-Touraine

Résumé

Promouvoir une alimentation saine et durable : des médecins en quête de légitimité.

Connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes d'Indre-et-Loire à propos des co-bénéfices santé-environnement de l'alimentation

Contexte : Le dérèglement climatique, consécutif aux émissions de gaz à effet de serre (GES), apparaît comme une menace majeure de santé publique au XXI^{ème} siècle dont le corps médical doit se saisir. L'alimentation est un sujet fréquemment abordé en soins primaires et qui s'avère par ailleurs un poste particulièrement émetteur de GES à l'échelle nationale. Aussi, la conjugaison d'actions bénéfiques en termes de santé et d'environnement a récemment été conceptualisée à travers la notion de co-bénéfices. Dans ce contexte, notre étude a pour objectif d'explorer les connaissances, représentations et pratiques des co-bénéfices santé-environnement en lien avec l'alimentation auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire.

Méthode : Étude qualitative menée entre novembre 2023 et octobre 2024 par entretiens individuels semi-dirigés de huit médecins généralistes d'Indre-et-Loire. L'analyse a été menée sans triangulation des données, par approche inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : Les co-bénéfices apparaissent imbriqués les uns avec les autres offrant un cheminement progressif et pragmatique pour accompagner les patients vers des changements de comportements.

Un premier frein à l'usage des co-bénéfices est lié à une difficulté de conjonction avec l'approche centré patient. Néanmoins, certains médecins mentionnent de nombreuses situations cliniques propices à l'utilisation des co-bénéfices et rapportent diverses stratégies visant à s'adapter aux contraintes des patients.

Le manque de légitimité des médecins généralistes apparaît comme l'ultime frein à l'usage des co-bénéfices et a pour principales causes la connotation politique du sujet environnemental, un défaut de connaissances médicales, ainsi qu'un sentiment d'isolement et d'impuissance. Une coordination des acteurs de santé ainsi qu'un soutien des institutions, des médias et des industriels apparaissent comme les éléments majeurs au renforcement de la légitimité des médecins généralistes dans l'utilisation de l'approche par co-bénéfice.

Conclusion : Les co-bénéfices apparaissent comme un outil concret au service d'un changement du paradigme de soins et dont les médecins généralistes ne pourront s'emparer qu'avec un franc soutien de l'ensemble du système de santé.

Mots clés : co-bénéfice, environnement, alimentation, médecine générale, santé planétaire

Abstract

Promoting healthy and sustainable diet: doctors in quest for legitimacy. Knowledge, representations, and practices of general practitioners in Indre-et-Loire regarding the health-environment co-benefits of food

Context: Climate change, resulting from greenhouse gas (GHG) emissions, is a major public health threat of the 21st century that the medical community must address. Food is a topic frequently discussed in primary care and is also a significant source of GHG emissions at the national level. Therefore, the combination of actions that are beneficial for both health and the environment has recently been conceptualized through the notion of co-benefits. In this context, our study aims to explore the knowledge, representations, and practices related to health-environment co-benefits of food among general practitioners in Indre-et-Loire.

Method: A qualitative study conducted between November 2023 and October 2024 through semi-directed individual interviews with eight general practitioners in Indre-et-Loire. The analysis was conducted without data triangulation, using an approach inspired by grounded theory.

Results: The co-benefits appear to be intertwined, offering a gradual and pragmatic pathway to guide patients toward behavior changes. A primary barrier to the use of co-benefits is related to the difficulty of aligning with a patient-centered approach. Nevertheless, some doctors mention numerous clinical situations conducive to the use of co-benefits and report various strategies aimed at adapting to patients' constraints.

The lack of legitimacy among general practitioners emerges as the ultimate barrier to the use of co-benefits, primarily due to the political connotation of environmental issues, a lack of medical knowledge, and a feeling of isolation and helplessness. Coordination among health actors, as well as support from institutions, media, and industry, appear to be key elements in strengthening the legitimacy of general practitioners in utilizing the co-benefit approach.

Conclusion: Co-benefits appear as a concrete tool for changing the care paradigm, which general practitioners can only embrace with strong support from the entire healthcare system.

Keywords: co-benefit, environment, food, general medicine, planetary health

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric.....	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURLIUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée.....	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
 CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
 HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
 IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
 SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

Ce manuscrit est le fruit d'un travail collectif dont je suis le seul en lumière aujourd'hui. Je n'aurais pu atteindre le bout de ce long chemin sans vous toutes et tous. Merci !

À Françoise et Laurent, mes parents.

Vous qui m'avez accompagné depuis le début, qui jamais n'avez douté de mes projets (même quand ils étaient farfelus : « Quoi ? Faire une 2^{ème} thèse ?!), merci. Merci maman, pour tout le temps que tu m'as consacré, pour ta disponibilité sans faille sans laquelle je n'aurais pu avoir l'enfance si riche et dense que j'ai eue à travers mes passions. Merci papa pour l'exemple de détermination et de persévérance que tu as été pour moi. Je pense m'être approprié les valeurs que vous m'avez transmises et les avoir utilisées pour me guider dans ce long cursus hors des sentiers battus.

À Mathilde, ma chérie,

Nous nous sommes rencontrés durant les années les plus difficiles de nos études. J'ose sincèrement dire que « tu » as tenu bon jusqu'ici tant j'ai conscience de ces années à « sens unique » où ton soutien sans faille, ton écoute et ton réconfort m'ont donné l'énergie de dépasser mes doutes et de tenir la barre. C'est aussi toi qui m'a fait quitter mes œillères, m'ouvrir à autre chose qu'à la science et à la médecine et surtout prendre conscience de la crise du vivant que nous traversons. Cela nous a fait virer de bord à 180°, sans s'éloigner l'un de l'autre, avec de nouveaux projets enthousiasmants et emplis de sens. J'ai hâte de vivre la suite de ces aventures à tes côtés !

À Émile & Gustave, mes enfants,

A vous deux, petits êtres plein de vie, de naïveté qui savez donner le sourire par votre joie de vivre (l'inverse est aussi vrai !). Papa sera désormais un peu plus disponible (si si !).

À Adeline & Noël, ma sœur et mon frère,

Loin devant, vous avez été de précieux aiguilleurs pour moi.

Nono, malgré la distance et le rythme actuel de nos vies, notre complicité d'hier reste parfaitement vivante en moi. Toutes ces années d'études ont constitué une certaine parenthèse et je ne doute pas un instant que nous saurons monter de nouveaux projets ensemble. Nous n'aurons finalement pas été si différents sur le sinueux chemin de nos formations ☺ !

À Isabelle ETTORI,

Il t'aura suffi de deux mots clés « jardinage » et « permaculture » pour faire le matching parfait et me mettre en contact avec celui qui allait devenir mon directeur de thèse ! Merci !!

À Emmanuel BAGOURD,

Tu as (audacieusement ? naïvement ?) accepté de diriger ce travail de thèse avec pour seules informations sur moi les mots clés précédemment cités. Merci pour ta confiance et ta

bienveillance. Tu as su patiemment attendre que je me mette (enfin) au boulot sans jamais de pression et en restant réactif. J'ai pris plaisir à travailler selon tes conseils et j'espère que cela aura été réciproque.

Aux membres des « ronéos sauvages »,

A ce petit groupe d'amis de médecine de Tours duquel je me suis précocement envolé et qui ont patienté que leur dernier poussin soutienne sa thèse ☺ ! Comme quoi, rien ne sert de partir le premier...!

À Jessica, Marion, Pauline et Tom,

Merci à vous pour m'avoir très gentiment fait mon petit (!!) cocon de travail en attendant patiemment que l'œuf (c-à-d cette thèse) éclore. Je n'irai pas jusqu'à dire que j'ai eu un petit peu de pression pour fixer ma date de soutenance mais bon... ☺

J'ai hâte de rejoindre officiellement l'équipe pour nos beaux projets en cours et à venir !

Au Dr FOURNIER,

Une pensée nostalgique et tournée là-haut vers mon pédiatre qui m'aura suivi toute mon enfance et dont le soutien et les conseils pour faire médecine restent dans ma mémoire. A chaque enfant vu au cabinet, votre gentillesse et votre humanisme résonnent en moi.

À tous mes maîtres de stage de DES (Drs BOUJU, COISPEAU, FEUILLET, FROMONT, JAN, PATY, PLÉE, RICHON, SAMKO, TIERCIN, UTEZA) ainsi qu'aux services de médecine polyvalente de Château-Renault et aux urgences du CHU de Tours,
Merci pour la formation transmise avec bienveillance ainsi que pour la confiance que vous m'avez accordée tout au long de ces 6 semestres de DES.

Spécial dédicace à Bernard pour ta Polo (qui roule encore) ainsi que pour ta meule, mon meilleur cadeau de stage !

Pensée à Pauline que j'espère, une fois de plus, exaspérée par le sujet de ma thèse !

Aux 8 médecins généralistes interrogés,

Merci de vous êtes rendus disponibles pour les entretiens.

Aux membres du jury,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Table des matières

INTRODUCTION	14
METHODE	15
RESULTATS.....	16
I. LES CO-BENEFICES SANTE-ENVIRONNEMENT EN LIEN AVEC L'ALIMENTATION, UN ENSEMBLE D' ACTIONS IMBRIQUEES ET GRADUELLES.....	16
1. <i>La nature et l'origine des aliments, d'une réflexion sur ses achats à la production de son alimentation.....</i>	18
2. <i>La proportion de protéines d'origine animale, du flexitarisme au végétarisme et au végétalisme.</i>	21
II. CO-BENEFICES SANTE-ENVIRONNEMENT ET APPROCHE CENTREE PATIENT, UNE APPARENTE INCOMPATIBILITE.....	23
1. <i>La place de l'argument environnemental dans l'approche centrée patient.</i>	23
a) Moi médecin, dois-je en faire usage ? Puis-je en faire usage ?.....	23
b) Deux postures pour conserver une approche centrée patient.	26
c) Des médecins déjà imaginatifs pour accompagner les patients au-delà de leurs contraintes.	29
2. <i>Aborder les co-bénéfices santé-environnement, des situations cliniques nombreuses et variées.</i>	30
III. LA LEGITIMITE DU MEDECIN GENERALISTE, UN FREIN MAJEUR AUX MULTIPLES DETERMINANTS.	32
1. <i>Le savoir, un facteur limitant.</i>	32
2. <i>L'image du médecin comme exemple.</i>	32
3. <i>Parler environnement, c'est politique !.....</i>	33
4. <i>L'isolement du médecin à l'origine d'un sentiment d'impuissance.</i>	34
DISCUSSION	37
I. FORCES ET LIMITES.	37
II. RESULTATS PRINCIPAUX ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE.	38
III. PERSPECTIVES.	42
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	46
GUIDE D'ENTRETIEN	49

Table des tableaux et figures

TABLEAU 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés.....	17
FIGURE 1 : Synthèse et imbrication des co-bénéfices.....	23
TABLEAU 2 : Situations cliniques propices à l'évocation de co-bénéfices.....	30
FIGURE 2 : L'approche par co-bénéfices, difficilement compatible avec l'approche centrée patient.....	31
FIGURE 3 : Modèle explicatif.....	36

Introduction

Le dérèglement climatique, consécutif aux émissions de gaz à effet de serre (GES), apparaît comme une menace majeure de santé publique au XXI^{ème} siècle. Son origine anthropique est désormais clairement établie et nécessite la mobilisation rapide de toute la société afin de mener des actions d'atténuation et d'adaptation aux changements en cours et à venir (1). En 2019, l'agriculture était le deuxième poste le plus émetteur de GES à l'échelle nationale (19%), derrière les transports (31%). Du point de vue individuel, l'alimentation est le troisième poste d'émissions de GES des ménages français (22%) derrière les transports (30%) et l'habitat (23%) (2). En soins primaires, l'alimentation est un sujet fréquemment abordé par les médecins généralistes et fait l'objet de nombreuses campagnes d'éducation auprès des usagers du système de soins. La promotion de « co-bénéfices » qui allieraient une alimentation à la fois saine pour les patients et bénéfique sur le plan environnemental apparaît ainsi comme un objectif de santé publique (3). Les médecins généralistes perçoivent pour plus de 95% d'entre eux « envisageable » ou « tout à fait envisageable » d'« aborder les changements de comportements favorables à la santé ayant des co-bénéfices sur le climat » avec leurs patients selon une étude épidémiologique observationnelle menée auprès de 728 médecins généralistes français (4). La patientèle de médecine générale semble tout aussi prête à recevoir des informations sur les actions à mener en faveur du climat, mais sollicite très peu les médecins généralistes malgré une confiance élevée en eux sur ce sujet (5) (6).

