



HAL
open science

Les facteurs déterminant la médicalisation sportive par les médecins généralistes. Étude qualitative thématique, sur des médecins exerçant dans les Pyrénées-Orientales

Élise Hilaire

► To cite this version:

Élise Hilaire. Les facteurs déterminant la médicalisation sportive par les médecins généralistes. Étude qualitative thématique, sur des médecins exerçant dans les Pyrénées-Orientales. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03202365

HAL Id: dumas-03202365

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03202365>

Submitted on 19 Apr 2021

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

HILAIRE Elise

Le 11/03/2021

**Les facteurs déterminant la médicalisation sportive par les médecins
généralistes.
Etude qualitative thématique, sur des médecins exerçant dans les
Pyrénées-Orientales.**

TITRE :

Thèse dirigée par : Dr WOELFING Audrey

Jury de thèse :

Président : Pr MERCIER Jacques

Assesseur : Dr PAVAGEAU Sylvain

Directrice : Dr WOELFING Audrey

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISI ER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
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
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
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)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
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
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBLERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques



Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
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
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI EI Medhi
MOUTERDE Gaél	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS :

Remerciements aux membres du jury :

- A Pr Jacques Mercier, qui me fait l'honneur d'avoir accepté de présider le jury de thèse. Je vous en remercie et vous fait preuve de tout mon respect.
- A Sylvain Pavageau, qui m'a aiguillée pour trouver un sujet de thèse de manière abordable, pour son investissement au sein du DMG, les ateliers qu'il a animés pour la formation des internes au cours de leur internat. Je le remercie aussi d'avoir accepté de faire partie des membres de mon jury de thèse.
- A Audrey Woelfing, qui a accepté de m'aider dans le projet de cette thèse, sans aucune hésitation. Je soulève son investissement, son dynamisme et son efficacité pour répondre à toutes les questions que j'ai pu avoir, pour ma thèse, ou sur la médecine en général. Une directrice de thèse, mais aussi une belle personnalité que j'ai eu la chance de découvrir lors de mon cursus médical.

Remerciements personnels :

- A mes parents, qui déjà m'ont conçue, donc sans lesquels je n'aurais rien pu faire. Ceux qui étaient là, dans les bons, comme les mauvais moments ! Contre qui je m'énerve parfois, mais que je ne peux cesser d'aimer profondément. Qui étaient là pour me soutenir tout au long de mes études, et de mes projets ! Et qui surtout, m'ont bien aidée et cocoonée dans la rédaction de cette thèse lors du deuxième confinement
- A mon frère Paul et ma sœur Claire : Paul et Claire, qui même en se moquant de mon inaptitude à manier un ordinateur, m'ont bien aiguillée sur les astuces technologiques. Docteur et future docteure, une bonne fratrie, dignes de leurs parents !
- A tout le reste de ma famille : Cousins, cousines, oncles et tantes avec une mention particulière pour Serge et Anne Marie m'ayant recueillie lorsque je n'avais pas de logement fixe au cours du deuxième confinement, ce qui m'a permis de bien avancer sur ma thèse !! Bien sur à mes grands parents et leur bienveillance perpétuelle, je les

embrasse fort : Papy, Manou, et Mamie-Rose.

- A mes amis de Lorraine : Ceux qui ont toujours été là, depuis le lycée et qui se reconnaîtront.
Et celles et ceux qui sont arrivés plus tard, et qui m'ont permis de passer de merveilleux moments à Nancy (ville ennemie). Clara, Marie, OB, Popo mention spéciale pour vous !
- A mes amis de l'internat : La liste est longue, mais merci à vous tous, et une pensée émue à tous ces moments de rigolades, de partages, que ce soit en stage, en vacances, ou en soirée ! Mes co-internes, merci de m'avoir permis d'apprécier tellement tous les stages dans lesquels j'ai mis les pieds ! Surtout vous, les fouilles-fouffes, je ne pensais pas autant apprécier un stage de gynéco !
- Ninon et Caro, SAT VAT, des moments inoubliables avec vous, à la mer, comme à la montagne, pourvu que ça ne s'arrête jamais !
- A mes anciens colocs : une succession de colocs lors de cet internat : Elise, Louis, Cécile, Alice, Léonor, Cyril, Manon, et Léa (bon on a jamais été en coloc mais c'est tout comme). Merci de m'avoir supportée au quotidien, moi, mes moments d'hyper activité, ma guitare, et mes pieds noirs !
- Aux médecins rencontrés au cours de mon parcours professionnel : des médecins qui sans s'en rendre compte m'ont appris beaucoup, et parfois servi de modèle... merci pour leur patience, et les connaissances qu'ils m'ont transmises autant sur le plan professionnel que personnel. Un grand merci aux médecins de mes stages à la montagne. Un grand merci aussi aux membres des équipes paramédicales rencontrés.
- Et merci aux médecins ayant accepté la participation à l'étude, sans qui cette thèse n'aurait pas pu être réalisée.

TABLE DES MATIERES :

I	INTRODUCTION.....	23
II	ETAT DES LIEUX ET REVUE DE LITTERATURE :.....	25
1	État des lieux.....	25
a	La médicalisation sportive : Cadre législatif.....	25
b	Associations de médicalisation et mode de fonctionnement :.....	28
c	Les fédérations françaises sportives.....	29
2	Revue de littérature :.....	31
a	Le trail, discipline en plein essor :.....	31
b	Le profil des <i>trailers</i> :.....	32
c	Les problèmes médicaux rencontrés : études sur les risques liés aux trails :.....	33
d	Les études sur la médicalisation :.....	35
III	MATERIEL ET METHODE :.....	37
1	Description de l'objectif de thèse et question de recherche :.....	37
2	Type d'étude choisi et intérêt :.....	37
3	Choix des participants : échantillonnage raisonné à variation maximale.....	38
4	Recueil de données : guide d'entretien et déroulement des entretiens semi-dirigés.....	40
5	Analyse des données : retranscription mot à mot, analyse thématique et hiérarchisation :.....	43
6	Critères de fiabilité :.....	44
IV	RESULTATS :.....	46
1	Echantillon et caractéristiques de la population étudiée :.....	46
2	Déroulement des entretiens :.....	49
3	Analyse thématique :.....	49
a	Les déterminants en faveur de l'acceptation de la médicalisation :.....	50
b	Les déterminants en défaveur de l'acceptation de la médicalisation :.....	58
c	Une notion de temporalité pour les médecins médicalisant.....	68
d	La rémunération prise en compte dans l'acceptation :.....	68
e	La méthode de recrutement entre en compte dans la réflexion :.....	69
f	Les principales compétences requises pour être médecin médicalisant d'après les médecins interrogés :.....	71
4	Synthèse des résultats :.....	73

V DISCUSSION :.....	80
1 Discussion autour des résultats principaux.....	80
2 Forces et limites de l'étude :.....	86
3 Implication et perspectives de l'étude :.....	90
VI CONCLUSION.....	95
VII BIBLIOGRAPHIE :.....	97
VIII ANNEXES :.....	101
IX LISTE DES ABREVIATIONS.....	117

I INTRODUCTION

Les Pyrénées orientales, département le plus méridional de France, a un territoire peu étendu offrant une richesse de paysages incroyables. Grâce à la jetée de la fin de la chaîne pyrénéenne dans la mer Méditerranée, nous pouvons trouver les premières stations de ski à seulement une heure des premières plages !(1)

Ce territoire, varié et ensoleillé, est un lieu idéal pour proposer de nombreuses activités culturelles, touristiques, festives, artistiques, sportives... Sur le plan sportif, le cadre se prête à de nombreuses possibilités: la présence du vent offre la possibilité de s'initier à tous les sports de voile, la montagne propose tous types de sports d'hiver (ski de fond, ski de randonnée, *snow*, raquettes..) et estivaux (VTT, escalade, canyoning, randonnées, trekking, trail). Des activités maritimes telles que la plongée, la natation, le *snorkelling* peuvent aussi se pratiquer sur ses côtes rocheuses. Ces disciplines peuvent être réalisées dans le cadre du loisir, ou parfois de compétitions.

Il faut savoir que pour des événements grands publics et sportifs, il y a une organisation logistique prédéfinie à respecter pour assurer la sécurité médicale des membres présents. On parle de médicalisation.

Ces règles minimales de sécurité à appliquer pour les événements sportifs sont élaborées par le Ministère des Sports, proposant des fiches réglementaires édictées par chaque fédération sportive. Il y a donc une variabilité législative importante entre les différents événements sportifs.

Dans ce département aux prestations sportives multiples, et aux cadres législatifs variables, j'ai décidé de me concentrer sur un sport en pleine expansion et très présent dans ce département : il s'agit du trail. Effectivement, cette région propose divers terrains de jeu ayant chacun leurs caractéristiques propres, et proposant ainsi des niveaux de difficultés variables en fonction des zones parcourues.

Le trail est une discipline en plein essor, avec environ 800 000 pratiquants de cette discipline en France. Le nombre d'épreuves a significativement augmenté : on en dénombre aujourd'hui plus de 2 500 par an(2), un nombre qui a quadruplé en une dizaine d'années. Ceci explique un calendrier sportif chargé, avec plusieurs trails recensés tous les week-ends dans des régions bien différentes. (3).

Ainsi, devant le nombre croissant d'épreuves sportives, les organisateurs peuvent être amenés à solliciter de plus en plus de médecins généralistes afin de médicaliser les événements. Certains de ces médecins peuvent répondre favorablement à ces demandes, tandis que d'autres auront plus de réticences. L'enjeu de cette thèse est de s'intéresser aux déterminants influençant leur réflexion par rapport à la médicalisation sportive.

Cette thèse s'intéressant à la médicalisation d'événement sportif sera orientée sur cette nouvelle discipline qu'est le trail à titre d'exemple, puis des questions sur la médicalisation sportive générale seront abordées.

Elle portera sur la réflexion de médecins généralistes exerçant dans ce département dynamique sportivement des Pyrénées-Orientales.

II ETAT DES LIEUX ET REVUE DE LITTERATURE :

1 État des lieux

a La médicalisation sportive : Cadre législatif

- **La médicalisation d'un événement sportif**

La médicalisation d'évènement sportif correspond au fait d'assurer la sécurité médicale des participants et du public de l'évènement par la présence et la supervision d'une équipe médicale.

- **L'organisation d'un événement sportif**

L'organisateur d'un événement sportif de tout genre doit s'assurer de la sécurité de tous les participants attendus.(4)

Il peut pour cela, se référer à une grille d'évaluation des risques d'un événement permettant de dimensionner le dispositif prévisionnel de secours à la personne (DPS). Cette grille fixe les moyens humains et matériel de premiers secours à mettre en œuvre à l'occasion de manifestations ou de rassemblement de personnes. (5)

Ces DPS font partie des missions de sécurité civile.

D'après le **décret 97-646 du 31 mai 1997** (6), les organisateurs de manifestations lucratives pouvant atteindre plus de 1500 personnes, sont tenus d'en faire la déclaration au maire et au préfet de police, qui proposera de prendre toutes dispositions nécessaires à la sécurité de ce rassemblement de personnes grâce à l'évaluation des risques encourus lors de cet événement.

Un organisme de sécurité civile sera donc déployé, si besoin, afin d'organiser ce DPS, parmi lequel une autorité sera désignée pour assurer la communication entre le DPS et l'organisateur de l'évènement.

○ **L'organisation d'un DPS :**

Le nombre de membres au sein du DPS sera évalué grâce au RIS : Ratio d'intervenants secouristes, donc le nombre de personnes à déployer déterminé à l'aide de la grille d'évaluation des risques. Cette grille se base sur l'effectif prévisible et pondéré du public, le comportement prévisible du public lié à l'activité du rassemblement, l'accessibilité du site, et le délai d'intervention des secours publics. Ces données permettent de calculer l'indice de risque total(i), et en fonction du public pondéré(p), de déterminer le ratio d'intervenants secouristes(RIS), donc le nombre de secouristes à solliciter pour assurer la sécurité maximale de l'évènement.

Calcul du RIS : ratio d'intervenants secouristes (tiré du référentiel des missions de sécurité civile (5))

En fonction de l'effectif prévisible déclaré du public (P_1), on détermine l'effectif pondéré du public (P), qui se décline ainsi :

Si $P_1 \leq 100\ 000$ personnes,	alors $P = P_1$
Si $P_1 > 100\ 000$ personnes,	alors $P = 100\ 000 + \left(\frac{P_1 - 100\ 000}{2} \right)$

Enfin pour déterminer le RIS, il convient d'appliquer la formule suivante :

Ratio d'intervenants secouristes : $RIS = i \times \frac{P}{1000}$
--

Ce DPS a pour missions principales de :

- prendre les premières mesures adaptées de sécurité et de protection pour l'évènement
- faire un bilan et porter secours à une victime,
- prodiguer des conseils aux victimes
- alerter la chaîne de secours pour la suite de certaines prises en charge
- d'accueillir les secours et faciliter leur intervention.

Ce DPS a l'obligation de disposer de matériel pour les évènements qu'il sécurise.(5)

Ce matériel contient du matériel administratif (avec des fiches bilans), des moyens de communication, des moyens de sécurité et d'hygiène, de quoi prendre en charge des hémorragies et plaies, des brûlures, immobiliser des traumatismes, du matériel de réanimation, du matériel de brancardage...

(En annexe 1 : la liste du matériel à avoir au poste médical de secours du DPS tirée du

référentiel national de sécurité civile)

○ **Le rôle du médecin au sein d'un DPS**

Parfois, un médecin est nécessaire à l'assurance de la sécurité des participants, en fonction de l'indice de risque total, et des réglementations fédérales du sport.

Il faut savoir qu'une fois engagé comme médecin médicalisant : il est responsable des moyens médicaux nécessaires à la couverture de l'évènement, ainsi que de l'organisation et la coordination de l'équipe de secours présente à ses côtés. Il doit être à même de fournir les moyens médicaux adaptés à l'évènement. (7)

En effet, si l'organisateur d'un événement sportif doit souscrire à une assurance « responsabilité civile organisatrice » qui ne couvre pas les risques liés aux problèmes médicaux et paramédicaux, il revient donc à l'organisation médicale de s'assurer juridiquement.

Souvent, la responsabilité civile professionnelle des professionnels de santé (RCP) ne couvre pas la médicalisation d'évènement. (8)

Il faut donc, préalablement à la médicalisation, prendre contact avec son assurance pour savoir si l'assurance actuelle est adaptée, ou, dans le cas contraire, opter pour une extension d'assurance valable pour la médicalisation.

Il doit alors être précisé à l'assureur : le type d'évènement, le sport, la rémunération ou le bénévolat, le lieu, l'organisateur, et préciser s'il s'agit de sportifs amateurs ou professionnels.

○ **Une triple responsabilité engagée :**

Avant de s'engager à médicaliser un événement, il est important pour le médecin de savoir que lors d'une médicalisation, le médecin engage une triple responsabilité (9) :

- une responsabilité civile(en cas de dommage),
- contractuelle (obligation de moyen vis-à-vis du patient)
- et pénale (en cas de non-assistance à personne en danger ou de faute).

b Associations de médicalisation et mode de fonctionnement :

Afin de médicaliser avec des équipes expérimentées, de nombreuses associations de médicalisation voient le jour depuis cette dernière décennie. Ces associations sont spécialisées soit dans l'événement grand public, culturel, professionnel, soit dans les événements sportifs. Certaines associations agissent localement, au sein d'une seule région, alors que d'autres, ont un champ d'action national, voire international pour les plus grandes.(10)

Il est possible de les intégrer en tant que médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ostéopathes... afin de faire partie de l'association en tant que membre des équipes. Pour intégrer ces équipes, il suffit d'envoyer une demande avec son identité, sa formation, son lieu d'exercice. La candidature est alors analysée par l'association, et la validation, ou non, est décidée.

Certaines associations acceptent préférentiellement, des médecins urgentistes, réanimateurs, ou médecin de catastrophe, alors que d'autres acceptent tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre.

Il est aussi possible de faire partie de ces associations en tant que formateur, afin d'assurer une formation médicale continue, avec des cours de gestion de *damage control*, des rappels de gestes d'urgence, et des mises à jour des connaissances des membres de l'équipe. Cette formation permet de maintenir un bon niveau général, en médecine d'urgence et de catastrophe.

Certaines associations rendent visible l'objectif de formation continue de l'association. (11)

Il est possible aux organisateurs d'événements, via le site de l'association, de faire appel à elles pour une demande de médicalisation d'un événement. Les organisateurs peuvent ainsi les solliciter, et demander devis et conseils pour assurer la sécurité médicale de l'événement en cours d'organisation.

L'objectif de ces associations est d'aboutir à un service médical efficace, et d'optimiser les moyens mis en œuvre lors de l'évènement. Il y a une remise en question des moyens après chaque évènement, afin de les ré-optimiser pour la prochaine édition, en fonction des statistiques réalisées au décours de ce dernier.

Travailler avec de telles associations spécialisées permet de garantir un travail d'équipe avec des membres spécialistes du domaine, qui définissent les moyens nécessaires tant humains que matériels et logistiques et vont gérer l'ensemble.

Le travail de préparation du médecin membre d'une telle association avant la médicalisation d'un évènement sportif s'en trouve allégé.

Cependant, il faut savoir que ce type d'association de médecine événementielle a un prix, ce qui explique pourquoi les « petits évènements », ou les courses locales dans le cadre amateur où à but non lucratif, ne peuvent se permettre de faire appel à ce type d'association.

On les retrouve par contre dans les évènements sportifs de grande envergure, réputés, ou lors de matchs sportifs importants.

c Les fédérations françaises sportives

○ Variabilité importante en fonction des sports :

D'après l'article **L331-3 du code des sports**(12), ce sont les fédérations qui édictent les règlements relatifs à l'organisation de manifestations dont elles sont responsables. Les fédérations sportives peuvent donc « définir pour leur discipline, les normes de classement technique, de sécurité, et d'équipement des espaces, les sites et itinéraires. » (article L311-2). Or, chaque épreuve sportive implique une organisation logistique dont le versant médical est particulièrement important, on parle ainsi de médicalisation qui se définit par le fait d'assurer le côté médical d'un endroit, ou d'une structure.

La législation réglementaire est uniquement nationale, et peut donc, être différente d'un pays à l'autre.

En France, il y a une variabilité importante en fonction des fédérations, des protocoles de médicalisation des évènements sportifs ainsi que des nécessités d'intervenants.

○ Réglementations fédérales et médicalisation :

Pour connaître les réglementations fédérales des sports, il suffit de se rendre sur la page web de la fédération du sport en question.

Pour démontrer la variabilité de la législation de médicalisation, je prends pour exemple un sport très protocolisé : Le rugby.

En allant sur le site de la fédération française de rugby(13), on peut facilement accéder à de bons nombres de protocoles, comme celui sur la prise en charge d'une commotion cérébrale sur le terrain par l'équipe médicale, ainsi que les consignes à appliquer en fonction des différents cas de figure, de l'âge et du nombre d'antécédents de commotion cérébrale.(14)

On peut aussi y trouver des listes de matériel, relativement exhaustives, à apporter sur le terrain en fonction du niveau des joueurs. (15)

Chaque club de rugby élite a un médecin, et le club recevant le match ou tournoi, a l'obligation d'assurer la sécurité médicale de l'événement, avec la présence d'un médecin en bord de terrain. La plupart du temps, le médecin est mandaté par la fédération. Si plus de 5000 personnes sont attendues, un médecin supplémentaire est obligatoire pour le public.(16) De plus, hors événements sportifs organisés, il existe un suivi médical réglementaire pour les sportifs pratiquant le rugby.

D'autres fédérations sportives, sont explicites au niveau de leur site fédéral, quant aux réglementations médicales à suivre lors des événements sportifs ainsi que pour le suivi général des pratiquants : c'est le cas du sport automobile (17), la natation (18)...

○ **Le cas de la médicalisation du trail :**

Le trail est dirigé par la fédération française d'athlétisme (FFA), ainsi tous les consensus de médicalisation théoriques ont été édictés par cette fédération. (19).

Selon la FFA, l'organisateur d'une course doit respecter le cahier des charges de la fédération, et respecter les règlements, code du sport, arrêtés préfectoraux et municipaux. Il doit ainsi, d'après le **décret n°97-646 du 31 mai 1997** (6), organiser la sécurité de l'événement et réunir des équipes de secouristes et un médecin dans bon nombre de cas.

D'après la fédération française d'athlétisme(19) : un médecin doit être présent pour :

- tout événement rassemblant plus de 500 personnes (participants ou public)
- tout trail nature dont la distance est supérieure à 21 km,
- toute course supérieure à 41 km, quelle que soit la nature du terrain

L'équipe de secours est composée de secouristes et éventuellement d'infirmiers. Elle a, en général, à sa disposition, une tente médicale, du matériel médical d'urgence (cf annexe 1 :

liste du matériel obligatoire apporté au sein d'un dispositif prévisionnel de secours), un véhicule médicalisé et des moyens permettant d'assurer la communication avec le reste des équipiers postés à d'autres lieux de l'événement en question, ou avec le médecin.

La fédération française d'athlétisme préconise, sans obligation formelle, que le médecin médicalisant ses événements sportifs, soit, si possible, diplômé en médecine d'urgence ou en médecine du sport.(19) Or la disponibilité de ces médecins spécialistes n'est pas garantie. C'est pourquoi, ce sont souvent les médecins généralistes, plus nombreux, qui sont sollicités pour médicaliser ce type d'épreuve, surtout dans le cadre de compétition amateur.

Il n'existe cependant pas de protocole édicté quant à la médicalisation de ce type d'événement ni sur le matériel à apporter pour le faire.

2 Revue de littérature :

Avant d'entreprendre mon étude je me suis intéressée aux travaux ayant déjà été réalisés concernant le trail et sa pratique, ses risques médicaux, ainsi que sur la médicalisation en général.

a Le trail, discipline en plein essor :

L'envol du trail se ressent au niveau national, et s'explique d'une part, par une croissance générale de la course à pied, sport très accessible à tous, d'autre part par recrudescence des préoccupations écologiques actuelles, faisant glisser les gens du simple *running* vers les courses nature (trails). (20)

En effet, le trail est passé d'un sport de passionnés à un véritable style de vie avec pour motivations principales : améliorer sa condition physique, être en bonne santé et perdre du poids.

Par ailleurs, une notion d'effort plaisir se développe autour du trail puisque cette discipline réunit l'intensité physique, l'adresse, l'agilité, l'effort fractionné, et est récompensée par la contemplation des paysages naturels environnants. Cette discipline allie ainsi la bulle

d'oxygène au défi physique.

