



HAL
open science

Impacts d'un programme d'activité physique régulière au travail chez des médecins hospitaliers : une enquête qualitative

Victoria Soraya Hall

► To cite this version:

Victoria Soraya Hall. Impacts d'un programme d'activité physique régulière au travail chez des médecins hospitaliers : une enquête qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02964667

HAL Id: dumas-02964667

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02964667>

Submitted on 12 Oct 2020

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Melle Victoria Soraya HALL

Le 22 novembre 2019

**Impacts d'un programme d'activité physique régulière au travail chez des
médecins hospitaliers : une enquête qualitative.**

Directeur de thèse : M. François-Xavier LESAGE

JURY

Président :

M. Vincent COSTALAT

Professeur Universitaire et Praticien
Hospitalier Neuroradiologie

Assesseurs :

M. François-Xavier LESAGE

Maître de Conférence Universitaire
et Praticien Hospitalier

M. Pierre-François PERRIGAULT

Professeur Attaché
Anesthésie-Réanimation

Mme Agnès ROULET

Praticien Hospitalier
Pathologies Professionnelles

Membre invité :

Mme Anne-Marie FOUNEAU-COSTALAT

Professeur émérite de Psychologie

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Melle Victoria Soraya HALL

Le 22 novembre 2019

**Impacts d'un programme d'activité physique régulière au travail chez des
médecins hospitaliers : une enquête qualitative.**

Directeur de thèse : M. François-Xavier LESAGE

JURY

Président :

M. Vincent COSTALAT

Professeur Universitaire et Praticien
Hospitalier Neuroradiologie

Assesseurs :

M. François-Xavier LESAGE

Maître de Conférence Universitaire
et Praticien Hospitalier

M. Pierre-François PERRIGAULT

Professeur Attaché
Anesthésie-Réanimation

Mme Agnès ROULET

Praticien Hospitalier
Pathologies Professionnelles

Membre invité :

Mme Anne-Marie FOUNEAU-COSTALAT

Professeur émérite de Psychologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kevin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Vincent COSTALAT :

Je vous suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de ma thèse et je vous en remercie.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Pierre-François PERRIGAULT :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Madame le Docteur Agnès ROULET :

Je te suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et te remercie pour ce que tu m'as appris lorsque nos chemins se sont croisés.

Madame le Professeur Anne-Marie FOUNEAU-COSTALAT :

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse ainsi que pour votre aide précieuse tout au long de ce travail.

A mon directeur de thèse : Monsieur le Docteur François-Xavier LESAGE :

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse.

Je tiens avant tout à remercier ma maman, qui m'a tant donné et soutenue tout au long de ce parcours effectué et semé d'embûches.

Merci d'avoir fait de moi ce que je suis devenue, et pour tout ce que tu as fait pour moi depuis toujours.

Je remercie ensuite Julien, mon compagnon, mon si précieux soutien qui m'a épaulée jusqu'au bout dans tant d'épreuves, y compris cette dernière ligne droite.

Merci à Justine, ma fidèle amie qui a toujours cru en moi depuis qu'on se connaît.

Je remercie tous mes maîtres de stages durant ce long parcours d'études de médecine. A tous les médecins dont j'ai croisé la route durant mon externat puis mon internat, qui m'ont transmis et appris tant de choses.

Enfin, je remercie ma fille, mon soleil. Tu illumines ma vie depuis que tu es née et tu me donnes la force d'avancer. Tu es toute ma vie.

LISTE DES ABREVIATIONS

- ANEMF** : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
- ANSES** : Agence Nationale Sécurité Sanitaire Alimentaire Travail
- ASST** : Assistant Santé Sécurité au Travail
- CARMF** : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
- CCA** : Chef de Clinique Assistant
- CCPP** : Centre de Consultations en Pathologies Professionnelles
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- DARES** : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
- HPV** : Human Papilloma Virus
- INRS** : Institut National de Recherche et de Sécurité
- INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- IPRP** : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- QVT** : Qualité de Vie au Travail
- RPS** : Risques Psycho-Sociaux
- SSTI** : Service de Santé au Travail Inter-entreprises
- SST** : Service de Santé au Travail
- SUMER** : Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels
- TMS** : Troubles Musculo-Squelettiques

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	9
LISTE DES ABREVIATIONS	11
TABLE DES MATIERES	12
I INTRODUCTION.....	14
A. La notion de stress au travail.....	14
1) <u>Concept général du stress</u>	14
2) <u>Conséquences sur la santé</u>	15
a Maladies cardio-vasculaires.....	15
b Maladies endocriniennes et digestives.....	15
c Troubles musculo-squelettiques (TMS).....	15
d Troubles psychiatriques	15
e Risque obstétrical.....	15
3) <u>Stress au travail</u>	16
a Définitions.....	16
b Facteurs de stress au travail.....	17
c Conséquences.....	17
4) <u>Les risques psycho-sociaux (RPS) : une problématique actuelle</u>	18
B. Prévention des risques psycho-sociaux	20
1) <u>Politique de préventions</u>	20
2) <u>Le monde de l'entreprise : quelles stratégies de prévention ?</u>	21
a La santé au travail	21
b Bien-être au travail	21
3) <u>Activité physique au travail</u>	22
C. Stress des médecins	23
1) <u>Facteurs de stress</u>	23
2) <u>Etat psychique des médecins</u>	24
3) <u>Burn out des médecins</u>	25
4) <u>Quelle prévention ?</u>	26
D. Contexte de recherche et objectifs de l'étude	27
II MATERIEL ET METHODE	28
A. Méthode	28
1) <u>Un programme de coaching sportif au CHU</u>	28
2) <u>Une étude qualitative</u>	29
3) <u>Des entretiens semi-dirigés</u>	30
B. Echantillon.....	31
C. Recueil des données.....	31
1) <u>Lieu des entretiens</u>	31
2) <u>Guide d'entretiens</u>	31
3) <u>Déroulement des entretiens</u>	32
D. Analyse des entretiens.....	32
1) <u>Retranscription</u>	32
2) <u>Plan d'analyses</u>	33
III RESULTATS.....	34
A. Caractéristiques des sujets	34
B. Analyse thématique.....	34
1) <u>Ressenti général avant coaching</u>	34
2) <u>Analyse du vécu des participants</u>	38
C. Synthèse des résultats	40

IV	DISCUSSION	42
A.	Rappel des objectifs et résultats	42
B.	Limites et forces de l'étude	44
1)	<i>Forces de l'étude</i>	44
2)	<i>Limites de l'étude</i>	45
C.	Perspectives et applications	47
V	CONCLUSION	49
VI	BIBLIOGRAPHIE	50
VII	ANNEXES	55

I INTRODUCTION

A. La notion de stress au travail

1) Concept général du stress

Le **stress** provient du latin *stringere*. Cela signifie « rendre raide », « serrer », « presser ». Cette racine latine sert de base à la langue anglaise où elle se rapproche du mot "distress". Distress signifie détresse mais aussi étroitesse.

En 1936, Hans Selye décrit un *syndrome général d'adaptation*, comme un ensemble de réactions physiologiques et biologiques (trois phases: alarme, résistance, épuisement).(1)

Ce modèle purement biologique de stimulus-réponse ne permet pas de différencier les agents stressants (physique ou psychique), la réaction de l'organisme étant non spécifique.

Dans la dimension psychologique du stress, l'approche biopsychosociale des années soixante-dix met en évidence une part plus subjective avec des composantes émotionnelles, cognitives et comportementales.

En 1984, il a été défini **par Lazarus et Folkman** comme « une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée comme débordant les ressources d'un individu et pouvant mettre en danger son bien-être » (2)

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le stress apparaît chez une personne dont les ressources et stratégies de gestion personnelle sont dépassées par les exigences qui lui sont posées. (3)

Lorsqu'il s'installe sur la durée, le stress peut avoir des effets graves sur notre santé physique et mentale.

2) Conséquences sur la santé

Le stress chronique peut avoir des conséquences plus ou moins graves sur la santé.

a Maladies cardio-vasculaires

Le stress chronique influence l'apparition d'une hypertension artérielle (4).

Le risque de survenue d'un infarctus du myocarde serait multiplié par 2.5 (5). Des profils psychologiques particuliers (propension à éprouver de l'anxiété) ont été décrits par Friedman et Rosenmann (6), comme facteur de surmorbidity coronarienne.

b Maladies endocriniennes et digestives

Il existe une augmentation du risque de développer un syndrome métabolique, un diabète de type 2. Il joue également un rôle important dans la survenue des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) (7).

c Troubles musculo-squelettiques (TMS)

Le stress est un facteur de risque de TMS (8). Il a été mis en évidence une corrélation entre stress, profil psychologique fragile et des syndromes particuliers comme l'algodystrophie ou la fibromyalgie.

d Troubles psychiatriques

Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les sujets en situation de stress chronique. Il induit également une augmentation des conduites addictives telles que l'alcoolisme, la toxicomanie. Il peut également apparaître des troubles cognitifs légers à type de difficultés de concentration, de troubles de la mémoire, troubles du sommeil et dépression. (9) et (10)

e Risque obstétrical

Le stress pendant la grossesse pourrait être une des étiologies de la prématurité. (11)

3) Stress au travail

a Définitions

Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), le stress au travail se définit pour une personne comme un "déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre".