Au-delà des discours d'intention, la question de savoir de quelle manière les médecins généralistes pourraient intégrer une approche par « co-bénéfice » dans leur pratique quotidienne reste largement ouverte (7). En ce sens, une thèse qualitative menée auprès de 12 médecins généralistes d'Isère et des deux Savoies a porté sur leurs actions et ressentis pour une médecine générale durable (8). Ces travaux ont montré que parmi les médecins qui faisaient les liens de co-bénéfices santé-environnement dans leurs conseils hygiéno-diététiques, un seul médecin verbalisait les bénéfices environnementaux comme « bénéfices secondaires » à sa patientèle. Les facteurs à l'origine de ce mutisme n'étaient pas plus détaillés.

Notre étude s'inscrit dans la continuité de ces travaux et a pour objectif d'explorer les connaissances, représentations et pratiques des co-bénéfices santé-environnement en lien avec l'alimentation auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire.

Méthode

Une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée.

Population étudiée et recueil de données : Les entretiens semi-dirigés ont été conduits entre le 10 Novembre 2023 et le 15 Octobre 2024 auprès de médecins généralistes d'Indre-et-Loire. Les médecins participants ont été recrutés à partir du réseau de connaissances des premiers médecins interrogés. Chaque participant a été contacté par téléphone ou courriel avec pour seule information de participer à une thèse portant sur « l'alimentation en médecine générale ». Le guide d'entretien (Annexe 1) a été testé lors d'un entretien test (E1) puis adapté au fur et à mesure des entretiens afin d'en améliorer l'intelligibilité et d'évoluer selon les hypothèses intermédiaires. Devant la richesse des données recueillies, l'entretien test (E1) a été conservé pour l'analyse des données. Les entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins ou à leur domicile et ont été enregistrés anonymement à l'aide d'une application dictaphone sur téléphone mobile. Les retranscriptions ont été faites sur le logiciel Word®. Un carnet de bord a été tenu par l'enquêteur, de l'établissement de la problématique à l'analyse des données.

Analyse des données : L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel®. Une analyse ouverte puis axiale des retranscriptions selon la théorisation ancrée a été conduite par l'enquêteur, sans triangulation des données, afin de proposer un modèle explicatif intégratif. L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée jusqu'à saturation théorique des données. Un entretien supplémentaire a été conduit afin de confirmer la saturation des données.

Éthique et réglementation : Le consentement de chaque participant a été confirmé oralement avant chaque début d'entretien. Chaque enregistrement a été anonymisé et les noms propres ont été retirés des retranscriptions. Chaque enregistrement a été nommé « E » pour entretien, suivi d'un numéro correspondant à l'ordre chronologique des entretiens (E1 à E8). Après anonymisation et transcription, les enregistrements audio ont été détruits. Notre étude sort du champ d'application de la Loi Jardé. Après avis de la coordinatrice de la cellule « Recherches non interventionnelles » à la Direction de la Recherche et de l'Innovation et à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation Centre Val de Loire, il n'a pas été nécessaire de réaliser de demande d'autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Résultats

Tous les médecins sollicités par l'enquêteur ont accepté de participer aux entretiens. Huit entretiens de médecins généralistes ont été conduits entre novembre 2023 et octobre 2024. Les données sociodémographiques des médecins interrogés et la durée des entretiens sont rapportées dans le **tableau 1**. La suffisance théorique des données a été obtenue au septième entretien. Un entretien supplémentaire a permis de s'en assurer.

I. Les co-bénéfices santé-environnement en lien avec l'alimentation, un ensemble d'actions imbriquées et graduelles.

Chaque entretien a mené à l'expression spontanée d'au moins un co-bénéfice santé-environnement en lien avec l'alimentation. Pour chaque co-bénéfice mentionné, les participants étaient relancés par l'enquêteur pour expliciter les bénéfices en termes de santé et d'environnement afin de confirmer que l'idée exprimée contenait réellement ce double aspect et de limiter l'interprétation de l'enquêteur. De nombreuses actions co-bénéfiques ont ainsi été recueillies et sont apparues imbriquées les unes dans les autres telles des « poupées russes ». D'après notre analyse, deux blocs d'actions imbriquées sont apparus : le premier autour de la nature et de l'origine des aliments ; le second autour de la consommation de viande.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés recueillies par auto-déclaration orale.

Entretien	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Durée entretien (min)	44	70	66	36	40	81	61	62
Tranche d'âge	20-29	40-49	30-39	40-49	60-69	40-49	30-39	40-49
Genre	F	M	M	F	M	F	M	M
Ville d'exercice (nb hab/km²)	100 – 500	< 100	> 1000	> 1000	> 1000	< 100	> 1000	500 – 1000
Ville de résidence (nb hab/km²)	> 1000	> 1000	> 1000	> 1000	> 1000	500 – 1000	100 – 500	> 1000
Mode d'exercice	Remplaçante	MSP	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	MSP	Cabinet seul	MSP	Cabinet de groupe
Temps de consultation (min)	15	20	15	18	20	20	20	25
IDE asalée	±	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Régime alimentaire	Omnivore	Omnivore	Flexitarien	Flexitarienne	Omnivore	Omnivore	Omnivore	Omnivore
Jardinier(e)	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

F : Féminin ; M : Masculin ; MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

1. La nature et l'origine des aliments, d'une réflexion sur ses achats à la production de son alimentation.

Au sein de ce premier ensemble d'actions co-bénéfiques, le fait de **consommer des aliments issus de l'agriculture biologique** a été décrit comme bénéfique pour la santé et l'environnement à travers une alimentation **plus saine et contenant moins de pesticides**.

E4 : « si on achète ou si on fait pousser ses légumes et si y'a pas de pesticides, ça va être mieux pour la santé. Et de la même façon, on va pas retrouver les pesticides dans l'eau qui s'écoule de chez nous, voilà. »

E8 : « Bien souvent ce sont des marchés bio et des choses comme ça. Il y a des il y a des trucs supers qui se font et ben bio parce qu'on peut imaginer que ce qui dit biologiquement produit, il y a moins de produits chimiques à la production. Donc on respecte la nature un peu plus. »

Une médecin a toutefois exprimé une réserve quant à la **possibilité de généraliser une telle alimentation** à l'ensemble de la population.

E6 : « Bio, j'ai je conseille pas parce que d'après ce qu'on dit, pourqu'on mange bio, on est trop nombreux pour manger tous bio et c'est difficile après, si au moins conventionnel, et en accord avec les saisons c'est déjà pas mal »

Par ailleurs, l'étendue des bénéfices de cette action peut s'avérer restreinte si le patient fait le choix de produits peu sains. Pour exemple, une barre chocolatée aussi bio soit-elle reste un produit néfaste pour la santé et avec un impact environnemental non négligeable comme tout produit industriel et transformé.

Ainsi, le fait de consommer « bio » s'enrichit de nouveaux bénéfices s'il est intégré à la **limitation des produits industriels et transformés**. Du fait de leur **mauvaise qualité** et de la **présence de sucres raffinés, de matières grasses et d'additifs**, les participants ont jugé les produits industriels transformés néfastes pour la santé. Du point de vue environnemental, la **pollution des usines agro-alimentaires**, les **déchets d'emballages**, la **provenance lointaine** et la **perte de saisonnalité** ont été mentionnés.

E1 : « des produits pas de très bonne qualité du coup. Tu peux pas dire que les œufs que tu achètes au marché c'est les mêmes qu'ils utilisent pour faire les biscuits de chez XXX à 2€ voilà. »

E4 : « Et dans la nourriture transformée, on sait pas ce qu'on met dedans et donc il y a souvent beaucoup plus de, d'aliments gras et y'a aussi probablement des conservateurs, des voilà, des colorants, des choses comme ça qui sont pas forcément bénéfiques pour la santé. »

E1 : « Ba c'est pas mal pour l'environnement, y'a **moins d'usines**, production de masse, gaspillage, **paquet**.

E3 : « Peut-être juste déjà prendre un p'tit peu cette distance là avec le le, avec ce côté un peu parc d'attraction que peut avoir un [supermarché XXX], un [supermarché YYY] où t'as que des produits frais tout le temps **de tous les endroits du monde**, en même temps, **y'a plus de saison**, y'a plus rien, y'a tout H24. »

De manière intéressante, ce dernier co-bénéfice s'avère difficilement dissociable du fait de **cuisiner soi-même**. En effet, inciter les patients à se tourner vers des produits bruts sous-tend nécessairement un retour à la préparation de leurs repas et au « fait-maison ». Les avantages de cette action en termes de santé ont été un meilleur **contrôle des ingrédients** et notamment de la **teneur en sel, en matières grasses et de la présence d'additifs**. Sur le plan environnemental, cette action a repris les bénéfices de la limitation des produits industriels et transformés, notamment à travers la **réduction des déchets d'emballages**.

E4 : « Le côté santé c'est parce que dans le fait maison, on va **contrôler ce qu'on va ajouter en sel, en matière grasse** donc on sait, on contrôle ce qu'on met dans son alimentation. »

E4 : « Et sur le côté environnement, ba de la même façon sur des produits qu'on va pas utiliser comme **conservateurs et colorants**, et sur le **côté emballage** là effectivement si y'a pas d'emballage c'est mieux pour l'environnement. »

Le spectre co-bénéfique s'est élargi à travers la promotion d'une **alimentation locale et de saison**. Cette action englobe le fait de **cuisiner soi-même** à partir de **produits frais** ce qui a pour bénéfice santé une **meilleure qualité** et la **diminution de l'utilisation d'intrants** dans les cultures. La proximité géographique des marchés a aussi été mentionnée comme favorable aux mobilités douces et, par conséquent, **à l'activité physique**.

E6 : « c'est des produits peut être qui sont moins transformés, donc qu'ils achètent en quantité... en plus petite quantité et toutes les semaines, ce qui assure qu'on a des **légumes frais** dans le frigo avec des légumes et fruits frais chaque semaine et que pour moi ça devrait donner envie de **cuisiner**.

E6 : « Si c'est en accord avec les saisons, c'est **moins de produits pesticides et des engrais artificiels** qui sont nécessaires à la poussée artificielle. »

E8 : « En tout cas, les marchés d'une manière générale, qu'ils soient bio ou pas, je reste persuadé que c'est de la, c'est de la **meilleure nourriture** voilà. »

Sur le versant environnemental, la **diminution des GES liés au transport des marchandises et des consommateurs**, les **normes environnementales moins exigeantes** des pays étrangers et **l'énergie nécessaire à la culture sous serre** ont été rapportées.

E2 : « *manger quelque chose qui a été produit à quelques kilomètres, quelques dizaines de kilomètres, c'est effectivement un impact carbone, **un bilan carbone qui est extrêmement favorable.*** »

E7 : « *Encore une fois, ça peut être importé : Espagne, Maroc, etc., Amérique du Sud. Et là encore, **ces pays-là respectent pas forcément nos normes, nos normes environnementales.*** »

E8 : « *les marchés sont souvent **géographiquement près de chez eux**, donc c'est pareil, ils peuvent **y aller à pied, en vélo**, ils prennent des sacoches à vélo et ils font leur marché quoi.* »

E6 : « *Et on n'utilise pas de **l'énergie pour faire pousser les tomates en hiver.** Et les concombres et les aubergines.* »

Un participant a toutefois exprimé qu'aborder le sujet des circuits courts est un **argument politique** avant d'être co-bénéfique.

E5 : « *circuits courts. Oui, mais ça, tu ne peux pas tellement, tu peux pas le médier avec le patient tellement. Parce que c'est pas un argument de santé au sens propre, **ça devient un argument plutôt politique,*** »

Enfin, **le jardinage** est apparu comme faisant la synthèse de toutes les actions précédemment citées. Impliquant un **usage réduit voire nul de pesticides**, et la **production locale et de saison d'aliments bruts**, cette activité nécessite que les patients **cuisinent leurs aliments**. A ces bénéfices santé-environnement, s'ajoutent l'**activité physique** et le **bien-être psychique** des patients-jardiniers.

E3 : « *ça demande une certaine aisance physique ou en tout cas, **ça te permet de bouger**, de remuer les bras, les jambes, de prendre l'air frais, de pas rester sur le canap.* »

E3 : « *Ca t'occupe, donc **ça t'empêche peut-être de ruminer**, ça peut évidemment t'apporter une satisfaction.* »

E1 : « *je fais beaucoup de cabinets de campagne, donc beaucoup ont leur potager donc c'est plus de l'aliment **local**... [...] **sans transport, sans pesticides.*** »

2. La proportion de protéines d'origine animale, du flexitarisme au végétarisme et au végétalisme.

Les médecins interrogés ont spontanément abordé le sujet des protéines d'origine animale, principalement à travers le prisme de la viande mais aussi à travers celui des produits laitiers. Ainsi, la **diminution de la consommation de protéines d'origine animale**, en particulier les viandes rouges et la charcuterie est apparue comme co-bénéfique. En termes de santé, les médecins ont mentionné la réduction des apports en **matières grasses**, la diminution du **risque de cancers** digestifs, la protection de la **fonction rénale** et la réduction d'**aliments grillés** au barbecue.