Depuis sa création en 1995, (2) où les courses sur chemins et sentiers ont été baptisé trail pour la première fois (abréviation de l'anglais « *trail running* ») de nombreux types de trails se sont créés, notamment en fonction de l'endroit dans lequel la course se déroule (trails de montagne, trails de campagne ou de littoral, trails blancs, trails de désert) avec des exigences techniques, climatiques et physiques différentes. Depuis quelques années, se sont même développés les *urban trails*, paradoxalement courus sur bitumes mais en plein développement car facilement accessibles pour les citoyens. (21)

Les distances elles aussi varient avec des courses natures ou des trails « découverte » pour les distances inférieures à 21 km, des trails « courte distance » entre 21 et 41 km, des trails « moyenne distance » entre 41 et 80 km et des ultra-trails pour les plus de 80 km dont on peut citer le célèbre Ultra-Trail du Mont Blanc.(19)

b Le profil des *trailers* :

Afin de connaître correctement les risques potentiels encourus par les participants, il me semble important de savoir qui sont les pratiquants de cette discipline nouvelle. Plusieurs études m'ont permis de résumer le profil de ces *trailers*.

Ainsi selon le site de l'ITRA (22), *international trail running association*, on s'aperçoit que l'égalité homme femme, n'est pas encore d'actualité, avec une large majorité d'hommes inscrits lors des courses trail. On note cependant une croissance du taux de femme traileuses avec 22 % de participation féminine aux trails en 2017 contre seulement 8 % en 2010.

D'après un constat fait sur les inscriptions aux trails (23), 57 % des traileurs ont plus de 35 ans, on parle de discipline de la maturité. L'âge moyen des *trailers* est d'environ 40 ans pour les trails les plus connus (UTMB, PTL...) bien que les stars du trail soient parfois beaucoup plus jeunes que cette moyenne. Kilian Jornet, âgé de 32 ans, a déjà bon nombre de titres internationaux à son actif sur les courses les plus prestigieuses.

On remarque néanmoins une tendance à la baisse de l'âge moyen avec la création, par les organisateurs, de courses juniors, de courses découverte-trail, ayant pour but d'inciter les plus jeunes à découvrir ce sport augmentant considérablement le taux de participation de 10-25

ans.

Les runners par tranche d'age	15-24	25-34	35-49	50 et +	Ensemble
Répartition population en 2012	7 647 419	7 809 617	12 936 822	19 081 235	65241241
Répartition population en 2014	8 958 136	9 359 977	13 166 602	20 075 773	66317994
Nombre de runners 2012	1 620 000	1 552 500	2 070 000	2 265 000	7 500 000
Nombre de runners 2014	4 320 984	1 779 532	2 010 000	1 889 485	10 000 000
Evolution du nombre de runners	166,73%	14,62%	-2,90%	-16,58%	33,33%

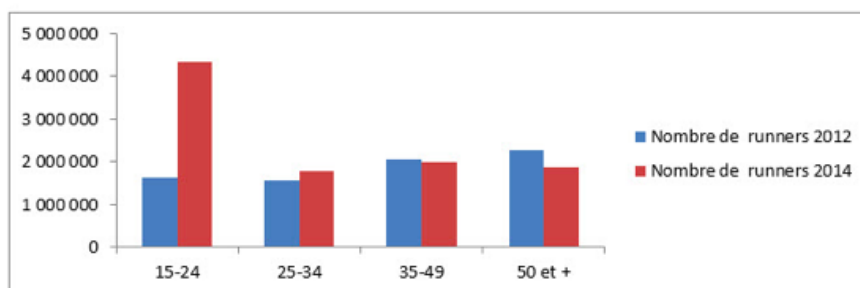


Tableau tiré du site : utrail (2)

Parmi ces *trailers*, la grande majorité sont des amateurs, avec 3 profils se démarquant : les compétiteurs, espérant se classer lors d'une course, correspondent à 5 % des participants, les performeurs, 75 % jouent le chronomètre, et 20 % sont les découvreurs dont l'objectif est simplement de finir leur course (22/23)

c Les problèmes médicaux rencontrés : études sur les risques liés au *trailers* :

Bon nombre d'études s'intéressent aux pathologies retrouvées lors de la pratique de la course à pied en général mais peu de recherches ont été réalisées sur le trail pour le moment, hormis sur les ultra-trails(>80 km). Les études décrivent ainsi les blessures en termes de fréquence ainsi que les facteurs influençant leur survenue.

Il faut cependant savoir que, selon une étude de Van Mechelen (24), les blessures entre le trail sur sentier et chemin, et la course à pied sur un terrain dur, ne sont pas exactement de même type. Effectivement, la course à pied sur un terrain dur (route goudronnée) favorise le mécanisme de choc, de microtraumatisme et va user les tendons et les articulations. Les irrégularités de terrains et les chemins parfois accidentés, ainsi que le dénivelé du terrain de course dans le trail, eux, favorisent davantage les blessures aiguës traumatiques surtout au niveau des chevilles et des genoux.

Plusieurs études ont permis de déterminer que les pathologies les plus rencontrées lors de la pratique de courses à pied longues (marathon et trail longues distances) sont, au niveau dermatologique, des irritations ou phlyctènes, et au niveau musculo-squelettique, des entorses de chevilles (on imagine encore plus facilement pour le trail en raison du terrain naturel parfois accidenté et donc plus technique), des périostites tibiales, syndromes rotuliens, et des crampes musculaires. Les signes digestifs avec nausées et vomissements sont aussi fréquents pour ces efforts longs. De manière plus rare, mais plus grave, sont retrouvées des hyponatrémies d'effort, des rhabdomyolyses, ou des insolations.(25/26/27)

On note donc, comme l'affirme l'étude de Lopes Ad (25), qu'une grande partie des blessures en course à pied sont d'apparition progressive, en raison de la surcharge des structures musculo-squelettiques causées par des micro-traumatismes sur une longue période. (avec comme principaux troubles musculo-squelettiques relatifs à la course à pied : les périostites tibiales, les tendinopathies d'Achille et les fasciites plantaires)

Tableau tiré du manuel de pathologie de l'appareil locomoteur lié à la pratique sportive (14)

Classement	Top 10: Atteintes micro traumatiques du coureur à pied de fond et hors stade (selon Van Mechelen)
1	Syndrome rotulien (inflammation du cartilage de la rotule)
2	Périostite tibiale
3	Tendinopathie calcanéenne (D'achille)
4	Aponévrosite plantaire
5	Tendinopathie patellaire (rotulienne)
6	Bandelette ilio tibiale (syndrome de l'essuie glace)
7	Fracture de fatigue des métatarsiens
8	Fracture de fatigue du tibia
9	Tendinopathie du tibial (jambier) postérieur
10	Tendinopathie des fibulaires (péroniers latéraux)

Concernant les facteurs de risque de blessures en course à pied, selon une étude de Van Gent (28), le fait d'avoir un antécédent de blessure est un des facteurs de risque principaux de blessures en course à pied. D'autres facteurs de risque de blessures sont le manque d'expérience dans ce sport, la pratique de compétition, et les distances hebdomadaires d'entraînements excessives. (27/29/30)

Tableau synthétisant les différents facteurs de risque en athlétisme et course à pied.(14)	
Sexe	Les hommes ont un risque plus élevé de blessure que les femmes
Age	Les athlètes de plus de 26 ans ont un risque de blessure plus élevé
Niveau	Les compétiteurs ont un risque plus élevé Le faible niveau de maîtrise technique est un facteur de risque de blessure
Entraînement	Un fort kilométrages hebdomadaires par l'athlète est un facteur de risque de blessure
Antecedant	Un athlète ayant un antécédent de blessure, est plus à risque de blessure qu'un autre athlète

Tableau synthétisant les différents facteurs de risque de blessure en athlétisme et course à pied.(27)

d Les études sur la médicalisation :

Il n'y a à ce jour que très peu d'études réalisées sur la médicalisation des trails. Il n'existe aucun guide pratique, ni de consensus pratique sur la médicalisation des événements sportifs hormis les textes théoriques administratifs. Cependant, plusieurs travaux de thèses de médecine générale se sont récemment intéressés à certains aspects.

Une thèse de 2018 (31) s'est intéressée au matériel médical à apporter pour médicaliser un trail : étude faite à l'aide de questionnaires adressés au personnel médical et paramédical ayant une expérience en médicalisation de trail et permettant d'établir une liste de matériels et médicaments pertinents. Les résultats de cette étude, répertorient les médicaments selon leur action : réanimation, perfusion, pathologie respiratoire, ophtalmologie, antalgiques, sutures et pansements, et musculo squelettiques.(Résultats exhaustifs en annexe 2).

Il n'y a pour le moment aucune véritable étude analysant les différents acteurs de la médicalisation des événements sportifs, à savoir la spécialité médicale (généralistes, urgentistes, traumatologues, ou autres...), les formations supplémentaires (capacité de médecine du sport, médecine d'urgence), le profil des médecins intervenants lors des événements (sexe, âge, expérience sportive). Pourtant la médicalisation d'événements est souvent proposée à des médecins généralistes du fait de leur nombre et de leur potentielle disponibilité.

Enfin, une autre thèse (32) a été réalisée à La Réunion, sur les représentations à travers

les freins et les motivations de la médicalisation événementielle (générale) chez les internes. Cette thèse conclut au fait que la médicalisation représente un risque ressenti pour les internes du fait de leur manque d'expérience professionnelle en terme de médicalisation, du manque de structure, du manque d'information sur les aspects juridiques que cela représente, et de leur manque d'expérience générale. Ce pourquoi ces internes aimeraient se former et s'informer davantage sur cette pratique. Cette thèse ne concerne que les internes, il semble donc intéressant de savoir quels peuvent être les freins ou les motivations des médecins généralistes sur la médicalisation afin de compléter cette étude, et voir si les représentations évoluent au fur et à mesure de l'avancée de la carrière professionnelle.

Dans cette étude, notre objectif est d'analyser les différents déterminants entrant en compte dans l'acceptation, ou non, de la médicalisation d'un événement sportif par les médecins généralistes.

Pourquoi la médecine générale ? Cette population est choisie, car c'est une discipline large aux nombreuses facettes, laissant les médecins s'orienter vers la pratique de leur souhait. Les médecins généralistes, ayant une formation générale non spécifique dans le sport ni dans l'urgence, à qui sont proposés ces médicalisations, ont donc des manières variées d'appréhender cette proposition.

Afin de limiter les biais de représentation, le monde sportif étant large, nous allons nous axer sur la médicalisation d'un trail spécifique et décrit lors de l'entretien, puis élargirons le sujet à d'autres disciplines.

L'objectif secondaire de cette étude étant de trouver les freins principaux à la médicalisation, afin d'en trouver les solutions, permettant de démocratiser cette discipline à ceux qui le souhaitent.

III MATERIEL ET METHODE :

1 Description de l'objectif de thèse et question de recherche :

Le but de ma thèse est d'explorer les déterminants de la médicalisation par les médecins généralistes, afin de décrire et comprendre leurs freins et leurs motivations à cette mission.

Comme le trail est une discipline comportant de nombreuses variabilités de distances, de dénivelés, de difficultés de terrains, je fais le choix de proposer aux médecins interrogés la médicalisation d'un trail type pour ce travail, afin de limiter les biais de représentation possibles par les médecins généralistes.

L'objectif de mon étude est ainsi d'explorer les déterminants à la médicalisation d'un trail en interrogeant des médecins généralistes exerçant dans les Pyrénées orientales, lieu comportant plus d'une centaine de trails par ans.(33)

Les objectifs secondaires de cette recherche sont de repérer les freins majeurs à la médicalisation de la part des médecins généralistes pour potentiellement y remédier dans un autre temps, et d'en promouvoir les aspects motivants afin de démocratiser cette discipline tout en assurant la sécurité des événements sportifs organisés.

2 Type d'étude choisi et intérêt :

Pour réaliser une étude, se distinguent deux types de méthodologies : la recherche qualitative et la recherche quantitative. Ces deux types d'étude ont des objectifs et des fonctionnements bien distincts.(34)

- La recherche quantitative s'inspire des sciences fondamentales, et valide des lois avec fiabilité. Les échantillonnages doivent être représentatifs ayant pour but d'étendre les résultats à la population générale avec fiabilité. Cette méthode utilise des questionnaires et grilles de recueil avec des données codifiées afin de pouvoir réaliser des quantifications ou des statistiques avec les résultats.

- La recherche qualitative s'inspire, elle, des sciences humaines, explorant le subjectif, des attitudes, des expériences, des comportements, tout ce qui n'est ni quantifiable, ni mesurable de manière objective. Les méthodes d'analyses sont donc spécifiques.

Dès lors que l'on explore le vécu, les expériences, les émotions, les représentations, les croyances, les événements de vie personnelle, la méthodologie qualitative semble être la plus pertinente. Je l'ai donc choisie pour effectuer mon étude. Effectivement, pour comprendre ce qui influence les médecins à accepter ou non la médicalisation d'un événement, je m'oriente vers un paradigme compréhensif dont l'objectif n'est pas de quantifier mais bien de décrire et de comprendre les médecins interrogés. L'objectif principal est bien de comprendre ce phénomène, et le qualitatif a l'intérêt de saisir la dimension expérientielle et le vécu d'une personne.

3 Choix des participants : échantillonnage raisonné à variation maximale

◦ **Echantillonnage :**

En étude qualitative, l'échantillonnage ne doit pas être forcément représentatif de la population générale, et la taille de l'échantillon est réduite par rapport à celui des études quantitatives.

La population cible de cette étude est, des médecins généralistes, exerçant dans les Pyrénées orientales.

Les seuls critères d'inclusion à l'étude sont donc les suivants :

- Être médecin généraliste.
- Être légalement capable de médicaliser un événement : être soit titulaire d'une licence de remplacement (au sein d'une équipe médicale), soit être médecin thésé.
- Exercer dans le département des Pyrénées orientales.

L'objectif est de connaître le maximum de déterminants différents à la médicalisation, et de les hiérarchiser par fréquence. Pour cela, il me semble pertinent d'avoir une population de médecins ayant des modes d'exercices variés afin de faire émerger un maximum d'expériences vécues différentes.

L'échantillonnage raisonné à variation maximale est donc choisi pour cette étude.

Pour les règles de sélection de l'échantillon, il faut dans cet échantillonnage choisi par

l'investigateur : des médecins d'âges différents, aux lieux et modes de pratique variés, ruraux, urbains, de montagne, installés seuls, et en groupe, des médecins remplaçants.

On ajoute afin de maximiser la variation inter-individuelle des médecins à ces catégories : des médecins étant médecins du sport ou non, d'autres formés à la médecine d'urgence et d'autres ayant une formation supplémentaire autre que la médecine du sport.

Cette population ciblée pour échantillon, semble théoriquement assez diversifiée pour objectiver un maximum de déterminants possibles car présente des critères de variation personnels inter médecins, et des critères de variations professionnels selon la pratique de ces derniers.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement privilégiant le principe de saturation des données(34). Le seuil de saturation des données est atteint lorsque les informations recueillies auprès des entretiens apparaissent redondantes, et ne semblent apporter aucun élément de nouveau.

○ **Mode de recrutement de l'échantillonnage :**

Le recrutement des médecins pour cette étude est fait de manière ciblée en essayant de répondre à des critères de diversification maximale par l'investigateur. Il peut s'agir de médecins connus de l'investigateur, ou non. Dans ce cas, ils seront en général conseillés par des contacts ou connaissances de l'investigateur, en fonction des critères recherchés pour obtenir un échantillonnage à variation maximale.

Les médecins seront dans un premier cas contactés par mail ou appel téléphonique par l'investigateur, pour se présenter et présenter l'étude et ses objectifs, ainsi que les modalités d'analyse.(Annexe 3) Cette présentation sera succincte et ne donnera pas trop de détails au médecin contacté, afin de garder un maximum de spontanéité lors des entretiens. Au décours de ce premier contact, sera fixé, avec les personnes volontaires, une date d'entretien, dans un lieu calme, choisi par la personne qui sera interrogée afin d'instaurer un climat de confiance.

Certains entretiens seront réalisés par visioconférence en raison du dispositif de confinement et des mesures de distanciation sociale présentées lors du début des entretiens en avril 2020.

4 Recueil de données : guide d'entretien et déroulement des entretiens semi-dirigés

○ Méthode de recueil de données utilisée :

Dans les études qualitatives plusieurs méthodes de recueil de données sont possibles. On distingue trois principales techniques : l'observation de terrain, l'entretien de groupe (ou *focus group*) et l'entretien individuel. (35)

L'observation ne semble pas ici réalisable, en effet il n'existe pas de texte, ni d'étude sur le vécu et les déterminants individuels des médecins généralistes concernant la médicalisation.

Le *focus group* est difficile à mettre en œuvre, car réunir des médecins généralistes peut s'avérer compliqué en raison des disponibilités de chacun. De plus, le fait d'être en comité peut gêner à l'analyse des expériences de chacun, avec l'installation souvent naturelle d'un *leader*, et d'autres sujets exprimant moins leurs expériences personnelles, avec souvent, de ce fait, un temps de parole inégalement réparti entre les participants. De plus, l'opinion individuelle peut être influencée par l'opinion globale. La timidité peut aussi être présente au sein d'un *focus group*.

Cette étude qualitative est donc réalisée grâce à des entretiens semi-directifs pré-établis. (Guide d'entretien en annexe 4) L'entretien semi-directif a pour principal avantage de saisir et d'explorer l'intimité de l'interrogé, avec ses ressentis, son vécu, ses croyances, ses expériences sans influence extérieure. C'est un type de recueil de données largement choisi lors des études qualitatives mais demandant une importante préparation par l'investigateur à cet exercice. Effectivement une bonne maîtrise de techniques de reformulation, de relance et d'entretien par questionnement ouvert est nécessaire. Un des principaux inconvénients à cette méthode de recueil de données, est la variabilité des réponses et de la qualité de l'entretien en fonction de l'investigateur. Par ailleurs, le style conversationnel est parfois difficile à analyser, et peut s'avérer chronophage.

○ Guide d'entretien semi directif :

Afin de couvrir l'ensemble du champ de la problématique explorée, un guide

d'entretien a été élaboré en amont des entretiens.

Ce guide d'entretien préétabli est d'abord testé en situation réelle par trois connaissances de l'investigateur. Ces premiers entretiens sont donc enregistrés à but d'analyse personnelle mais non inclus dans l'étude, le but étant surtout de voir si les questions sont appropriées et si des modifications peuvent être réalisées en fonction des premiers résultats fournis par lors de ces « entretiens tests ». Ces tests sont aussi utiles pour la préparation de l'investigateur afin de gagner en expérience pratique à la reformulation ainsi qu'à la précision de terme si besoin.

Le guide d'entretien final est composé d'une dizaine de questions au total, dont un maximum de questions ouvertes, afin de laisser la personne interrogée s'exprimer pleinement sur les questions posées. Les premières questions abordent l'expérience ou non des médecins par rapport à la médicalisation d'événements sportifs. Le sujet principal étant la médicalisation d'événement sportif type trail, une mise en situation avec la proposition de médicaliser un trail type a été introduite dans le guide d'entretien. Ce trail est défini le plus précisément possible afin de limiter le biais de représentation possible dans la large discipline qu'est le trail. Les questions suivantes portent sur ce trail fictif présenté, explorant leurs appréhensions, motivations, connaissances, sur cette discipline. Les dernières questions étendent le thème vers d'autres disciplines, la capacité de médicaliser des médecins généralistes, et l'utilité d'une formation à ce type de pratique.

Le questionnement est guidé vers des dimensions à explorer sur l'objet d'étude, avec une logique de découverte de réponses en émergence. Des questions de relance sont aussi préparées afin d'aider la personne interrogée en cas de difficultés à répondre. Ces questions de relance peuvent bien-sûr s'adapter au cas par cas lors des entretiens en fonction de la difficulté rencontrée.

Les questions sont des questions ouvertes et s'axent sur le vécu de la personne interrogée ainsi que ses ressentis généraux, ses craintes, ses motivations, leur donnant la spécificité d'être basée sur la subjectivité de la personne : « Que pensez-vous ? », « Quelles appréhensions avez-vous ? » ; « En quoi ? » .

Pour une continuité et une fluidité des entretiens, il arrive que l'ordre des questions diffèrent d'un entretien à l'autre, et ce en fonction des réponses ou des sujets abordés par la personne interviewée.

Le plus important pour l'investigateur étant que tous les sujets du guide d'entretien soient abordés à la fin de l'entretien.

○ **Déroulement des entretiens :**

Les lieux de rendez-vous pour les entretiens sont donc choisis lors d'un appel ou mail au préalable. En général le cabinet médical était choisi, mais celui-ci n'est pas un lieu obligatoire pour l'étude. La seule exigence était d'être dans un lieu calme instaurant un climat de confiance avec l'interrogé.

Au vu du confinement, et de la distanciation sociale au début de la réalisation des entretiens, plusieurs entretiens ont été réalisés à distance par visioconférence. (logiciel choisi par la personne interrogée : *Facetime, Whatsapp, Zoom...*).

L'entretien débute par une présentation succincte de l'investigateur, de l'étude, des objectifs et des différentes modalités d'analyse de l'étude en restant évasif pour ne pas créer de biais. (Un texte ayant déjà été envoyé avec la même présentation de l'étude, aux personnes ayant répondu positivement à la sollicitation à l'entretien (Annexe 3))

Le consentement des personnes interrogées a été demandé à l'oral, certifié à l'écrit et conservé par l'investigateur. (Annexe 5) Le consentement certifie la possibilité d'enregistrement audio de l'entretien, et de l'utilisation anonyme des données recueillies pour la réalisation du travail d'étude.

Selon les textes de loi définissant la recherche non interventionnelle (**loi Jardé** – loi relative aux recherches impliquant la personne humaine), il n'a pas été nécessaire de consulter le comité de protection des personnes pour approuver notre protocole de recherche.

Avant de débiter l'entretien semi-dirigé, il est d'abord demandé aux participants de préciser leur âge, leur sexe, leur(s) mode(s) d'exercice (seul ou en groupe), le lieu d'exercice (rural, urbain, montagne, autre), leur(s) formation(s) supplémentaire(s) (si DIU/DU/capacité/DESC...) et leur pratique personnelle d'activité physique, le tout étant relevé manuellement par l'investigateur. Il sera aussi noté le lieu du rendez-vous, le climat de confiance, les possibles éléments perturbateurs à l'entretien.

○ **Méthode d'enregistrement des données :**

Les entretiens font l'objet d'un enregistrement audio à l'aide de dictaphone. Cette méthode est le meilleur moyen pour recueillir le matériel discursif le plus complet et fidèle possible, sans risquer une prise de note incomplète, et sans perturber la fluidité du discours de la personne interrogée.

Le dictaphone est mis en marche en continu dès le début de l'entretien et jusqu'à la fin de celui-ci. L'image et les émotions du participant n'étant pas l'objet principal de l'analyse par l'étude, un enregistrement audio visuel n'est donc pas réalisé. Si certaines

gestuelles (posture prise, réflexion longue...) sont repérées par l'investigateur lors des entretiens, et s'avèrent potentiellement utiles à l'interprétation des réponses, elles sont consignées afin d'être ajoutées aux réponses.

5 Analyse des données : retranscription mot à mot, analyse thématique et hiérarchisation :

○ La retranscription :

Une fois l'entretien réalisé, l'investigateur effectue une retranscription totale et fidèle par verbatim des réponses obtenues lors de chacun des entretiens(34). Elle tient compte des éléments non verbaux tels que la ponctuation, les silences, pour obtenir les verbatims les plus fidèles possibles.