En 1979 le sociologue américain Karasek propose le concept de « job strain ». Deux facteurs sont croisés : la demande faite à l'individu, et le contrôle exercé par l'individu sur son activité. Les activités les plus stressantes seraient donc selon Karasek, celles ayant une demande forte, un contrôle et un soutien social faibles. (Figure 1)

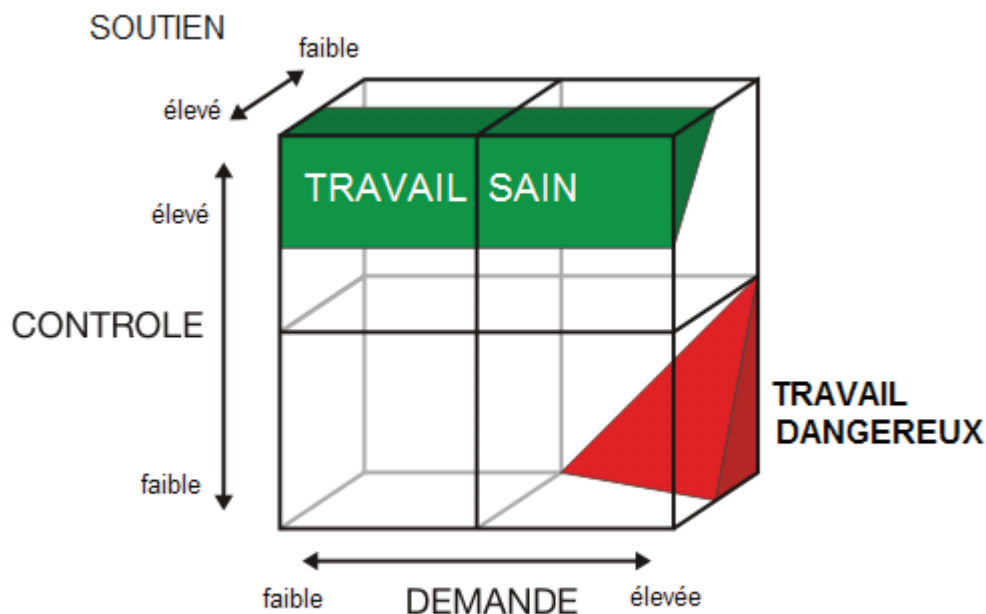


Figure 1 : « Job strain »

Selon l'Agence européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail, 22 % des travailleurs européens se plaignent de problèmes de santé liés au stress au travail (12). Environ 50 % d'entre eux estiment que le stress est courant sur leur lieu de travail, intervenant dans plus de la moitié de l'ensemble des journées de travail perdues. (12)

b Facteurs de stress au travail

Il existe quatre grandes catégories pour les causes de stress au travail (13) :

- liées aux relations humaines : conflit relationnel au travail, responsabilité inadaptée (défaut ou excès), vécu de harcèlement, conflit éthique, relations avec le public, manque de reconnaissance
- liées à la vie familiale : difficultés de conciliation travail-vie familiale
- liées à la tâche : charge de travail inadaptée, complexité de la tâche, manque de temps et obligation de productivité, faible autonomie
- liée à la carrière : absence de perspectives d'évolution, de promotion, surqualification pour un poste de travail.

Selon une enquête d'opinion européenne menée en 2013 par l'EU-OSHA les facteurs de stress au travail souvent évoqués sont la réorganisation ou l'insécurité de l'emploi, les grandes amplitudes horaires ou la surcharge de travail, ainsi que le harcèlement et la violence au travail. (14)

c Conséquences

L'installation de situations stressantes au travail a des répercussions sur la santé des individus et également sur le fonctionnement des entreprises avec :

- journées de travail perdues, absentéisme
- accidents du travail
- diminution de la productivité
- turnover
- démotivation (15)

4) Les risques psycho-sociaux (RPS) : une problématique actuelle

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) définit les RPS comme la combinaison de variables, à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle. (16)

Selon l'INRS, les RPS correspondent à des situations de travail comportant :

- du stress
- des violences internes (harcèlement moral ou sexuel par d'autres salariés ou supérieurs hiérarchiques, conflits relationnels entre des équipes) ;
- des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...). (17)

Quelques chiffres clé permettent de se rendre compte de l'étendue de cette problématique :

L'enquête SUMER de 2003 sur l'évaluation de ces RPS chez 25 000 salariés montre que 17% déclaraient être l'objet de comportements hostiles de la part d'une ou plusieurs personnes dans leur travail, dont 34% jugeant leur état de santé psychique mauvais. (18)

Une enquête Conditions de travail commandée en 2013 par le Ministère du Travail révèle que sur les 34 000 salariés interrogés 22.6 % sont soumis à des tensions dans les rapports avec les collègues ou la hiérarchie. (19)

23.8% d'entre eux ont un faible score de soutien social (score calculé en comptant l'aide des supérieurs hiérarchiques ou des collègues en cas de travail délicat, la possibilité ou non de coopérer pour effectuer son travail correctement).

L'enquête CT- RPS de la DARES a été menée en 2015-2016 auprès de 21 000 salariés de tous secteurs d'activité.(20)

Ainsi 31% des salariés déclaraient travailler sous pression, 22% des salariés signalaient avoir été la cible de comportements méprisants au travail, 23% d'un manque de reconnaissance de leur travail et 5% d'atteintes dégradantes.

Les RPS peuvent avoir des conséquences sur la santé psychique des travailleurs. A l'extrême nous pouvons nous souvenir du scandale de l'entreprise France Télécom avec plusieurs suicides déplorés.

Entre 2008 et 2009, dix-neuf salariés de l'entreprise s'étaient donnés la mort et douze avaient tenté de le faire, dans un contexte de harcèlement moral sur une politique managériale difficile.

Depuis plusieurs années la problématique des RPS occupe une place croissante.

Selon le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) publié en 2011, les RPS sont en constante augmentation depuis dix ans. (21)

Les pathologies ou symptômes psychiques vus dans 32 Centres de Consultations de Pathologies Professionnelles (CCPPP) représentent maintenant 22% des motifs de consultation, en seconde position derrière les pathologies respiratoires, et bien devant les maladies de peau, les TMS ou les tumeurs.

Les pathologies liées au travail ont évolué, bien moins d'asthme professionnel et davantage de RPS.

L'importance prise par l'épuisement professionnel, le stress, le burn out et autres souffrances au travail est aujourd'hui majeure.

Le coût des RPS est important, tant en terme de dépenses de santé, que de conséquences financières pour les entreprises.

Une étude de l'INRS de 2007 évalue le coût du stress professionnel en France à deux à trois milliards d'euros (coût des soins et de la perte de richesse pour cause d'absence, de cessation prématurée d'activité et de décès prématuré) (22)

B. Prévention des risques psycho-sociaux

1) Politique de préventions

Comme vu précédemment, les RPS engendrent un coût important en dépenses de santé publique et pour les entreprises donc l'économie de notre pays. (22)

Selon la réglementation, ils devraient être considérés au même titre que les autres risques professionnels.

L'évaluation des conditions de travail et en particulier des RPS est ainsi devenue essentielle à l'échelle nationale.

Des accords nationaux interprofessionnels ont été signés en 2008 et 2010 pour la prévention des RPS:

L'accord national interprofessionnel sur le stress au travail en juillet 2008 et rendu obligatoire par l'arrêté ministériel du 23 avril 2009. (23)

L'accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail en mars 2010. (23)

L'accord pour la prévention des RPS dans la fonction publique a été signé en octobre 2013. (23)

Il en découle l'élaboration de plans d'action nationaux avec la nécessité pour chaque employeur de mettre en place un plan d'évaluation et de prévention des RPS.

Les enquêtes Conditions de travail sont organisées et exploitées par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques du Ministère du Travail (DARES) depuis 1978 et sont renouvelées tous les sept ans.

Les enquêtes nationales SUMER (Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels) dressent un état des lieux des expositions professionnelles auxquelles sont soumis les salariés. Elles sont organisées par la Direction générale du travail (Inspection médicale du travail) et la DARES du Ministère du Travail.

En 1994 elles couvraient l'ensemble des salariés surveillés par la médecine du travail du régime général et du régime agricole. En 2003, son champ a été étendu aux hôpitaux publics, à EDF-GDF, La Poste, la SNCF et Air France.

Le Code du travail (article L. 4121-2) détaille des principes de prévention à caractère général dont la nécessité :

- d'adapter le travail à l'homme : conception des postes de travail, choix des équipements et méthodes de travail et de production
- de planifier la prévention en intégrant la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants. (24)

2) Le monde de l'entreprise : quelles stratégies de prévention ?

a La santé au travail

Les services de Santé au Travail peuvent apporter une aide précieuse aux entreprises pour l'identification des risques professionnels et l'élaboration de stratégies de prévention.

Le Code du travail impose à l'employeur d'organiser ou d'adhérer à un service de santé au travail: service autonome, ou service interentreprises (SSTI) si moins de 500 salariés.

Les priorités des activités de ces services sont précisées dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Ils ont pour mission de conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants afin d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

Ils sont composés d'une **équipe pluridisciplinaire**: collaborateurs médecins internes en médecine du travail, Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP), infirmiers, assistants de services de santé au travail (ASST), psychologues du travail, ergonomes, toxicologues, etc.

b Bien-être au travail

Des accords portant sur la prévention des RPS et la Qualité de Vie au Travail (QVT) ont été signés dans certaines entreprises.

Ces dernières années, les entreprises tendent davantage à instaurer des politiques de bien-être au travail, permettant de réduire les RPS et d'augmenter le niveau d'efficacité dans l'entreprise. (25)

Selon l'OMS, le bien-être au **travail** se définit comme “un état d'esprit caractérisé par une harmonie satisfaisante entre les aptitudes, les besoins et aspirations du travailleur, puis les contraintes et les possibilités du milieu de travail ”.

Ce concept implique un sentiment général de satisfaction et d'épanouissement dans et par le travail, au-delà des simples notions de santé physique et mentale.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influer sur la qualité de vie au travail : ambiance, sécurité et hygiène des locaux, ergonomie des postes de travail, organisation du travail, mises en place d'activités de loisir sur le lieu de travail etc.

Selon la Haute Autorité de Santé, “les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la **qualité de vie au travail** qui en résulte”. (26)

3) *Activité physique au travail*

La mise en place d'activités de loisirs dans les entreprises, en temps et en lieu de travail est une pratique qui se répand de plus en plus.

Connues du grand public de grandes entreprises américaines comme Google® ou Facebook®, qui accordent une grande importance au bien-être de leurs salariés permettant ainsi de meilleures performances au travail via une amélioration de la QVT.

Des salles de sport y sont aménagées avec un libre accès pour les salariés, ou encore la mise en place d'activités physiques ou de détente comme le yoga et le pilate.

En France cela se met en place progressivement, mais reste une exception et concerne souvent les très grands groupes.

Toyota a mis en place une école du dos sur sa chaîne de production du Nord pour les salariés travaillant debout et effectuant des mouvements répétitifs. (27)

Le baromètre annuel Sport Santé publié en juillet 2017 par la Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV) montre que plus d'un Français sur cinq souhaiterait disposer d'un local au bureau pour une activité physique régulière. (28)

Ce sondage souligne aussi l'importance d'un encadrement pour inciter à la participation au sport : 41 % des sondés expriment le besoin de pratiquer une activité avec un coach pour les accompagner et les motiver.

Selon une étude menée en 2003 par l'OMS l'activité physique et sportive sur le lieu du travail réduit les congés maladie de 32% et améliore la productivité de 52%. (29)

C. Stress des médecins

1) Facteurs de stress

Les études de médecine en France sont longues, en moyenne 10 années post-baccalauréat. (30)

Elles permettent de construire un savoir théorique et pratique sur l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales.

En 2018 il n'existe aucun module de formation ou d'enseignement sur la relation aux patients et aux familles, ou encore la confrontation à la mort et à la souffrance au cours de ce cursus.

C'est pourtant le quotidien de beaucoup de médecins et étudiants en médecine.