E1 : « C'est ce qui est écrit dans les recommandations : **la viande c'est gras** donc 2 à 3 fois par semaine et privilégier plutôt le régime méditerranéen avec du poisson. »

E6 : « c'est **viande rouge** et la **hausse du risque du cancer digestif**. On a prouvé cette liaison. Après, il y a la **charcuterie** qui est beaucoup aimée, appréciée, moi la première et tout ce qui est nitrites et c'est cancérogène. »

E7 : « alors cet apport protéique ne va pas lui apporter grand chose en terme d'énergie, au contraire, **ça peut même même être délétère pour ses reins**. »

E4 : « la viande on va plus souvent la faire aussi dès fois **griller** et ça va avoir plus de voilà, plus d'impact sur la santé. »

Les bénéfices environnementaux qui ont été rapportés sont la diminution des **élevages intensifs**, des **émissions de GES (méthane)** et de la **pollution de l'eau** notamment aux antibiotiques, ainsi que la diminution de la **déforestation** liée à l'**agriculture intensive** nécessaire à nourrir les bétails.

E7 : « Le fait de limiter sa consommation protéique avec le fait de pas faire **d'élevage intensif** »

E2 : « la vache contribue au réchauffement climatique (rires). Je pense que **le méthane** est un problème parce que c'est le, c'est **l'un des premiers gaz à effet de serre**. »

E6 : « Et puis **les eaux phréatiques** tout ce que en circuit... [...] **Les antibiotiques** entre autres, et les produits de contraception et la fertilité des hommes et des femmes qui se voit beaucoup impacter aussi. »

E4 : « On va pas **détruire nos champs pour faire pousser du maïs** pour nourrir les vaches qui, voilà. »

Il est intéressant de noter que les opinions ont été d'autant plus pondérées par des arguments défavorables que les régimes d'éviction totale ont été abordés. Cela apparaît en

partie lié au fait que certains médecins jugent la viande **nécessaire**, et d'autres **facultative** au maintien des individus en bonne santé.

E4 : « Ba moi mon idée c'est qu'on peut vivre sans viande donc je vais pas te donner des conseils de quantité. »

E6 : « Pour moi, le végétarisme, végétalisme encore plus n'est pas compatible avec la le fait que nous sommes omnivores et on a besoin des deux pour être équilibrés »

Le **flexitarisme** a été verbalisé comme co-bénéfique lorsqu'il a été abordé tandis que les propos concernant le végétarisme et le végétalisme se sont révélés plus nuancés. Végétarisme et végétalisme sont apparus co-bénéfiques pour certains participants, tandis que d'autres y ont vu un **risque de carences** avec recours à des compléments alimentaires dont la composition leur paraît opaque, un **frein à la sociabilisation**, une dimension **avant tout idéologique et militante** ainsi que la révélation fréquente d'une **composante anxieuse associée à ces régimes** perçus comme rigides.

E6 : « Ce qui est nécessaire c'est les groupes des **vitamines animales**, [...] vitamines B12, B9 en fonction de leur régime végétarien ou végétalien, le fer » ; « ils mangent pas de viande donc ils cherchent à se compléter avec des choses dans des compléments alimentaires et puis qu'on sait pas vraiment ce qu'il y a dedans. »

E2 : « je pense qu'un régime végétarien strict, c'est compliqué. Quand on veut sortir, quand on veut avoir une **vie collective**, aller au resto, quand on veut aller chez des amis, et cetera, on se retrouve tout de suite avec une alimentation spécifique. »

E8 : « Ok. Bon, mais moi je suis un omnivore, je suis pas de ceux qui vont te dire je suis... Je suis **pas pour les extrêmes** donc... »

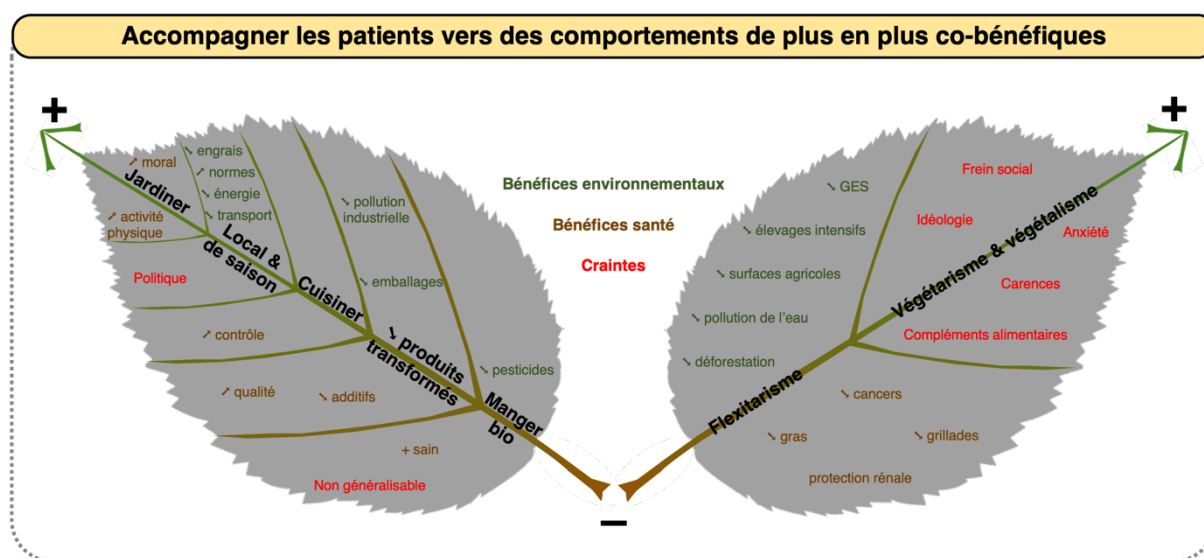
E2 : « ça évite des gaz à effet de serre, c'est vrai mais le sous-jacent c'est qu'est-ce qui anime ces personnes et jusqu'où sont-elles prêtes à aller sur un plan, sur un **plan d'engagement** davantage que civique. »

E5 : « mon problème c'est que les régimes rigides c'est quand même compliqué quoi. Les régimes trop rigides à la fois sur ce que ça te fait tout de suite sur le plan diététique et de ce que ta santé propre. Mais aussi de ce que **ça va révéler de montée d'angoisse, d'auto culpabilité** et ainsi de suite quand les gens sont vraiment axés sur un régime restrictif. »

A travers cette première partie, nous avons mis en évidence un ensemble d'actions interdépendantes qui accumulent graduellement de plus en plus de co-bénéfices santé-environnement (**figure 1**) avec pour point de départ une alimentation basée sur des produits transformés conventionnels à forte composante animale, et avec pour objectif de tendre vers

une alimentation majoritairement constituée de produits de l'agriculture biologique, non transformés, d'origine végétale, et issus d'une production personnelle. Néanmoins, ce cheminement n'est pas linéaire et peut tout à fait se faire selon différentes portes d'entrée qui prennent en compte les contraintes et envies des patients.

Figure 1 : Synthèse et imbrication des co-bénéfices rapportés par les médecins interrogés.



II. Co-bénéfices santé-environnement et approche centrée patient, une apparente incompatibilité.

Pour les médecins interrogés, il n'est pas apparu évident d'employer l'approche par co-bénéfice et de conserver **une approche centrée patient**. Cette seconde partie rapporte les questionnements des participants, essaie d'en saisir les causes et relate les stratégies pouvant réconcilier co-bénéfices et approche centrée patient.

1. La place de l'argument environnemental dans l'approche centrée patient.

a) Moi médecin, dois-je en faire usage ? Puis-je en faire usage ?

Nous avons relevé un éventail très large d'opinions des médecins quant à l'usage des co-bénéfices en consultation. Certains pensent que ça n'est **pas du ressort du médecin** et avancent pour cela les arguments d'une **perte d'approche centrée patient**, de l'**expression de convictions** personnelles voire politiques et non médicales. Le bénéfice environnemental leur paraît **hors du cadre de la consultation** qu'ils appréhendent selon le paradigme d'une approche

de santé **principalement individuelle et à court-terme**. La crainte du médecin est de **fragiliser la relation** médecin-patient.

E4 : « Donc en fait, je pense que je me sentirais pas légitime presque, à parler de bénéfices pour l'environnement ou alors que **j'aurais l'impression de me détacher du patient** et d'être prescriptrice d'un truc qui cherche pas quoi. Donc c'est-à-dire de lui dire, ça serait bien de faire ça, parce que c'est bien pour l'environnement aussi et que je trouve que c'est pas mon rôle, voilà. Moi j'trouve que mon rôle c'est pas de dire qu'il y a des choses qui peuvent être bénéfiques pour lui et qu'en plus c'est bien pour l'environnement. »

E8 : « Il ne faut pas que ce soit des **convictions personnelles** qu'on y mette. Moi, je reste persuadé que dans ces sujets là, dans ces grands sujets là, sociétaux, on n'a pas à donner notre avis en dehors d'un avis purement médical. » ; « Je ne suis pas le porte-parole des écolos, quoi. »

E5 : « le patient qui est devant moi, est ce que c'est quelqu'un qui est en santé immédiatement à cause de ce qui altère la planète ou est-ce que c'est un patient que je dois éduquer politiquement ou idéologiquement ? **Il y a mélange des genres**. C'est-à-dire que c'est pas à moi de pointer du doigt ce qu'il devrait savoir. Tu vois, c'est compliqué. Je suis pas donneur de leçons, c'est pas, **c'est pas ma mission principale**. Et quant à dire qu'aujourd'hui, ponctuellement, sur cette consultation là, sa mauvaise consommation écologique, elle va retentir sur sa propre santé, c'est vrai, mais c'est que partiellement vrai. On sait bien que c'est vrai en masse. **C'est pas forcément vrai en personne individuellement**, même si sur le fond, oui, bien sûr. »

E7 : « **vu que je n'en vois pas un danger immédiat**, je me dis que pour leur santé en tout cas, c'est pas quelque chose qui sera qui sera gravissime. Et en consultation, je suis là pour faire de la santé avant de faire de l'écologie, ça reste quand même mon objectif principal, même si effectivement c'est un bénéfice secondaire »

E1 : « il y a vraiment des personnes où l'argument environnemental ça les ferme, ça les braque et j'préfère ne pas continuer à chercher dans ce sens-là. Parce **qu'après ils vont s'braquer sur le traitement, ils vont s'braquer sur le reste** » ; « j'trouve que ça a aussi, enfin ça a un côté politique aussi hein, la santé environnementale. Et je pense que **si t'as pas le même avis que le patient, tu risques vraiment de le perdre** et de le paumer et c'est fini quoi. »

E4 : « donc ouai, j'aurais vraiment l'impression de dire au patient : « Non mais en fait pour vous, je m'en fous un p'tit peu, ce qui est intéressant c'est l'environnement », de me détacher de leur problématique et qu'ils se sentent pas écoutés si je parle du bénéfice environnemental. »

Selon ce paradigme, la dimension environnementale définie comme **abstraite**, **indirecte** et **collective** semble difficile à évoquer, tout du moins sous l'angle du co-bénéfice. Le bénéfice environnemental est alors plutôt avancé comme un **bénéfice secondaire**, un **argument supplémentaire** pour faire pencher la balance décisionnelle ou encourager le patient, quand il n'est pas **absent des préoccupations** du médecin.