La retranscription se fait manuellement sur un logiciel de traitement de texte, le jour même pour perdre un minimum de données, et se souvenir de la gestuelle et l'attitude générale de l'individu interrogé. La retranscription est réalisée par l'investigateur pour faire émerger des ébauches de thèmes à analyser lors de l'analyse des données, dès la retranscription.

L'anonymisation se fait directement lors de la retranscription soustrayant le nom et le lieu d'exercice par une lettre de l'alphabet ainsi que par le type de lieu d'exercice uniquement (montagne, ville, campagne, semi-rural, médecin remplaçant, installé seul ou en maison médicale). En annexe 6, nous trouverons un exemple de la retranscription totale d'un entretien.

○ Méthode d'analyse des données :

L'analyse des données est qualitative afin d'explorer les réponses des médecins interrogés, le but est de mettre en évidence des phénomènes non quantifiables. D'abord, après avoir retranscrit fidèlement mot à mot le verbatim, le texte est découpé en unité de sens, délimitant des fragments textuels autonomes idéologiquement. Ce processus s'appelle la thématisation. Une analyse par entretien ou séquentielle est faite pour extraire les différents thèmes au sein de chaque entretien. Cette méthode analyse chaque entretien avant de passer au suivant, et permet de voir les résultats de manière verticale en fonction des réponses précédentes. Plusieurs thèmes seront donc extraits lors de l'analyse des données, permettant une analyse thématique des données pour traiter le corpus obtenu lors des

entretiens.

La méthode d'analyse par analyse thématique est choisie pour l'affichage des résultats. Dans cette méthode on ignore la cohérence de chaque entretien et on cherche une cohérence thématique inter entretiens, c'est une analyse question par question dite aussi horizontale.

L'analyse thématique se fait pour cette étude par une démarche continue : une transposition du corpus entier donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et en rapport avec l'objet d'étude. (36)

- **Objectif de cette méthode d'analyse :**

La thématisation est un processus permettant de rendre thématique un corpus mais va au delà « il ne s'agit plus seulement de repérer les thèmes, mais également de vérifier s'ils se répètent d'un matériau à l'autre et comment ils se recourent, rejoignent, contredisent, complètent... » (Mucchielli, 2008 : 162). (36)

La thématisation doit être exhaustive, avec création par arguments de fréquence, des thèmes principaux et des sous thèmes.

Les objectifs principaux de l'analyse thématique sont : une fonction de repérage (les thèmes pertinents sont repérés et relevés), et une fonction de documentation (hiérarchisation selon les récurrences et regroupements avec les différents entretiens).

Cette thématisation pourra finalement permettre la création d'un arbre thématique pour schématiser et synthétiser les résultats obtenus.

La synthèse d'analyse horizontale permet de connaître l'ensemble des thèmes abordés par les individus sur un sujet.

6 Critères de fiabilité :

Une étude qualitative, n'a pas pour objectif une représentativité de l'échantillonnage, ni une extension à la population générale, c'est pourquoi un échantillonnage raisonné à variation maximale a pu être choisi pour réaliser cette étude. Cependant pour avoir un critère de validité et de cohérence de l'étude, on se base sur la rigueur et la méthodologie avec laquelle a été réalisée cette étude.

La **Méthode COREQ** (37) a été utilisé pour la conception de cette étude : (*consolidated criteria for reporting qualitative research*)

- Le type d'approche a été choisi en fonction de l'objet de recherche.
- L'investigateur s'est formé préalablement à la réalisation d'entretien semi-directif : trois entretiens tests ont été réalisés permettant de tester le guide d'entretien afin de le modifier et d'améliorer les reformulations et autres techniques de relance de l'investigateur.
- Le choix des participants a été réalisé en respectant l'échantillonnage raisonné à variation maximale. Certains membres de l'échantillon étaient connus de l'investigateur, mais ne connaissaient pas les sujets de l'entretien de l'étude.
- Le recueil des données a été réalisé avec un enregistrement audio ainsi que des prises de notes sur le terrain de l'interview.
- Les entretiens ont été arrêtés à saturation des données, après vérification avec deux entretiens n'apportant pas d'élément nouveau à l'étude. 14 entretiens sont donc inclus dans l'étude.

IV RESULTATS :

1 Echantillon et caractéristiques de la population étudiée :

○ Echantillon :

Au total, 14 médecins généralistes ont été inclus dans l'étude, désignés de A à N. 2 autres entretiens (O et P) ont été réalisés ne dégageant aucun thème nouveau. La réalisation de ces 2 entretiens supplémentaires a donc permis de prouver la saturation de données de l'étude. Ces 2 derniers entretiens n'ont pas été inclus dans l'étude.

○ Caractéristiques de la population étudiée :

Au début de chaque entretien, les personnes interviewées ont été interrogées sur leur mode de vie et d'exercice afin de mieux caractériser la population.

Parmi ces 14 médecins interrogés, on compte 9 femmes et 5 hommes.

4 ont moins de 35 ans, 5 ont entre 35 et 55 ans, et 5 ont plus de 55 ans.

La moyenne d'âge des médecins interviewés est de 46 ans.

Les médecins ont tous une activité libérale, 3 sont installés en zone de montagne, 3 en rural, 3 en zone péri-urbaine, 3 en zone urbaine. 1 est un médecin non thésée titulaire de licence de remplacement, et 1 est un médecin thésée effectuant des remplacements réguliers.

Leur type d'exercice est pour la grande majorité des interrogés, en association ou maison pluri-professionnelle, seul 1 médecin travaille en cabinet individuel, et 2 médecins ne sont pas encore installés.

Leur(s) formation(s) complémentaire(s) (DU, DIU, capacité, ou autres) ont été demandées avant l'entretien, afin de voir leur attrait par rapport à certaines disciplines médicales, notamment la médecine d'urgence et la médecine du sport.

- 3 n'ont suivi aucune formation complémentaire à la formation de généraliste.
- 2 ont suivi une formation à la médecine du sport. (dont 1 ayant aussi une formation complémentaire en médecine d'urgence)
- 5 ont une formation supplémentaire de médecine d'urgences (dont 5 ayant aussi une

autre formation complémentaire)

- 5 ont réalisé une formation spécifique autre que la médecine d'urgence ou du sport (pédiatrie, addictologie, diabétologie, gynécologie, échographie)

De plus, il a été demandé aux médecins interrogés, leur pratique personnelle moyenne de sport, ou d'activité physique, hebdomadaire, afin de voir leur attrait personnel pour le sport.

Dans les résultats, ont obtenu une moyenne hebdomadaire de sport pratiqué de 3h41 min. Le temps maximal consacré à la pratique d'une activité physique est de 10 h, ce résultat a été obtenu 2 fois. Le temps minimal est de 0 h, temps ressorti une seule fois lors des entretiens.

Vous trouverez ces données résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Caractéristiques de la population de l'étude:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Sexe	H	F	F	F	F	F	H	F	F	H	H	F	F	H
Âge	63	42	38	29	41	31	59	31	33	36	62	61	52	64
Lieu d'exercice	Montagne	Urbain	Péri urbain	Urbain	Péri urbain	Semi rural	Rural	Montagne	Non installé	Montagne	Urbain	Rural	Péri urbain	Rural
Type d'installation	MSP	Rempla	MSP	Interne	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Seul	MSP	Rempla	MSP	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe
Médecin du sport	Oui	Non	non	En formation	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Formation à l'urgence	DU urgences traumatiques	CAMU	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	DESC urgence. DIU MCS	CAMU	DIU médecine de catastrophe	Non	Non
Autres formations	Phlébologie médecine esthétique	Soins palliatifs	Pédiatrie	Infectiologie	Non	Addictologie	Diabétologie	Echographie	Gynécologie	Neuro vasculaire, radio protection	Non	Cancérologie	Non	Non
Pratique de sport (h/sem)	10	1,5	0	4	0,75	2	2	3	3	10	6	4/5	4	1
Durée de l'entretien (min)	19	21	22	21	16	16,6	13,6	20	25	19	25	31	15,5	24
Lieu de l'entretien	Cabinet	Visio	Visio	Visio	visio	Visio	Visio	Cabinet	Visio	Cabinet	Visio	Visio	Visio	Visio

2 Déroulement des entretiens :

La période de recrutement a eu lieu entre le 20/04/2020 et le 1/06/2020. Les entretiens ont été réalisés par visioconférence pour 11 d'entre eux, 3 ont pu être réalisés directement au cabinet médical des médecins. La réalisation des entretiens par visioconférence a dû être mise en place en raison du confinement et des mesures de distanciation sociale en vigueur au moment de la réalisation des entretiens.

Les 3 entretiens réalisés en présentiel, sont les entretiens avec les 3 médecins installés en zone de montagne, à proximité de l'investigateur au moment de l'étude.

La durée moyenne des entretiens est de 20 minutes et 40 secondes. L'entretien le plus court, est le G, ayant duré 13 minutes et 40 secondes. L'entretien le plus long est le L ayant duré 31 minutes.

La moyenne de temps de retranscription des verbatims était de 2H30.

Les entretiens tests initiaux n'ont pas été inclus dans l'étude.

Les 2 entretiens O et P ne faisant émerger aucun nouveau thème lors de l'analyse, n'ont pas été inclus dans l'étude, ils ont permis de confirmer la saturation de données.

3 Analyse thématique :

A travers cette étude, nous retrouvons de nombreux déterminants, entrant en compte dans l'acceptation ou non de la médicalisation d'un événement sportif. On peut toutefois remarquer que certains thèmes ressortent plus souvent que d'autres. Lors de l'analyse thématique je fais le choix d'évoquer les différents thèmes, par ordre de fréquence, représentés par des découpages d'entretien correspondant aux unités de sens commun, utilisés lors du processus de thématisation.

Pour une meilleure visibilité, les thèmes seront classés d'abord par les déterminants motivants, puis les déterminants freinant l'acceptation de la médicalisation sportive. Les autres déterminants, variables, peuvent être un frein ou une motivation à la médicalisation.

a Les déterminants en faveur de l'acceptation de la médicalisation :

1) Les bienfaits professionnels et personnels apportés par la médicalisation :

- Un enrichissement sur le plan professionnel :

Sur le plan professionnel, certains abordent la médicalisation comme une **expérience nouvelle** (« pour éventuellement une expérience » (M) ; qui permet de **quitter la routine de la médecine** en cabinet médical. « ça change de nos journées quotidiennes des médecins ou des remplacements » (I) ; « c'est un exercice un peu différent » (C).

Ceux-là voient la médicalisation comme un moyen d'**augmenter leur adaptabilité** professionnelle : « je lui ai fait une attelle avec une bouteille en plastique, on a fait comme quand j'étais en Afrique » (L), en **sortant de sa zone de confort**, (« praticiens en plein air dans la brousse » (B) ; « si j'allais pouvoir gérer une urgence sur le terrain, un peu toute seule voilà sans le cadre confortable de ton cabinet, avec ta sécurité de matériel etc quoi... » (H) et en apprenant à se **débrouiller** (« il fallait savoir se dem... der. » (A)) avec les moyens du bord, « Tu fais avec les moyens du bord et tu t'adaptes » (L) et provoquent ainsi une **stimulation cognitive intéressante**. « ou ça sollicite d'avantage tes capacités à gérer une situation, à l'anticiper, à prendre les bonnes décisions dans l'urgence » (J)

Ces expériences parfois inédites, peuvent inciter à une **préparation personnelle antérieure** à l'événement, « je me renseignerai avant d'y aller » (B) « moi c'est ce que j'avais fait je me suis remis dans les bouquins » (K), qui permet de se **remettre à jour** régulièrement sur des protocoles de prise en charge urgente. « ça la tient à niveau pour le niveau urgences » (C)

Certains médecins voient même cela comme une bonne technique de **formation professionnelle** « c'est bon pour se former » (J), en étant sur le terrain « t'es sur la pelouse qu'est-ce qu'il faut que tu fasses » (D).

C'est une médecine, hors des sentiers battus, en **dehors de ce qu'on apprend dans les hôpitaux** et les structures cadrées. « on sort de sa zone de confort, ou de son train-train quotidien » (H), « c'est pas trop la médecine qu'on est habitué à apprendre à la fac » (G)

- Un enrichissement personnel :

Plusieurs médecins parlent d'enrichissement personnel apporté par la médicalisation sportive «... Donc ça me permet de me cultiver dans toute situation, il faut savoir en tirer profit » (J). Effectivement, ces rendez-vous peuvent être des moments de **rencontre** et de

partage. « tu rencontres du monde que tu ne rencontres pas forcément tous les jours » (D)

Ils peuvent susciter la **curiosité** de certains, « donc c'était plus pour voir » (F) ; et amener à la **découverte de nouveaux sports**, « ça me permet de découvrir des nouveaux sports... comme les courses hippiques ! » (I), et de **sportifs**. « les sportifs sont cool, ils sont pas trop plaintifs » (C) .

C'est aussi un moment de partage avec les **organiseurs** ou **bénévoles** présents sur place. « J'ai passé la journée à discuter avec les organisateurs, et les juges » (J).

Ils permettent ainsi aux médecins **de découvrir de nouveaux univers**. « on découvre d'autres gens... je vous dis d'autres univers » (K).

2) Une discipline se déroulant dans une ambiance et un lieu plaisant :

Les médecins font référence à **l'ambiance** générale de ce genre d'événement. (« c'est hyper sympa, les ambiances de trail... c'est une ambiance qui me plait énormément » (I) ; « c'est convivial » (J) ; « une super ambiance, c'est super cool » (D))

Beaucoup parlent de **moment de partage** dans des cadres **sympathiques**. « c'était cool en plus les gens étaient gentils c'était sympa » (C) ; « aller passer un week-end sympa, on rencontre des gens » (E) ;

Certains vont même jusqu'à dire qu'il n'ont **pas l'impression de travailler**, et le vivent un peu comme des **vacances**. « moi je vivais ça comme un week-end vacance hein ! » (L) ; « je passe ma journée à discuter » (J)

Certains sont attirés par le fait de travailler dans la **nature**, « tu respire l'air frais de la montagne » (L) ; surtout si la **météo** est bonne, et que le **lieu** de l'évènement est agréable. « petit 2 : être dans la nature par beau temps » (B) ; « Il faut joindre l'utile à l'agréable » (L) ; « c'est l'occasion d'être dehors à la montagne, c'est sympa » (D)

D'autres parleront du côté **amusant** de se rendre à des compétitions, au milieu des sportifs, qui sont en général des gens appréciés. « n'importe quoi, ça m'amuse de le surveiller » (J)

3) Une discipline réalisée dans un but altruiste

Par rapport aux bonnes conditions, certains médecins parlent de **joindre l'utile à l'agréable**. « Il faut joindre l'utile à l'agréable » (L)

Utile car le médecin médicalisant est vu comme un **maillon indispensable** de la chaîne de

soin, pour que puissent avoir lieux ces évènements. (« ça permet déjà le fait que ça puisse exister... sinon personne ne pouvait rouler s'il n'y avait pas de médecin » (K) ; « toi tu es un rouage... si tous les médecins refusent de médicaliser... les types ne peuvent rien faire » (L)).

De ce côté indispensable sort un aspect **altruiste** de l'acceptation de la médicalisation. « on aide des gens » (J).

Effectivement, certains médecins acceptent pour **permettre** aux sportifs de réaliser leur passion, (« pouvoir permettre à des sportifs de faire leur passion » (L)) d'autres pour **remercier** les bénévoles qui sont très **investis** dans l'organisation de l'évènement. « pour le côté organisationnel c'est quand même les bénévoles qui bossent plus que toi, donc il faut participer pour ça... il faut penser aux bénévoles, aux associations et aux sportifs... il faut quand même les remercier de vouloir organiser ce genre de choses » . (L)

D'autres le font simplement pour **dépanner** un organisateur qui ne trouve personne d'autre, (« pour quelqu'un que je connais, pour dépanner » (H+ K+M) ainsi donc pour **faire plaisir** plus que pour se faire plaisir à eux-même. « petit 1 : rendre service » B ; « je le fais pour faire plaisir aux autres, aux sportifs, aux bénévoles » (L)

4) Une approche par travail d'équipe intéressante :

Certains médecins aiment aussi **le fait de travailler en équipe**, comme quelque chose qui les change de la pratique de la médecine générale, où l'on est souvent seul face au patient. « en équipe c'est plus facile je trouve » (B) ; « donc c'est intéressant, le côté travail en équipe » (J)

La médicalisation se fait par le biais de dispositifs prévisionnels de soins réunissant des **équipiers secouristes**, avec des **médecins** et **infirmiers**. Le fait de travailler avec des équipiers secouristes ayant **l'habitude** de médicaliser à un côté **rassurant** (« des secouristes autour pour aider » (D), effectivement, les équipiers ont des protocoles avec une **remise à jour régulière**. « parce que les secouristes, on les remet à jour chaque année et puis il y a un protocole « on fait ça on fait ça on fait ça »... faire les trucs dans l'ordre et puis basta, déjà ça aide à pas oublier des trucs » (C).

Le fait de travailler avec une **équipe rodée** est apprécié par les médecins médicalisant. « c'était une équipe de soignants qu'ils avaient engagés pour ce trail-là donc c'était hyper bien rodé, chacun avait son rôle, son quadiste, son talkie-walkie » (D) ; « être avec une équipe ultra rodée que tu sens au point et qui te demande que des questions

médicales » (H).

Si l'équipe est **peu habituée** à ce type d'évènement, ou que l'organisation de l'équipe à l'air un peu bancal, ce travail d'équipe peut devenir un **frein** pour les médecins. « Donc des gens qui ont l'habitude de bosser pour ce genre d'évènement ? C'est pas des gens à qui il faut tout expliquer ? » (C).

La **formation** des membres de l'équipe sollicités intéresse les médecins. Effectivement, avoir des infirmiers au sein de l'équipe peut être un atout majeur pour certains. « y aura-t-il des infirmiers parmi l'équipe de secourisme... des infirmiers pompiers, des infirmiers Samu, des infirmiers qui ont, font des choses un peu » (B) ; « ils m'ont dit qu'ils me mettraient avec un infirmier qui a l'habitude d'encadrer avec moi et qui me coachera un peu du coup je me suis bien détendue » (H)

5) Une discipline faisant partie du métier de médecin :

Certains considèrent que la médicalisation sportive fait partie intégrante d'**un versant de la médecine générale** (ou d'urgence, ou du sport). « Oui et puis ça fait partie d'une des branches de mon métier » (K) ; « Mais après c'est de la médecine gé... enfin c'est une petite spécificité de la médecine générale moi je dis » (L)

Certains font même la démarche de faire partie intégrante d'un **réseau** de médicalisation pour être recrutables plus facilement (« si tu rentres dans le truc » (I)). D'autres sont inscrits dans des **associations**, (« avec le même organisme pour les deux » (D) ; « c'est à travers une association, la tangente 34 c'est dans l'Hérault, qui nous propose chaque semaine diverses courses, à chaque fois sportives à surveiller » (J)), facilitant la sollicitation à la médicalisation « c'est une histoire de contact... tu t'es fait connaître dans une course » (I) Certains sont médecins de **club**, (« un collègue qui travaille avec un club de rugby » (C) ; « je suis médecin du club de VTT » (J)) ou d'autres sont juste connus pour le faire de manière régulière.

La médecine générale, large domaine (« généraliste c'est tellement varié comme activité » (H)), est **adaptable** en fonction de nos envies et de nos passions. « dans notre métier la chance que l'on a c'est qu'il est tellement changeant que tout est intéressant. C'est adaptable à chaque personne » (L)

6) Un attrait global pour le sport retrouvé :

Pour la plupart des médecins, **l'attrait** pour le sport est important. « Je suis très sportif... Si le sport me plaît d'autant plus, si on me proposait de médicaliser un match de NBA je serai content » (J)

La médicalisation est plus acceptable si c'est un sport **anciennement pratiqué ou connu** du médecin. « comme j'en ai fait longtemps, ça c'est pareil si il y a des blessures je pense que je peux plus gérer » (C+L).

Certains sports peuvent rappeler des **souvenirs** d'anciennes pratiques dans l'enfance, (« donc si ça me rappelle des souvenirs d'enfance ou d'adolescence » (L)), d'autres peuvent être **pratiqués par un proche** du médecin. « c'est le petit enfant de mon ami qui fait du... » (L) ; « son fils faisait du judo, donc il a déjà médicalisé des compétitions de judo » (M).

Certains médecins pratiquant un sport peuvent être **membre associatif du club**, et sera donc plus favorable à la médicalisation de celui-ci, par devoir associatif. « c'était le club dans lequel je courais pour médicaliser le 10 km... oui parce que c'était mon club, ça permettait de faire la course,... ça aurait fait plus partie de mon investissement associatif au sein du club » (E)

Le fait d'avoir pratiqué un sport permet aussi de **mieux le connaître** et de mieux **appréhender** les risques de blessures, et ainsi mieux se préparer à la médicalisation. « je vois par ce que j'en ai fait des courses donc c'est une organisation classique » (E)

En revanche, si le sport **ne plaît pas** du tout au médecin, il paraît impensable d'accepter la médicalisation. « si c'est la corrida c'est même pas la peine de me téléphoner, parce que j'irai plutôt soigner le taureau que le toréador donc là, ça va faire tache. » (L).

7) Un attrait pour les urgences :

On retrouve aussi, un intérêt commun pour les **urgences** chez les médecins médicalisant. « il faut quand même avoir de l'attrait pour les traumatismes et les urgences » (H) ; « donc si tu veux il y avait un truc dans l'urgence qui m'intéressait » (L).

Certains le disent franchement, gérer des cas en situation de **stress** peut avoir un côté **excitant**, et d'autres préfèrent carrément quand c'est la **catastrophe**. « Parce qu'il risque d'y avoir des gros cartons ou des gros problèmes médicaux à gérer dans l'urgence, et avec un peu

de pression, et c'est ce que j'aime moi ! Ah moi j'aime bien quand c'est la catastrophe !... si il y a du risque c'est un bonus » (J) ; « c'est assez excitant quand même personnellement ça m'a bien plu » (K).

Ces médecins ayant un fort attrait pour la médecine d'urgence, sont relativement à l'aise avec celle-ci, et ont une certaine **expérience**. « oui et après niveau pratique avec le DESC d'urgence, je suis pas trop inquiet » (J) ; « j'ai fait beaucoup d'urgence alors non, pas d'appréhension » (L) ; « j'avais fait beaucoup de Samu interne, etc. donc je suis assez à l'aise avec ça » (F) ; « Ben non j'ai fait quinze ans de SAMU j'en ai ramassé des motards hein... des voitures... des accidents » (K) « les médecins qui ont été formés à l'urgence dans le cadre du SAMU, dans le cadre de services de Réa... seront plus à l'aise » (A).