Les médecins hospitaliers ou libéraux se déclarent en surcharge de travail. (31)

La démographie médicale tend vers un vieillissement de la population des médecins. En 2018, la moyenne d'âge des médecins actifs est de 51,2 ans. (32)

Il y a un manque de médecins et la situation tend plutôt à une aggravation dans les années à venir. (32)

La population générale est en augmentation constante depuis plusieurs années mais le numerus clausus n'augmente pas proportionnellement. En 1984 le numerus clausus national global était fixé à 5000, versus 7500 en 2012. (33)

Il en découle une surcharge de travail liée à ce sous-effectif médical et au consumérisme des soins.

En effet, le consumérisme de soins est croissant au fil des années. La fréquentation des services d'Urgences est en hausse : en 2016 le nombre de passages annuels dans les établissements d'urgences en France était de 21,2 millions contre 18,4 millions en 2012, soit une augmentation de près de 15 % en 4 ans et, en moyenne, de 3,6 % par an. (34)

D'autres paramètres constituent bien souvent des facteurs de stress dans l'exercice de cette profession: manque de moyens matériels, gestion de l'urgence, difficultés à concilier métier et vie personnelle, frustration (consultations courtes par nécessité de voir davantage de patients), contraintes administratives.

2) Etat psychique des médecins

L'état de santé mentale des médecins et des étudiants en médecine est préoccupant.

Les médias nous rappellent d'ailleurs régulièrement cette réalité. Citons comme malheureux exemple le suicide du Dr Eric Delous en 2010, anesthésiste au CHU de Montpellier après une erreur médicale sur un bébé, ou encore celui du Pr. Jean-Louis Megnier, cardiologue à l'hôpital européen Georges Pompidou à Paris

En 2016, le Conseil de l'Ordre des Médecins a mené une étude auprès de jeunes médecins: 14 % d'entre eux ont ou ont eu des idées suicidaires (35)

Depuis novembre 2016, 5 internes se sont donnés la mort.

Selon le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2018 sur la santé des médecins, 8 % des décès des médecins en activité seraient dus à un suicide, soit 2 fois plus que pour la population générale. (36)

D'après la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), entre 2014 et 2016, les motifs psychiatriques représentaient 20.38% des causes d'incapacité temporaire de travail chez les médecins, et de loin la première cause d'invalidité définitive (43,05 %), . (37)

En 2016, le Journal de l'American Medical Association (JAMA) publie une revue de la littérature, qui retrouve un risque suicidaire estimé à 11% chez les étudiants en médecine et **27,2% de dépression.** (38)

3) Burn out des médecins

Le **burn-out** a été décrit pour la première fois en 1959 par le psychiatre et médecin du travail français Claude Veil. Le psychiatre Herbert Freudenbergers a effectué en 1974 les premières recherches sur le syndrome d'épuisement au travail.

Selon l'OMS, le **burn-out** se caractérise par un « *sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail .* » (39)

Il touche plus fréquemment les professions à fortes responsabilités et/ou fortes sollicitations mentale et émotionnelle. Il fait suite à un stress chronique au travail.

Le burn-out se décompose en plusieurs phases successives qui conduisent à cet état d'épuisement. (*figure 2*).

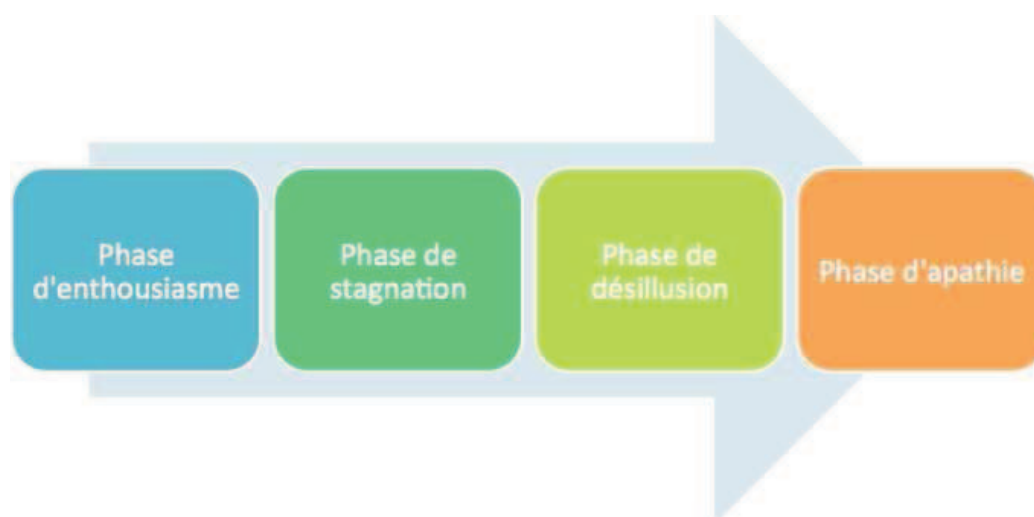


Figure 2 : phases du burn out

Le burn-out a plusieurs manifestations:

-somatiques : asthénie, troubles musculo-squelettiques, céphalées, troubles digestifs etc.

-psychiques : anxiété, stress, troubles cognitifs à type de troubles mnésiques ou de l'attention, troubles comportementaux (labilité émotionnelle, irritabilité voire agressivité), démotivation, absentéisme ou au contraire une hyperactivité, un hyper investissement.

En France, 50 % des médecins généralistes seraient concernés. (40) (41) (42)

Chez les professionnels de santé et en particulier les médecins, il est délétère pour la relation de soins.

Les médecins touchés se préoccupent moins des patients en tant que personnes, répondent moins à leurs questions et commettent des erreurs qui ne seraient pas attribuables au manque de connaissance ou d'expérience (43)

4) Quelle prévention ?

A la lumière de ces constats alarmants, la prévention du stress et du burn-out chez les médecins apparaît comme une préoccupation nationale.

Afin d'établir des stratégies de prévention et de prise en charge il est nécessaire de pouvoir repérer les RPS dans cette population.

Pour cela une grande enquête nationale inédite en 2017 a été menée à l'initiative des structures représentatives des jeunes et futurs médecins (Association nationale des étudiants en médecine de France, InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale, Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistant des Hôpitaux et Intersyndicale Nationale des Internes) auprès des externes, internes, chefs de clinique-assistants (CCA) et assistants spécialistes (AS), soit au total près de 22 000 répondants. (35)

Les résultats montrent 66.2% d'anxiété et 27.7% de dépression chez les jeunes médecins.

Plusieurs axes de préventions ont pu être ainsi suggérés par l'ANEMF :

- un meilleur respect de la législation, notamment des repos de gardes.
- davantage de contact avec la médecine du Travail.
- la valorisation des activités extra-hospitalières et extra-professionnelles.

Des réseaux de surveillance, de veille, d'orientation et de prise en charge se sont mis en place dans certains hôpitaux et facultés de médecine: plateforme de Soins aux Professionnels de Santé (numéro vert gratuit accessible 24h/24) ou encore l'Association d'Aide pour les Professionnels de santé et médecins libéraux.

Un des meilleurs moyens de prévention du burn-out consisterait à trouver l'équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie privée.

D. Contexte de recherche et objectifs de l'étude

La vie "hors médecine" semble être un élément essentiel dans la lutte contre le burn-out et l'épuisement professionnel.

C'est à partir de ce constat qu'est né le projet ACTIPHY.

A la fin de l'année 2016, à l'initiative du Pr Vincent Costalat (chef du service de neuroradiologie du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) Gui de Chauliac à Montpellier) et en collaboration avec le laboratoire de recherche Epsilon l'idée de cette étude est née.

A l'instar de grandes entreprises américaines, et comme cité précédemment la pratique d'une activité physique au travail en particulier, est bénéfique pour la santé physique et mentale des travailleurs. (29)

C'est l'objet d'ACTIPHY: un coaching sportif plurihebdomadaire a été mis en place au CHU dans le service de neuroradiologie avec la participation de plusieurs médecins et cadres sur leur temps de travail pendant 4 mois.

L'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer d'un point de vue qualitatif les impacts de ce programme d'activité physique sur le lieu de travail et pendant le temps chez des médecins hospitaliers plus précisément au niveau Qualité de Vie au Travail et bien-être au travail.

II MATERIEL ET METHODE

A. Méthode

1) Un programme de coaching sportif au CHU

Il s'agissait d'une étude "test" afin d'évaluer l'intérêt et les impacts d'un tel programme d'un point de vue QVT et Bien-être au Travail ainsi que sa faisabilité à plus grande échelle en cas de résultats positifs.

Cela a donc débuté en février 2017 à l'hôpital Saint-Eloi, sur 4 mois au total pour terminer en juin 2017.

Il s'agissait de deux séances hebdomadaires les lundi et jeudi de 12h30 à 13h15 animées par David Carette, coach sportif diplômé d'Etat et exerçant au département Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) de Montpellier ainsi qu'au CHU la Colombière pour les patients.

Une salle a été prêtée par le plateau technique de kinésithérapie, avec du matériel sur place ainsi que du matériel amené par monsieur Carette (élastiques d'étirements, espaliers, ballons, etc.).

Les séances duraient quarante-cinq minutes et comprenaient:

- un échauffement
- six ateliers de 25 secondes chacun 1 minute 30 de récupération entre chaque atelier.
- roulement sur les différents ateliers.

L'avantage présenté par ce système est que chaque personne peut effectuer l'exercice à son rythme et selon sa condition physique. Chacun peut faire le nombre de roulements d'ateliers qu'il le souhaite.

Il s'agit d'un coaching collectif cependant adapté à chacun, d'autant plus que le coach corrigeait si besoin les postures ou le rythme de chacun.

Il proposait également des exercices facilités pour certains des participants.

Le travail était fait sur du temps (les 1min30) et non sur le nombre de répétition des 6 exercices proposés.

Le type d'exercice proposé comportait : du travail de gainage, des exercices posturaux sans charge, travail de la chaîne postérieure, de coordination, de souplesse, d'endurance avec une incrémentation progressive si possible.

Il a été utilisé des élastiques, des ponts de marche, des plots ou des haltères, des ballons, etc.

Le but était de travailler l'ensemble du corps, la condition physique, la musculation, la puissance aérobie.

2) Une étude qualitative

Il s'agit d'une étude descriptive de type qualitatif.

Ce type d'étude présente plusieurs avantages. Les participants ont la parole, ils peuvent exprimer leur ressenti de manière spontanée, et permettre ainsi d'avoir matière à analyser de manière plus large qu'un questionnaire établi.

La parole leur est donnée et ils peuvent exprimer librement leur vécu et les éventuelles difficultés rencontrées.

Creswell livre sa formule de la recherche qualitative : « Les écrivains conviennent que l'on entreprend la recherche qualitative dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur analyse inductive, met l'accent sur la signification de participants, et décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage ». (44)

Plusieurs sources de données qualitatives existent à ce jour : les entretiens, les vidéos, les observations ou encore l'analyse de documents.