E3 : « j pense que ce qui est très important, mais j pense que les autres médecins vont te le dire, c'est de **coupler un truc abstrait avec un truc pour les gens**. Te dire voilà, c'est bon pour vous, c'est bon pour la planète mais c'est très bon pour vous, c'est surtout bon pour vous. » ; « pour l'environnement c'est, **je pense pas que le cerveau humain soit fait pour un plaisir abstrait sur le long terme** et qui me concernera pas. »

E5 : « Et là c'est là que c'est un peu compliqué. On sait tous que ça a des liens avec la **santé globale et collective**, mais de là à les **mettre en direct**, c'est plus compliqué quoi. »

E7 : « C'est que le changement des habitudes alimentaires pour moi doit, enfin de ce que je pense, **vient avant tout d'un problème santé avant d'un problème écologique**. » ; « C'est plutôt **des cofacteurs** tout ça c'est... Je mets pas, alors je mets la santé souvent en premier plan mais que ce soit environnement, temps, finances, etc..., je mets ça souvent sur la même ligne. »

E4 : « Donc c'est un peu l'argument en dernier mais qui compte quand même dans, dans l'argument donc j pense quand même que je pourrais faire des conseils en exprimant le bénéfice pour la santé et en disant « et en plus », voilà. C'est un peu **la cerise sur le gâteau**. »

E4 : « **j'ai plutôt une patientèle où je vais effectivement penser au côté financier. Et puis, puis t'as le côté pratique**, voilà. J'ai aussi beaucoup de familles monoparentales, enfin des mères quoi, qui qui je peux entendre que ça va être plus simple d'aller acheter un paquet de [biscuits de supermarché] que de faire un gâteau. C'est-à-dire que ça va leur prendre moins de temps aussi. Donc j'essaie d'avancer sur des arguments pour leur santé, mais du coup l'environnement effectivement ça vient très très loin dans la liste des priorités. »

Parmi les médecins qui n'utilisent pas l'argument environnemental, certains reconnaissent **ne pas y penser**, d'autres rapportent **ne pas y voir d'intérêt face à des patients déjà avertis** et/ou **ne pas savoir comment l'aborder**.

E4 : « **C'est vraiment pas quelque chose auquel je pense** quand je quand je parle avec des patients, quand je donne des conseils je pense pas du tout à l'environnement, voilà. » ; « **j'aurais du mal à aborder la partie environnement en fait**. »

E5 : « les plus jeunes que moi bien sûr, dont ta génération, ils arrivent déjà avec leur bagage, ça **ils le savent déjà**. A la limite, la demande, elle vient presque d'eux, Tu vois ce que je veux

dire ? Donc on n'a pas tellement besoin de se mettre d'accord là-dessus parce que c'est déjà latent. »

D'autres médecins interrogés **se posent la question** de savoir si cela fait partie de leur rôle et envisagent que cela puisse relever de la **liberté du médecin**. Un troisième ensemble considère que l'approche par co-bénéfice **fait pleinement partie du rôle** du médecin généraliste qui est chargé de la **prise en charge globale** des patients.

E2 : « est-ce que pour autant nous devons renoncer parce qu'il y a la notion de l'environnement à certaines consommations alimentaires ? Je sais pas si c'est à moi de répondre à la question. »

*E3 : « Alors paradoxalement, je sais pas si c'est mon rôle. Je pense juste que dans la manière de faire la médecine, on doit avoir une certaine **liberté**. »*

E1 : « Alors que en soit bah ça fait partie de la santé hein. Donc en plus dans la médecine générale on a, on englobe vraiment tout. »

Une médecin qui en fait usage ne rapporte pas de réaction particulière, et notamment **pas de réaction négative** de ses patients. Elle l'utilise comme **une trame dans ses conseils**, et **ne le verbalise pas nécessairement**. Un autre participant y voit quant à lui un éventuel **renforcement de la relation** médecin-patient à travers l'expression d'une certaine **hauteur de vue du médecin**.

*E6 : « Par expérience, ça m'a pas marqué. **Souvent ça reste sans réponse**. Parce que j'aime les tomates ou parce que c'est la seule chose que je digère, ou parce qu'il y avait une promo. »*

*E6 : « **Je le verbalise pas à chaque fois**. [...] **C'est ma trame**. » ; « Voilà, ils ont fait des tomates farcies en hiver, c'est rare que je puisse m'abstenir de dire : « tomates farcies en hiver ? »*

*E3 : « Il y a plusieurs strates : il y a le conseil médical, c'est ce que les gens viennent chercher ici, l'information et le conseil ; et puis après il y a on va dire tout le, **toutes les petites choses à côté qui font la richesse du lien que tu peux avoir avec les gens et c'est qui font que les gens peut-être t'apprécient et peut-être viennent te voir**, qui fait que ba t'as t'as plusieurs places en tant que médecin. [...] Mais souvent ils attendent quand même de toi que t'aies un peu une vision un peu plus haute que la leur sur certaines choses. »*

b) Deux postures pour conserver une approche centrée patient.

L'approche par co-bénéfice semble pouvoir prendre sa place lorsque le médecin est en consultation avec un **patient qui aborde le sujet ou qui exprime une sensibilité**

environnementale. L'**entretien motivationnel (EM)** est un autre contexte propice à l'utilisation des co-bénéfices pour certains médecins. En effet, l'EM permet de s'enquérir de la **réceptivité du patient** à savoir si le **patient est disposé à parler de ce sujet** pour s'éviter une intervention inutile voire délétère pour la prise en charge.

*E4 : « Je me vois pas là comme ça donner des conseils **sauf quand c'est quelqu'un qui va aborder le sujet** en me disant : y'a des gens qui me demandent est-ce qu'on doit manger de la viande à tous les repas, donc là bon j'ai clairement une idée sur le sujet que « Non c'est pas du tout utile d'en manger à tous les repas » »*

*E4 : « Ba parce que un patient par exemple qui, à qui j'pose la question sur ses consommations d'alcool et qui, j'lui dis ba est-ce que vous voulez qu'on en parle et qui me dit non, et ba on en parle pas. C'est-à-dire, ba je vais pas, j'ai aucun intérêt à forcer les gens à aborder des sujets dont ils ont pas envie de parler. Donc je pense que je sonderai avant pour pas non plus me retrouver avec quelqu'un qui se braque et qui pourrait à un autre moment être prêt à en parler. Et je le **resonderai probablement régulièrement**, pour dire est-ce que vous voulez qu'on en parle maintenant ? Mais c'est plus pour pas me retrouver avec quelqu'un qui du coup est en opposition en disant, « c'est bon ça m'fait chier » et qui va rien écouter du reste qui va être pour sa santé parce qu'il avait pas du tout envie d'entendre parler environnement. »*

*E7 : « Alors faut y aller avec parcimonie, **faire de l'entretien motivationnel** »*

*E3 : « Tu vois ça fait des petites **récompenses en plus** »*

Il apparaît important que le médecin s'adapte en termes de **progressivité de l'information et des changements de comportements** à accompagner afin de les rendre intelligibles et pérennes.

E6 : « Donc s'il est à un niveau où il fait attention, il fait déjà du saison et il produit ses légumes dans le jardin donc je peux diversifier un peu ma consigne mais si on est frites, mayonnaise et steack haché, c'est difficile de leur parler des pesticides qu'il y a dans les épinards ou les les fraises. C'est c'est étape par étape. »

E8 : « Pas trop d'infos lors de la première consultation parce que finalement il ressort de là il sait même plus ce qu'on a dit au départ. Il faut des informations simples, efficaces et des objectifs réalisables. »

E3 : « J'essaie en fait d'expliquer aux gens que l'idée dans l'alimentation c'est pas de changer du jour au lendemain tout, mais de faire un p'tit pas. Euh, par exemple, demain je commence à enlever ça de mon alimentation, mais un p'tit pas qu'on pourra faire tout le reste de sa vie. »

L'expérience des médecins a révélé que la verbalisation de la dimension environnementale des co-bénéfices a pour principaux obstacles les **contraintes financières, de temps et d'habitudes** de leurs patients.

E5 : « L'alimentaire oui mais en partant du principe que ça coûte cher de manger bien par rapport à l'environnement et qu'ils ont pas tous les moyens. »

E1 : « non mais c'est trop cher mais vous vous rendez pas compte ? J'ai pas le temps »

E6 : « Parce que pour manger équilibré, ça va aussi un peu avec cuisiner. Et cuisiner, ce n'est pas toujours... il y en a qui aiment, il y en a qui n'aiment pas, il y en a qui peuvent changer, **il y en a qui le feront jamais. Mais il faut trouver une solution pour ces patients là et donc c'est le plat préparé, mais elle [l'IDE asalée] les aide à s'orienter parmi les plats préparés.** »

L'alimentation comporte aussi de multiples dimensions, notamment **socio-culturelles** et de **plaisir**, qui peuvent entrer en conflit avec les co-bénéfices santé-environnement. Pour ce qu'il en est de la dimension socio-culturelle, nous avons relevé les habitudes acquises dans l'enfance et la convivialité des repas. En ce qui concerne la recherche de plaisir, celle-ci s'est notamment manifestée lors d'achats d'aliments produits à l'autre bout du monde et hors-saison mettant en cause une offre commerciale source de tentation.

E3 : « y'a tout un tas de choses que les gens **ont intégré depuis qu'ils sont petits** : le saucisson, la charcut' et tout ça et puis il faut qu'à chaque repas il y ait, il y ait le morceau de viande... »

E7 : « il y a la la surconsommation protéique de notre société actuelle qui fait que par des coutumes, des anciens rites, des croyances, je ne sais pas, les gens ont l'habitude ou le besoin ou l'envie de consommer, de surconsommer de la protéine [animale] qui n'est pas forcément utile. »

E8 : « Le coup du barbecue l'été, le coup du, tu vois, le **côté convivial**. » ; « Et puis surtout, derrière, il y a bien des chasseurs ils s'en fichent de la balade. Ce qu'ils veulent, c'est le **gueuleton derrière**. »

E2 : « j'ai conscience que le **le fret aérien alimentaire, c'est une catastrophe**. Mais en même temps, personnellement, **j'adore la mangue de Côte d'Ivoire** (rires) »

E6 : « Et en effet, il y a **des tomates farcies chez le charcutier, il y a tout le temps...** sur les supermarchés, il y a souvent les tomates farcies, tout, tout le temps, souvent quand même. »

A travers cette partie, deux postures bien distinctes ont été exprimées par les participants : celle du médecin **passif**, qui se garde d'utiliser les co-bénéfices sauf en cas de sollicitation par un patient ; et celle du médecin **actif** qui utilise(rait) volontiers les co-bénéfices

comme un outil de l'EM. Quelle que soit la posture choisie, les médecins interrogés ont déjà développé par eux-mêmes différents arguments afin de faire face aux contraintes des patients.

c) Des médecins déjà imaginatifs pour accompagner les patients au-delà de leurs contraintes.

En ce qui concerne l'aspect financier, un médecin a rapporté elle-même se fournir avec des **légumes déclassés**, quand un confrère a rappelé le **surcoût des protéines animales** par rapport aux protéines végétales. Le fait de **privilégier la qualité à la quantité** a aussi été mentionné.

E1 : « pour payer moins cher, j'veais au marché, j'prends les légumes moches »

E7 : « acheter de la viande et d'en manger une fois par jour, un steak haché, ça coûte quand même, ça coûte quand même nettement plus cher qu'un paquet de pois cassés qu'ils vont pouvoir acheter dans le supermarché, qui va pouvoir leur faire toute une semaine »

E3 : « prendre soin de vous, en manger moins mais en acheter des bonnes [merguez]. Vous en mangez 3 bonnes, franchement ça va, y'a pas besoin d'en manger 15 non plus. C'est quand même mille fois meilleur, et ça coutera le même prix que 15 merguez dégueu »

Face au manque de temps, **la congélation** mais aussi **le batchcooking** et l'orientation vers les **protéines végétales, plus maniables**, sont apparus comme des outils intéressants pour aider les patients à modifier leurs comportements alimentaires.

E1 : « Ah bah écoutez, si vous voulez, j'veus donne des p'tites recettes, vous pouvez les mettre au congélateur, le matin vous l'mettez dans dans le grille-pain comme moi je le fais »

E7 : « C'est quand même vachement plus rapide de faire des repas un peu à la chaîne en utilisant une protéine végétale qu'on va réutiliser plusieurs fois. On la cuit en une fois en début de semaine, puis on fait du batchcooking et et puis sur le reste de la semaine, ba ça sert, ça sert le reste du temps : on utilise la même protéine végétale. »

Pour aider au changement d'habitudes de leurs patients, certains médecins ont aussi pensé à proposer des **idées de réalisation concrète**, en s'aidant des **réseaux sociaux** ou de **recettes clés en main**.

E7 : « Idées aussi : mes patients, ils ont pas toujours d'idées. Et là je dis merci aux réseaux sociaux, instagram, Facebook et j'en passe où il y a des associations ou des des youtubeurs ou des Instagrammeurs, un peu, comment, branchés alimentation, qui donnent des idées, des tuyaux, des tuyaux alimentation, des nouvelles idées de cuisiner. » ; « On regarde ensemble une idée cuisine et puis je valide ou je valide pas. »

E1 : « Ah bah écoutez, si vous voulez, **j’vous donne des p’tites recettes** »

2. Aborder les co-bénéfices santé-environnement, des situations cliniques nombreuses et variées.

Lorsque l’on s’intéresse aux situations cliniques qui peuvent amener les médecins généralistes à évoquer des actions co-bénéfiques, le recueil apparaît **riche et diversifié**. De la première consultation à la prise en charge d’un patient en prévention secondaire, mais aussi de l’accompagnement des couples désireux d’avoir des enfants au suivi pédiatrique, la place faite à l’information sur les co-bénéfices santé-environnement est large. Les situations cliniques rapportées par les médecins ont été répertoriées dans le **tableau 2**.