Dans les caractéristiques des médecins interrogés, on peut noter que plusieurs ont carrément une **formation supplémentaire en médecine d'urgence**. « j'ai passé le DU de médecine de catastrophe », L « j'ai fait 15 ans de SAMU » (K)

Effectivement la notion d'**urgence vitale** est une notion qui revient souvent. « mais les courses taurines, le mec il se fait encorner, il se prend ça dans l'artère fémorale, il est plié si tu ne sais pas quoi faire hein » (J) ; « si jamais pas de bol il y en a un qui fait son arrêt cardiaque » (B) ; « la traumato et mort subite » (E) ; « dans ce cadre-là de trail ou il peut y avoir des risques de FA ou d'arrêt cardiaque » (F) « Ben le trauma, l'infarct, l'embolie pulmonaire, la dissection aortique, une rupture d'anévrisme... » (K)

Certains médecins mettent en avant le fait que le médecin médicalisant est un médecin de la chaîne de soin, une **structure de relais** permettant de faire le tri entre les vraies urgences vitales à **transférer**, et les urgences pouvant être prise en charge sur place. « on est juste une structure de relais » (F) ; « si ça arrive tu as beau être urgentiste tu feras rien de... enfin tu feras la base mais voilà. » (I) ; « après tu fais au mieux et tu appelles le 15 si besoin » (L). La présence d'un médecin sur place permet donc d'avoir **un œil médical**, capable d'**alerter**, et de réaliser **les premiers soins d'urgence** en attendant les secours tel le 15. « Si tu as fait des stages aux urgences... tu es censé savoir bien évaluer » (H) ; « après on appelle le Samu hein, ils se déplacent,.. on a de bons hélicos hein dans notre département... donc c'est une médecin relais important surtout en zone reculée » (M) .

8) Une organisation bien rodée :

L'acceptation de la médicalisation est beaucoup plus simple lorsque l'**organisation** a l'air optimale.

Le fait d'avoir une **logistique** réfléchie, des **moyens** déployés, et des **organiseurs expérimentés** est rassurant pour le médecin médicalisant. « C'est quelque chose qui est rodé, ça rentre dans une sorte de protocole d'organisation on va dire... que ça répond à un cahier des charges j'imagine ! » (G) ; « bien sûr de l'équipement, si, c'est vraiment..., on est tout seul pour 400 participants euh pas du tout, après si il y a toute une équipe de secouristes etc bon il y a des moyens déployés donc on est pas tout seul, oui il faut que ça soit bien cadré » (F) ; « ça peut si je... sais que la personne est quelqu'un de fiable, de sérieux, qui va faire son organisation comme il faut avec sérieux » (M) ; « c'est bon c'est organisé, c'est carré ils ont l'habitude, on va être encadré, on aura le matériel, voilà... » (I) ;

L'**image reflétée** par la proposition de médicalisation est donc très importante aux yeux des médecins. « ça paraît être bien cadré tout ça » (F) ; « si la personne me le présente bien » (M).

Une bonne organisation, permet une majoration de la **sécurité** des participants : « la sécurité des gens sur des gros événements sportifs... la sécurité elle passe par l'organisation et la coordination quoi » (H) ;

En revanche une **mauvaise image reflétée**, ou une organisation un peu **bancal** peut être un frein majeur : « des choses qui n'ont pas l'air hyper pros, des petites courses du dimanche... de ne pas se retrouver à s'engager sur des choses qui sont brouillons, bancales et où il n'y a rien qui a été organisé... » (I) ; « Si c'est pour mettre en danger sa carrière par ce qu'ils ont sous évalué les effectifs nécessaires pour la surveillance » (J).

9) Finalement peu de difficultés rencontrées par rapport aux appréhensions préalables

On note aussi que, finalement, par rapport aux expériences des médecins ayant déjà médicalisé des événements, **peu de difficultés semblent avoir été rencontrées** lors de ces événements.

« non pas du tout, il n'y a pas eu de difficultés » (F) ; « oh non non non, pas du tout... (soupir) tout s'était bien passé, en tout cas de ce que je me souviens » (G) ; « j'ai pas souvenir d'événement traumatisant pour moi » (K).

Les choses semblaient plus **simples** que prévu. « c'était souvent des orteils qui se retournaient, des coups, des choses simples » (C). « Au pire tu as des déshydratations, des hypoglycémies ou des choses comme ça mais finalement c'est pas des choses très compliquées non plus » (H)

Certes des urgences peuvent avoir lieu, mais l'impression d'avoir une **formation solide** permet de savoir les gérer : « on est tous formés à dépister les types de pathologies que l'on peut avoir » (A) ; « Vu la formation que vous avez vous ! je pense que vous en serez tous capables... Et oui le socle on a tous le même, la médecine n'a pas changé..., les traitements ont changé, mais la clinique est toujours la même... pendant 10 ans on a fait pareil ! » (L)

Finalement on sait faire, même sans s'en rendre compte à l'avance, et nous avons des **réflexes**, on se rend compte qu'on est **globalement capable de gérer beaucoup de choses**. « une fois qu'on est dedans on se rend compte qu'on a quand même pas mal d'outils et qu'on est assez multitâche quoi » (H) ; « une fois qu'on y était, c'était logique on va dire finalement, on sait à peu près évaluer une cheville, réchauffer, finalement c'est des gestes un peu simples quoi » (H)

Certains en concluent même que la **plupart de ces urgences peuvent aussi se retrouver en cabinet de médecine générale**. « je pense qu'elle a plus de chances d'avoir des urgences dans son cabinet que dans un événement sportif, oui parce que les patients ont des pathologies chroniques et ne sont pas forcément en bonne santé. » (L) ; « si tu es généraliste MCS et que voilà tu gères des trucs bien plus graves au quotidien » (H) ; « c'est comme tous les jours dans ton bureau, quand tu passes la main c'est que tu penses avoir fait ce que tu pouvais comme médecin généraliste ou comme médecin tout seul mais que tu as besoin d'une radio, d'une écho, C'est le même niveau quoi, à part que là sur... un accident sportif » (L).

10) Quelques autres déterminants inédits entrant en compte :

D'autres motivations inédites sont retrouvées, comme :

La notion de participer à un événement pour **accompagner des connaissances** :

« j'avais des copains qui allaient faire le trail et comme j'étais blessé et que je ne pouvais pas le faire je me suis dit que je pouvais participer à la médicalisation » (D) ; « mais du coup mes potes à la montagne m'avaient dit : mets-toi dans l'équipe médicale » (I)

Une notion **d'envie** qui doit être présente « tous les médecins peuvent le faire, après

c'est l'envie qu'il faut que tu aies, voilà c'est tout » (L)

b Les déterminants en défaveur de l'acceptation de la médicalisation :

1) La sensation d'inaptitude, ou d'incapacité, ressentie par les médecins au cœur des freins de l'acceptation

◦ Inaptitude technique :

Certains médecins craignent de ne pas avoir les **compétences techniques** pour réaliser certains **gestes** d'urgence. « j'avais peur de ne pas trop savoir comment » (D) ; « la perfusion pour moi c'était encore un peu obscur » (G) ; « Après les gestes on les ou on les a pas » (K).

Les gestes techniques tels que les perfusions, les intubations, la gestion de drogues intraveineuses peuvent faire peur, car semblent peu maîtrisés, surtout dans des **conditions de confort aléatoire**, car les médecins n'en ont parfois **plus l'habitude** « quand on ne fait plus les gestes on est moins bons » (B) ; « sur l'ensemble, le matériel, les techniques, après il y a le camion avec les attelles de base, savoir mettre une attelle de base pour ceux qui font de la médecine générale et qui n'en ont pas posé depuis longtemps. Savoir perfuser parce qu'au final on ne sait pas perfuser... sans perf, on ne sert un peu a rien quoi » (B) ; « Je vais pas réduire une épaule, non..... il faut que le geste revienne parce que ça fait longtemps que je ne l'ai pas fait » (L) ; « et, enfin c'est ce que je ressens, je suis ni médecin du sport, ni médecin d'urgence... on perd des compétences au fur et à mesure, moi ça fait des années que j'ai pas posé une perf et que je n'ai pas fait un massage cardiaque hein » (E).

Cette crainte est parfois plus ressentie en fonction de la **zone d'installation**, la prise en charge de pathologies urgentes à proximité des gros hôpitaux semble rare et les transferts sont fréquents. « par ce qu'en médecine générale maintenant, surtout nous qui ne sommes pas loin d'une ville où il y a un Samu, on ne fait plus beaucoup de médecine d'urgence, ça reste exceptionnel » (M) ; « la médecine de montagne quand on est l'été à la montagne et qu'on fait beaucoup de traumato, il y a des compétences qu'on garde, mais là voilà moi je suis à Sainte-Marie à 15 min des cliniques, donc j'en fais quasiment plus, une entorse de temps en temps mais... » (E).

- Inaptitude théorique :

Certaines théories semblent floues, effectivement, c'est une **médecine différente** de celle que l'on apprend à la faculté, avec des prises en charge **traumatique**, ou d'**urgence vitale**.

« c'est pas trop la médecine qu'on est habitué à apprendre à la fac... j'ai peur de me tromper » (G)

« je ne me sens pas assez calée » (C), « je ne me sens pas assez aguerrie » (C)

« oui j'étais ultra stressée, franchement je ne savais pas du tout ce que j'allais avoir comme pathologies, et en fait j'avais peur de ne pas trop savoir comment... » D

« pas trop envie de me rajouter ce stress, on sort de sa zone de confort, ou de son train-train quotidien, c'est un peu stressant quand même » (H).

- Sensation d'incapacité et de manque d'expérience :

Certains médecins, ne se sentent tout simplement **pas capable**, (« je ne me sens pas capable » (H) de gérer de telles situations, dans un contexte de **stress**. « je n'ai jamais été une fan de l'urgence, l'urgence ce n'est pas ma tasse de thé » (M). « Et bon c'est du stress, pour moi c'est du stress. Je ne suis pas le type urgentiste moi » (N)

Certains expliquent ça par un **manque de confiance** en eux, global. « c'est un manque de confiance habituel chez moi, ou le manque d'expérience, mais je ne me sens pas capable de le faire » (I).

Certains ont l'impression de ne pas savoir comment faire, mais au final, ils se rendent compte que ça se passe souvent bien pour eux car confrontés à la situation, ils ont des **réflexes** et des **connaissances** qui se mettent naturellement en place et tout se passe bien. « tu stresses toujours la veille d'une garde et après tu te dis j'ai fait ce qu'il fallait faire et tu te dis que ça s'est bien passé, donc là je pense que c'est pareil pour une course, tu as l'appréhension de te dire qu'est ce qui va me tomber dessus, et puis le jour où ça te tombe dessus, et bah tu gères et tu y arrives quoiqu'il arrive mais bon il y a toujours un peu de stress. » (I)

Certains ne se sentent pas assez **aguerris**, par **manque d'expérience** dans le domaine. « s'il faut remettre une épaule je ne me sens pas assez aguerrie » (C) ; « je me souviens que j'avais beaucoup beaucoup stressé (rire), pour moi c'était vraiment nouveau et je savais pas.. (hésitation) quel matériel il fallait prévoir, je me rendais pas trop compte de quel type d'interventions il pouvait y avoir, si on était... enfin..., si j'allais pouvoir gérer une urgence

sur le terrain, un peu toute seule voilà sans le cadre confortable de ton cabinet, avec ta sécurité de matériel etc quoi... c'était vraiment l'inconnu » (H).

2) Les risques médico légaux encourus :

Une des **craintes** principales des médecins à médicaliser des évènements, est due au risque médico-légal inhérent à cette discipline. Effectivement, plusieurs manifestent un **manque de connaissance sur les démarches administratives** pour être convenablement **couvert** par sa responsabilité professionnelle pour la médicalisation de ces évènements. « probablement il faudrait... pour savoir si je suis couverte ou pas » (B) ; « je ne sais pas si nous au niveau médical on est censé aussi faire quelque chose mais je crois qu'on a un contrat quand même à signer, pour que ça reste légal » (C). « je ne sais pas du tout... je pense qu'il faut... » (F) ; « plutôt au niveau couverture, mes RCP, comment on est couvert pour les événements de ce genre-là » (D) « il y en a qui m'ont dit « tu sais qu'en tant que med gé t'es pas forcément bien couverte si il t'arrive une connerie ou un truc comme ça... donc oui ce petit stress de l'assurance... responsabilité » (D) ; « Non je ne connais pas du tout, je n'y avais même pas pensé, mais en France je ne sais pas si c'est évident ou pas, je n'ai pas du tout d'idée » (N).

D'autres redoutent qu'en cas de problèmes, un **dépôt de plainte** soit réalisé. Certains **se méfient**, et abordent donc avec prudence ce genre d'évènement par rapport aux **responsabilités engagées**. « il y a une question de responsabilité » (G) ; « alors qu'est ce qui me freinerait, c'est peut-être la responsabilité » (M) ; « Donc le côté porter plainte, le côté assurance pour vérifier si tu avais tout le monde, les bons papiers, les bons trucs, les bons docteurs, il y est hein... est ce que la course était bien protégée le risque zéro n'existe pas » (L). « non je suis devenu prudent... par rapport... parce que on vit une époque ou.. comment dire, je trouve que la médecine est devenue très défensive... C'est devenu un peu une crainte, là j'aurai l'appréhension que ça me retombe dessus » (N)

Une image d'organisation bancaire peut donc être un frein majeur, surtout par les risques importants qu'encourt le médecin en responsabilité finale. « ça les évite de se mettre en danger professionnel » (F) ; « il voit s'il va y avoir un danger pour nous ou pas et si c'est réglo et qu'on peut aller la surveiller sans risquer notre carrière » (J), « c'est le médecin qui passe à la casserole » (L)

La **logistique** est donc primordiale pour ne pas risquer gros, en effet, un médecin a exprimé le fait qu'une bonne sécurité médicale ne peut être présente qu'en cas d'organisation optimale de l'événement. (organisation rodée I 8)). Il faut **être sûr de ce à quoi on s'engage** à prendre comme responsabilité et bien vérifier le contrat que l'on signe. « si c'est bien encadré si on a tout ce qu'il faut... oui j'aime bien savoir dans quoi je me lance... parce que après on est responsable donc euh... c'est bien de savoir où on met les pieds » (C) ; « c'est stipulé dans le contrat et qu'il n'y a pas d'embrouille là-dessus oui » (I) ; « Mais naturellement il faut être bien clair au début quand on commence, quand on négocie, avec celui qui entreprend la course, l'organisateur, qu'on définit ce qu'on peut et ce qu'on ne peut pas faire. Donc c'est important de limiter les possibilités qu'on a quoi ! les moyens qu'on a et qu'on a pas » (N).

3) Le manque de temps pour s'engager à ces événements :

Un autre frein majeur à ce genre de discipline, est le **manque de temps**.

Effectivement, certains médecins ont des **emplois du temps déjà bien chargés**, et ne veulent pas en plus **sacrifier** leur week-end. « c'est surtout une histoire de temps et d'énergie... mais des fois avoir son temps à soi aussi c'est pas mal » (C). ; « Je trouve que je travaille pas mal, et que le week-end je n'ai pas trop envie de travailler en plus, voilà » (G) ; « je trouve que bon avec la vie qu'on a comme médecin généraliste, du lundi matin jusqu'au vendredi soir, on est déjà beaucoup demandé hein ! et ça dépend aussi de l'organisation de votre pratique » (N) D'autres expliquent préférer favoriser leur **vie de famille** et activités familiales lors de leur **temps libre**, certains préfèrent eux-mêmes pratiquer du sport, ou autres loisirs. « ça dépend de si je suis libre le week-end là, parce qu'il y a ta vie privée... les médecins ont aussi des vies privées » (L) ; « on ne peut pas tout faire il faut faire des choix » (C) ; « j'ai pas le temps de m'occuper d'évènement sportif... vous savez le golf ça prend déjà 4 à 5 heures de mon temps 2 jours le week-end, donc les journées sont courtes après » (M).

D'autres considèrent cette discipline comme trop **chronophage**, « tu y passes toute la journée » (A), « il y a un certain nombre d'heures engagées » (I) « hormis que ça prend beaucoup d'heures » (J), et souvent **contraignante**, car tous les événements ont lieux en général le **week-end**, et vient donc s'ajouter au travail de base. « une activité contraignante qu'on ne fait que le week-end... la médecine non obligatoire j'en fais pas... l'objectif ce n'est pas de me rajouter de travail » (E)

Ils perçoivent ceci comme une **surcharge** de travail; « prendre un week-end... pour travailler en plus de mon temps de travail » (E)

4) Le manque de connaissance du rôle du médecin médicalisant, caractérisé comme flou :

Bon nombre de médecins évoquent aussi le manque de connaissance du **rôle** du médecin médicalisant. « je ne sais pas, du coup je ne sais pas si voilà il faut être en mesure de gérer le degré d'urgence... on est sur quelque chose qui paraît un peu flou » (I)

Comment **gérer une équipe** lorsqu'on en a pas l'habitude ? « de là à savoir coordonner des équipes savoir où les positionner de façon stratégique et réguler tout le monde... c'est plutôt le côté organisation qui me refroidit... on a pas du tout l'habitude de travailler en équipe aussi quand on est généraliste, et c'est pas toujours facile de savoir quand est-ce qu'on doit prendre les rênes on va dire (rire) du coup avoir, enfin, savoir qu'est-ce qu'on attend de nous sur un trail..., se placer, notre rôle de coordination, par ce que ça au final on ne sait pas trop faire » (H)

Faut-il apporter son propre matériel, ou y en a-t-il sur place ? D'autres mêmes évoquent le problème de se **fournir** en matériel pour pouvoir assurer la médicalisation. « soit les organisateurs ont déjà prévu ce médicament, soit j'essaie de m'en fournir avant » (F) ; « je n'ai pas de sacoche donc il faudrait voir avec eux qu'ils puissent fournir le matériel et avoir vu le matériel en arrivant » (I) ; « pour me procurer le reste de matériel, il faudrait que je passe en clinique, pour récupérer de l'adré parce que l'adré on ne la récupère pas comme ça... » (B) ; « je poserai bien la question en précisant que moi je n'ai pas de matériel » (I) ; Il y a aussi des variations de **représentation** du rôle du médecin médicalisant : «... être disponible sur place pour toute question médicale... qui du coup est l'œil médical pour... évaluer l'urgence... pas pour forcément savoir la gérer, c'est ça que je ne sais pas trop... est ce qu'il doit être capable de gérer ; après j'y connais rien ; si il faut avoir un diplôme ou pas un diplôme, si tout le monde peut le faire » (I) ; « Après bah, je vérifie, les points, les ravitos, enfin normalement ils le font tu n'as pas besoin de vérifier c'est pas ton job je crois... » (L)

- Manque de connaissance sur le matériel à apporter :

Certains ont peu de notion sur le **matériel à amener et ce qu'il y a sur place** : « moi je ne savais pas ce qu'il faut pour faire ça » (B) ; « faut se renseigner sur ce qu'avaient les secouristes » (E)

Quand certains aimeraient pouvoir assurer l'autonomie de prise en charge, d'autres ne prendraient que le strict minimum. « Houla je ne sais absolument pas ce que je

ramènerais... » (G)

« en tout cas, aux Angles, on a le matériel de médecins correspondants Samu, donc tout ce qu'il faut pour faire de la réanimation... je ramènerais tout ce qu'il faut pour pouvoir tout gérer tout seul, voilà le résumé » (J)

« je prends mon matériel de base à moi, mais après je sais que tout ce qui est matériel type compresses sparadrap désinfectant, ça c'est déjà sur place (rire) donc voilà » (F)

« je ne sais pas ce qui est obligatoire ou pas... en sachant que c'est obligatoire pour eux mais c'est le médecin qui doit savoir utiliser ça » (D)

5) Les appréhensions personnelles par rapport à la médicalisation :

- Appréhensions liées à l'évènement et ses risques :

Les craintes peuvent être en rapport à la **taille** de l'évènement, au nombre de **participants**, (« plus de participants en étant seule, là j'aurai peut-être pu dire « non c'est trop ! » » (D)) à l'équipe médicale prévue, au **profil** des participants attendus. (« profil des participants... peu expérience » (H) ; « moyenne d'âge des participants » (B) ; « les courses qui sont de 20 km on voit des gens de tous âges, et mal entraînés qui courent, on fait des certificats d'aptitudes qui des fois... (s'esclaffe de rire) un peu olé-olé » (G)).

Les **antériorités** de la course : « le type de blessure qu'ils ont eu les années précédentes, s'ils avaient dû hospitaliser, faire appel à l'hélico » (C). ; « comment ça s'était passé les autres années... type de problèmes » (I)

Le **type de sport**, les sports à haute cinétique, ou les sports à risques traumatiques importants (« des sports avec gros traumatismes... je ne me sens pas assez calée » (C) ; « tout ce qui est forte cinétique, je me sentirai pas » (H)) sont souvent perçus comme plus **anxiogènes** et les refus seraient plus probables pour certains médecins. (Là où d'autres seraient justement plus attirés « s'il y a du risque, c'est du bonus » (J)).

Le fait d'un risque proportionnel à la **taille** de la course peut être aussi évoqué. (« pour moi c'est lié oui c'est proportionnel, c'est peut-être totalement une idée reçue » (I)) ; ou de la **difficulté** de l'évènement « avec du dénivelé beaucoup de monde tu as toujours plus de risques de malaises cardiaques de trucs un peu chauds quoi » (I). ; « plus la course est longue, et surtout plus il y a de dénivelé... difficulté, enfin la difficulté physique » (M)

Les **conditions** parfois extrêmes peuvent aussi freiner : « dans la neige j'avoue que ce n'est pas mon élément donc faut y aller avec le piolet ou je sais pas quoi là peut-être pas, les

conditions extrêmes peut-être pas » (F) ; « mauvaises conditions... il y avait de la glace » (H) ; « les conditions, comme les courses qui se passent en plein été, en plein cagnard... » (C).

La **réputation** du sport, où les conflits et tensions peuvent rebuter à médicaliser. « ou il y a un « ouillade » toutes les 10 min et voilà, je pense que ça ne serait pas un truc qui me tenterait, j'irai à reculons... parfois il y a des sports où ça en vient aux mains... c'est rare qu'un nageur change de ligne pour aller taper un autre nageur » (C) ; « ce qui dans le trail n'existe pas trop quand même, en général ces gens là sont sérieux » (M)

- Craintes liées au risque d'urgence et à sa prise en charge :

La crainte peut venir du **risque d'urgence**, effectivement, on retrouve la crainte de la prise en charge d'un infarctus, d'un AVP, de traumatismes importants, d'urgences vitales. « j'avais trop peur qu'il y ait un arrêt cardiaque ou un truc grave » (D)

Si le besoin est médical, il est souvent ressenti comme **grave**. « le moment où vraiment il y a besoin d'un médecin c'est qu'il se passe quelque chose de grave... je ne me sens pas capable de gérer si c'est un grave accident » (I) ; « On ne sait pas à l'avance quelle ampleur ça va prendre, on ne le sait pas en avance naturellement » (N)

Parfois le risque d'urgence est perçu comme une **épée de Damoclès** lors d'un événement qualifié de plutôt sympathique. Des médecins disent même qu'il « faut s'attendre au pire ». (G) ; « il y a trop de risques d'accidents, équivalent d'AVP » (I), « de ne pas pouvoir jouir normalement d'un bel événement » (G)

Certains ne veulent juste pas s'infliger ce **stress**. « c'est toujours un peu stressant de se dire qu'il peut y avoir un cas grave en fait... on est pas avec notre vraie casquette de Samu quoi, oui ce n'est pas les mêmes conditions qu'à l'hôpital .. si jamais pas de bol il y en a un qui fait son arrêt cardiaque » (B)

L'appréhension liée au risque d'urgence est inversement corrélée à la capacité que ressent le médecin à gérer théoriquement ou techniquement ces urgences. « un médecin généraliste qui n'est pas formé aux gestes d'urgences, il ne sera pas forcément capable de prendre en charge des choses lourdes quoi » (I) ; « je pense qu'il faut savoir être conscient de ses compétences et de ce qu'on entretient, et ce qu'on entretient pas » (E).