Toutes ces techniques de collecte ont des avantages et des faiblesses. Les plus utilisées sont l'entretien et l'observation.

La recherche qualitative est utile pour émettre des hypothèses.(45)

Les types de questions de recherche généralement éclairées par la recherche qualitative sont « Qu'est-ce qui se passe ? Quelles sont les dimensions du concept ? Quelles variations peuvent exister ? Pourquoi est-ce que cela se passe ? ». (46)

Les techniques de recherche qualitative sont principalement utilisées pour tracer « le sens que les gens donnent à des phénomènes sociaux » et « processus d'interaction », y compris l'interprétation de ces interactions. (47)

Ce type de recherche est également approprié pour enquêter sur des phénomènes sociaux liés à la santé. (46)

Dans le domaine de la santé, il est fréquent d'avoir recours à plusieurs outils de méthodologie qualitative pour répondre à une seule question de recherche. (48) C'est le concept de la triangulation, processus qui consiste à confronter les résultats de plusieurs sources de données (47) (49)

Ainsi l'approche qualitative paraissait la plus adaptée en raison du faible échantillon, et au vu du fait que l'objectif de cette étude "test" était aussi d'évaluer la faisabilité et l'intérêt d'un tel programme à plus grande échelle en cas de succès.

3) Des entretiens semi-dirigés

Les entretiens individuels semi-dirigés permettent de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable et consignés dans un guide d'entretien.

Cela évite que le sujet n'aborde des thèmes qui ne font pas l'objet de cette enquête.

Un autre avantage est celui de limiter le "focus group", où le sujet parfois intimidé en groupe ne s'exprime pas totalement librement.

La souplesse de l'échange autorise également des relances personnalisées, utiles pour repérer le ressenti non exprimé et donner une place importante à l'expérience vécue par le participant.

B. Echantillon

Pour réaliser une enquête qualitative, le nombre d'entretien nécessaire et suffisant se situe entre quinze et vingt.

Mais en pratique celle-ci peut s'arrêter à un nombre plus court ou plus grand d'entretiens, lorsqu'on atteint la « saturation théorique », lorsque l'ajout de nouvelles données issues d'entretiens ne permet pas d'améliorer la compréhension et les informations recueillies pour la question étudiée.

L'étude a démarré lors de son initiation sur un échantillon de six neuroradiologues ainsi que un cadre de santé, sur la base du volontariat.

Ils ont été interrogés avant le début du programme et à son issue.

Il était initialement prévu un groupe "témoin" composé de cinq réanimateurs.

Certains sont finalement allés à deux séances de sport, d'autres pas.

Ce groupe "témoin", ne pouvant pas être utilisé comme tel, nous a finalement servi pour l'analyse du ressenti et de la perception de ce projet de coaching sportif à l'hôpital pendant le temps de travail car ils avaient été interrogés avant le début du programme.

C. Recueil des données

1) Lieu des entretiens

Les participants ont été interviewés par le Professeur Anne-Marie COSTALAT-FOUNEAU dans la salle de réunion du service de neuroradiologie au CHU Saint-Eloi.

2) Guide d'entretiens

Le guide d'entretien semi-dirigé comportait plusieurs thématiques à aborder.

Pour les enregistrements "avant" le début de programme, les questions posées étaient :

-« Quelle est votre représentation du sport ? »

-« Que pensez-vous de cette idée d'un programme de coaching sportif au travail? »

-« Comment verriez-vous dans votre service l'implantation d'un tel programme si vous en étiez l'instigateur ? »

Pour les interviews des participants ayant effectué le programme :

-« Quel a été votre ressenti de cette expérience ? »

-« Souhaiteriez-vous qu'elle se poursuive ? »

-« Quels ont été les obstacles rencontrés ? »

3) Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés par le Pr Anne-Marie Costalat-Founeau, seule avec le participant. Aucune autre personne n'était présente dans la pièce.

Ils ont été enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone d'un Iphone 4 posé sur une table entre les deux protagonistes.

Les enregistrements ont été transférés sur ordinateur.

La durée prévue était de 10 à 30 minutes. Chaque sujet a été interrogé une seule fois avant, et une fois après pour ceux ayant effectué le programme sportif.

D. Analyse des entretiens

1) Retranscription

Les enregistrements vocaux ont été transférés sur un ordinateur portable équipé de Windows 10® puis lus avec le logiciel VLC®. La saisie des verbatims anonymisés était réalisée sur Office Word Version 2016 par l'enquêteur. La lettre I correspond à l'Interviewer, la lettre P au Participant. L'ensemble des verbatims retranscrits est joint à cette thèse en Annexe.

Les participants n'ont pas eu de retour sur leur enregistrement et ainsi ne pouvaient pas corriger leurs dires.

2) Plan d'analyses

La retranscription s'est faite régulièrement, et de façon progressive après deux entretiens généralement, afin de construire l'arbre thématique et rendre compte de la saturation des données.

L'analyse des données a été faite de manière thématique, jusqu'à saturation des données.

Il n'a pas été utilisé de logiciel d'analyse des données qualitatives tels que N'vivo ou ALCESTE.

Différents grands thèmes sont ressortis de l'analyse des verbatims.

Un thème étant défini par « un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos »
(49)

Un tableau thématique a été réalisé sur Office après les quatre premiers verbatims.

Ensuite celui ci a été détaillé par des sous-thèmes apparaissant, et enrichi par l'ensemble des autres verbatims.

Chaque citation de verbatim a été identifiée ainsi : Vx, x correspondant au numéro du verbatim.

III RESULTATS

A. Caractéristiques des sujets

L'échantillon initial des sept neuroradiologues et cadre ont été interrogés avant le début du programme et à son issue.

La moyenne d'âge est relativement jeune.

Les sujets avaient en moyenne 41.8 ans, étaient des hommes, non fumeurs et la plupart pratiquant déjà une activité physique régulière en dehors du travail. Ils travaillaient à temps plein.

Le groupe initialement prévu "témoin" composé de cinq réanimateurs.

Il y avait trois hommes et deux femmes, la moyenne d'âge étant de 51.2 ans et tous travaillaient à temps plein.

La plupart ne pratiquaient pas de sport, la consommation de tabac n'a pas été rapportée.

B. Analyse thématique

1) Ressenti général avant coaching

Tableau n°1 : analyse du vécu des participants

Thèmes	Sous-thèmes	Citations des verbatims
SENTIMENT DE PARADOXE	concilier travail et sport au travail	V2 "je voyais un décalage entre l'activité professionnelle, et tenter de faire rentrer (excusez moi), au chausse-pied, une activité sportive dans le travail, c'est aussi un peu une représentation qu'on a... qu'on dans un, dans un hôpital. Et, on a du mal à, à imaginer, que les deux puissent s'accorder. C'est-à-dire faire du soin, et en même temps du sport." V3 "Bon après il faut pas que ce soit quelque chose de très euh.. comment dire.. que ça dure pas longtemps non plus pour être fatigué après, le but c'est pas ça non plus." V4 "Alors après on verra euh.. pendant le, le moment.. si vraiment c'est, c'est une contrainte euh, à midi et demi d'aller faire du sport" V9 "Bah par exemple j'ai du mal à imaginer ce qu'ils vont faire, la, euh, parce que je veux dire, un coach sportif sur le lieu de travail, mais qu'est ce qu'ils vont faire quoi!"
	pensée d'obstacle législatif	V2 "qu'il y malheureusement un petit peu du législatif derrière. C'est-à-dire.... Ils ont, un temps de travail !... je ne peux pas heu.. grignoter sur le temps de travail."
	un défi à relever	V2 "C'est une forme de défi parce que ..Au-delà, du, du chef de service et de son projet, derrière il faut imaginer, le nombre de personnes, le nombre de barrières qu'il faut abattre, le nombre de personnes qu'il faut convaincre et.. et quand je vous parlais de ce coté.. législatif, à un moment donné, il faut rester aussi.. les pieds sur terre"

IDEE NOVATRICE DANS LE MILIEU	Application d'un principe ayant prouvé ses effets bénéfiques dans d'autres milieux de travail	<p>V1 "Ben je sais que c'est un peu, bah que ça a déjà été étudié aux Etats-Unis dans les entreprises et tout, euh, j'ai déjà vu des reportages sur ça, où ils font très justement ça dans les entreprises et je trouve ça, bah je me suis toujours dit ben, pourquoi on n'a pas ça à l'hôpital."</p> <p>V2 "C'est une très très bonne idée. On n'est pas les premiers. En fait ce n'est que capter que ça existe, ça a été manifestement prouvé. Dans Les grandes entreprises."</p> <p>V2 "Il faut reconnaître que...partout où on mettait, que ce soit du temps de pause..de l'activité parallèle, autre que la tâche au travail, ça amenait du plus. Dans l'entreprise, amener du repos aux gens."</p> <p>V4 "Ca a été prouvé que ça améliorerait euh, la qualité de vie au travail donc euh, et la productivité."</p> <p>V6 "Vu que par exemple en Australie y'en a qui l'avaient testé, enfin dans des, dans des entreprises, enfin en dehors du milieu médical, et que, ça s'était avéré très efficace. Notamment pour lutter contre la sédentarité des gens qui travaillent assis."</p>
	Une expérience pilote	<p>V4 "Après, sur l'aspect, comparatif, études, euhh, voir si ce groupe là, qui fait du sport a, une meilleure euh, productivité, se sent mieux, c'est intéressant aussi. Parce que ça prend, la dimension scientifique de la chose."</p>

RESISTANCE AU CHANGEMENT	Difficultés avec la hiérarchie lors de la naissance du projet	<p>V2 "Ceci m'a mis un peu en port-à-faux, j'ai eu des soucis avec ma hiérarchie..que j'en ai assez d'être pris pour cible pour ce projet dont.. dont je ne suis pas le, l'auteur."</p>
	dissonances entre discussion RPS et critiques du projet	<p>V2 "..on parlait des conditions de travail, on parlait de, de ressources humaines. Et on m'a renvoyé, que mon équipe n'avait pas à se plaindre euhh..... que si mon équipe allait faire de la zumba, c'est qu'elle n'avait pas à se plaindre. Donc c'est qu'elle était en bien-être, qu'elle pouvait supporter, donc ça m'a profondément choqué."</p>
	nécessité d'une facilité d'application	<p>V7 "Il faut qu'on puisse y aller comme ça vous voyez, on va pas commencer à se mettre, machin, comme ça, il faut regarder, on va pas y aller en pyjama, après on va se doucher, on change de pyjama, mais voilà, un truc facile. Faut que ce soit un truc facile. Si c'est compliqué, on le fera pas."</p>
	sensiment de priorité basse	<p>V9 "Pourquoi pas, mais.. enfin, dans un service y a d'autres priorités que le sport! (rire) Voilà. On aurait des ordinateurs qui fonctionneraient, une ergonomie meilleure dans les, dans les, dans les chambres euh.. je sais pas si vous avez vu notre bureau, c'est un foutoir sans nom euh, ça ça me.. plairait plus que d'aller faire une demi heure de sport et ça me.. je m'énerverais moins si j'avais une ergonomie meilleure!</p> <p>V9 "Réver oui. Mais à mon avis, c'est pas la priorité, dans notre service."</p> <p>V9 "je pense que, si on a du budget à mettre quelque part je le mettrais pas là en premier, c'est tout."</p>
	inutilité ?	<p>V9 "Moi je vois pas pourquoi on ferait du sport pendant le boulot quoi"</p>