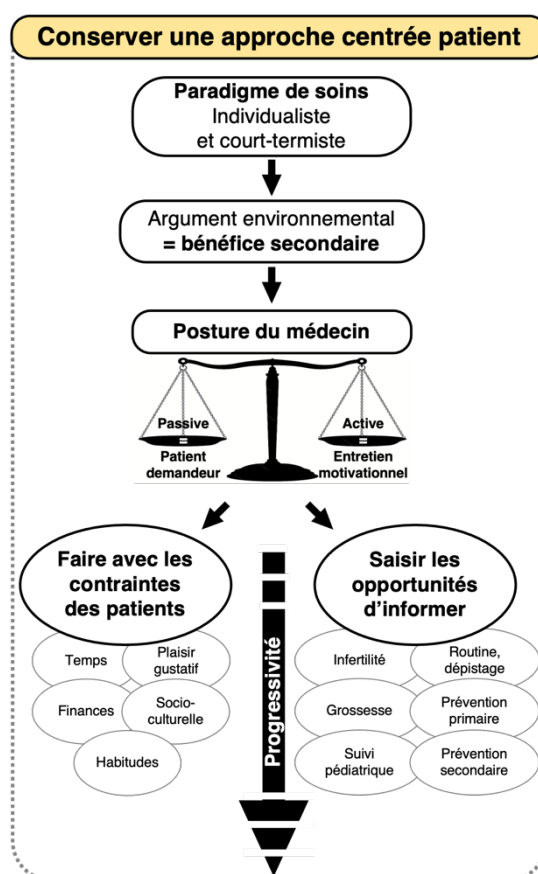
Tableau 2 : Situations cliniques mentionnées par les participants comme propices à l’évocation de co-bénéfices santé-environnement en lien avec l’alimentation.

Occasions	Citation
Constitution du dossier médical, dépistage	E4 : « C’est-à-dire j’imagine que si à la première consultation , je posais la question de « quel est votre régime alimentaire », ba peut-être que les gens me solliciteraient plus facilement pour me pour aussi me poser des questions sur le régime alimentaire. » E7 : « je pourrais poser des questions un petit peu de routine à titre de dépistage , chose que je ne fais pas jusqu’à présent. »
Prévention primaire : Syndrome métabolique	E2 : « Donc, c’est surtout les enjeux de de syndrome métabolique »
Prévention secondaire : HTA, obésité, diabète, cancers, maladies cardiovasculaires, dyslipidémie, goutte, stéatose, arthralgies	E4 : « Ba dès qu’on aborde la question de la perte de poids, par exemple par rapport à des douleurs articulaires aussi » E3 : « Et puis après dans tout ce qui est, tu sais, renouvellement, je sais pas moi, renouvellement de diabète , renouvellement d’antihypertenseur , ou là tout va bien docteur, oui j’ai fait ma prise de sang, oui ça va. Et là, là en général, tu peux en profiter pour parler.
Infertilité	E7 : « Il y a à les problèmes de fertilité aussi chez les dames, chez les dames et chez les hommes aussi. »
Grossesse	E1 : « j’avoue que je le fais que chez les femmes enceintes »
Suivi pédiatrique, diversification	E6 : « Et oui, et ça j’aborde la question quand je parle de diversification et à chaque fois j’essaye de les orienter vers vers les produits saisons »

Comme nous l'avons vu dans cette partie, les médecins généralistes n'ont que l'embarras du choix pour faire usage de l'approche par co-bénéfices dans différentes situations de consultations. Néanmoins, ils rapportent que le paradigme actuel positionne la santé avant toute autre considération, et le bénéfice environnemental même conjoint (sous forme de co-bénéfice), semble peu utilisé. Pour les médecins, les bénéfices environnementaux, plus indirects et abstraits apparaissent peu dans les préoccupations de leurs patients. La verbalisation de l'argument environnemental par le médecin relève d'un éloignement par rapport à l'approche centrée patient, avec pour conséquence une prise de risque dans la relation médecin-patient. Pour autant, des médecins ont spontanément fait preuve de créativité dans les idées proposées pour tenir compte des contraintes des patients et les dépasser sans se décentrer (**figure 2**). Au-delà de la crainte de se décentrer du patient, le frein récurrent à l'adoption de l'approche par co-bénéfices santé-environnement s'est finalement révélé être celui de la légitimité du médecin.

E4 : « Donc en fait, je pense que je me sentirais pas légitime presque à parler de bénéfices pour l'environnement ou alors que j'aurais l'impression de me détacher du patient et d'être prescriptrice d'un truc qui cherche pas quoi. »

Figure 2 : Pour les médecins généralistes, l'approche par co-bénéfices apparaît difficilement compatible avec l'approche centrée patient.



III. La légitimité du médecin généraliste, un frein majeur aux multiples déterminants.

1. Le savoir, un facteur limitant.

Plusieurs médecins généralistes ont rapporté un **manque de connaissance de leur part en nutrition**. Peu à l'aise, un médecin s'est dit **éviter ce sujet**, et un confrère, rester dans des **généralités**.

*E4 : « Après probablement que je le fais pas aussi parce que je me sens **pas très à l'aise** sur ce sujet-là et que je me sens pas du tout formée au sujet du conseil alimentaire **donc ba j'pose pas de question**, comme ça j'ai pas de réponse, soyons honnête voilà. »*

Parallèlement à ce manque de connaissances en termes de nutrition, les médecins ont mis en évidence un **défaut de connaissances environnementales fiables**. Un participant a pointé le **manque d'études scientifiques** pour se positionner en tant que médecin. Une consœur a quant à elle déclaré avoir pris connaissance des bénéfices environnementaux par elle-même à partir de sources dont elle n'a pas vérifié l'assise scientifique. Par conséquent, elle a reconnu ne pas se sentir légitime d'aborder le sujet en consultation.

*E8 : « je suis pas assez compétent pour aller plus loin dans le sujet et te dire oui, alors j'ai lu telle ou telle et telle et telle étude et encore faut voir comment elle a été construite cette étude, qui dit que mais alors je la confronte à telle étude qui dit que, donc moi dans ma pratique ça va faire ça pour, en **espérant que sur le plan de la santé et de l'environnement, je puisse avoir un impact positif**. Non, je ne suis pas assez compétent pour ça, je suis pas assez formé peut-être aussi ? »*

E4 : « Ba je me sens pas légitime parce que, parce que je suis pas formée, parce que c'est quelque chose, parce que la question environnementale c'est une question que je me suis appropriée personnellement, dans ma vie personnelle, mais... mais ba je je pense pas avoir lu beaucoup de choses très sourcées alors que voilà, j'essaie vraiment dans ma pratique médicale en tout cas de m'appuyer sur voilà, sur des recherches, sur des choses étayées scientifiquement. Et comme j'ai pas fait ces recherches-là sur le plan environnemental, ba je me sens pas légitime pour donner des conseils aux patients sur des choses que je pense être vraies mais dont je n'ai pas la certitude. »

2. L'image du médecin comme exemple.

A ce manque de connaissances, s'est ajouté le poids de l'**exemplarité du médecin** afin d'incarner les conseils prodigués. Cela est apparu comme source d'illégitimité supplémentaire pour un médecin.

E7 : « Même moi individuellement, je consomme de la viande une fois par jour enfin de la viande, œuf ou poisson une fois par jour. [...] et c'est difficile de jeter la pierre à un patient qui consomme beaucoup de protéines animales **quand soi-même on le fait pas suffisamment.** »

3. Parler environnement, c'est politique !

De manière redondante, l'argument environnemental a été **connoté politiquement pour les médecins mais aussi pour les patients** faisant évoquer la dimension principalement **idéologique** et l'**aspect militant** de l'approche par co-bénéfice.

E1 : « j'trouve que ça a aussi, enfin **ça a un côté politique** aussi hein, la santé environnementale. » ; « Bah c'est-à-dire que moi j'fais complètement la différence mais **j'pense que les patients ne font pas la, la différence.** ».

E5 : « C'est pas vraiment en termes de santé que ça se passe, ça. **Plutôt en terme d'idéologie presque.** Et du coup, est ce que mon rôle est de faire de l'idéologie sur le sujet avec des patients qui sont là pour leur santé ? »

E8 : « Donc **on n'a pas de prosélytisme à faire**, on a surtout pas. On a, on a des convictions. Mais il faut que ces convictions servent soit à la, comment dire ? **Il ne faut pas que ce soit des convictions personnelles** qu'on y mette. Moi, je reste persuadé que dans ces sujets là, dans ces grands sujets là, sociétaux, **on n'a pas à donner notre avis** en dehors d'un avis purement médical. »

Cette connotation politique s'est manifestée par de la **crainte** et **un frein** à l'utilisation du co-bénéfice environnemental par les médecins ainsi que par la délégation de son **usage aux autorités de tutelles.**

E1 : « Et je pense que **si t'as pas le même avis que le patient, tu risques vraiment de le perdre et de le paumer et c'est fini quoi.** »

E3 : « c'est un sujet qui est, qui est assez politique en fait. Et **moi j'ai pas envie de faire de politique quand je suis au boulot.** »

E5 : « Mais là, encore une fois, nous, on est sur une santé ponctuelle. La santé globale, à mon avis, **elle appartient plutôt aux décisions gouvernementales, aux décisions de l'Europe**, à ce que nos décideurs décident de faire du pays, quoi. »

Cette délégation de responsabilité a toutefois été enrichie à travers les entretiens. D'un non-rôle du médecin, le médecin généraliste s'est finalement révélé comme insuffisamment puissant et trop isolé, pour avoir l'impression de jouer un rôle significatif face à de tels enjeux.

4. L'isolement du médecin à l'origine d'un sentiment d'impuissance.

A travers les différents entretiens menés, les participants ont exprimé le besoin de prendre place au sein d'un mouvement général, d'un **ensemble synergique d'intervenants** beaucoup plus large, renforçant par la même occasion leur légitimité.

Seul, le médecin généraliste se sent **impuissant**, il dit nécessiter une structuration de l'information de la part des universitaires à travers des **recommandations officielles** et un **soutien des autorités de tutelle** (ministère de la santé, assurance-maladie) à travers les **politiques de santé**. Cette demande renforce l'idée que le savoir est actuellement un facteur limitant reconnu par les médecins et que les politiques de santé sont nécessaires à l'évolution du paradigme uniquement centré sur l'individu.

Les autres professionnels de santé apparaissent aussi comme des maillons indispensables pour favoriser une **approche coordonnée**, notamment avec les **diététicien.nes**, les **infirmier.es (IDE) Asalée et de pratiques avancées (IPA)** en relais des médecins généralistes de part des connaissances éventuellement plus poussées (diététicien.nes) et une disponibilité pour ce type d'intervention (IDE Asalée et IPA).

La diffusion des connaissances et le positionnement du médecin comme interlocuteur potentiel des questions environnementales pourraient aussi être relayés par les **médias** ce qui **réduirait la charge** du médecin, favoriserait **l'identification et la sollicitation des médecins comme ressources par les patients**, et renforcerait par conséquent leur légitimité. De manière conjointe, l'élaboration par les **industriels** d'outils d'aide à la décision comme un label environnemental sur le principe du Nutriscore mais dédié aux émissions de GES (« CO₂-score ») favoriserait l'accès à la connaissance des patients et des médecins.