- Appréhensions liées à la médicalisation sportive

Certains évoquent le fait de ne pas connaître les **pathologies** possiblement rencontrées

lors de ces évènements. « j'étais ultra-stressée, ultra-angoissée, par rapport à mon inexpérience par rapport aux pathologies du sportif en compétition » (C) ; « la traumato et mort subite, bien que la traumato de sport mécanique et traumato de parapente et la traumato du running c'est pas les mêmes les accidents de corrida » (E) ; « franchement je ne savais pas du tout ce que j'allais avoir comme pathologies » (D). « « n'importe quel sport on peut avoir de tout » (F)

La **mauvaise connaissance des sports**, de leur **déroulement** et ainsi de leurs **risques** peut être aussi un frein. « les sports aquatiques ou moi je suis un peu moins à l'aise » (F) ; « si le rugby me ferait peur, parce qu'on peut facilement se casser le cou » (M) ; « pas sur le même genre de trauma qu'une course en VTT ou des choses comme ça ou là médicalement je serai plus embêtée, je pense, que les courses à pieds, ça ça reste des choses que je sais gérer » (H) D'autres sont gênés par le fait de devoir prendre en charge des **sportifs** parfois têtus quand il s'agit de compétition, et durs à convaincre de ne pas retourner dans la compétition. « elle est partie avec beaucoup de colère parce qu'elle voulait faire sa deuxième épreuve » (L) ; « Mais en réalité..., ce sont des gens qui sont en pleine compétition, en pleine adrénaline, quand ils ont une plaie, parfois ils veulent continuer de suite, vous savez, la course c'est pas évident... c'est des hormones, c'est du stress... les sportifs ne sont pas faciles à soigner, ils ont parfois des attentes qui sont trop élevées hein... » (N)

La notion que les **sports sont devenus plus dangereux** dans la pratique actuelle ressort aussi dans un entretien « non c'était pas trop grave à l'époque, et c'était il y a longtemps, c'était il y a déjà 40 ans je pense, les gens étaient encore sages à cette époque. » (N)

- Des appréhensions variables en fonction des individus.

La réassurance, ou la sensation de faible risque est totalement subjective.

Dans certains entretiens, on note que le fait d'encadrer des gros évènements, ou de **grosses courses** à pied, est considéré comme **moins à risque**, car les participants seront plus **entraînés**, et auront probablement moins de risques de blessures ou de problèmes médicaux. « si c'est un trail plus long, ils doivent être mieux entraînés (rire), ou encore plus en forme on va dire » (B) ; « la durée et le dénivelé, pour moi ça, ça change pas trop... au final tu as des gens beaucoup plus entraînés donc je suis pas sûre que tu sois sur un risque plus important de blessure » (H)

Ces médecins-là, se méfieront plutôt des évènements sportifs **amateurs**, avec des inscriptions tout venant, laissant libre accès à des personnes plus ou moins sportives. Le risque paraît plus

important à leurs yeux, car le tout venant laisse place à l'inscription de sportifs du dimanche parfois mal entraînés, ou à risque cardiovasculaire plus important. « plus la distance est dure plus les gens sont entraînés, moins il y a de chance qu'il se passe un truc grave sauf si malformation cardiaque machin et tout mais c'est pas de chance. Mais je pense que quand c'est des petites courses, il y a plus de monde, il y a plus d'amateurs et c'est là ou il peut y avoir plus de trucs chauds à gérer, d'urgences » (D).

Les sportifs sont ainsi considérés comme faisant partie d'une population globalement en **bonne santé** « je pars du principe que les participants qui s'inscrivent sur des trails longues distances c'est des gens quand même en bonne santé qui en ont déjà fait, donc c'est pas le premier venu qui n'a aucun entraînement et qui va se lancer là-dedans et qui a plein de soucis cardiovasculaires » (F)

Certains médecins voient le risque médical sur ce genre d'évènement, plutôt de manière **proportionnelle** à la taille de l'évènement, plus l'évènement est important, ou long, plus le risque de blessure est important. « ça me paraît être un truc énorme, là on est sur du gros truc quoi... on n'est plus sur du petit risque de blessure, si ça y est toujours, mais on est sur des risques de choses plus graves à type de malaise... c'est pas la petite course du dimanche là on est sur des sportifs euh... entraînés de gros niveau quoi... gros niveau avec des équipes à gérer ça c'est pour moi quelque chose de trop gros » (I)

D'autres médecins, seront plus rassurés si c'est un évènement sportif concernant des **enfants**. « donc beaucoup moins d'appréhension avec une population jeune » (B) ; « des petits matchs du week-end chez des enfants ou des adolescents pourquoi pas » (I).

Certains médecins estiment que les **pathologies spécifiques du sportif**, ne sont **pas** des pathologies **aiguës** et ne nécessitent pas de prise en charge urgente. « les pathologies spécifiques liées aux sports c'est des pathologies qui ne sont pas aiguës urgentes » (A) ; « après l'urgence que... le type qui fait un malaise sur un dix kilomètres, vingt kilomètres, quarante kilomètres, il fait un malaise quoi... la prise en charge c'est pas forcément dépendant du sport... c'est la traumato voyez, c'est pas trop le sport qui change les pathologies c'est souvent les mêmes qu'on retrouve. Il peut y avoir des spécificités particulières mais globalement c'est un peu toujours pareil... dans l'urgence c'est toujours les mêmes choses qui ressortent » (K)

Le fait de médicaliser à **plusieurs**, et la **notion de ne pas être seul**, permet de mieux

appréhender l'événement. « Si je suis seule médecin ou si on est plusieurs... il faudrait pouvoir être en doublon sur un ou deux événements » (I) ; « déjà être accompagné par un autre médecin qui en a déjà fait, et sentir qu'on a pas tout le poids des décisions on va dire » (H).

6) Des facteurs plus personnels entrant en compte dans le refus de la médicalisation

Un facteur lié au fait de devoir convaincre un sportif de ne pas retourner dans la course, peut être le **gabarit** du médecin. « je pense qu'il faut être un peu plus costaud pour se faire entendre... c'est pareil si je faisais 1, 90 m et 90 kg, peut-être que le rugby ça ne me gênerait pas (rire)... les sportifs qui veulent retourner sur le terrain qu'il faut convaincre qu'il ne faut pas y aller que c'est dangereux pour eux, je pense qu'il a peut-être un peu plus de poids ne serait-ce que par sa carrure » (C).

Être une **femme** au sein d'une équipe et se faire écouter. «... que les mecs ils acceptent de prendre des ordres d'une bonne femme qui fait 1, 53mètre (rire), et qui a de la gueule pour compenser sa taille » (L)

D'autres médecins évoquent la **lassitude** due à la **répétitivité** des événements, les urgences sont souvent les mêmes, et les événements se ressemblent. « j'en fais de moins en moins parce que j'en ai déjà fait et puis c'est bon quoi, je préfère la nouveauté un peu » (K).

Parfois les médecins ont même des pensées qu'ils trouvent peu appropriées, **souhaitant la blessure** de quelqu'un pour dynamiser la journée qui peut être parfois longue. « tu attends que les gens se fassent mal pour bouger, tu es coincé à un endroit, tu y passes toute la journée » (A).

Le manque de **sollicitation** peut être un frein « c'est vrai que depuis que je suis installée j'ai pas vu trop d'annonce passer comme ça... on est pas trop trop sollicité, après c'est peut-être les médecins pompiers, ou les médecins dans les associations » (F).

D'autres évoquent au contraire une **sur sollicitation** « Pour moi, c'est une ouverture de parapluie pour les assurances... les demandes qu'on a c'est un peu excessif je trouve, par rapport à la dangerosité de l'évènement » (E).

c Une notion de temporalité pour les médecins médicalisant

A plusieurs reprises, lors des entretiens, certains médecins ont évoqué la notion de

temporalité. Il en ressort au final que la médicalisation est une activité de **médecin jeune**, parfois **non encore installé**, en post internat immédiat. « ça c'est des trucs que j'aurais pu faire quand j'étais étudiante et sans famille... quand on est sur une carrière, installée ou tout ça, bah les week-ends on fait d'autres trucs... mes loisirs sont mes loisirs avec ma famille » (E) ; « des choses que j'aurais été plus capable de faire je pense de suite après mon internat, mais ça fait longtemps que je n'ai pas fait des trucs » (E) ; « ça fait partie des activités qui peuvent être enrichissantes sur un début de carrière » (E) ; « Pour un jeune je pense que ça peut être attractif, pour se faire une patientèle, se faire connaître hein... Non, à mon âge non, je fais trop de recours sur mon âge peut-être mais pour moi ça a changé pendant ma vie. Au début, je voulais bien le faire... » (N)

Plus tard dans la carrière, l'installation (« plus maintenant parce que j'ai mon activité.. » (H)) la **vie de famille** prend une place plus importante, la vie professionnelle, et les activités bonus sont ainsi mises de côté. « Non non à mon âge je ne m'y mettrais pas, mais à mon âge je n'ai pas envie, j'ai beaucoup donné à mon travail, là j'aimerais pouvoir profiter un peu de ma famille, donc je le ferais pas » (M) ; « je fais d'autres trucs sur mon temps libre hors cabinet, j'aime bien mes filles » (E) ; « oh maintenant, je ne veux plus rien maintenant... le reste du temps je suis grand-mère à plein temps donc c'est bon ça suffit » (M) ; « Oui à mon âge maintenant je me rends compte que je préfère participer aux choses qu'à la médicalisation ! » (A)

Il est parfois signalé que cette discipline peut aussi être une pratique qui revient à la mode, après, une fois que **les enfants ont quitté le domicile**. « c'est peut-être aussi une activité de fin de carrière quand il y a plus les enfants à la maison et qu'on peut faire d'autres choses les week-ends » (E).

d La rémunération prise en compte dans l'acceptation :

La rémunération a été évoquée à plusieurs reprises. On peut en conclure, que les médecins médicalisant investissent, du temps, et des **responsabilités** lors de l'engagement au sein de ces événements. Il est donc justifiable que la **rémunération** soit conséquente. « Et je demanderai aussi si je suis payée quand même ! on joint l'agréable à l'utile mais bon, des heures prises et surtout un engagement de notre responsabilité donc je pense qu'il faut quand même un minimum rémunérer » (I) ; « on doit donc être rémunéré en conséquence et... » (J) ; « et je n'ai pas envie d'engager ma responsabilité pour des choses bénévoles sur mon temps

libre » (G)

Si ce n'est pas le cas, il faut que cet événement soit encadré, soit **par quelqu'un que l'on connaît bien**, soit une discipline appréciée, (« donc oui si c'est un événement à but lucratif et que c'est pour le faire bénévolement, je ne dis pas hein, si le trail était ma passion je le ferai certainement, mais pour l'instant ce n'est pas encore le cas » (B)) ou dans laquelle on a un **investissement associatif**, mais le **bénévolat** pur et sans contrepartie est plutôt mal vu par les médecins interrogés. « il y a des endroits où c'est pas possible d'être payé, d'autres qui sont payés, donc c'est peut-être ça qui peut freiner les gens aussi, engager sa responsabilité sans être payé du tout, ils ne le feront pas. » (C) ; « le fait que ça soit bénévole... ça te prend un dimanche un week-end,... et faire ça gratuitement alors que tu engages ta responsabilité ça peut freiner beaucoup de généraliste... Donc pour le bénévolat il faut une attirance pour le sport » (D)

Parfois une **rémunération non monétaire**, par un bon repas, un coffret cadeau de remerciement, ou des petits gestes amicaux peuvent suffire... « Moi je le faisais bénévolement, je n'ai jamais demandé de financement, les seuls qui m'ont payé, donné une enveloppe avec un bouquet de fleur... c'était une association, après j'avais la buvette gratos » (L)

e **La méthode de recrutement entre en compte dans la réflexion :**

On peut voir que la **méthode de recrutement** peut influencer le choix de la médicalisation.

Tout d'abord, le fait que **l'organisateur soit quelqu'un de connu** par le médecin auquel la médicalisation est proposée. « Mon frère organisait des concours » (L)

Que ce soit une connaissance directe ou indirecte, la **confiance** est plus importante qu'envers quelqu'un d'inconnu. Parfois on le fait par ce que l'on **veut faire plaisir**, il est plus simple de vouloir faire plaisir à quelqu'un de connu. (« les gens essaient d'appeler des connaissances autour... c'est pas de gens qu'on connaît personnellement mais voilà quoi, on peut les dépanner. » (C))

La demande par **téléphone** ou par **mail** est vue de manière différente, surtout en fonction des générations.

Les médecins préférant les **téléphones** trouvent cette méthode plus **personnelle**, « si je le connais ou qu'un intermédiaire le connaît, oui pourquoi pas » (B) et favorisant un **rapport direct** permettant de poser les questions nécessaires à leur réflexion. « on peut parler, on sait à qui on a affaire, on peut poser ses propres questions, c'est vrai que c'est moins dérangeant d'envoyer un mail, mais c'est plus anonyme, et puis moi je préfère le non anonymat » (M).

Certains se poseront la question de savoir **pourquoi** ils ont été choisis pour être contactés par téléphone et seront plutôt **surpris** par la démarche. « je serai surprise... ça me dérangerait un petit peu... ça me paraît très étonnant, sans que moi je me sois inscrite » (I) D'autres trouveront cette méthode un peu **intrusive**, et **agressive**, (« je me serais moins sentie agressée mais je n'aurais pas répondu non plus, mais je trouve cela moins intrusif » (E)) prenant le médecin au dépourvu, parfois à un moment où le médecin n'est pas **disponible**. Cette méthode peut donc être une perte de chance pour certains médecins. Ces médecins préféreront une approche par mail, plus douce, moins intrusive, laissant place à une **réflexion** (notamment quant à la disponibilité) à la lecture ou relecture du mail. « Je pense que le mail est moins intrusif, moins dérangeant et que ça peut être une première étape qui me semble préférable parce que si je suis en consultation et qu'on m'appelle je vais l'envoyer à la pêche, alors que le mail je peux réfléchir un peu et lui répondre si ça m'intéresse. » (G) « enfin tu n'as pas le temps de trop réfléchir quoi, il te prend de court (H) « Le contact par téléphone ne me dérange pas mais il faut que ça soit euh... qu'on soit déjà au courant et volontaire à la base quoi... agressif... Par mail ça me va mieux explications... l'inscription tu regardes ton truc tranquillement... tu te fais ton idée.. après tu appelles pour creuser les renseignements... voilà te braquer ou pas avoir le temps de poser des questions, te sentir un peu poussé dans la démarche » (I) Les médecins, plutôt favorables à l'appel téléphonique, sont des médecins qui ne répondront pas forcément à une sollicitation par mail, parfois par fait de **non visibilité** de ceux-ci. « Oui je ne regarde pas les mails... Moi il faut me contacter par téléphone et après réaliser les trucs par mail » (A) ; « dans ma boîte mail j'ai bcp de mail qui vont directement dans le courrier indésirable » (F)

Certains préfèrent l'**appel pour parler** de l'évènement, et le **mail pour officialiser** les choses dites oralement par téléphone. « Moi je préfère les contacts directs... on discute, on négocie et ensuite on passe à l'écrit » (J) ; « contact direct avec le mec qui organise, si on a des questions justement, ensuite je trouve ça bien d'avoir un premier contact par téléphone et éventuellement après résumer toutes les infos par

mail. » (D)

f Les principales compétences requises pour être médecin médicalisant d'après les médecins interrogés :

L'important pour un médecin médicalisant un évènement, est de **connaître ses propres limites**. Et après avoir pris connaissance et cerner celles-ci, essayer de faire au mieux. « il faut qu'il soit conscient de ses limites *primum non nocere* » (A)

Il faut bien sûr en avoir **envie**, et se **sentir capable** de le faire. « quelqu'un qui a envie, qui soit consciencieux, qui fait gaffe, qui se tient à jour » (C) ; « des gens qui soient impliqués, peut-être qui se remettent en cause aussi, de se dire, bah ça je sais faire ça je sais pas faire et ceux qui ne savent pas faire et bah ils n'y vont pas » (C) ; « une histoire d'avoir l'impression de gérer ou pas, si il faut c'est une fausse idée hein » (C)

Il est aussi important d'être habilité à **savoir gérer** des situations dans des conditions de **stress**.

« Je connais des potes de promos qui sont pas du tout du tout à l'aise avec ça et qui ne se lanceront jamais là dedans et tant mieux ! Par ce qu'au moins.. ça les évite de se mettre en danger professionnel en stress *et caetera* et les patients aussi. » (F) ; « il faut se sentir quand même... il y en a qui sont assez stressés au moindre truc » (F)

Il faut toujours se rappeler, qu'**en cas de nécessité**, il est possible de **transférer** des cas vers d'autres structures d'urgences hospitalières par le biais du 15. « bon on est passé décisionnaire, on est plus là pour encadrer et médicaliser mais que de toute façon on a le recours au 15 pour un avis plus spécifique » (F) ; « ce qu'il faut c'est avoir l'œil médical, de savoir évaluer l'urgence, alerter, faire les premiers gestes donc oui, un médecin généraliste est tout à fait capable si il s'en sent capable » (I) ; « on se met en relation avec le 15 et on fait partir » (J)

Pour assurer une continuité des soins optimale, et prévenir les structures de relais, il est judicieux de **prévenir les structures d'urgence**, du déroulement d'un évènement sportif à proximité. « il faudrait avoir organisé cela... avoir prévenu le SAMU à l'avance qu'il y a une course avec éventuellement une évacuation à organiser » (A) ; « oui est-ce que la relation avec le service d'urgences le plus proche a été faite. oui ça doit être déclaré » (K) ;

Avant cela, il est important de **savoir réaliser des gestes techniques d'urgence**. « il faut qu'ils aient une formation au moins de MCS, et se former à tous les gestes d'urgence » (J)

Les situations peuvent s'avérer stressantes au début, mais le fait de **réitérer l'expérience**, peut permettre aux médecins de **diminuer** leur **appréhension**. « on est toujours un peu inquiet quand on fait un truc un peu comme cela d'urgence mais c'est toujours pareil, c'est comme les gardes c'est pareil il y a toujours une petite lumière qui reste, mais ce n'est pas de l'inquiétude, sinon je ne l'aurais pas fait » (K) « Enfin il faut en avoir vécu. Après je sais pas je pense qu'il faut un minimum avoir vécu des trucs comme cela » (K)

Le fait de faire partie d'une équipe médicale avec **plusieurs médecins**, peut également diminuer l'appréhension, avec une notion de ne pas être le seul représentant médical de l'évènement. « On était plusieurs médecins, et j'étais avec une amie aussi donc ça aide à être moins angoissée » (B) ; « ça aurait été plus stressant si j'avais été le seul médecin... C'était plutôt rassurant de savoir que je n'étais pas tout de seule » (D) ; « déjà être accompagné par un autre médecin qui en a déjà fait, et de sentir qu'on a pas tout le poids des décisions on va dire » (H)

Il ne faut pas oublier, que les urgences médicales sont des réalités **inhérentes** à la pratique quotidienne du métier de médecin généraliste « je pense qu'elle a plus de chance d'avoir des urgences dans son cabinet que dans un événement sportif, oui parce que les patients ont des pathologies chroniques et ne sont pas forcément en bonne santé. » (L)

Le fait qu'il **ne se passe souvent pas grand-chose**, est aussi un trait qui ressort souvent au cours des entretiens. « après on espère que nos sportifs ils sont en forme, et qu'ils ne vont pas nous faire une infarct sur le parcours » (M) ; « donc c'est plutôt parce qu'il n'y aurait pas grand chose à faire en fait, donc ça me sécurise parce que si au moins il y a quoi que ça soit je devrais y arriver (rire) » (C) « je pense que globalement ça se passe quand même bien et qu'il n'y pas souvent de gros accidents qui ont été mal gérés, donc peut-être que je m'en fais toute une montagne pour rien, mais bon » (H) ; « après j'ai de la chance parce que dans tout ça je n'ai pas beaucoup médicalisé » (L)

4 Synthèse des résultats :

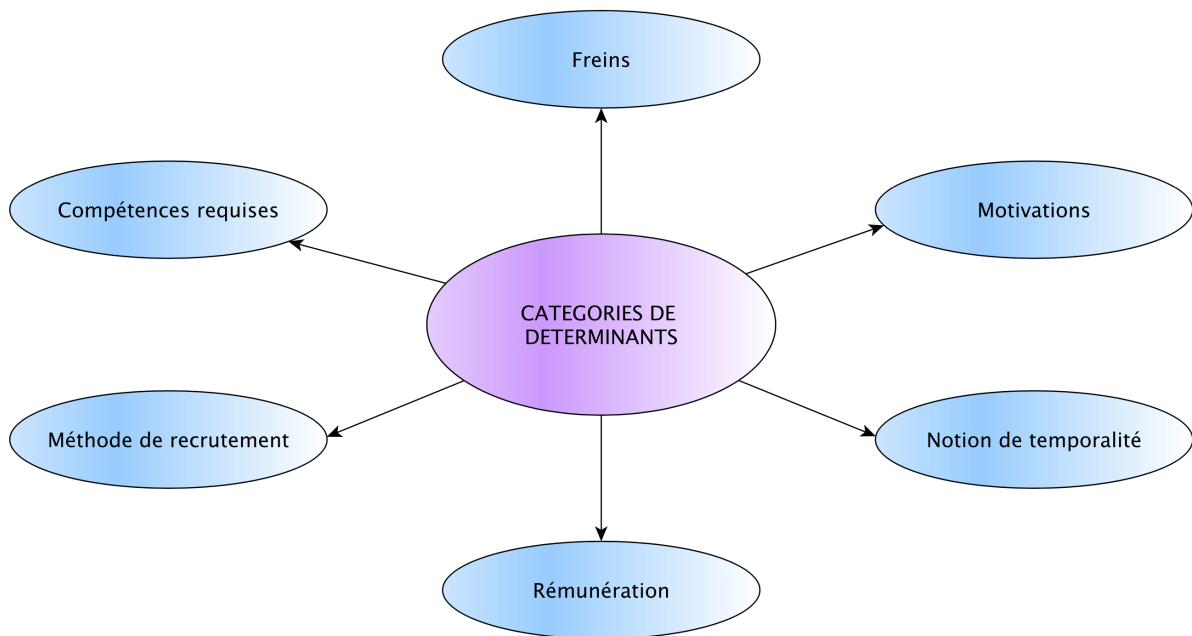


Figure 1 : Catégories comportant les différents thèmes retrouvés au cours de l'étude.