INTERROGATIONS SUR LA FAISABILITE	possibilité de concilier charge de travail et activité physique en temps de travail?	<p>V1 ".. Parce que des fois nous, nos horaires sont très variables, des fois nous, des fois malheureusement on a des obligations qu'on ne peut pas faire à d'autres moments, donc j'espère qu'il y aura un petit peu de souplesse sur ça ?"</p> <p>V2 "Au quotidien vous avez des gens qui parfois se plaignent un peu de, de leur charge de travail, du rythme.. ils font du soin,..et là aussi pour eux ça a été un décalage! Faire du sport, bon euh, ah !et finalement, très rapidement, les retours ont été, positifs. Mais.. toujours pareil: dans quelles conditions ? A quel moment ?"</p> <p>V4 "donc des fois, on a parfois un emploi du temps qui est, euh, trop variable. Donc on peut pas forcément dire, à midi trente, jusqu'à treize heure quinze."</p> <p>V5 "Intégrer, je trouve que ça va ça va pas être simple, ça va pas être simple, de l'intégrer dans nos horaires."</p> <p>V6 "Y a que les journées de salles où on peut pas se permettre, y a des urgences."</p>
--	--	--

EFFET MIROIR	envie voire jalousie des autres équipes	V4 "les différentes personnes à qui j'en ai parlé, euuh, médecins, étaient à la limite euh, jaloux, qu'on fasse ça et pas eux. ! Ils sont hyper intéressés! Ils disent " c'est GENIAL de faire ça."
	création d'un mouvement	V4 "quand on leur dit y a ces séances de sport, c'est , "ah ouai, mais, je peux venir? Je peux venir moi aussi ?" "A un moment, voilà, ça crée un mouvement."
FIERTE DE L'INITIATIVE	soutien de la direction	V2 "... ce qui m' a beaucoup aidé, c'est d'entendre le directeur d'établissement promouvoir cette démarche." V4 "c'est une super idée et euh, après c'est euh, le directeur de l'hôpital aussi, qui, qui trouve ça intéressant et euh , le chef de pôle, le chef de pôle aussi, et on se demande, pourquoi ça a pas été fait avant ?"
	naissance de l'envie d'être un modèle novateur	V2 "... il faut un peu fédérer, et montrer l'exemple."
	volonté d'une politique nouvelle au travail concernant l'activité physique	V2 "le projet à long terme c'est.. c'est d'intégrer l'ensemble de la population, de, forcer comme en Chine ou au Japon, ou euh.. tout le monde euh, comme un seul homme, à la même heure, et au même endroit, est obligé de faire ce type d'exercice." V6 "... j pense que paradoxalement, je dis pas qu'il faudrait être coercitif, je pense qu'il faudrait quand même avoir, non mais je pense qu'il faudrait, imposer en tout cas euuh.. y a une nécessité de l'imposer, un petit peu, parce que euh, ça va quand même à l'encontre des habitudes de travail, en tout cas je pense en France."

PERCEPTION POSTIVE DU PROJET	gain de temps envisagé sur vie personnelle	<p>V1 "bah je trouve que c'est une bonne initiative. Après c'est vrai que moi je fais du sport à côté. [...] si par exemple un soir je n'ai pas la motivation d'y aller bah je me serait dit oh bah j'ai quand même pas rien fait de la semaine vu que j'ai eu mes deux séances, donc moi je trouve ça, ...je suis content, je suis content."</p> <p>V1 "Non mais certains, beaucoup pour eux c'est une façon de combler le vide, de faire du sport, qu'ils vont récupérer, euh, ça serait de la récupération."</p> <p>V4 "je trouve vraiment que c'est bien, parce que euhh, concrètement, moi, personnellement c'est difficile de faire du sport avec la vie de famille."</p> <p>V4 "Entre midi et deux voilà, non vraiment je suis content de faire ça parce que euhh, avant d'avoir des enfants, avant d'avoir un boulot comme ça, je faisais plus de sport. Et j'avais vraiment plaisir, à partir avec un temps comme ça, et aller faire trois heures de vélo. [...]. Y'a des priorités hein heu, donc ma priorité, c'est la famille, mais, ...j'ai un manque, un petit peu, de faire du sport."</p> <p>V4 "Toute ma génération c'est un peu ça euh, on a des enfants à peu près du même âge et euh, et globalement, globalement c'est, c'est ça quoi. [...] Donc si c'est intégré, dans, le planning euh, professionnel."</p> <p>V6 "ça permet de faire gagner du temps sur les loisirs. C'est ça en fait. Au lieu de passer du temps à faire du sport pour nos loisirs, on peut un peu plus profiter de notre famille plutôt que de faire du sport en solitaire."</p> <p>V7 "depuis quelques années je me suis mise à courir, alors, au mieux, je cours trois fois par semaine, mais là j'y arrive pas c'est à cause de mon job enfin voilà. [...] Et c'est vrai, que la quand quand, quand on nous propose de, de faire du sport dans le travail mais je me dis mais, ... ce serait un bonheur quoi !"</p>
	perennité du sport chez ceux étant déjà sportifs	<p>V3 "Ah bah très bien!.. moi même je suis sportif.. depuis toujours. Avec toutes les activités que je fais, je ressens déjà quelque chose de bien et euh.. en faisant le travail et le sport, le plus possible, mais évidemment, quand j'ai du temps, je fais euh des activités euh.. donc.. voilà. Non bien sur je perçois très très bien ça"</p> <p>V3 "C'est une continuité oui"</p> <p>V4 "Non non, moi je suis content, et j'ai et j'ai, et j'ai hâte que ça commence..."</p>
	améliorer la cohésion de l'équipe?	V7 "En plus je pense que même sur une équipe ça peut être liant"
	Diminuer le stress lié au travail	<p>V5 "je trouve ça très bien oui. Je trouve ça très bien puisque on vit des choses parfois pesantes, difficiles"</p> <p>V6 "je trouve que, que ça a du sens quand même. On a quand même une activité qui est assez stressante donc euh, je trouve que, que c'est bien.."</p> <p>V6 "le fait de pratiquer du sport au travail ça permet de diminuer le niveau de stress au travail. Mais je pense que le niveau de stress, normalement, enfin moi j'ai constaté à chaque fois que je faisais pas mal de sport à la fin de la semaine, j'ai constaté que j'attaquais la nouvelle semaine avec un niveau de stress qui était largement inférieur, enfin, donc euh, personnellement c'est ce que j'ai constaté donc euh, c'est ce que j'attends de ce genre de programme justement."</p> <p>V6 "Non non mais euh, au niveau psychologique je trouve que c'est bien"</p> <p>V8 "ouai ça peut être intéressant euh, pour essayer de, de décrocher comme vous dites, de de...ouais du, du boulot. Moi j'ai beaucoup de mal à, c'est une de mes difficultés, j'ai tout le temps le boulot en tête quoi.. Quand je suis chez moi, tout le temps tout le temps tout le temps."</p>
	amélioration de la qualité du travail?:	V6 "gérer la gestion des complications, gérer la gestion du geste euh, ça nécessite d'être, d'être un peu calme quand même, faut, faut être capable de, de rester calme quand même, même quand ça commence à devenir, un peu compliqué quoi.. donc euh, je trouve que le fait de faire du sport, d'ailleurs on est beaucoup dans l'équipe à faire du sport, pour ces raisons là justement."
	Prendre soin de soi	<p>V5 "c'est un moyen de se défouler quoi. C'est un moyen de se défouler, de penser à autre chose, de s'occuper de soi, aussi, parce que nous en tant que docteur on passe notre temps à, s'occuper des autres."</p> <p>V7 "d'abord on est médecin on s'occupe beaucoup des autres, on a beaucoup d'administratif, on a beaucoup de choses ... à un moment, faut se recentrer, un tout petit peu sur soi et prendre un tout petit peu soin de soi, sans faire des trucs extraordinaires, le fait que ça équilibre un peu."</p>