E2 : « je ne fais pas le poids »

E8 : « Encore faut-il que ce soit encadré par les universitaires et qu'il nous délivre une, une manière de faire qui soit professionnelle et universitaire et qu'on s'appuie sur, une fois de plus des études qui tiennent la route, des études de médecine générale, des études, des études de soins primaires » ; « si on me forme sur le fait que maintenant il est, il est reconnu par des études qui tiennent la route que mes, que mes, que mes confrères qui eux sont spécialistes, le professeur Tartempion Duchmol qui me dit que les recommandations actuelles sont celles ci, je suivrais les recommandations. »

E2 : « si, nous avons une population en face relativement éduquée sur le plan général, avec des messages transmis par par le ministère de la santé, par en tout cas les autorités de tutelle. Si y'avait cet accompagnement médiatique. »

E5 : « Mais là, encore une fois, nous, on est sur une santé ponctuelle. La santé globale, à mon avis, elle appartient plutôt aux **décisions gouvernementales, aux décisions de l'Europe**, à ce que nos décideurs décident de faire du pays, quoi. »

E2 : « Ça c'est une éducation à l'alimentation, c'est **de l'ordre de la diététicienne** à mon sens. »

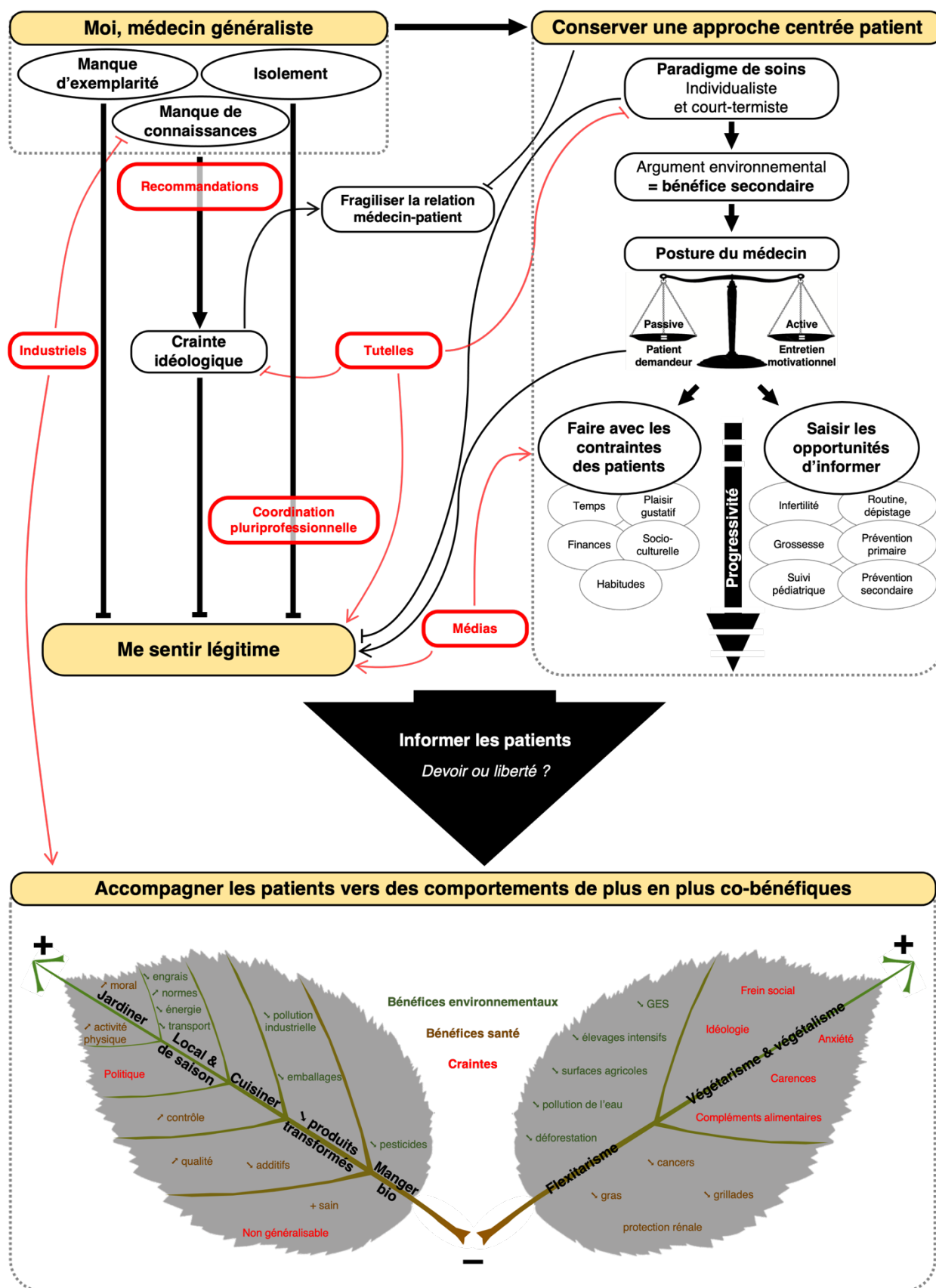
E7 : « c'est à dire que moi je fais, je fais beaucoup de dépistage et beaucoup de dépistage et beaucoup d'infos de grands axes. Mais elle, **elle [l'IDE Asalée] reprend un certain nombre d'éléments plus en détail que moi.** »

E5 : « Après, est ce que c'est à nous de faire ça ? C'est pas forcément sûr. Ça pourrait être le travail d'IPA. On pourrait mettre **dans le travail de l'IPA** une consultation de bien vivre ou de bien être . »

E2 : « c'est quelque chose qui est qui est d'autant plus facile qu'on est aidé par **les familles** »

E2 : « Si **l'industrie arrive à se verdir**, je parle de l'industrie agroalimentaire, s'il arrive un peu à se verdir » ; « si y'avait un peu comme pour le Nutriscore on pouvait mettre un, un **CO2 score**, tout simplement. [...] simplement éclairer et élever finalement le niveau des gens moyens. »

Figure 3 : L'approche par co-bénéfices, un jeu d'équilibriste pour les médecins généralistes entre recherche de légitimité et conservation d'une approche centrée patient.



Discussion

I. Forces et limites.

L'approche par co-bénéfice santé-environnement en médecine générale a fait l'objet d'une théorisation récente et peu de travaux se sont intéressés à son application en pratique clinique. Ce travail novateur a nécessité une approche qualitative afin d'explorer les pratiques actuelles et potentielles des co-bénéfices et de fournir un modèle explicatif des facteurs qui influencent leur utilisation.

L'investigateur était **novice** en recherche qualitative mais sa formation de médecin généraliste lui a permis de développer une écoute active et de mener des consultations à travers des questions ouvertes. La durée des entretiens était correcte ce qui témoigne de la liberté de parole laissée aux médecins interrogés.

La méthode de l'étude a pu mener à la présence de biais. Les médecins interrogés ont été sollicités à partir du réseau de connaissances des premiers participants ce qui a pu induire un **biais de sélection**. Néanmoins, le peu d'informations dévoilées sur le thème de recherche lors des sollicitations et l'acceptation de tous les médecins sollicités a permis de limiter ce biais. Aucun médecin interrogé ne connaissait intimement ou n'avait directement exercé avec l'enquêteur. Néanmoins, certains participants avaient connaissance de convictions personnelles de l'investigateur en lien avec les problématiques socio-environnementales actuelles ce qui a pu engendrer un **biais de désirabilité** en faveur d'un intérêt des co-bénéfices en pratique clinique. Néanmoins, l'enquêteur s'est attaché à maintenir des questions ouvertes et à ne pas manifester de jugement lors des entretiens. La mise en confiance des médecins interrogés s'est manifestée très concrètement à travers des propos aux allures de « confidences », certains médecins ayant directement verbalisé une certaine aisance pour s'exprimer et la méconnaissance du sujet exact de la thèse à la fin de l'entretien. Cela témoigne d'une orientation limitée des réponses de la part de l'enquêteur.

Les données ont été analysées **sans triangulation** ce qui amoindrit la richesse et la validité de leur analyse. Néanmoins, afin de limiter une analyse orientée par les *a priori* de l'enquêteur, ce dernier a tenu un carnet de bord qui lui a permis une comparaison *a posteriori* entre ses idées initiales et les résultats obtenus. Un **biais de confirmation** reste possible compte-tenu de la cohérence partielle entre les *a priori* de l'investigateur et certains résultats obtenus.

II. Résultats principaux et comparaison avec la littérature.

Notre étude menée auprès de médecins généralistes d'Indre-et-Loire a naturellement retrouvé les co-bénéfices santé-environnement en lien avec l'alimentation, connus et diffusés par les sociétés savantes (9). L'apport intéressant de ce travail est la mise en lumière de l'imbrication des co-bénéfices les uns avec les autres (**figure 3**). À l'image de poupées russes, les co-bénéfices évoluent graduellement de telle sorte que chaque nouveau co-bénéfice englobe les bénéfices du précédent tout en restant partiellement indépendant. Nous pouvons ainsi prendre l'exemple du fait-maison qui limite partiellement voire totalement l'utilisation de produits industriels et transformés et qui peut incorporer (ou non) une part variable des produits issus de l'agriculture biologique. Cela permet à une patientèle dont le budget ne permettrait pas une alimentation bio d'être toujours accessible aux co-bénéfices.

De notre analyse, deux principaux blocs ont émergé : le premier ayant trait à la nature et à l'origine des aliments ; le second se rapportant à la proportion de protéines d'origine animale. Les co-bénéfices rapportés sont cohérents avec la littérature existante qui a déjà corrélié la réduction des produits d'origine animale avec des bénéfices sur la santé des individus et sur la réduction des gaz à effet de serre (10). Le gradient co-bénéfique de la réduction (flexitarisme) vers l'absence de consommation de produits d'origine animale (végétarisme, végétalisme) a aussi été montré dans une méta-analyse de deux études de cohortes longitudinales de grande ampleur (11). De manière paradoxale, les médecins interrogés ont proportionnellement évoqué plus d'obstacles et de craintes au sujet du végétarisme et *a fortiori* du végétalisme que du flexitarisme. Passée la discussion de la nécessité ou non de se fournir en protéines animales, le fait qu'obstacles et craintes perçus soient plus nombreux à l'évocation du végétarisme et du végétalisme est en accord avec deux publications (12,13). Ces études ont montré que lorsque l'on propose d'adopter une « alimentation à dominante végétale » (flexitarienne), les individus perçoivent moins d'obstacles à sa mise en place et paradoxalement de meilleurs bénéfices pour la santé que pour un régime végétarien. Cela souligne l'importance d'apporter de l'information sur les bénéfices scientifiques de ces régimes et d'accompagner une transition progressive vers des régimes de plus en plus végétalisés afin de favoriser l'acceptabilité autant par les médecins que par les patients. La végétalisation de notre alimentation sans nécessaire exclusion des produits d'origine animale est d'ailleurs tout à fait compatible avec l'assiette « Santé Planétaire » proposée par le EAT Lancet en 2019 (14).

En ce qui concerne la part d'aliments produits en agriculture biologique, la dimension co-bénéfique est aussi retrouvée dans la littérature (15,16). Contrairement à la crainte rapportée dans notre étude, la preuve de faisabilité d'étendre une telle alimentation à l'ensemble de la population mondiale a déjà été faite, conjointement à la nécessaire diminution des produits d'origine animale et du gaspillage alimentaire (16). Les autres co-bénéfices mentionnés dans notre étude convergent finalement vers un nouveau co-bénéfice qu'est le jardinage. Non mentionné dans les recommandations actuelles, le jardinage présente de nombreuses répercussions co-bénéfiques en lien avec l'alimentation mais aussi l'activité physique et l'équilibre psychique (17).

Notre approche co-bénéfique graduelle a l'avantage de faire sens pour médecins et patients en offrant un cheminement progressif et cohérent aux modifications de comportements que nous nous proposons d'accompagner. Ce cheminement nous apparaît important pour favoriser l'acceptabilité des changements à promouvoir. Toutefois, il est primordial de souligner que nous n'avons pas tenu compte de l'impact relatif de chacun des co-bénéfices. Cette mesure d'impact a déjà été réalisée et nécessite de mettre l'emphasis sur la diminution des produits d'origine animale dont les bénéfices environnementaux et la réduction de la morbi-mortalité dépassent très nettement ceux liés à l'adoption d'une alimentation issue de l'agriculture biologique, locale et de saison (18,19). Ces ordres de grandeur sont d'une importance notable lorsqu'il s'agit d'aider les patients à hiérarchiser leurs intentions.

Au-delà de l'énumération des co-bénéfices, les médecins interrogés ont confirmé que leur usage s'avère pertinent dans nombres de situations cliniques en soins primaires. Néanmoins, un point de blocage est apparu dans les entretiens : l'incompatibilité apparente avec une approche centrée patient (**figure 3**). De manière intéressante, une part de la problématique a été exprimée comme liée au paradigme de soins actuel « centré sur l'individu et sa santé à court-terme ». Selon ce paradigme, le bénéfice environnemental, indirect et collectif, ne fait pas sens aux yeux des médecins. Ce résultat nous a surpris à la lumière des multiples plaidoyers et publications pour une santé environnementale émis ces dernières années par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) notamment lors de la COP21 de Paris en 2015, l'appel de l'Organisation Mondiale des Médecins de Famille (World Organization of Family Doctors, WONCA, 2019) (20), relayés à l'échelle nationale par le Collège de Médecine Générale (CMG, 2021) (9) et des syndicats de médecins généralistes (MG France, 2022) (21) ainsi que par les approches Une Seule Santé (OneHealth) et Santé Planétaire (Planetary Health). En ce sens, l'approche Une Seule Santé a même été intégrée à la Stratégie française en santé mondiale

2023-2027 éditée par le Ministère de la Santé, témoignant d'un soutien des autorités institutionnelles dans ce changement de paradigme (22). Dans ce contexte, il s'avère difficilement compréhensible que les médecins généralistes ne se saisissent pas du sujet.