L'analyse thématique des résultats a permis de faire ressortir cinq grandes catégories de déterminants entrant en compte dans l'acceptation ou le refus de la médicalisation. Ces catégories sont représentées dans la figure ci-dessus.

Ces 5 grandes catégories sont constituées chacune de thèmes émergents, en rapport avec le même sujet, retrouvés lors de l'analyse des données.

Nous allons exposer les différentes compositions de chaque catégorie de la figure ci-dessus.

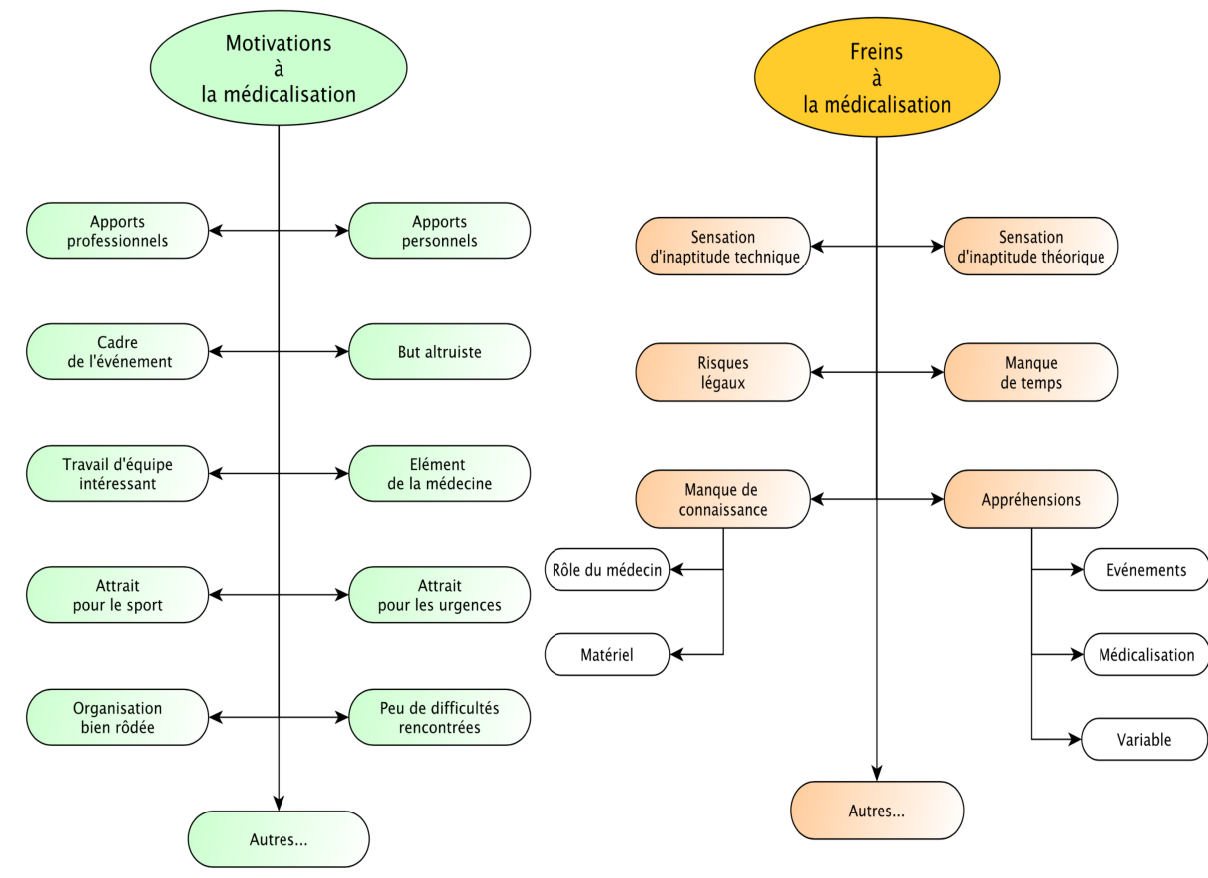


Figure 2 : Représentation des différents facteurs freinant ou motivant l'acceptation de la médicalisation.

Lors de cette étude, nous pouvons observer que les motivations à la médicalisation sont assez nombreuses et variées. Cette discipline paraît être enrichissante sur le plan personnel et professionnel, dans un cadre sympathique. On note pour la plupart des médecins un attrait soit pour le sport soit pour les urgences soit pour les deux. Ces médecins ont, ou ont eu, des appréhensions lors de leurs premières expériences dans le domaine, appréhensions parfois soulagées par le travail d'équipe, et une organisation bien établie. Cependant on peut noter qu'il existe plusieurs freins à la médicalisation. Ceux-ci sont surtout basés sur le subjectif du médecin. Des sentiments d'inaptitude, des appréhensions, une notion de manque de connaissance du rôle ou du matériel nécessaire, et les risques légaux encourus sont les éléments que l'on retrouve le plus.

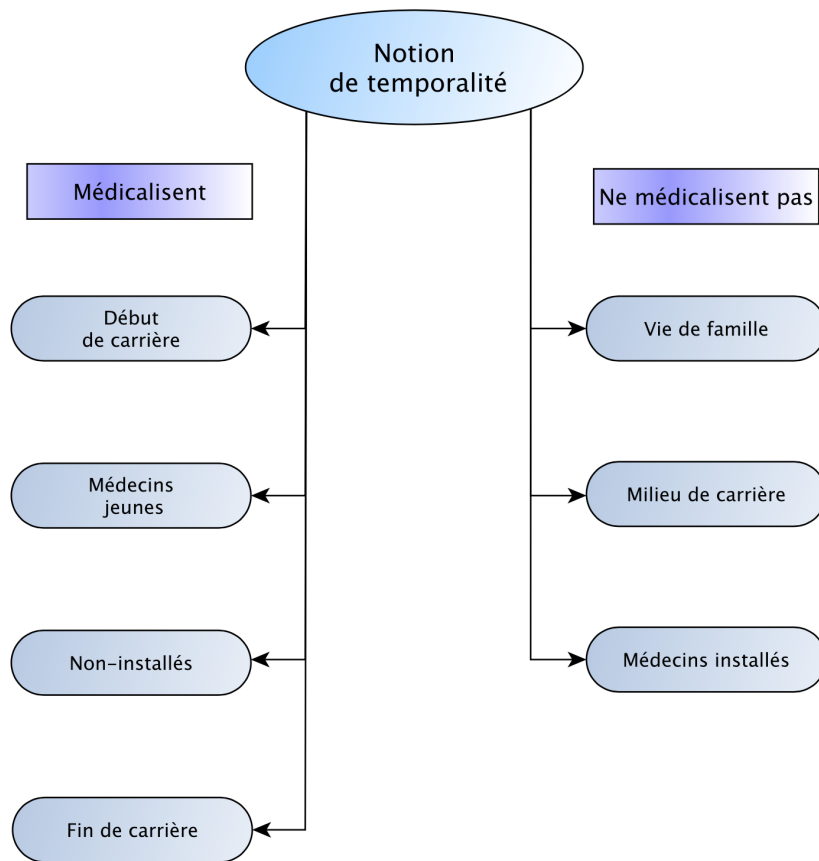


Figure 3 : Déterminants en rapport avec la notion de temporalité au niveau de la carrière professionnelle d'un médecin.

Au fil des entretiens, on comprend que cette discipline est rythmée par la carrière professionnelle, avec des moments plus propices à l'acceptation de la médicalisation. Il s'agit de période, où les médecins ont du temps, ne sont pas forcément installés, sont jeunes et en début de carrière. Ces jeunes médecins, parfois remplaçants, ont des emplois du temps variables, et plus de disponibilités. Parfois certains y reviennent en fin de carrière professionnelle, d'autant plus, si les enfants ont quitté le domicile, laissant alors plus de disponibilité.

Entre ces deux périodes, il y a souvent une coupure due parfois à une vie de famille, ou à une installation pour d'autres. Ceux-ci travaillant de manière régulière la semaine, ont parfois moins de temps à consacrer le week-end et les jours fériés, et profitent de leur temps de non travail, pour se consacrer à leurs loisirs et leur famille.

La notion de temporalité semble être un déterminant important pour la médicalisation d'évènement.

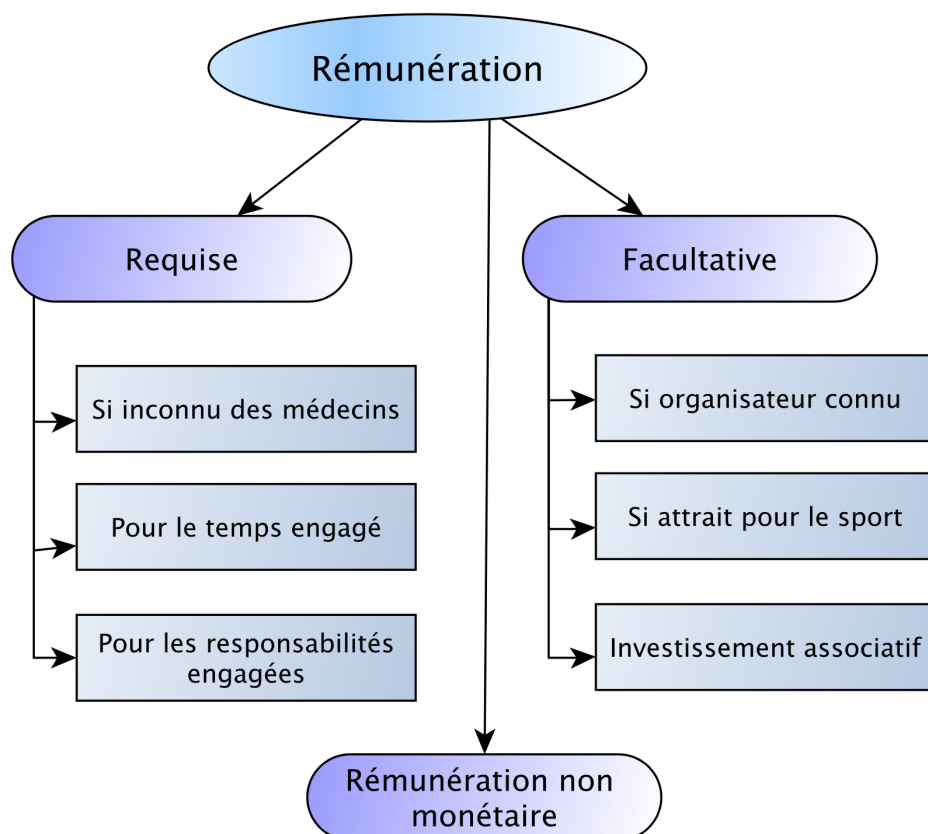


Figure 4 : Thèmes en rapport à la rémunération d’une médicalisation sportive.

La rémunération est évoquée à de nombreuses reprises. Celle-ci peut sembler indispensable, sauf pour certaines exceptions. Effectivement, certains médecins peuvent faire du bénévolat pour dépanner des organisateurs qu’ils connaissent, ou lorsqu’ils ont un fort attrait pour la discipline en question. Parfois, certains sont membres d’un club sportif ou d’associations sportives, et le font plutôt dans le cadre d’investissement associatif, pour participer à la vie d’un club.

En dehors de ces conditions, la rémunération semble influencer les médecins à accepter ou non la médicalisation. Effectivement, il y a un temps engagé, parfois conséquent, consacré à l’évènement, accompagné de responsabilités professionnelles. Cette discipline sera vue comme un élément possible du travail du médecin, et nécessitera donc une rémunération. Comme diraient plusieurs médecins, tout travail mérite salaire, surtout si ce n’est pas dans le cadre d’un plaisir personnel, et d’autant plus si l’organisateur n’est pas connu du médecin.

Certains médecins, dans le cadre d’activité à but non lucratif, accepteront la médicalisation « pour aider » au déroulement d’une activité ludique pour les sportifs. Certains organisateurs, pour remercier leur présence malgré l’absence de rémunération possible, offrent des remerciements non monétaires (panier garnis, bon cadeau, bouquet…) qui sont toujours bien accueillis par les médecins.

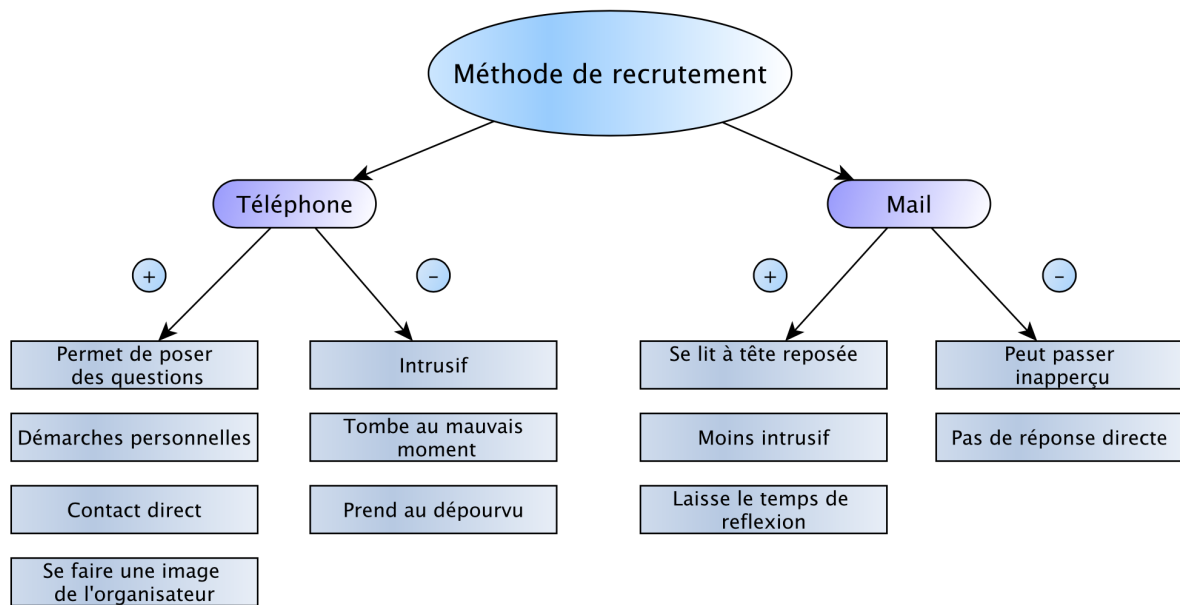


Figure 5 : Thèmes se rapportant à la méthode de recrutement pour la médicalisation d'un événement.

Par rapport à la méthode de recrutement, chaque personne est différente, et a ses préférences. D'après cette étude, on peut en déduire que la plupart des médecins préfèrent être contactés par quelqu'un de connu, directement ou indirectement, pour la proposition de la médicalisation. Pour la méthode, les avis divergent.

Le téléphone a ses avantages qui sont : une démarche vue comme plus personnelle, avec la possibilité de poser des questions de manière directe et de se faire une idée de l'organisation de l'évènement. Mais a pour inconvénient d'être appelé parfois à des moments inopportuns, laissant peu de place à la réflexion. Cette méthode peut paraître parfois intrusive, voire agressive, surtout si l'organisateur est inconnu du médecin, ou s'il n'y a pas eu de démarches volontaires par le médecin pour être appelé pour tel type d'évènement. A contrario cette méthode est bienvenue si l'appel est réalisé par quelqu'un de connu du médecin.

Le mail, plus discret, permet d'être lu uniquement par les intéressés, mais peut passer parfois inaperçu. S'il est lu, il laisse place à un temps de réflexion plus important, et l'organisation peut être étudiée en détail. La méthode semble moins personnelle, et moins intrusive que le téléphone, et peut être plus appréciée si l'organisateur est inconnu du médecin.

Une méthode appréciée semble être une première approche par téléphone pour parler

des détails de la course et poser les questions directement, suivie pour officialiser d'un mail afin d'exposer les détails du contrat.

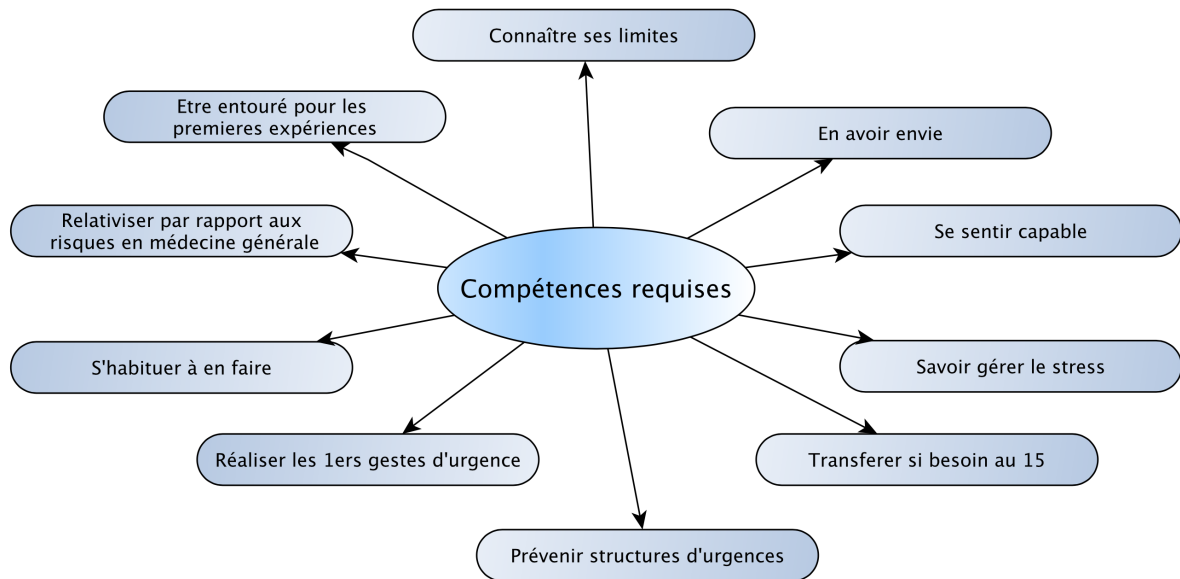


Figure 6 : Les compétences requises ressenties par les professionnels de santé pour accepter la médicalisation.

Dans cette partie, nous allons voir les compétences à avoir, selon les médecins interrogés lors de l'étude, pour médicaliser un évènement. Ces compétences sont vues comme des déterminants psychologiques, et des choses à ne pas oublier pour faire ce genre de discipline.

L'important est de connaître ses limites et de les exprimer, afin de ne pas être mis en situation délicate en cas de litige. Il faut aussi, bien sûr, en avoir envie, avec un attrait financier, sportif, ou professionnel. Il faut se sentir capable de gérer certaines situations parfois stressantes. Pour cela, il ne faut pas oublier que l'on peut se sentir seul, mais qu'on ne l'est jamais vraiment, car un appel des structures d'urgences est toujours possible, ainsi qu'un transfert via le SAMU si besoin. Il faut cependant se sentir capable de réaliser les premiers gestes d'urgence. Pour se sentir capable de le faire, l'expérience est essentielle, les appréhensions diminuent au fur et à mesure des expériences vécues. Il ne faut pas oublier, que les urgences vitales sont inhérentes à la pratique de la médecine, et qu'il est possible d'avoir affaire à un infarctus du myocarde dans le cabinet de médecine générale. Les médecins sont formés à repérer les urgences, et à

les traiter, avec de l'expérience, certains savent mieux gérer ces situations considérées comme stressantes car mettant en jeu le pronostic vital. Il faut donc être conscient des risques vitaux inhérents au domaine médical afin de relativiser sur les risques encourus lors de ces événements. Parfois, le compagnonnage permet de mieux appréhender les événements, avec une diminution du stress, avec l'aspect de ne pas être seul face à une situation.

V DISCUSSION :

1 Discussion autour des résultats principaux

Dans cette étude, nous avons pu étudier les différents déterminants, mis en jeu dans la réflexion des médecins, avant d'accepter ou non une médicalisation sportive. La population raisonnée à variation maximale nous a permis d'obtenir un large verbatim, faisant ressortir de nombreux thèmes différents. Ceux-ci ont été classés et décrits dans la partie analyse des résultats.

Il a été intéressant d'interroger des médecins, ayant déjà réalisé des médicalisations sportives, et d'autres ne l'ayant jamais fait. Cela a permis de mettre en parallèle, des appréhensions ressenties, et des retours expériences sur cette discipline.

Nous allons dans cette partie mettre en évidence les liens entre les appréhensions, les retours d'expérience, et ce qui a déjà été décrit dans la littérature.

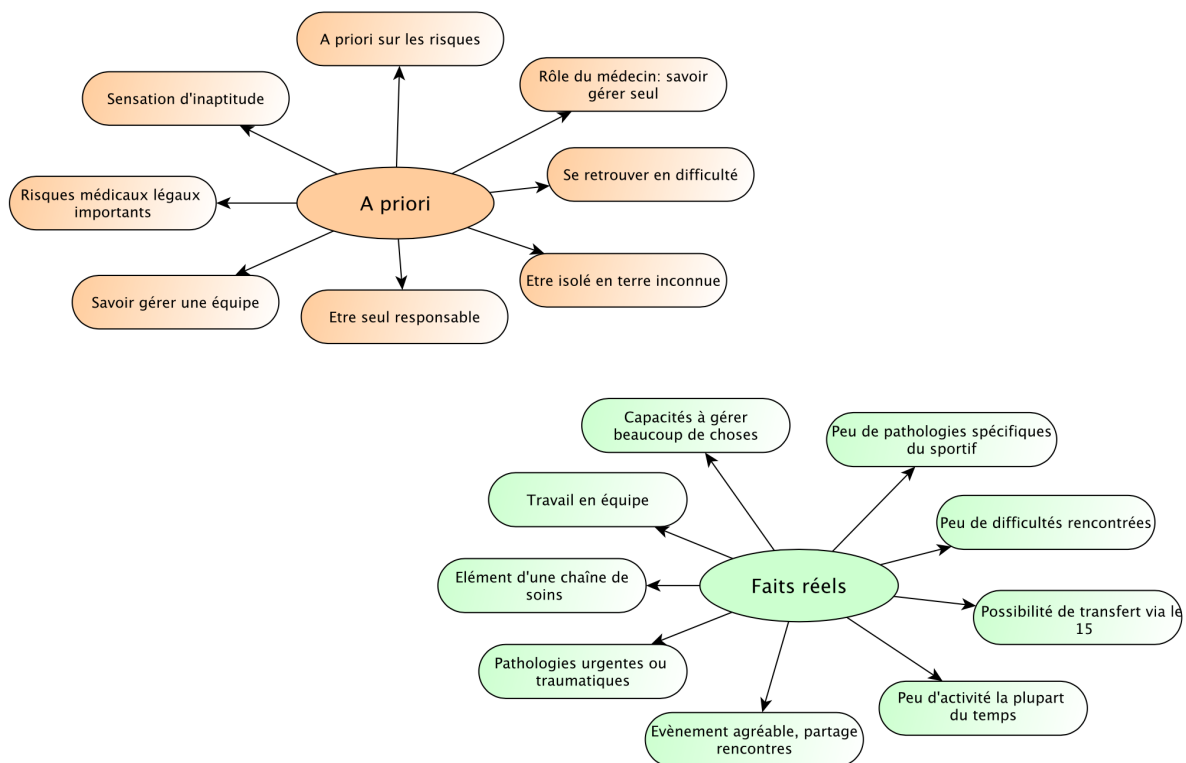


Figure 7 : Déterminants basés sur des a priori comparés à des faits réels basés sur expériences de certains médecins médicalisant.