2) Analyse du vécu des participants

Tableau n°2 : analyse du vécu des participants

Thèmes	Sous-thèmes	Citations des verbatims
Satisfaction personnelle	Reconnaissance de l'intérêt du projet par la hiérarchie	V11 "c'est, également, d'avoir pu faire reconnaître, cette activité, par ma hiérarchie. Parce que y avait, au départ y avait on va dire, cette zone d'incertitude. Est-ce-que tu vas pas être jugé, par tes pairs ou par tes supérieurs"
	Progression sur le plan de la condition physique	V11 "au début c'était les courbatures, c'était euh, ...Mais très rapidement, ça s'est amélioré"; V11 "ça monte en puissance, le cardio monte, très fort, on transpire, on a mal.. Et quand a fini on est satisfaits de tous, être arrivés au bout"
	Image de soi, volonté d'aller jusqu'au bout	V11 "J'ai pas été le plus assidu, mais j'ai, j'ai joué le jeu. J'ai joué le jeu jusqu'au bout, et, je m'en félicite"
	Echanges avec les collègues	V11 "y a eu des des, des échanges.. des gestes, des encouragements."
Economie de temps	Proximité du lieu d'activité	V12: "c'est très pratique. On en fait, pendant le temps de travail et on n'a pas à se déplacer énormément en centre-ville, etc."
Opportunité pour les travailleurs à fortes amplitudes horaires de faire du sport	Activité implantée sur le lieu de travail, pendant le temps de travail permettant aux travailleurs finissant tard de faire une activité	V13 "Tandis que avant ces séances, j'avais envie de faire du sport, mais voilà, je rentrais tard" V13 "On a les enfants à s'occuper, et pff.. Après j'avais pas le courage d'en faire"
	Disponibilité plurihebdomadaire de l'activité permettant aux travailleurs soumis à des situations urgentes empêchant de se libérer, de faire du sport un autre jour	V13 "notre planning il est pas .. extensible, et puis il est pas stable hein, des fois, de temps en temps bah.. y a des jours où on ne peut pas. C'est-à-dire, si on est en salle, on peut pas dire "j'arrête de traiter le patient, il est midi vingt il faut que j'aille à la salle de sport"."
	Bonne organisation de l'activité sans entraver l'efficacité au travail	V13 "c'est, pendant nos heures de boulot entre guillemets, parce que c'est plutôt pendant nos heures de repas, mais, j'ai l'impression que y a pas eu de conséquences. Néfastes quoi"
Amélioration qualité de vie personnelle	Diminution du besoin de dégager du temps personnel pour une activité physique	V13 "En tous cas je ressentais moins le besoin, de faire du sport chez moi" V14 "moi je serais carrément prêt à payer une cotisation, pour que y ait un endroit dans l'hôpital, avec des plages un peu larges...Et limite, moi, si c'était, si c'était le cas, je m'inscrirais même plus à la salle." V15 "c'est vrai qu'on avait pas trop trop le temps de faire du sport à côté, enfin pour la plupart pour ceux qui avaient des enfants euh, c'était pas forcément évident" V15 "Donc, nous c'est l'avantage quoi, c'est que nous le weekend, on peut se reposer si on veut (rires). On peut aller faire du sport aussi, on en fait quand même un peu, mais, l'avantage c'est que si on en fait pas c'est pas un drame quoi."
	Apparition d'une envie de s'occuper de soi sur d'autres domaines que le champ de l'activité physique	V13 "le fait de faire du sport, en tout cas moi, ça me, ça me responsabilisait un peu plus, pour pas manger un sandwich à la cafet quoi. Je voulais essayer, d'avoir un régime alimentaire, mieux équilibré." V15 "Maintenant qu'on fait ça, on fait plus de sport paradoxalement à côté. Parce que ça nous a un peu.. remis le pied à l'étrier."
Ancrage du coaching dans le quotidien	Effets bénéfiques multiples faisant découler une nécessité de participer au coaching, frustration de ne pouvoir y aller	V11 "parfois de la frustration, quand je peux pas y aller!"
	Sentiment de besoin	V11 "C'est un besoin, et finalement je me rends compte que, finalement, mon corps et mon esprit le réclament." V13 "Quand je pouvais pas y aller, j'ai, je, ça m'embêtait"
	Envie de pérennité du programme	V12 "j'espère qu'on va continuer à le faire hein!" V13 "Pourvu que ça continue!!"
Entretien de la motivation	Activité en groupe mais adaptée individuellement et bien encadrée	V11 "je pense que l'exercice a été, parfaitement mené par des professionnels, super bien coachés... je ne me suis pas blessé", V11 "le coaching, a un effet positif, d'abord il vous motive, et il vous contrôle. Et il vous guide. Donc vous vous faites pas mal, et vous avez, une motivation" V12: "Il a adapté en fait, chaque exercice, adapté à chaque personne"
	Absence de sentiment de compétition	V11 "ça plaisante, c'est.. c'est une ambiance qui en plus, festive. Joyeuse. Bonne enfant" V13 "y avait personne qui critiquait telle ou telle personne"
	Progression de la condition physique	V11 "On peut dire aujourd'hui, qu'on a une meilleure performance physique qu'au début, une meilleure résistance, une meilleure gestion de l'effort" V13 "il devait nous reprendre régulièrement au début, et après, rapidement, on était, on était bien, techniquement on savait le faire, et il nous corrigeait beaucoup moins." V12: "ça m'a donné beaucoup plus d'endurance en fait. Pour les autres sports que je faisais avant"

Effet de groupe	Découverte de ses collègues autrement qu'au travail	V11 "c'est une autre dimension! Quand vous êtes avec des gens autour du travail, et que vous vous retrouvez en tenue de sport pour une activité, c'est pas pareil" V13 "ça permet d'avoir une autre image de telle ou telle personne, et euh, et euh.. et donc oui ça a ce côté positif" V13 "mais là c'est vrai que c'est au quotidien, et ça démasque certains aspects, de la personnalité de telle ou telle personne donc c'est, c'est agréable... ça permet des les connaître sous un autre angle, pas que professionnel." V16 "y avait un bénéfice la dessus c'est, et puis aussi un bénéfice sur la relation aux autres, puisqu'on découvre les autres dans un autre environnement"
	Sentiment d'appartenance a un groupe	V11 "on a tenu bon" , V11: Y avait une sorte de, symbolique dans les exercices, parce que y a parfois , des séances où les exercices n'étaient pas faits seuls , mais à deux. Où il fallait trouver un équilibre avec son partenaire" V13 "c'était une très bonne expérience, aussi bien sur le plan physique, que, euh, que je trouve dans la, dans la relation d'équipe."
	Entretien de la motivation par le groupe	V11 "on a plutôt une forme, d'émulation, et d'entraide, et jamais de compétition et.. euh, et surtout, ce qui est très agréable, c'est qu'à la fin de chaque séance, chacun .. félicite l'autre"
	Entraide	V11: Y avait une sorte de, symbolique dans les exercices, parce que y a parfois , des séances où les exercices n'étaient pas faits seuls , mais à deux. Ou il fallait trouver un équilibre avec son partenaire V14 "Au contraire, chacun on se soutient, chacun on se motive,"

Amélioration qualité de vie au travail	Diminution du stress au travail	V15 "enfin au final c'était bien, et puis, au niveau de la gestion du stress et tout ça, moi je trouve que ça fait vachement de bien.." V16 "Ca fait automatiquement baisser le niveau de stress, parce que ça c'est, c'est évident. Donc là y avait un bénéfice là-dessus"
	Bien être au travail	V13 "à chaque fois que je faisais le sport, bah, je me sentais mieux." V16 "on vraiment pas envie de le manquer quoi, ouais donc on fait tout pour , pour le, pour pas le manquer en fait. Parce qu'on se sent bien après en fait. Et comme on se sent bien après, on est motivés par les éventuelles euh, endorphines ou je sais pas, au bien-être qu'on va avoir après."
	Meilleure productivité	V16 "je me suis senti plus efficace dans la vie, plus efficace dans l'après-midi" V16 "Plus posé intellectuellement, comme si on lavait un peu les efforts de la matinée au travers de cet effort sportif et qu'on repartait sur un point de vue mental, sur euh sur euh, un aspect, relaxation, l'après-midi des séances"

Effet Miroir	effet attractif sur les autres services, jalousie, envie	V11 "C'est une forme de jalousie, on fait des envieux. Moi j'ai des collègues , des collègues cadres, qui attendent qu'une chose, c'est que ce soit développé, et étendu à l'ensemble de , de l'encadrement" V11 "de temps en temps, y a des pièces rapportées, y a des invités!" V13 "ça a vraiment attiré, enfin, de base c'était les médecins, mais ça a quand même attiré finalement d'autres populations. Donc ça prouve l'effet, que c'était très attractif." V13 "Moi j'ai d'autres copains qui travaillent dans l'hôpital, et quand je leur dis ça, ils sont un peu, jaloux! Ils se disent, ah mais moi j'aimerais bien, ah je peux venir et tout.." V13 "c'était au volontariat je crois. Heureusement, parce que si on met tout le monde, après y aura plus de place!" V14 "moi j'ai des collègues qui étaient au courant du truc et qui me disaient, oh on peut venir? Bon ils sont pas venus finalement mais les intr..ça les ça les.. intriguait quoi. Ils disaient, oh ben vous avez de la chance, vous avez de la chance"
	Evolution progressivement positive de la perception qu'ont les extérieurs du programme	V11 "la présentation et l'annonce, prêtent a sourire, parce qu'elle est, elle est à sa façon... elle bouscule! (rires)

Renforcement cohésion au travail	Sentiment d'équipe	V14 "moi je trouve que ça rapproche, moi je trouvais ça, ça soude, l'équipe d'y aller .. Non non , je trouvais ça, ça faisait une bonne occasion de, de groupe quoi." V14 "On croiserait même, pour la cohésion, de l'hôpital, ça serait top quoi. On croise les autres médecins, en dehors d'un milieu.. en dehors de, parler tout le temps médecine, de, de rigoler .." V15 "donc globalement, ce qu'on a trouvé bien, c'est que ça , ça soudait pas mal l'équipe quand même" V15 "c'est vrai qu'aussi, le fait qu'on partage aussi du temps euh... non professionnel, avec les gens avec qui on bosse tout le temps, c'est, c'est.. Enfin c'est pas mal je trouve.." V16 "donc voilà, pour moi, ya un effet, cohésion quand meme, cohésion , compréhension de l'autre, empathie de l'autre"
---	--------------------	--

C. Synthèse des résultats

La perception du projet de coaching sportif qu'avaient les interviewés a été globalement très positive.

Les attentes étaient nombreuses, tant en terme d'amélioration de la qualité de vie personnelle que de la qualité de vie au travail.

Les médecins sondés expliquent passer une grande partie de leur temps sur leur lieu de travail en milieu hospitalier, entre leur activité temps plein ainsi que les nombreuses astreintes et gardes.

En effet, la grande majorité s'attend à une économie de temps personnel en pratiquant du sport à l'hôpital, leur permettant d'en gagner davantage pour leur vie familiale et personnelle.

Une autre grande ligne apparue dans la perception antérieure du projet a été un sentiment paradoxal rapporté par l'ensemble des sondés, concernant la faisabilité d'un tel projet : comment concilier le sport au travail et une activité de soin avec la gestion d'urgences ainsi qu'une charge de travail importante ? Quelle est la faisabilité réelle d'un tel projet ? A-t-on le droit légalement de faire du sport pendant son temps de travail ? Tels ont été les principaux questionnements des interviewés.

La plupart attendaient une diminution du stress au travail grâce au sport et une amélioration de la cohésion de leurs équipes du fait de voir ses collègues autrement qu'au travail.

Il y a eu quelques réticences tout de même, la peur de l'attitude négative de la hiérarchie et des autres services non participants à l'étude.

Certains interviewés exprimaient une peur liée à la résistance au changement, au regard des autres qui pourraient penser que faire du sport au travail n'est pas la priorité des services médicaux (comme par exemple l'achat de matériel, de locaux ou avoir des effectifs supplémentaires).

Après les quatre mois de coaching, les sentiments recueillis ont été très homogènes et positifs.

Il en est ressorti une satisfaction personnelle et collective. Les participants ont été fiers de maintenir le rythme hebdomadaire tout en s'organisant sans entraver leur travail, sur une partie de leur pause déjeuner et en organisant les plannings de service afin de faire des roulements équitables pour assurer les urgences.

Certains ont eu un sentiment d'accomplissement personnel et de dépassement de soi sur le plan de la condition physique avec une progression et ont été satisfaits de parvenir à aller jusqu'au bout du coaching.

Tous rapportent effectivement comme attendu un gain de temps sur leur vie personnelle : faire du sport au travail leur permet d'en faire moins en weekend et profitent davantage de leur famille.

Ce programme s'est progressivement ancré dans leur quotidien au travail et c'est pour la plupart devenu un besoin. Tous souhaitaient que cela continue de façon pérenne dans le service.