Dans notre étude, les participants ont par conséquent exprimé le bénéfice environnemental comme un bénéfice secondaire afin de conserver cette approche centrée patient. Ce résultat est en accord avec un précédent travail de thèse (8). Toutefois la littérature en population générale ne va pas en ce sens puisqu'une enquête Suisse a montré que deux tiers des individus interrogés avait la même intention de manger sainement que durablement, tandis qu'un tiers seulement privilégiait une alimentation saine à une alimentation durable (23). De manière complémentaire, les médecins généralistes sont perçus par les patients comme une source d'information fiable mais largement sous-utilisée en matière d'enjeux environnementaux (6). Contrairement aux résultats obtenus dans notre étude, l'ensemble des travaux précédemment cités suggère que l'aspect co-bénéfique santé-environnement apparaît pour la majorité des individus comme un sujet centré patient, notamment en médecine générale.

Dans notre étude, le bénéfice environnemental s'est avéré verbalisable selon deux stratégies différentes : (a) le médecin passif qui, sollicité par un patient demandeur, joue le rôle de vecteur d'informations ; (b) le médecin actif qui intègre les co-bénéfices à l'entretien motivationnel (EM). Au sein de l'EM, les co-bénéfices sont apparus utiles à la balance décisionnelle mais aussi comme récompenses (la fameuse « cerise sur le gâteau » mentionnée dans plusieurs entretiens) des efforts de patients sensibles aux enjeux environnementaux. Néanmoins, l'argument environnemental a rapidement fait l'objet de précautions d'usage, notamment face aux contraintes des patients (temps, finances, habitudes) et aux co-dimensions (convivialité, plaisir) de l'alimentation avec lesquelles il entrerait en opposition. De manière intéressante, plusieurs participants se sont défaits de cette opposition en évoquant des idées pour contourner les contraintes précédemment mentionnées. Une enquête Suisse a rapporté les mêmes obstacles à l'adoption d'une alimentation saine et durable auprès des individus interrogés, à savoir le manque de temps, le fait de ne pas savoir comment faire (habitudes) et la contrainte financière (23). Des études comparatives australiennes et anglo-saxonnes de « caddies de supermarché » ont pourtant montré de façon concordante qu'un régime « sain et durable » ou aligné sur l'assiette « Santé Planétaire » du EAT Lancet s'avère autant voire moins coûteux qu'un régime national typique (24-26). Cela s'explique notamment par le coût moindre des protéines végétales par rapport aux protéines animales. On comprend ainsi que le surcoût perçu d'une assiette durable est associé à l'idée erronée qu'elle doit en priorité être composée d'aliments issus de l'agriculture biologique. Cela renforce l'importance que médecins et

patients aient notion des ordres de grandeur relatifs des différents co-bénéfices. Pour ce qu'il en est des habitudes et du manque de temps, les propositions suggérées par les médecins interrogés sont apparues simples et pragmatiques (batchcooking et congélation ; lectures d'étiquettes et recettes clé en main), leur efficacité en vie réelle restant à déterminer.

L'approche par co-bénéfices offre ainsi une importante flexibilité aux patients. Elle permet de proposer divers leviers d'actions dont les patients peuvent se saisir selon leur contraintes personnelles et sans viser à une quelconque homogénéisation vers un modèle unique et ultime de « jardinier.e végétalien.ne ».

La crainte de s'éloigner d'une approche centrée patient, bien que récurrente dans les entretiens, n'est pas apparue suffisante pour expliquer la réserve des médecins quant à l'utilisation des co-bénéfices. En effet, certains participants ont rapporté les moyens de contourner les contraintes et obstacles et pour autant se sont avérés tout aussi réservés que leurs collègues. Cela nous a amené au fur et à mesure des entretiens à explorer plus en détails le questionnement sur la légitimité du médecin et les facteurs qui s'y opposent.

Le premier facteur d'illégitimité a été associé à la fragilité des connaissances des médecins généralistes dans les domaines de la nutrition et de l'environnement avec une demande de formation ainsi que de recommandations officielles émanant des sociétés savantes (**figure 3**). Cela est cohérent avec différentes enquêtes dont celle du Dr Sarfati menée en 2021 pour l'association The Shift Project auprès de plus de trois mille étudiants en médecine et qui a rapporté que plus de trois-quarts d'entre eux déclarent ne pas avoir bénéficié d'enseignements sur les enjeux climatiques et environnementaux (27-29). En ce sens, les facultés de médecine ont déjà pris note de ces besoins et pour bon nombre d'entre elles, instauré des modules obligatoires en santé environnementale pour valider le premier cycle des études médicales (30). Pour les médecins en activité, les sociétés savantes ont mis en place des commissions, à l'image de la commission « Santé Planétaire » du CMG qui a élaboré et diffusé en 2021 un ensemble de documents d'informations à destination des médecins généralistes et patients (9). Le domaine de la formation continue n'est pas en reste puisque la santé environnementale fait partie des 205 orientations prioritaires pour la période 2023-2025 (orientation n°20) (31) et que l'on retrouve d'ores et déjà des formations à destination des médecins généralistes proposés par certaines universités (29,32). Alors que Ménard et al. rapporte que 93% des médecins généralistes interrogés partagent l'idée qu'ils ont un rôle à jouer dans l'information des patients sur les problèmes de santé environnement (28), la question du rôle précis à jouer apparaît pertinente.

Les médecins généralistes ont notifié leur sentiment d'isolement et d'impuissance comme facteur d'illégitimité. Ils sollicitent une approche coordonnée et synergique des professionnels de santé médicaux et paramédicaux afin de compléter leurs compétences et de répondre au manque de temps. Tout comme l'Association Santé Environnement France (ASEF) dans son enquête de 2022 (29), les participants de notre étude soulignent l'importance du soutien des institutions publiques et politiques afin d'homogénéiser les initiatives locales et de donner une planification claire. En novembre 2023, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis une feuille de route dans laquelle l'objectif 3 a trait à l'élaboration et à la promotion de recommandations de bonnes pratiques considérant les aspects environnementaux, notamment à travers la prévention (33). La Stratégie Nationale Alimentation Nutrition Climat (SNANC) intégrée au cinquième Plan National Nutrition et Santé 2025-2030 (PNNS5) doit aussi s'emparer des enjeux santé-environnement. Ces feuilles de route restent toutefois à être traduites en actions concrètes et coordonnées sur le terrain, l'approche par co-bénéfices santé-environnement y prendrait alors tout son sens.

Enfin, nous pouvons raisonnablement nous attendre à ce que la demande des médecins généralistes de faire partie d'un ensemble pluriprofessionnel muni de recommandations scientifiques institutionnelles estompe le dernier frein à leur légitimité que constitue la crainte idéologique.

III. Perspectives.

Notre étude centrée sur des médecins généraliste libéraux d'Indre-et-Loire a mis en lumière les obstacles et représentations freinant le développement de l'approche par co-bénéfices en lien avec l'alimentation. De par son échantillonnage, nous ne pouvons étendre les conclusions de notre analyse aux autres professionnels de santé qui seront impliqués dans l'approche pluriprofessionnelle requise. En ce sens, il sera intéressant de procéder à des études similaires auprès des IDE asalée, IPA, diététicien.nes afin de mettre en œuvre les dispositifs adaptés aux attentes de chacun des partenaires.

A travers les dynamiques actuelles, notamment les feuilles de routes institutionnelles (HAS, SNANC et PNNS5), et les multiples formations naissantes à visée des professionnels de santé, nous pouvons raisonnablement envisager que la demande de légitimité des médecins généralistes dans l'approche par co-bénéfices trouvera réponse dans un futur proche. Le médecin aura alors à charge d'apprivoiser cet outil pour s'en saisir dans sa démarche de soins

et s'entourer sur le terrain des professionnels de santé nécessaires. A cet égard, un dispositif à l'image de « Mon soutien psy » favorisant les approches non médicamenteuses au service de la santé mentale des patients pourrait être envisagé afin de permettre le remboursement de consultations auprès de diététicien.nes formé.es aux co-bénéfices santé-environnement. Cela constituerait un signal fort supplémentaire des institutions tel que sollicité par les médecins généralistes.

A l'image des campagnes médiatiques développées autour des « cinq fruits et légumes par jour », de la « déprescription médicamenteuse » et du « bon usage des antibiotiques », les médias constituent un moyen puissant pour transmettre les messages clés des co-bénéfices en lien avec l'alimentation. Un message tel que : « Végétaliser votre alimentation avec des plats faits-maison, locaux et de saison et si possible issus de l'agriculture biologique est bénéfique pour votre santé et celle de votre planète, parlez-en avec votre médecin », pourrait ainsi renforcer la place des médecins généralistes comme interlocuteurs légitimes.

Le soutien des industriels a aussi été sollicité par les médecins interrogés et nous ne pouvons qu'espérer une application prochaine d'un logo environnemental sur les produits transformés suite à l'expérimentation menée en 2020-2021 et dont la mise en place fait partie des objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 5 via la Stratégie Nationale Alimentation Nutrition Climat (SNANC). Conjointement au Nutriscore, ce logo permettra aux patients de mieux appréhender les co-bénéfices santé-environnement lors de leurs achats.

Les co-bénéfices ont initialement été perçus en contradiction avec l'approche centrée patient et son modèle bio-psycho-social (34). Notre analyse inspirée de la théorisation ancrée a finalement fait émerger des stratégies de contournement des contraintes et d'intégration de l'outil co-bénéfice à l'entretien motivationnel qui témoignent de la compatibilité avec une approche centrée patient. A travers ce paradoxe, nos résultats suggèrent que l'outil co-bénéfice bouscule en quelque sorte le paradigme actuel fondé sur le modèle bio-psycho-social en opérant un glissement vers une approche désanthropocentrée de la santé qui intègre les limites planétaires. Les co-bénéfices apparaissent alors comme un outil probablement éphémère au service de ce glissement de paradigme, dont l'utilité est à la fois de guider le médecin dans ses soins, et de favoriser la prise de conscience par les patients des enjeux santé-environnement.

Ainsi, dans ce contexte de cheminement progressif, nous pouvons questionner la nécessité de verbaliser les co-bénéfices santé-environnement auprès des patients. Notre travail suggère que la priorité est à l'empouvoirement des médecins à travers le tandem connaissance-légitimité. A charge des médecins de juger utile ou non de verbaliser les co-bénéfices auprès

de leurs patients. En ce sens, des études complémentaires pourraient s'avérer utiles afin de déterminer l'acceptabilité et les attentes des patients vis-à-vis de l'approche par co-bénéfices.

Bien que les régimes végétariens et végétaliens présentent des co-bénéfices supérieurs au flexitarisme, notre étude suggère que leur acceptabilité par les médecins est moindre (craintes de carences, obstacles socio-culturels, plaisir), de manière similaire aux travaux de Lea et al. menés en population générale (12,13). Au-delà de l'information des médecins sur les bénéfices scientifiquement prouvés, cela suggère l'importance à donner au choix des termes utilisés. L'incitation à une végétalisation progressive de l'alimentation à travers la promotion du « flexitarisme » apparaît comme une piste pertinente pour accroître l'adhésion des médecins et des patients, et éviter toute levée de bouclier, notamment culturelle. Ce choix sémantique nécessitera néanmoins une définition médicale du flexitarisme dont on sait qu'il englobe une réalité très diverse en termes de proportions de produits d'origine animale selon les individus. L'assiette du EAT Lancet pourrait alors servir de base consensuelle à cette définition et fait à l'heure actuelle l'objet de nombreuses recherches afin de déterminer scientifiquement ses bénéfices en termes de santé (35).

Conclusion

Notre étude a mis en lumière **l'imbrication de différentes actions co-bénéfiques** pour la santé et l'environnement en lien avec l'alimentation. Au-delà d'une simple organisation conceptuelle, l'imbrication des co-bénéfices offre un **cheminement progressif** à l'usage des médecins généralistes pour accompagner les patients vers des changements de comportements.

Passée l'appropriation du concept de co-bénéfice, les médecins ont rapidement fait part d'une **incompatibilité avec l'approche centrée patient**. Certains médecins ont exprimé que l'expression de l'argument environnemental ne **relève pas de leur rôle**, tandis que d'autres l'ont envisagé comme **liberté ou devoir**. Du fait de ses bénéfices **indirects et collectifs**, l'argument environnemental est aussi apparu en contradiction avec le paradigme actuel de **l'approche centrée patient**, focalisé sur l'individu à court terme. Ainsi relégué au rang de **bénéfice secondaire** par les médecins, l'argument environnemental a été confronté à plusieurs obstacles : les **contraintes des patients**, à savoir le manque de temps, l'aspect financier et les habitudes, ainsi que les **autres co-dimensions de l'alimentation** (socio-culturelle, plaisir).