Tout d'abord, il semble important de préciser, que de nombreux médecins généralistes interviewés lors de cette étude, ont eu des propositions de médicalisation. Certains les acceptent exceptionnellement, d'autres régulièrement, et d'autres les refusent toujours.

Cette discipline, attirante pour certains, peut effectivement être redoutée par d'autres, car reste mystérieuse. Le rôle du médecin est souvent mal connu, le fait d'être en dehors de sa zone de confort sur des terrains parfois accidentés, pour réaliser des gestes d'urgence inquiète. De plus, le monde de la compétition, avec des athlètes parfois têtus, souvent pressés, et investis dans leur course (parfois au détriment de leur santé), peut être difficile à comprendre pour un médecin non familiarisé au domaine du sport.

Certains médecins, ayant une attirance pour le sport et les urgences, n'osent cependant pas se jeter dans le grand bain.

- **La médicalisation : une expérience stressante avec un risque de pathologie grave**

Dans cette étude, des médecins rapportent l'appréhension de se retrouver seul face à des situations stressantes, urgentes, ou graves. D'autres rapportent que les phénomènes graves, restent exceptionnels dans le cadre d'évènements sportifs, surtout dans des sports tels que le trail, où la cinétique reste faible, et le risque d'accident est limité. Effectivement, lorsqu'on analyse la prévalence des incidents dans des trails, nous retrouvons en grande partie des pathologies bénignes avec des prises en charge simples. (24,25,26,27)

Par phénomènes graves, beaucoup redoutent l'arrêt cardio-respiratoire lors d'une course.

Une étude réalisée en 2017, au Canada, s'intéresse à la fréquence des arrêts cardiorespiratoires lors de la pratique du sport en général. Sur 18,5 millions de sujets étudiés, on note 74 arrêts cardio-respiratoires : 16 lors de la pratique d'un sport en compétition, et 58 dans le cadre de sport loisir. Cette étude estime un taux d'arrêt cardiaque en compétition à 0,76/100 000 athlètes, la plupart étant dû à des anomalies malformatives préalables.(38) L'incidence de l'arrêt cardio-respiratoire en population générale française et américaine, d'après une étude épidémiologique de cardiologie, étant de 55 à 66/100 000 si l'on comptabilise les ACR avec prise en charge. Cette incidence pouvant monter à 75/100 000 si tous les ACR, même sans prise en charge, avaient été comptabilisés. (39) La crainte de se trouver face à un ACR lors d'une manifestation sportive, plusieurs fois évoquée lors des entretiens, ne semble guère fondée.

- **Une appréhension variable en fonction du niveau des participants et de l'ampleur de la course**

Certains médecins, ont une appréhension proportionnelle à la taille de l'évènement, émettant l'hypothèse de risque proportionnel à la taille, ou à la difficulté de ce dernier. Les petits évènements leur semblent, de ce fait, moins risqués que les plus importants.

D'autres ont une appréhension moindre dans les gros événements, évoquant un meilleur entraînement de la part des inscrits. Effectivement, l'hygiène de vie des sportifs expérimentés, ainsi que leurs heures d'entraînement au préalable, leur semble plutôt en faveur de bonne santé, avec des facteurs de risques cardio-vasculaires faibles. Le risque zéro n'existe pas, bien sûr, mais certains le trouvent plus ou moins comparable au risque d'avoir à faire à une urgence vitale dans son cabinet de médecine générale, avec des patients, ayant des problèmes chroniques, souvent poly-pathologiques. Cette hypothèse nous renvoie aux études sur les incidences d'ACR en compétition sportive, et en population générale déjà mentionnées.

Ces médecins auraient plus de crainte, à prendre en charge des compétitions de trails de petites envergures, laissant plus de place à l'amateurisme : des personnes moins habituées à réaliser des efforts importants, et ayant parfois des maladies chroniques.

Cette différence de risques de blessures en fonction du niveau des participants a été déjà étudié, mettant en évidence une différence significative du taux de blessure, en fonction du niveau, au cours de trails de moyennes distances : les coureurs amateurs, se blesseraient plus fréquemment lors d'évènements organisés que les coureurs expérimentés.(40) De plus, les coureurs présentent de manière générale, plus de pathologies au cours des entraînements, pathologies majoritairement représentées par des troubles tendineux et musculaires, que lors des compétitions. (41).

Une autre étude, montre que le risque de blessures chez les participants d'une course, ne semble pas être proportionnel à la distance parcourue : la courbe blessure sur distance, présentant une forme de U. Les petites et grandes courses, auraient un risque plus important de blessure, que les moyennes courses. (42)

- **Une notion de risque variable en fonction des sports**

Certains médecins redoutent de ne pas être aptes à prendre en charge des pathologies du sportif, et ont des a priori sur les risques des événements. Lors d'évènements, à forte vitesse, ou de sport traumatique, il faut effectivement être prêt à prendre en charge des

situations d'urgences traumatiques importantes, et parfois d'urgences vitales (choc hémorragique, commotion cérébrale, traumatisme médullaire...).

Ces sports, parfois particuliers, sont généralement encadrés par des fédérations exigeant un médecin du sport (43), médecin fédéral, ou médecins urgentistes présents sur les événements sportifs. De plus, toute manifestation de niveau national ou international et toute équipe de haut niveau (national, international) doivent être supervisées par des médecins formés en médecine du sport. Souvent, ce sont les médecins de ces équipes de haut niveau, qui se rendent sur l'évènement afin de poursuivre le suivi de ses sportifs. (44)

Lorsque le risque traumatique est important, il est tout à fait normal de refuser une médicalisation si un médecin ne se sent pas à l'aise avec ce type d'urgence, ou avec le sport en question. Effectivement le médecin doit connaître le sport concerné, les exigences physiques requises de la part des athlètes, les risques de blessures qu'il comporte, ainsi que les règles de la compétition qu'il supervise.(45) Dans le cas contraire, il peut se retrouver en difficulté au cours de la médicalisation, et cela peut provoquer une perte de chance pour la santé des participants.

Certains médecins, cherchent à médicaliser des événements « à risque », procureurs d'adrénaline, et d'émotions fortes. Ceux-là, ont un attrait pour les urgences important.

Ce tableau édité par le comité olympique des sports, classe les sports en fonction des risques inhérents au sport.(45)

Tableau 2. Risques en fonction du sport	
Tiré de: Medical support for hosting events and games. In IOC (International olympic committee) Sport Medicine Manual 2000;451-68.	
Sports et manifestations sportives à hauts risques	Sports et manifestations sportives à risques modérés
<ul style="list-style-type: none"> • Athlétisme (marathon, 30 km marche, 50 km marche, saut à la perche) • Boxe • Canoë (slalom) • Cyclisme • Escrime • Football • Gymnastique • Handball • Haltérophilie • Hockey sur glace • Hockey sur terre • Judo • Lutte • Patinage (artistique, de vitesse, short track) • Pentathlon moderne • Plongeon • Saut à ski • Ski alpin/freestyle (saut) • Sports équestres (sauts, compétition de 3 jours) • Taekwondo • Triathlon • Waterpolo 	<ul style="list-style-type: none"> • Athlétisme (à l'exception du marathon, 30 km marche, 50 km marche, saut à la perche) • Aviron • Badminton • Baseball • Basketball • Biathlon • Bob et luge • Canoë • Ski de fond • Softball • Tennis • Voile • Volley-ball
	Sports et manifestations sportives à faibles risques
	<ul style="list-style-type: none"> • Badminton • Curling • Natation synchronisée • Tennis de table • Tir à l'arc • Tir

Pour les sports à faible cinétique, il faut savoir que les risques d'intervention sur des pathologies du sportif sont relativement faibles, ces pathologies spécifiques entrant surtout dans le cadre des douleurs chroniques, et survenant en majorité à l'entraînement.(39,40) Les interventions médicales comprennent surtout des phénomènes aigus, traumatiques, avec une gestion des antalgies et des immobilisations et, exceptionnellement des urgences vitales.

- **Être seul lors de la prise en charge sur le terrain ?**

Lorsque le médecin se retrouve devant une pathologie grave, mettant en jeu le pronostic vital, son rôle est d'évaluer l'urgence, d'alerter si besoin une structure de relais telle que le 15, pour optimiser la suite de la prise en charge. Il est nécessaire pour le médecin, de savoir réaliser les gestes, et initier les prises en charge de pathologies urgentes sans nuire. Pour cela, le médecin est entouré d'une équipe, qu'il coordonne.

Cette mission, qui peut inquiéter certains médecins peu habitués à le faire, peut s'avérer finalement très utile, permettant la répartition des gestes et choses à réaliser dans l'urgence. Par exemple, en cas d'arrêt cardio-respiratoire, être en équipe permet d'alerter le 15, initier le massage, perfuser le patient, et préparer des drogues très rapidement, permettant un gain de temps, et de chance importante pour la personne concernée. De plus, il faut savoir que les membres de l'équipe, notamment les équipiers secouristes, ont une obligation de formation annuelle continue de 6 heures par an. Ils sont donc remis à jour, chaque année, sur les soins de premiers secours, garantissant une qualité des connaissances techniques et théoriques des secouristes dans leur domaine.(46)

- **Les implications médico-légales de la médicalisation**

La responsabilité médicale appartient au médecin, car il dirige l'équipe, et a un pouvoir décisionnaire. Beaucoup de médecins, pendant l'étude, s'inquiétaient des risques médico-légaux encourus, certains redoutaient des dépôts de plainte. Dans la littérature, je n'ai à ce jour, pas retrouvé le taux de plainte et d'incidents médico-légaux dans les suites de problèmes de médicalisation.

Par rapport aux risques médico-légaux encourus, ma recherche bibliographique m'a permis de conclure au fait qu'il faut surtout savoir être dans un rôle de médecin médicalisant en toute légalité.

La plupart des mises en danger de certains médecins, est dû à un défaut de connaissance du cadre législatif. Le plus important étant de signaler à son organisme de responsabilité civile qu'il va médicaliser un évènement sportif, et de s'assurer qu'il est couvert pour réaliser cette mission.(la couverture étant variable en fonction du type de sport et du niveau de l'évènement sportif).

Il faudra alors préciser le type d'évènement, le lieu, ainsi que le niveau des participants. Parfois, il est nécessaire d'établir une extension d'assurance pour pouvoir être couvert sur certains types d'évènements. De plus, il est indispensable d'avoir un contrat fait par l'organisateur, même si la médicalisation est bénévole.(8) Ce contrat stipulera, le lieu, les horaires, ainsi que les moyens personnels et matériels disponibles pour médicaliser un évènement.(47) Sans contrat signé de la part de l'organisateur et du médecin, aucune assurance ne sera effective. Lorsque ce contrat est signé, il est préconisé, mais non obligatoire, de l'adresser à sa responsabilité civile professionnelle.

Il est très important pour les médecins médicalisants, de connaître les démarches à réaliser avant d'assurer la sécurité médicale d'un évènement. (Vous trouverez en annexe 7 un contrat type de surveillance médicale d'un évènement sportif)

- **La médicalisation : difficile de se trouver une place en tant que femme médecin ?**

Les facteurs plus personnels entrant en compte tels que les problèmes de gabarit par rapport à certains sportifs, ou le fait d'être une femme aux directives d'un monde parfois masculin(48), sont des facteurs ressentis sur lesquels on ne peut pas agir directement.

Cependant, nous remarquons une augmentation importante du taux de femmes médecins inscrites au Conseil de l'Ordre au cours de ces dernières décennies. En janvier 2020, les médecins généralistes en activité régulière sont des femmes à 50,4 %, contre 39,10 % en 2010. On parle de féminisation de la profession médicale souvent étudiée par les experts en socio-démographie. (49)

Cette féminisation de la profession, du fait de sa rapidité, n'est pas encore entrée dans les esprits de tous. On peut supposer qu'avec le temps, les équipiers secouristes ainsi que les sportifs, s'habitueront progressivement à voir de plus en plus de femmes médicaliser un évènement. Ces dernières trouveront ainsi plus facilement leur place au sein des équipes, et se sentiront plus d'attaque prendre en charge des sportifs parfois têtus.

- **Des déterminants inter générationnels ?**

Une étude a été réalisée sur les freins et les motivations à la médicalisation événementielle des internes en médecine générale, tous semestres confondus.(32) Il faut savoir qu'un médecin non Thésée, ne peut assurer, seul, la sécurité médicale d'un évènement

sportif. Il doit être intégré au sein d'une équipe médicale, ou travailler en tant que remplaçant, au nom d'un médecin thésé, et donc sous sa responsabilité.

Les internes sont très freinés par : le manque d'opportunité, un sentiment d'inaptitude, ainsi que par les risques médico-légaux. Les motivations principales sont : l'attrait pour la manifestation en question, des raisons pécuniaires, et l'aspect formateur de la discipline. Globalement les internes étaient demandeurs d'une formation pratique et théorique. La méthode de recrutement n'est, en aucun cas, un déterminant de leur côté.

Nous pouvons retrouver des aspects assez similaires entre la population de médecins internes et les médecins étudiés au cours de cette étude. On note une différence majeure au niveau de l'attrait financier, moins important chez les médecins de cette étude que chez les internes. La notion de disponibilité et de temporalité, ressort plus dans cette population de médecins seniors. On peut supposer que les médecins seniors, le font plus pour diversifier leur pratique que pour arrondir leurs revenus, mais qu'ils n'ont pas forcément le temps de l'intégrer à leur mode de vie, leur vie de famille prenant une place plus importante qu'avant. Les internes, plus jeunes, ayant souvent moins d'impératifs dans leur vie, ont des emplois du temps parfois plus favorables pour y intégrer ce genre de discipline.

2 Forces et limites de l'étude :

Lors de l'analyse et de la critique de l'étude, nous pouvons mettre en avant les forces, les limites, et les biais de celle-ci.

- **Le choix de l'analyse qualitative :**

Le choix de l'analyse qualitative afin d'explorer les différents déterminants à l'acceptation de la médicalisation sportive par les médecins généralistes, semble tout à fait approprié. Effectivement, cette étude s'intéresse aux expériences personnelles, au vécu, au ressenti, aux croyances, craintes et appréhensions des médecins interrogés. Il s'agit donc d'évaluer des sentiments et pensées subjectives, ce qui ne semble pas être évaluable par des méthodes d'analyses quantitatives utilisant questionnaires, échelles ou autres méthodes statistiques. Les entretiens, éléments de la méthode de recueil d'analyse qualitative, permettent ainsi une expression libre et spontanée des réponses par les participants.

Dans ce type d'analyse qualitative, il n'y a pas d'objectif de représentativité de la population, ni d'extrapolation des résultats à la population générale. Le but étant simplement de comprendre des représentations, des concepts, des croyances orientant des pratiques médicales. Il s'agit d'une démarche purement compréhensive et non explicative.

Pour avoir une validité interne à l'étude, il faut donc reposer sur une cohérence méthodologique par rapport à notre question de recherche. La qualité de la cohérence méthodologique de l'étude fait référence aux critères COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*)(37) respectés au maximum pour mettre en place la méthode de cette étude.

L'approche qualitative, qui fait également appel aux sciences humaines, nous a donc paru pertinente dans ce champ d'étude.

○ **L'échantillon :**

L'échantillon attendu était un échantillon raisonné à **variation maximale**, la variation et la mixité de la population était recherchée. Le choix des membres de l'échantillon a donc créé un **biais de sélection intentionnel** afin d'avoir une population la plus diversifiée possible et ainsi, des réponses les plus variées possible augmentant ainsi une force de l'étude.

Le recrutement s'est surtout basé sur le lieu d'installation et la catégorie d'âge des médecins interrogés. Certaines caractéristiques personnelles de l'individu interrogé n'étaient pas connues par l'investigateur, notamment, les formations supplémentaires et l'attrait pour le sport. Ces caractéristiques, très variables d'un médecin à l'autre, ont renforcé le critère de **variations inter individuelles**. Cela a renforcé spontanément le caractère d'échantillon à variation maximale et donc a potentiellement augmenté la diversité des déterminants explorés.

Il peut cependant y avoir un **biais d'échantillonnage**, du fait de la connaissance de certains membres de l'échantillon par l'investigateur. Ces personnes connues de l'investigateur se sont peut-être senties obligées d'accepter l'entretien ? Pour limiter ce biais, les personnes connues de l'investigateur, n'ont pas été relancées pour participer à l'étude.

Un autre **biais de sélection** peut avoir lieu lors du recrutement. Le premier contact ayant lieu pour proposer la participation à l'étude, les **refus** créent un biais de sélection, avec des médecins probablement peu intéressés par la médicalisation sportive, qui auraient pu apporter d'autres déterminants au refus de la médicalisation.

On peut se poser des questions sur la taille de l'échantillon étudié. La taille de l'échantillon n'a pas été prédéfinie à l'avance, l'obtention du **seuil de saturation** de données était recherchée. 2 entretiens supplémentaires, O et P ont été réalisés et n'ont pas été comptabilisés dans l'étude. Effectivement, ceux-ci montraient une redondance et une cohérence de thèmes déjà abordés. Ces 2 entretiens ont permis de statuer sur l'atteinte du seuil de saturation de données.

- **L'entretien :**

L'intérêt de l'entretien semi-directif est la recherche d'un discours spontané, tout en maintenant une position neutre, empathique, et en évitant les questions orientées et fermées.

Le fait d'avoir utilisé un guide d'entretien pour la méthode de recueil de données, élaboré d'après étude bibliographique, peut être responsable d'un **biais de recueil** avec des questions et reformulations, inconsciemment orientés par les aprioris de l'investigateur.

Le fait de mener un entretien semi-directif, avec un guide préétabli, peut amener à un **biais d'intervention**. Ce dernier a été minimisé en utilisant des techniques d'intervention les moins directrices possibles, telles que la relance, et reformulations, évitant au maximum d'orienter les réponses et en restant au maximum à l'écoute.

Cependant, la qualité d'un entretien qualitatif dépend en grande partie de l'investigateur. Celui-ci n'avait pas d'expérience préalable en ce domaine, qui nécessite une technique particulière d'interview.

Pour s'exercer, l'investigateur a réalisé trois **entretiens tests** destinés à gagner en expérience, corriger des erreurs, approfondir des techniques de relance et reformulation, et adapter le guide d'entretien. Néanmoins lors de la retranscription, nous nous sommes rendu compte, de l'existence de certaines erreurs pouvant interférer avec les réponses obtenues. L'écoute et la retranscription de chaque entretien avant le suivant, ont permis d'éviter la répétition de ces erreurs et d'améliorer la qualité des entretiens constituant ainsi un apprentissage évolutif. On note une amélioration de la technique d'interview pour rester objectif et neutre, et laisser l'interviewé s'exprimer pleinement.

Nous pouvons nous demander si des données plus complètes auraient pu être recueillies par un investigateur expérimenté en recherche qualitative, avec une technique d'entretien plus approfondie.

Pour finir, les entretiens ont été menés par un **unique investigateur**. Ainsi, même si la validité interne a été assurée par la diversité de la population interrogée, elle a pu tout de même être affectée par cet enquêteur unique. On aurait pu, pour augmenter cette fiabilité, avoir recours à plusieurs enquêteurs différents.

- **Enregistrement et retranscription :**

Le fait que les interviews aient été enregistrées peut conduire à un **biais de désirabilité et de conformité sociale** avec le risque d'obtenir des réponses considérées comme « bonnes » . Pour l'éviter, nous avons insisté sur **l'anonymat** des verbatims dès la retranscription, et sur le fait qu'il n'y a aucune mauvaise réponse.

L'enregistrement sonore complet a permis d'avoir un langage verbal totalement récolté. L'investigateur, réalisant l'entretien, prenait note de la communication non verbale, des ambiances ou réactions notables si celles-ci pouvaient apporter quelque chose à la retranscription. Cette méthode a permis de diminuer un **biais de mesure**, si certaines réactions ou ambiance n'avaient pas été prises en compte.

La retranscription du verbatim mot à mot, étant faite par l'investigateur lui-même, il n'y a que sa manière interprétative qui entre en compte dans le recueil des données et l'analyse de résultats. Il n'a pas été réalisé de retour des retranscriptions aux participants de l'étude car peu de médecins semblaient favorables à la relecture de leur propre verbatims, bien que proposé initialement à chacun lors du consentement. Ceci aurait pu nous permettre de confirmer que le sens de leur propos a bien été cerné, sans interprétation, et aurait permis une optimisation de l'exactitude des résultats.

- **Analyse thématique :**

Les différents thèmes sont identifiés clairement et illustrés par des citations du verbatim, identifiées par les lettres d'entretien, et sont l'aboutissement des différentes étapes de l'analyse thématique après un long travail de thématisation.

Le **découpage thématique** a été réalisé par l'investigateur lui-même, sans utilisation de logiciel, ni d'aide d'une tierce personne. Cela a permis de faire le travail d'analyse directement, c'est-à-dire de retenir la notion, le sens évoqué par la personne au cours de son discours. Cela est impossible à faire par le biais de logiciels d'analyse, qui permettent de retrouver les notions et leur fréquence, sans interprétation.

Le **biais d'interprétation** est inhérent à toute analyse de résultats dans la recherche médicale. Dans les méthodes d'analyse qualitative, il existe des moyens spécifiques afin de minimiser ce biais. La **triangulation théorique** des données par un tiers effectuant le même travail de thématisation des entretiens, a été réalisée afin de comparer les résultats obtenus, et ainsi limiter le biais interprétatif.

La **synthèse** des résultats, par arbre thématique permet une visualisation spatiale et fréquentielle plus simple pour faciliter l'accessibilité aux résultats de l'étude.

3 Implication et perspectives de l'étude :

Nous allons dans cette partie, essayer d'explorer les différentes perspectives résultantes de cette étude.

○ **Perspective de formation théorique à la médicalisation :**

Par rapport à la mauvaise connaissance du rôle du médecin médicalisant, et des risques légaux encourus, il semblerait intéressant de **créer une formation à la médicalisation** pour les médecins intéressés. Le sujet a été évoqué en fin d'entretien. Les médecins verraient cette formation, plutôt courte, sous forme de formation médicale continue, et sur la base du volontariat. Une formation courte a l'avantage d'être plus accessible à des médecins parfois déjà installés ayant peu de liberté sur leur emploi du temps.

Cette formation à la médicalisation serait en priorité orientée sur les **bases théoriques** à connaître pour médicaliser, à savoir :

- le rôle du médecin médicalisant, des membres de l'équipe organisatrice, et de l'équipe secouriste.
- les bases législatives : ce qui est légal ou non, les normes de sécurité à respecter, vérifier un contrat de médicalisation : nombre d'équipiers secouristes présents, présence ou non d'ambulance, les difficultés intrinsèques à la course...
- les démarches administratives à réaliser au préalable : prévenir et vérifier sa responsabilité civile professionnelle.