La motivation des participants a été entretenue grâce au coach qui adaptait les exercices à la condition physique de chacun et également par le renforcement du sentiment d'équipe, d'exercices se faisant à deux et nécessitant une entraide, d'entretien de la motivation par le groupe.

Ce sentiment d'équipe a été renforcé du fait de connaître et passer du temps avec ses collègues autrement qu'en travaillant.

Il est apparu un effet miroir important avec une envie voire une jalousie des services ne participant pas à l'étude.

Les sept participants ont été un modèle novateur pour ce concept en milieu médical. La perception des autres services de cette activité a été progressivement très positive.

De plus, une majorité des participants a noté une diminution du stress au travail et pour certains l'impression d'une meilleure productivité dans leurs gestes et réflexions au quotidien.

Le bien-être au travail a été amélioré car beaucoup ont déclaré se sentir bien pour le reste de la journée après avoir fait le sport, une coupure de bien-être.

Pour conclure cette synthèse, il est possible de retenir que malgré des appréhensions quant à la faisabilité d'un tel projet, les participants sont très satisfaits de ce programme qui a été tout à fait réalisable grâce à une organisation de service. Tous souhaitent que cela se pérennise et s'étende à d'autres services.

La qualité de vie au travail semblant être améliorée grâce à ce concept, la question de la gestion des RPS chez les médecins à l'hôpital pourrait trouver une partie de réponse.

IV DISCUSSION

A. Rappel des objectifs et résultats

L'objectif de cette thèse était de mettre en évidence les différents impacts de la mise en place d'un programme de coaching physique au travail chez des médecins hospitaliers. Le point de vue était qualitatif, plus précisément au niveau de la Qualité de Vie et du Bien-être au Travail dans un contexte où les RPS occupent une place très importante.

Les médecins, en particulier hospitaliers, sont soumis à une forte pression : obligation de résultats, avec peu de moyens, fortes amplitudes horaires.(50)

Les risques psycho-sociaux sont une problématique majeure en milieu hospitalier avec une prévalence importante du burn-out chez les médecins.(39)

De nombreuses études et enquêtes se sont intéressées à rapporter la prévalence des RPS chez les médecins.

Il serait intéressant de se pencher sur les solutions qui pourraient être mises en œuvre pour pallier ce problème.

Un travail sur la prévention de ces risques paraît nécessaire.

En effet, il a été montré dans plusieurs domaines que la prévention est souvent moins coûteuse que la prise en charge curative. (51)

C'est le cas par exemple des campagnes de vaccination (vaccinations obligatoires, vaccination contre le virus HPV en prévention primaire de la survenue d'un cancer du col de l'utérus, vaccination anti-grippale et coût des décès par la grippe).(52)

La prévention primaire s'intéresse aux déterminants des RPS dans ce contexte en amont de l'apparition des dommages, à savoir la survenue du stress au travail et du burn-out.

Ainsi, le projet ACTIPHY a mis en place un programme de coaching physique au travail chez des médecins hospitaliers afin d'évaluer les impacts en terme de RPS et Qualité de Vie au Travail chez cette population exposée aux RPS.

Il a été mis en évidence que le fait de pratiquer de façon hebdo ou pluri-hebdomaire du sport coaché à l'hôpital apportait plusieurs bienfaits intéressants.

La plupart des participants ont rapporté une meilleure cohésion de l'équipe et un effet de groupe avec un ancrage du coaching dans leur activité quotidienne.

L'effet miroir a été notable avec une envie de participer au programme pour d'autres services hospitaliers et d'autres spécialités médico-chirurgicales.

Surtout, il a été rapporté par une large majorité des participants une diminution du stress au travail, une amélioration de la qualité de vie au travail et une meilleure productivité.

Tous souhaitaient que ce programme se pérennise.

Au vu de ces résultats il reste néanmoins difficile de conclure à l'efficacité du sport coaché en lui-même ou au fait de pratiquer une activité quelconque en temps et lieu de travail.

Il est légitime de s'interroger sur les raisons de ces effets positifs rapportés.

Physiologiquement, la pratique d'une activité physique libère des endorphines et procure une sensation de bien-être.(53)

Mais les effets bénéfiques rapportés seraient-ils les mêmes en terme d'amélioration de la productivité et de la qualité de vie au travail si l'activité pratiquée n'était pas un sport ?

Une hypothèse est que le simple fait de faire une « coupure » au travail, avec une activité de loisir n'ayant rien à voir avec le travail (chant, peinture, etc.) pourrait procurer les mêmes effets.

Ecouter de la musique au travail permettrait d'augmenter la concentration, diminuer le niveau de stress et améliorer la productivité au travail.

En 2005, l'Université canadienne de Windsor concluait qu'écouter des mélodies harmonieuses aurait un effet sur la sécrétion de dopamine qui aurait un effet positif sur les fonctions cognitives et l'humeur.(54)

Les chorales d'entreprises se multiplient en France, à l'initiative de salariés voire, comme chez Orange, de directions, qui y voient un nouveau moyen de remédier au mal-être au travail. (55)

Air France fait figure de précurseur avec son chœur créé en 1986 par deux navigants et qui se produit jusqu'à l'étranger.(56)

Il est aussi possible de se demander si les mêmes bénéfices auraient été retrouvés si l'activité physique pratiquée n'était pas coachée et encadrée ?

De même, le sentiment de cohésion d'équipe et de diminution du stress au travail pourrait être obtenu par le simple fait de retrouver ses collègues ailleurs que dans le contexte et le lieu de travail.

L'étude réalisée ne permet pas de répondre à ces questions.

A défaut d'une étude proposant un programme coaché versus un groupe contrôle pratiquant une activité physique non encadrée, il est possible d'avancer plusieurs hypothèses : l'assiduité sur la durée serait vraisemblablement meilleure chez les participants coachés, et le risque de blessure diminué grâce à l'encadrement par un professionnel.

B. Limites et forces de l'étude

1) Forces de l'étude

L'analyse qualitative est un bon moyen de recueillir le témoignage des participants et d'analyser les grandes thématiques soulevées.

Elle permet un travail d'exploration du subjectif et de ce qui n'est pas quantifiable dans des questionnaires ou des échelles d'évaluation. (45)

Les représentations des participants à propos de ce programme peuvent être recueillies au sens large et analysées.

Le guide d'entretien permet d'orienter les thématiques en rapport avec l'objectif fixé, tout en laissant au sujet une liberté d'expression ce qui permet de recueillir de nombreuses informations.

Un petit échantillon peut permettre d'atteindre rapidement la saturation des données.

Le choix de l'objectif, à savoir étudier les impacts d'une activité physique coachée pour des médecins à l'hôpital est également un point fort.

Cet objectif est vaste et englobe plusieurs dimensions : le ressenti des participants, la reproductibilité, les effets bénéfiques concernant les RPS mais aussi les limites d'un tel projet.

Il semble qu'aucun travail de thèse n'ait été effectué sur une étude portant sur un coaching sportif pour des médecins hospitaliers. Le but était de recueillir les impressions globales, positives ou négatives, les impacts d'un point de vue des RPS et d'interroger sur la faisabilité à plus grande échelle.

A défaut d'être représentatif, l'échantillon est suffisant pour couvrir la problématique posée.

2) Limites de l'étude

La petite taille de l'échantillon, sept neuroradiologues et cinq réanimateurs est à prendre en compte dans la dimension de généralisation du projet étudié.

De plus, la population elle-même peut comporter un biais de sélection.

Tous les participants étaient volontaires, la plupart déjà sportifs et relativement jeunes.

Afin de limiter ce biais il aurait été utile de constituer un échantillon plus hétérogène avec des participants de tous âges, tous sexes et plus ou moins sportifs au départ.

Une biais de confusion peut également être retenu : est-ce l'activité sportive elle-même ou le fait de faire une simple coupure /un autre loisir au travail qui a permis de mettre en évidence des résultats positifs?

L'activité physique permet une libération physiologique d'endorphines. Il est possible qu'elle soit responsable de ce sentiment de bien-être général, majoré d'une motivation entretenue par le service de coaching.

Il serait ainsi intéressant de voir les résultats d'une étude proposant une activité créative en temps et lieu de travail pour les médecins hospitaliers et de quantifier les impacts d'un point de vue quantitatif par un score de Bien-être au Travail.

Ensuite, le sentiment de cohésion d'équipe rapporté pourrait également être obtenu par des sorties organisées régulièrement entre collègues en dehors du travail.

Une étude qualitative auprès de médecins se voyant régulièrement en dehors du travail pourrait être intéressante afin d'écartier ce biais de confusion.

De plus, la méthode de l'analyse qualitative comporte elle-même plusieurs biais :

- Erreurs des interviewés liées à des oublis, de la mauvaise compréhension des questions, émissions de réponses qu'ils considèrent comme celles attendues.
- La modification non adéquate de l'ordre des questions du guide d'entretien en fonction de la personne que l'on a en face et de sa dimension psychologique.
- Erreur liée à une mauvaise compréhension de la réponse.
- Altérations de l'intervieweur qui modifie les réponses ou reformule des questions.
- Egalement les biais indéniablement liés à la présence de l'interviewer : ton de la voix, réactions aux réponses, commentaires hors contexte par exemple.
- Les erreurs dues à une analyse mal faite ou insuffisante.

Une autre limite de cette analyse qualitative revient au fait que le chercheur n'est pas l'intervieweur.

Enfin, il semble que le modèle méthodologique de cette étude soit discutable.

Il était initialement prévu de constituer deux groupes de départ, un groupe effectuant le programme de sport coaché et un autre qui aurait constitué le groupe contrôle n'effectuant pas le programme.

Un étude avec groupe témoin versus groupe contrôle aurait apporté plus de fiabilité des résultats de l'analyse qualitative et ainsi un meilleur niveau de preuve.

C. Perspectives et applications

Le projet ACTIPHY ayant rapporté des résultats très positifs avec notamment une amélioration de la qualité de vie au travail s'est étendu.

Il y a eu en 2018 une extension du projet avec un financement de l'hôpital : un jour supplémentaire de cours soit les lundi, jeudi et vendredi au lieu des lundis et jeudis, avec l'ajout d'une plage horaire à chaque fois, soit un cours à 12h30 et un autre en même temps à 12h45.

Le projet s'est étendu à d'autres services du CHU Gui de Chauliac :

Il s'est également étendu à d'autres hôpitaux : une salle ouverte au CHU Lapeyronie, Arnaud de Villeneuve et une autre à Saint Eloi.

Pour l'instant cela ne concerne que les professionnels à fortes amplitudes horaires (gardes, horaires décalés) mais il serait question d'étendre le projet à l'ensemble du personnel.

Il a d'ailleurs été voté par le CHRU en 2018 une augmentation du budget pour la qualité de vie au travail à l'hôpital.