De manière intéressante, les médecins interrogés ont toutefois évoqué la possibilité de verbaliser les co-bénéfices au sein de **multiples situations cliniques** en médecine générale. Deux postures ont aussi émergé : celle du **médecin passif**, qui n'aborde les co-bénéfices qu'en cas de sollicitation par les patients, et celle du **médecin actif**, qui s'enquiert de la réceptivité des patients afin d'**intégrer les co-bénéfices à l'entretien motivationnel**. Par ailleurs, diverses stratégies ont spontanément été évoquées pour **contourner les contraintes** des patients. La crainte de se décentrer des patients nous est alors apparue comme une réponse incomplète à l'hésitation des participants à se saisir de l'approche par co-bénéfice.

C'est ainsi que nous avons identifié **l'illégitimité** des médecins généralistes comme le point de blocage sous-jacent. Parmi les facteurs d'illégitimité retrouvés, il s'est avéré qu'aux yeux des médecins, parler environnement relève de la **politique et de l'idéologie**. Outre la reconnaissance d'un **manque de savoir sur la thématique environnementale**, les médecins ont aussi signalé leur **isolement à l'origine d'un sentiment d'impuissance**. Ils ont ainsi exprimé le besoin d'une **coordination des intervenants médicaux et paramédicaux** et d'un **soutien des institutions, des médias et des industriels** afin de renforcer leur légitimité.

A la lumière de notre étude, les co-bénéfices apparaissent comme un outil concret au service d'un changement du paradigme de soins et dont les médecins généralistes ne pourront s'emparer qu'avec un franc soutien de l'ensemble du système de santé.

Bibliographie

1. Lee H. Synthesis Report of the IPCC Sixth Assessment Report (AR6). 2023.
2. Ministère de la Transition Écologique et de la Cohésion des Territoires. Document de travail n°59 : La décomposition de l’empreinte carbone de la demande finale de la France par postes de consommation : transport, alimentation, habitat, équipements et services. 2022 Jul 25;;1–40.
3. Holguera JG, Senn N, 2021. Co-bénéfices santé-environnement et changement climatique : concepts et implication pour l'alimentation, la mobilité et le contact avec la nature en pratique clinique. JClePro.
4. Flavia N. Changement climatique et santé : quelle place pour le médecin généraliste ? Enquête auprès de 728 praticiens français. 2021 Mar 10;;1–96.
5. Derrien AL, Dongar T. Evaluation of the perception of climate change-related health risks in general practices in Haute-Savoie: a quantitative descriptive study. 2023.
6. Boland TM, Temte JL. Family Medicine Patient and Physician Attitudes Toward Climate Change and Health in Wisconsin. Wilderness Environ Med. 2019 Dec;30(4):386–93.
7. Dupraz J, Burnand B. Role of Health Professionals Regarding the Impact of Climate Change on Health-An Exploratory Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 20;18(6).
8. Astier C, Malta S. Médecine générale durable : actions et ressenti des médecins d’Isère et des deux Savoies. dumas.ccsd.cnrs.fr. 2022. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03610681/document>
9. Collège de la Médecine Générale. Santé planétaire en médecine générale. 2021 Apr.
10. Bréda J, Chaury V. Revue systématique des co-bénéfices à l'adoption d'un régime alimentaire durable sur la santé et l'environnement. 2023.
11. Segovia-Siapco G, Sabaté J. Health and sustainability outcomes of vegetarian dietary patterns: a revisit of the EPIC-Oxford and the Adventist Health Study-2 cohorts. European Journal of Clinical Nutrition. Springer US; 2018 Oct 16;;1–11.
12. Lea E, Worsley A. Benefits and barriers to the consumption of a vegetarian diet in Australia. Public Health Nutr. Cambridge University Press; 2003 Aug;6(5):505–11.
13. Lea EJ, Crawford D, Worsley A. Public views of the benefits and barriers to the consumption of a plant-based diet. European Journal of Clinical Nutrition. 2006 Jul;60(7):828–37.

14. The EAT-Lancet Commission, 2019. Food in the Anthropocene: The EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems.
15. Kesse-Guyot E, Lairon D, Allès B, Seconda L, Rebouillat P, Brunin J, et al. Key Findings of the French BioNutriNet Project on Organic Food-Based Diets: Description, Determinants, and Relationships to Health and the Environment. *Adv Nutr.* 2022 Feb 1;13(1):208–24.
16. Muller A, Schader C, Scialabba NE-H, Brüggemann J, Isensee A, Erb K-H, et al. Strategies for feeding the world more sustainably with organic agriculture. *Nat Commun.* Springer US; 2017 Oct 27;:1–13.
17. Santos M, Moreira H, Cabral JA, Gabriel R, Teixeira A, Bastos R, et al. Contribution of Home Gardens to Sustainable Development: Perspectives from A Supported Opinion Essay. *Int J Environ Res Public Health.* Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2022 Oct 21;19(20):13715.
18. Poore J, Nemecek T. Reducing food's environmental impacts through producers and consumers. *Science.* 2018 Jun 1;360(6392):987–92.
19. Crippa M, Solazzo E, Guizzardi D, Monforti-Ferrario F, Tubiello FN, Leip A. Food systems are responsible for a third of global anthropogenic GHG emissions. *Nature Food.* Springer US; 2021 Mar 19;:1–12.
20. WONCA. Declaration calling for family doctors of the world to act on planetary health. 2019.
21. Petit Guide de la Santé Planétaire (MG France).
22. Ministère de la Santé et de l'Accès aux Soins. Stratégie française en santé mondiale (2023-2027). 2023.
23. Baur I, Stylianou KS, Ernstoff A, Hansmann R, Jolliet O, Binder CR. Drivers and Barriers Toward Healthy and Environmentally Sustainable Eating in Switzerland: Linking Impacts to Intentions and Practices. *Front Sustain Food Syst.* Frontiers; 2022 Mar 16;6:808521.
24. Macdiarmid JI, Kyle J, Horgan GW, Loe J, Fyfe C, Johnstone A, et al. Sustainable diets for the future: can we contribute to reducing greenhouse gas emissions by eating a healthy diet? *The American journal of clinical nutrition.* American Society for Nutrition; 2012 Sep 1;96(3):632–9.
25. Reynolds CJ, Horgan GW, Whybrow S, Macdiarmid JI. Healthy and sustainable diets that meet greenhouse gas emission reduction targets and are affordable for different income groups in the UK. *Public Health Nutr.* Cambridge University Press; 2019 Jun;22(8):1503–17.
26. Goulding T, Lindberg R, Russell CG. The affordability of a healthy and sustainable diet: an Australian case study. *Nutrition Journal;* 2020 Sep 27;:1–12.
27. The Shift Project. Décarboner la Santé pour soigner durablement. 2023.

28. Ménard C, Léon C, Benmarhnia T. Médecins généralistes et santé environnement. Vol. 26, pascal-francis.inist.fr. 2012. 6 p.
29. ASEF. Formation en Santé Environnement - Et vous, vous en êtes où ?. asef-asso.fr. 2022. Available from: <https://www.asef-asso.fr/wp-content/uploads/2022/09/Enquete-ASEF-2022.pdf>
30. Jakubowicz T. Quand l'environnement s'invite dans les études de médecine. L'Etudiant. 2023 Dec 4.
31. Ministère de la Santé et de la Prévention. Arrêté du 7 septembre 2022 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2023 à 2025. Journal Officiel de la République Française. 2022. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=Y_7UCB2dOMG2XIF6yD6layDVJmSgP0WplWCcJ-lYuhQ=
32. UL1. Diplôme universitaire “Santé planétaire Santé durable”. offre-de- formations.univ-lyon1.fr. 2024. Available from: https://offre-de- formations.univ-lyon1.fr/focal/export_parcours.php?PAR_ID=1815
33. HAS Feuille de route santé-environnement. has-sante.fr. 2023. Available from: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/feuille_de_route_sante_environnement_has.pdf
34. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129–36.
35. Stubbendorff A, Stern D, Ericson U, Sonestedt E, Hallström E, Borné Y, et al. A systematic evaluation of seven different scores representing the EAT-Lancet reference diet and mortality, stroke, and greenhouse gas emissions in three cohorts. Lancet Planet Health. 2024 Jun;8(6):e391–e401.

Guide d'entretien

Question 1 [brise-glace] : Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez parlé d'alimentation, de nutrition ?

Question 2 [ouverture conceptuelle] : Que vous évoque le concept de co-bénéfice santé-environnement de manière générale ?

*Présentation du concept de co-bénéfice **santé**-environnement. [présenter si concept non connu, compléter, corriger un malentendu sur la définition]*

[Clarifier la suite du questionnaire] Les questions à venir porteront sur les co-bénéfices santé-environnement **uniquement** en lien avec l'alimentation.

Question 3 [connaissance] : En ce qui concerne l'alimentation, quels co-bénéfices **santé**-environnement vous viennent à l'esprit ?

Relances possibles :

- Est-ce que la promotion de certains régimes alimentaires pourrait en faire partie selon vous ?
- Évoqueriez-vous certaines catégories d'aliments en particulier ?
- Que pensez-vous de la consommation de viande ? Quelles quantités ?

Question 4 [représentations] : Selon vous, que pourrait apporter le concept de co-bénéfice santé-environnement de l'alimentation en consultation ?

Relances possibles :

- Facilitateur ? Bloquant ?
- Une patientèle type ?
- Un contexte propice ?
- Quelle position par rapport à d'autres types d'arguments pour tenter d'accompagner des changements de comportements alimentaires ?
- Quelle hiérarchie par rapport aux recommandations nationales ?

Question 5 [pratique] : Comment utilise(rie)z-vous concrètement le concept de co-bénéfice santé-environnement de l'alimentation en consultation ?

Relances possibles :

- Quels co-bénéfices présentez-vous habituellement aux patients ?
- Quels mots (n')employez-vous (pas) ?
- Quels arguments utilisez-vous ?

Est-ce que vous voulez compléter quelque point que ce soit ? Aborder un autre sujet ?

[Remerciements]

Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

Comment l'avez-vous vécu ?

Avez-vous des collègues vers lesquels m'orienter ?

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

CLEMENT Benoît

51 pages – 2 tableaux – 3 figures

Résumé :

Le dérèglement climatique, consécutif aux émissions de gaz à effet de serre (GES), apparaît comme une menace majeure de santé publique au XXI^{ème} siècle dont le corps médical doit se saisir. L'alimentation est un sujet fréquemment abordé en soins primaires et qui s'avère par ailleurs un poste particulièrement émetteur de GES. La promotion d'actions bénéfiques à la fois en termes de santé et d'environnement a récemment été conceptualisée à travers la notion de co-bénéfices. Dans ce contexte, notre étude a pour objectif d'explorer les connaissances, représentations et pratiques des co-bénéfices en lien avec l'alimentation auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire. Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de huit médecins généralistes d'Indre-et-Loire. L'analyse a été réalisée sans triangulation des données, par approche inspirée de la théorisation ancrée. Les co-bénéfices apparaissent imbriqués les uns avec les autres offrant un cheminement progressif et pragmatique pour accompagner les patients vers des changements de comportements. Un premier frein à l'usage des co-bénéfices est lié à une difficulté de conjonction avec l'approche centrée patient. Néanmoins, certains médecins mentionnent de nombreuses situations cliniques propices à l'utilisation des co-bénéfices et rapportent diverses stratégies visant à s'adapter aux contraintes des patients. Le manque de légitimité des médecins généralistes apparaît comme l'ultime frein à l'usage des co-bénéfices et a pour principales causes la connotation politique du sujet environnemental, un défaut de connaissances, ainsi qu'un sentiment d'isolement. Une coordination des acteurs de santé ainsi qu'un soutien des institutions, des médias et des industriels apparaissent comme des éléments nécessaires au renforcement de la légitimité des médecins généralistes. Les co-bénéfices apparaissent comme un outil concret pour un changement du paradigme de soins dont les médecins ne pourront s'emparer qu'avec un franc soutien de l'ensemble du système de santé.

Mots clés : co-bénéfice, environnement, alimentation, médecine générale, santé planétaire

Jury :

Président du Jury : Professeur Christophe DESTRIEUX
Directeur de thèse : Docteur Emmanuel BAGOURD
Membres du Jury : Docteur Alain AUMARECHAL
Docteur Juliette JAMET

Date de soutenance : Le 13 Février 2025