Une étude qualitative à plus grande échelle doublée d'une analyse quantitative permettrait de rapporter objectivement une diminution du stress au travail (échelle), une perte de poids ou une diminution de la pression artérielle.

Les participants pourraient être interrogés sur un questionnaire Qualité de Vie au Travail comme il en existe déjà dans certains services de Santé au Travail, comme le questionnaire SATIN utilisé pour des entreprises de plus de 50 salariés. (57)

Au vu des résultats de cette étude, il semblerait que le sport coaché en milieu hospitalier devrait au moins se généraliser à tous les médecins et pourquoi pas le rendre obligatoire à l'instar de certains pays comme la Suède. (58)

Si les résultats de l'étude se confirmaient à plus grande échelle, cela pourrait permettre une meilleure productivité des médecins hospitaliers et limiter le burn-out. Cela permettrait aussi de limiter la souffrance de l'Hôpital, qui manque de personnels et de moyens.(59)

Des moyens alloués au sport au travail pourraient être une des solutions à ce problème dont souffrent tous les CHU en France.

V CONCLUSION

Cette étude est une première concernant l'analyse des impacts psychiques d'une activité sportive coachée chez des médecins hospitaliers, en temps et lieu de travail.

Il en ressort que le sport au travail leur permet de ressentir une meilleure condition physique, une amélioration de la qualité de vie au travail grâce à un effet de groupe qui s'est créé ainsi qu'une diminution ressentie du stress au travail.

Certains des participants parlent même d'une meilleure productivité au travail avec des gestes plus précis et une meilleure analyse de leurs cas cliniques.

Cette étude conclut à des résultats très encourageants pour l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail des médecins hospitaliers.

Le projet pourrait s'étendre à plus grande échelle, afin que l'Hôpital soit acteur dans la prévention des RPS chez ses médecins.

VI BIBLIOGRAPHIE

1. Selye H. From Dream to Discovery. New-York; 1964.
2. Lazarus Richard, Folkman Susan. Stress appraisal and coping. 1984.
3. OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. WHO. 2001 [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2001/fr/>
4. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 11 sept 2004;364(9438):937-52.
5. Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H. Stress in cardiovascular diseases. *Clin Res*. avr 2002;10.
6. Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *J Am Med Assoc*. 21 mars 1959;169(12):1286-96.
7. Chang Y-M, El-Zaatari M, Kao JY. Does stress induce bowel dysfunction? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. août 2014;8(6):583-5.
8. Sauter S, Moon SD. Beyond Biomechanics: Psychosocial Aspects Of Musculoskeletal Disorders In Office Work. CRC Press; 1996. 340 p.
9. Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*. 15 juin 2005;5:67.
10. Netterstrøm B, Blønd M, Nielsen M, Rugulies R, Eskelinen L. Development of depressive symptoms and depression during organizational change - a two-year follow-up study of civil servants. *Scand J Work Environ Health*. 2010;36(6):445-8.
11. McCormick MC, Siegel JE. Prenatal Care: Effectiveness and Implementation. Cambridge University Press; 1999. 362 p.
12. Risques psychosociaux et stress au travail - Santé et sécurité au travail — EU-OSHA [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://osha.europa.eu/fr/themes/psychosocial-risks-and-stress>
13. L. R Murphy. Trends in Organizational Behavior. 1995.
14. European opinion poll on occupational safety and health 2013 - Santé et sécurité au travail — EU-OSHA [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur:

<https://osha.europa.eu/fr/surveys-and-statistics-osh/european-opinion-polls-safety-and-health-work/european-opinion-poll-occupational-safety-and-health-2013>

15. Risques psychosociaux. Conséquences pour le salarié et l'entreprise - Risques - INRS [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/consequences-salaries.html>
16. Prévention des risques - Risques psychosociaux [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://intranet.inserm.fr/securite-et-prevention/sante-securite/prevention-risques/Pages/Risques-psychosociaux.aspx>
17. Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
18. Enquête SUMER 2003 [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Restitution_en_region_Sumer_2003.pdf
19. Enquête Conditions de Travail 2013, Reprise de l'intensification du travail chez les salariés, DARES juillet 2014 [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-049.pdf>
20. Beque M. Conditions de travail: une autonomie en recul mais une ambiance de travail moins tendue. Enquête conditions de travail et risques psychosociaux 2016 / Working conditions: decreased autonomy in a less tense occupational environment. Working conditions and psychosocial risks survey 2016. :7.
21. Rapport de l'ANSES sur les risques psychosociaux [Internet]. Souffrance et Travail. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.souffrance-et-travail.com/magazine/dossiers/stress-travail-et-sante/rapport-anses/>
22. Stress au travail. Conséquences pour l'entreprise - Risques - INRS [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/stress/consequences-entreprise.html>
23. Risques psychosociaux. Réglementation - Risques - INRS [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/reglementation.html>
24. Code du travail | Legifrance [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528>
25. Regnier C. Bonheur au travail, une politique d'entreprise qui a le vent en poupe [Internet]. Capital.fr. 2017 [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://www.capital.fr/votre-carriere/bonheur-au-travail-une-politique-dentreprise-qui-a-le-vent-en-poupe-1243567>
26. accord national interprofessionnel Qualité de vie au Travail [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: https://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2013/0041/boc_20130041_0000_0011.pdf
27. Toyota motor manufacturing France [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <http://tmmf.toyota-europe.com/acteur-regional-details?id=23>
28. barometre_annuel_sport_sante_elabore_par_la_ffepgv.pdf [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur:

http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/barometre_annuel_sport_sante_elabore_par_la_ffepgv.pdf

29. Health and Development through physical activity and sport, 2003 [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67796/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Les études de médecine - Onisep [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <http://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Principaux-domaines-d-etudes/Les-etudes-medicales/Les-etudes-de-medecine>
31. Les conditions de travail des médecins généralistes [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf>
32. Démographie médicale : quel accès aux médecins et aux infirmiers. En bref - Actualités - Vie-publique.fr [Internet]. 2018 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/demographie-medecale-quel-acces-aux-medecins-aux-infirmiers.html>
33. Numéris clausus [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf>
34. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
35. Fuhrman J. Enquête santé mentale des jeunes médecins [Internet]. ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine. 2017 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/>
36. Bouet DP. La santé des médecins: un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions: Conseil National de l'Ordre de Médecins, Dr Patrick BOUET. :140.
37. Site internet de la CARMF [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/nature-affections.htm>
38. Wasson LT, Cusmano A, Meli L, Louh I, Falzon L, Hampsey M, et al. Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being: A Systematic Review. JAMA. 6 déc 2016;316(21):2237-52.
39. Le Burn Out (Epuisement professionnel) [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. 2012 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=epuisement_professionnel_pm
40. Leturque A. Le burn-out des médecins généralistes picards: prévalence et facteurs associés. :65.
41. Mouries DR. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses, perspectives. :59.
42. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2009;167(6):422-8.

43. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 5 mars 2002;136(5):358-67.
44. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions.* Sage Publications; 1998. 428 p.
45. sofaer shoshanna. *Qualitative Methods: What Are They and Why Use Them?* *Health Serv Res J* [Internet]. déc 1999 [cité 30 juill 2019];34. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089055/pdf/hsresearch00022-0025.pdf>
46. Huston P, Rowan M. *Qualitative studies. Their role in medical research.* *Can Fam Physician.* nov 1998;44:2453-8.
47. Pope C, Mays N. *Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research.* :4.
48. Pope C, Mays N. *Qualitative Methods in Health Research.* In: *Qualitative Research in Health Care* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cité 30 juill 2019]. p. 1-11. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470750841.ch1>
49. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* 3ème édition. Armand Colin; 2012 [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <http://medias.dunod.com/document/9782200614706/Feuilletage.pdf>
50. *L'emploi du temps des médecins libéraux.* *N L.* 2010;15.
51. Trontin, Glomot, Sabathé. *Analyse coût-bénéfice des actions de prévention. Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant - Article de revue - INRS* [Internet]. 2009 [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ND%202310>
52. *Analyse coût-efficacité de la vaccination* [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/213/?sequence=11>
53. Caron V. *Synthèse des connaissances sur le phénomène d'addiction à l'activité physique : définition, diagnostic, effets physiques et physiologiques, prise en charge.* :8.
54. Lesiuk T. *The effect of music listening on work performance.* *Psychol Music.* avr 2005;33(2):173-91.
55. *Orange chante* [Internet]. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.fondationorange.com/Orange-chante-257>
56. *Choeur Air France - Découvrir le Choeur Air France* [Internet]. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.choeurairfrance.com/découvrir-le-choeur-air-france/>
57. *Bien-être au travail. Questionnaire SATIN pour les entreprises de plus de 50 salariés - Risques - INRS* [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/bien-etre-travail/questionnaire-satin.html>
58. *En Suède, des entreprises rendent le sport obligatoire au travail* [Internet]. *Le Huffington Post.* 2018 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/2018/02/28/en-suede-des-entreprises-rendent-le-sport-obligatoire-au-travail_a_23373032/

59. La situation économique et financière des hôpitaux publics [Internet]. 2016 [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche22-4.pdf>

VII ANNEXES

Annexe 1

L'annexe 1 regroupe l'ensemble des verbatims retranscrits, disponibles à la fin de la thèse en version numérique ou sur carte mémoire SD en version papier.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

RESUME

Contexte : Les risques psycho-sociaux (RPS) sont une problématique majeure en milieu hospitalier avec une prévalence importante du stress au travail et du burn-out chez les médecins. Plusieurs études ont rapporté les chiffres concernant cette problématique de RPS chez les médecins mais peu de travaux se sont intéressés aux solutions de prévention.

Objectif : L'objectif principal de cette étude qualitative est d'évaluer les impacts de la mise en place d'un programme de coaching sportif au travail chez des médecins hospitaliers, d'un point de vue qualité de vie et bien-être au travail.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative basée sur 12 entretiens semi-dirigés réalisés en février 2017 avant mise en place du coaching sportif à l'hôpital chez des médecins hospitaliers des services de réanimation et neuroradiologie du CHU Gui de Chauliac recrutés sur la base du volontariat, et 6 entretiens réalisés après la fin du programme en juin 2017.

Résultats : Il a été mis en évidence que le fait de pratiquer du sport coaché à l'hôpital permettait une meilleure cohésion de l'équipe et un effet de groupe, et pour une grande majorité des participants une diminution du stress au travail, une amélioration de la qualité de vie au travail et une meilleure productivité.

Conclusion : Ces résultats ouvrent des pistes de réflexion sur les moyens d'améliorer la qualité de vie au travail chez les médecins hospitaliers afin de prévenir et limiter le stress et le burn-out.

Mots clés : médecine du travail, activité physique, sport, médecins hospitaliers, risques psycho-sociaux.