Effectivement, un cahier des charges bien suivi et une organisation optimale du dispositif prévisionnel de soin, permet de sécuriser le médecin d'un point de vue des responsabilités prises, et permet aussi de sécuriser l'événement assurant une organisation optimale pour la prise en charge médicale.

Une prochaine étude pourrait s'intéresser à l'impact d'une formation théorique à la médicalisation sur les appréhensions des médecins généralistes.

- **Perspective de formation technique**

- Importance de l'expérience :

Pour ce qui est des sensations d'inaptitude techniques, théoriques, ou les appréhensions en rapport aux risques d'urgence, la méthode pour diminuer ses sentiments n'est autre que l'expérience.

La formation de médecine générale actuelle, intègre une partie de formation aux gestes et soins urgents par un stage obligatoire aux urgences générales. On peut donc penser que les futurs médecins généralistes auront une base solide dans la prise en charge des urgences, et auront donc une certaine expérience dans ce domaine, facilitant peut-être le choix d'accepter une médicalisation avec moins d'appréhension.

Pour les plus intéressés par la prise en charge des urgences, un DU de traumatologie, et, ou de médecine d'urgence semble pertinent, car très utile pour la médicalisation événementielle.

- Intérêt d'une formation spécifique pratique ?

Par rapport aux appréhensions liées aux risques de la médicalisation sportive, il faut savoir que, comme il a été dit plusieurs fois au cours des entretiens et décrit dans des études préalables : les pathologies spécifiques du sportif sont plutôt d'allure chroniques liées à l'entraînement et relevant rarement de l'urgence, alors que les pathologies rencontrées au décours des événements nécessitant une prise en charge médicale seront plutôt d'ordre traumatique, antalgique, ou la prise en charge d'urgence vitale (malaise, arrêt, trouble du rythme, déshydratation...).

Une formation pratique avec un rappel des gestes techniques d'urgence permet de diminuer la sensation d'inaptitude technique ressentie par les médecins. Les gestes techniques peu maîtrisés les plus évoqués sont : le massage cardiaque en cas d'arrêt cardio-respiratoire, la pose d'une perfusion, parfois mystérieuse pour certains médecins, l'intubation évoquée plus rarement, et les gestes utiles d'immobilisation d'une articulation, ou de réduction si besoin. Il ne faut pas avoir une connaissance exhaustive de tous les gestes techniques en médecine,

mais savoir appréhender les risques de l'évènement, et donc les gestes utiles en fonction des risques.

Ces gestes relèvent surtout du domaine de l'urgence relatives ou vitales, c'est pourquoi une formation pratique spécifique à la médicalisation ne semble donc pas forcément essentielle.

Effectivement, il existe déjà plusieurs types de **formations aux gestes d'urgence** qui semblent tout à fait adapter à la bonne connaissance de la gestuelle d'urgence. (entre les DIU, les DU, les FMC, et capacités, il est possible de trouver ce qu'il correspond le mieux à un médecin désireux).

- **Formation accompagnée sur le terrain**

Une autre solution qui pourrait se développer, est de favoriser le **compagnonnage**, avec la possibilité d'assister un évènement, sans pour autant faire partie du contrat. Ce compagnonnage permettrait de se familiariser à la médicalisation, entouré de personnes déjà à l'aise avec cette discipline, pour une formation pratique confraternelle, en toute sérénité. Effectivement, connaître les gestes pratiques est une chose, mais savoir les faire sur le terrain, en dehors du cadre de formation, en est une autre.

- **Perspective pour la méthode de recrutement :**

Certains évoquent un manque de sollicitation ou justement un problème de sur sollicitation pour médicaliser des évènements sportifs. Il semblerait pratique, pour les organisateurs et les médecins, de créer un **registre en ligne** de médecins acceptant la médicalisation sportive, avec des options sur les **sports** pour lesquels ils ont un attrait. Dans ce registre, les médecins qui le souhaitent rentreraient leurs coordonnées, avec leur mail, ou leur numéro de téléphone, en choisissant leur **mode de contact** favori. Ils noteraient aussi leur **lieu d'exercice** afin de ne pas être sollicités pour un évènement trop éloigné de chez eux. Ce registre serait accessible sur internet, et permettrait de trouver des médecins intéressés par le sport en question, et dans la région en question. Évitant ainsi de solliciter des médecins non intéressés et non connus de l'organisateur, et optimisant les chances de trouver un médecin plus rapidement, en fonction de ses disponibilités bien sûr.

- **Démocratiser les associations de médicalisation :**

Ce registre serait utile, en plus des associations de médicalisation, dans lesquelles des

médecins peuvent déjà s'inscrire. Ces associations ont été évoquées à plusieurs reprises lors des entretiens. Elles permettent de diminuer les appréhensions notamment sur le risque médico-légal. Effectivement ces dernières permettent de **vérifier la cohérence** interne de l'organisation, vérifient les **contrats** proposés par l'organisateur, et permettent de travailler avec une **équipe expérimentée** ayant l'habitude de médicaliser des événements sportifs. Il en existe de plus en plus que l'on peut trouver sur internet. On peut en citer quelques-unes « *Medical Assistance et Rescue* », « *MÉdicalisation Tout Terrain* », « *Dokever assistance médicale* », « *World Med Assistance* », et bien d'autres...

Un autre avantage de ces associations de médicalisation, est la **préparation du matériel** à apporter pour l'évènement. La question de se fournir en drogues IV, et autres traitements pas forcément accessibles facilement trouve donc réponse par ce genre d'association. Les médecins n'ont donc pas forcément à réfléchir et prévoir le matériel à apporter.

Pour les événements organisés indépendamment d'une association de médicalisation, il semble important de faire entrer en relation les secouristes ou l'association de secouristes présente, avec le médecin engagé pour l'évènement, afin de **communiquer** le matériel apporté par les secouristes, et pour que le médecin sache ce qu'il doit rapporter lui-même.

- **Créer des protocoles par des experts :**

Il n'y a, à ce moment, **aucun consensus** sur le matériel obligatoire pour certains événements sportifs, comme le trail. Il semble donc judicieux de faire réaliser des **protocoles** par des médecins experts en le domaine (fédéraux), comme c'est déjà le cas dans d'autres sports, notamment le rugby.

Cela semble utile, pour clarifier le matériel supposé nécessaire pour la prise en charge de l'évènement. Pour le moment, seule une thèse a été réalisée sur le sujet du matériel à apporter pour le trail sans aucune officialisation.(31)

Il faudrait élaborer une **fiche définissant le matériel type** à apporter pour la médicalisation du trail.

Des protocoles de prise en charge de médicalisation d'évènement tel que le trail semblent moins importants. Effectivement, cela relève plutôt de la prise en charge d'urgences relatives ou vitales dont les prises en charge sont remises à jour par la SFMU.

Les pathologies traumatiques sont plutôt immobilisées en urgences à visée antalgique, et réévaluées soit par le médecin traitant, soit par les urgences générales si elles nécessitent

des imageries complémentaires. Les protocoles ne sont donc pas spécifiques à la médicalisation en elle-même.

VI CONCLUSION

La médicalisation sportive entre dans un cadre législatif variable en fonction des sports, édicté par les fédérations sportives. Nous avons pris l'exemple d'un trail spécifique afin de réunir les différents déterminants entrant en compte dans l'acceptation ou le refus d'une médicalisation sportive.

Jusque là, peu d'études ont été réalisées sur la médicalisation sportive, les études portant surtout sur les blessures ou les prévalences d'accidents rencontrés au cours d'évènement sportif.

Une étude avait été réalisée au préalable sur les freins et les motivations des internes à assister à la médecine événementielle sur l'île de la Reunion.

Dans cette étude qualitative, nous avons pour objectif d'analyser les différents facteurs déterminants à la médicalisation sportive par les médecins généralistes des Pyrénées-Orientales par une analyse qualitative, inscrite dans le paradigme compréhensif, et utilisant l'analyse thématique.

Nous avons donc interviewé 14 médecins exerçant dans les Pyrénées-Orientales, choisis par variation maximale en fonction de leur lieu d'exercice et leur âge afin d'obtenir un large panel de thèmes différents. D'autres critères de variation inter-individuels se sont ajoutés de manière aléatoire notamment leurs formations et diplômes supplémentaires.

Nous avons pu mettre en évidence 5 grandes catégories thématiques. Plusieurs facteurs motivent les médecins à accepter une médicalisation, voyant cela comme l'occasion d'un enrichissement personnel ou professionnel, d'autres le font à visée altruiste, certains sont tout simplement intéressés par le sport, ou le cadre de l'évènement.. Alors que d'autres médecins la refusent, ne se sentant pas capables de le faire, ou ayant de trop grandes appréhensions par rapport aux risques médico-légaux, ou inhérents à la course. La plupart des médecins, révèlent qu'une notion de temporalité par rapport à la carrière médicale entre en compte, avec des moments plus propices que d'autres pour faire ce type d'activité. Beaucoup parlent de rémunération, et de méthode de recrutement entrant en compte. Tous, nous ont permis de recueillir un inventaire de compétences supposées requises pour être médecins médicalisant.

Grâce à cette étude, nous avons pu percevoir un manque d'information globale ressenti par les médecins par rapport à la médicalisation, tant sur le rôle du médecin, que sur les démarches administratives à réaliser avant de s'y engager. Il y a beaucoup d'appréhensions retrouvées au décours des entretiens, du fait d'une mauvaise connaissance de la discipline, et des appréhensions variables, parfois peu fondées par rapport aux risques des évènements. Certains expriment aussi des sensations d'inaptitude théoriques, ou techniques, à réaliser cette

mission, sans savoir exactement en quoi elle consiste. Parfois des facteurs plus personnels rentrent en compte, comme le fait d'être un femme médecin, dans un monde parfois plutôt masculin. Parfois, des médecins acceptent pour dépanner des organisateurs, mais ont le sentiment de ne pas savoir dans quoi ils s'aventurent, ni à quel prix (au niveau des responsabilités).

Pour contrer cela, il semble judicieux de créer une formation théorique à la médicalisation sportive afin de mieux appréhender un événement, en connaissance de cause. Un registre national de médecins acceptant la médicalisation pourrait éventuellement permettre de favoriser un recrutement médical de qualité et faciliter les recherches de médecins pour les organisateurs.

De plus, démocratiser les associations de médicalisation semblent permettre de favoriser un travail avec des équipes expérimentées, tout en allégeant la préparation des médecins avant de se rendre à un évènement.

Pour conclure, il semblerait que cette discipline soit encore trop méconnue dans le monde médical, ce qui augmente les appréhensions ressenties par les médecins et engendrent bien souvent des refus, ou des acceptations incertaines de médicalisation. Il semblerait donc utile, et pratique pour les organisateurs d'événements, comme pour les médecins, de rendre accessible des formations de médicalisation afin de mieux appréhender cette discipline par les médecins intéressés.

VII BIBLIOGRAPHIE :

INTRODUCTION - ETAT DES LIEUX ET REVUE DE LITTERATURE :

- 1) <https://www.tourisme-pyreneesorientales.com> : Pyrénées-Orientales et activités
- 2) <https://www.u-trail.com/histoire-trail/> : Histoire du trail
- 3) <https://www.betrail.run/calendrier-trail/france> : Calendrier des trails en France
- 4) <http://www.femedo.org/medicalisation-evenementielle.html> : Médecine événementielle
- 5) <https://www.secourisme.net/IMG/pdf/RNMSC-DPS.pdf> : Référentiel national des missions de sécurité civiles
- 6) <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005623736/2008-10-16/> Législation française.
- 7) https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/794_sudf_1407_reco_rassemblements.pdf : Gestion médicale événementielle
- 8) <https://conseil21.ordre.medecin.fr/content/surveillance-medecale-manifestations-sportives> : Réglementation assurance médicalisation
- 9) <https://www.clubcardiosport.com/sites/www.clubcardiosport.com/files/field/fichier/article/15h40Congres-cardio-sport-cmg.pdf> : Mission du médecin médicalisant
- 10) <https://www.dokever.com> : Association de médicalisation internationale
- 11) <https://euromedicare.com/formations-soins-urgence-afgsu-rafgsu/> Formation au sein d'une association de médicalisation
- 12) https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031643475 Législation fédération sportives
- 13) <https://www.ffr.fr> : Fédération française de rugby
- 14) <https://www.ffr13.fr/commotion-cerebrale/> Protocole de prise en charge médicale de rugby
- 15) <https://www.ffr.fr/jouer-au-rugby/informations-medicales> Trousse type médicalisation rugby
- 16) <https://www.ffr13.fr/suivi-medical/> : Suivi médical spécifique du rugby
- 17) <https://www.ffsa.org/pages/FFSA/Medical/ReglesMedicales.aspx> Sport automobile fédération
- 18) https://www.ffnatation.fr/sites/default/files/ckeditor_files/reglement_medical_age_2017.pdf Natation fédération

- 19) https://www.athle.fr/Reglement/Reglementation_Hors-Stade_2019.pdf : Réglementation fédérale athlétisme et présence médicale
- 20) pro.auvergnerrhonealpes-tourisme.com : Le trail un phénomène en pleine expansion
- 21) [https://fr.wikipedia.org/wiki/Trail_\(course_à_pied\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Trail_(course_à_pied)) : Définition catégories de course
- 22) <https://itra.run>
- 23) <https://www.u-trail.com/le-trail-une-histoire-de-vieux-20130504/>
- 24) Van Mechelen, W. (1992). Running injuries. A review of the epidemiological literature. Sports Medicine (Auckland, N.Z.), 14(5), 320–335 : étude sur les blessures en course à pied
- 25) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22827721#> : blessure runners : What are the main running-related musculoskeletal injuries ? A Systematic Review. Lopes AD : Principale blessures courses à pieds
- 26) http://www.retos.org/numero_23/70-74.pdf : Injury risk factors for runners
Francisco Rodal Abal*, José Luis García Soidán*, Víctor Arufe Giráldez** *Universidade de Vigo, *Universidade da Coruña, : facteurs de risques de blessures en course à pied
- 27) Sport et appareil locomoteur elvire servier
- 28) Van Gent, R. N., Siem, D., van Middelkoop, M., van Os, A. G., Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Koes, B. W. (2007). Incidence and determinants of lower extremity running injuries in long distance runners : a systematic review. British Journal of Sports Medicine, 41(8), 469–480 ; discussion 480.
- 29) <https://link.springer.com/article/10.2165/00007256-199214050-00004> ;
25/11/2012Running Injuries : A Review of the Epidemiological Literature ; Willem van Mechelen
- 30)<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11916889> ; 2002 Apr ; 36(2) : 95-101. A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries. Taunton JE1, Ryan MB, Clement DB, McKenzie DC, Lloyd-Smith DR, Zumbo BD.
- 31) <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01725468/document> : thèse sur le matériel à avoir pour la médicalisation d'un événement sportif
- 32) Thomas Séminor. La médecine évènementielle. Quelle est la représentation, à partir des freins et motivations, des internes concernant la médicalisation de manifestations ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01946377

MATERIEL ET METHODES :

- 33) Calendrier des trails des Pyrénées orientales : <https://rac-st-estevé.fr/calendrier-courses-hors-stade-pyrenees-orientales-66>


- 34) DU de recherche qualitative, approche qualitative par Gerard BOURREL
- 35) <https://ec56229aec51f1baff1d185c3068e22352c56024573e929788ff.ssl.cf1.rackcdn.com/attachments/original/7/5/4/002592754.pdf>, Méthode de recueil de données qualitatives
- 36) <https://www.institut-numerique.org/413-une-analyse-thematique-52d825a639d94>)
- 37) Mechel Gelda : traduction française ligne directrice COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherches qualitatives

DISCUSSION :

- 38) Sudden Cardiac Arrest during Participation in Competitive Sports) : Arrêt cardiaque événements sportifs
- 39) <https://sci-hub.se/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498216301786>
- 40) Incidence of Running-Related Injuries Per 1000 h of running in Different Types of Runners : A Systematic Review and Meta-Analysis
- 41) <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/16011023/2020MCEM11701/fichier/11701F.pdf>
- 42) https://www.researchgate.net/publication/320170971_Influence_de_la_distance_de_course_sur_les_blessures_musculo-squelettiques_en_ultra-trail : Effects of running distance on musculoskeletal injuries in ultra-trail ; OLIVIER BROGLIN (PT, MSc) 1, FRANÇOIS FOURCHET (PT, PhD) 2, GRÉGOIRE P. MILLET (PhD) 3
- 43) https://www.sfmes.org/images/Activités/Référentiel_métier_en_médecine_du_sport_Vdef.pdf : Référentiel médecin du sport et ses missions
- 44) Médecin sport pour haut niveau
- 45) Supervision médicale d'une manifestation sportive ou d'une équipe de sport Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 1717-22 J. Menetrey
- 46) <https://www.protection-civile.org/pse2/> : Formation des secouristes
- 47) http://www.medecinsdusport.fr/documents/contratSurvComp_2000.pdf : Contrat surveillance médicale sport
- 48) <https://www.secourisme.net/spip.php?breve455>
- 49) https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

VIII ANNEXES :

DISPOSITIFS PREVISIONNELS DE SECOURS

	Matériels obligatoires	Matériels optionnels
Matériels administratifs et documents	<ul style="list-style-type: none"> - Ordre de mission - Clauses techniques du DPS - Main-courante - Fiches bilan - Fiches d'intervention - Fiches de déclaration d'accident au sang - Crayon, stylo, papier, gomme... 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches « réflexe »
Moyens de télécommunication	<ul style="list-style-type: none"> - 1 appareil de communication (téléphone et/ou radio) 	
Protection, sécurité et hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - 6 paires de gants à usage unique - 4 paires de lunettes de protection - 4 masques respiratoires à usage unique contre les projections - 1 kit accident d'exposition au sang - 2 paires de gants de manutention - 3 sachets de « déchets d'activité de soins » - 1 conteneur pour déchets d'activité de soins piquants et tranchants - 1 flacon de solution hydro-alcoolique - 1 désinfectant de surface - Papier absorbant - 1 rouleau de ruban de balisage - 1 lampe électrique et ses piles 	
Matériel de bilan	<ul style="list-style-type: none"> - 1 lampe électrique et ses piles - 1 paire de ciseaux pour la découpe des cuirs, lièges, mousses et résines - 1 tensiomètre et 1 thermomètre tympanique 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 oxymètre de pouls
Accueil d'une victime	<ul style="list-style-type: none"> - 1 brancard - 2 couvertures isothermes 	
Hémorragies et plaies	<ul style="list-style-type: none"> - 1 paire de ciseaux - 1 garrot toile - 2 pansements compressifs - 10 compresses stériles - 10 pansements de tailles différentes - 1 ruban de tissu adhésif - 2 champs stériles (au minimum 10 cm x 10 cm) - 10 flacons d'antiseptique cutané en monodose - 3 bandes extensibles (tailles différentes) - 1 pince à échardes - Sérum physiologique et chloréxidine aqueuse 	
Kit brûlures	<ul style="list-style-type: none"> - 1 drap stérile et 1 couverture isothermique ou 2 couvertures isothermiques - 3 paires de gants stériles à usage unique 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 lot de compresses « gel d'eau »
Immobilisation et traumatismes	<ul style="list-style-type: none"> - 1 matelas à dépression - 1 jeu d'attelles - 1 plan dur - 1 immobilisateur de tête - 2 écharpes de toile - 3 colliers cervicaux (modèles petit, moyen et large) ou 1 collier réglable 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 pack de froid - immobilisateurs partiels - 1 attelle cervico-thoracique
Ranimation	<ul style="list-style-type: none"> - 1 défibrillateur automatisé externe - 1 aspirateur portable de mucosités avec des sondes d'aspiration bucco-pharyngées (5 adultes + 3 enfants) - 1 insufflateur manuel adulte et 1 enfant, avec masques à usage unique ou avec filtre antibactérien - 2 masques d'inhalation d'oxygène adulte et 2 d'enfant - 1 bouteille de 1 m³ d'oxygène, équipée de son dispositif de détente de gaz - 4 canules oro-pharyngées (1 de chaque taille) 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 cardio-pompe
Relevage, brancardage	<ul style="list-style-type: none"> - 1 brancard - 1 portoir souple 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 chaise portoir - 1 brancard type « cuiller »
Matériels divers	<ul style="list-style-type: none"> - Bouteilles d'eau et gobelets - Sucres enveloppés 	

Annexe 1 : Liste du matériel à avoir au poste médical de secours du DPS tirée du référentiel national de sécurité civile (5)

Matériels liés à une pathologie respiratoire :

Masque nébuliseur
Salbutamol (en spray + pour nébulisation)
Terbutaline
Bromure d'ipratropium
Bouteille d'oxygène (*peut aussi être amenée par les secouristes*)

Matériels de réanimation :

Insufflateur BAVU
Masque de ventilation
Lunette à oxygène
Masque haute concentration
Défibrillateur semi-automatique
ECG 12 dériviations
Scope
Laryngoscope, sonde d'intubation, filtre, raccord, lame laryngoscope
Mandrin rigide
Canule de Guedel

Les perfusions :

Cathéter, garrot, tubulure avec robinet, pansement adhésif
Aiguilles : trocart, IV, IM, SC
Seringues 2 ml et 10 ml

Les médicaments injectables :

Antalgiques de palier I, II et III
Kétamine
Antiémétique (ex : métoclopramide)
Antibiotique
(ex : amoxicilline/acide clavulanique)
Corticoïdes (ex : méthylprednisolone)
Anti-histaminique (ex : dexchlorphéniramine)

Les solutés :

Chlorure de sodium 0.9%
Chlorure de sodium 20% (ampoule)
Glucose 5%
Glucose 30% (ampoule)
Ringer lactate®
Hydroxyéthylamidon

Les médicaments à administration per os :

Corticoïde (ex : prednisolone)
Anti-histaminique (ex : desloratadine)
Antalgiques de palier I, II et III
Antidiarrhéique (ex : racécadotril, diosmectite, lopéramide)
Antiémétique (ex : dompéridone, métopimazine)
Antispasmodique (ex : phloroglucinol)
Anti-reflux (ex : pantoprazole, alginate de sodium)
Pastille de sel
Soluté de réhydratation orale (ex : Adiaril®)
Sucre

Les pommades :

Pommade anti-irritation (ex : Akiléine Nok®, Bepanthen®)
Sulfadiazine (Flammazine®)
Vaseline
Antiseptique (ex : Bétadine gel®)

Les médicaments à visée ophtalmologique :

Collyre antiseptique (ex : picloxydine)
Collyre antiallergique (ex : cromoglycate de sodium)
Collyre anesthésique local (ex : oxybuprocaine)
Cicatrisant oculaire (ex : pommade vitamine A)

<p><u>Les médicaments de l'urgence injectables :</u> Adrénaline pour injection IV Adrénaline IM (ex : Anapen®) Cathécolamines (ex : dobutamine, noradrénaline) Atropine Acide acétylsalicylique Amiodarone Dérivé nitré (ex : Risordan®, trinitrine) Agent anesthésique hypnotique (ex : midazolam) Curare (ex : succinylcholine) Anticonvulsivant (ex : clonazepam)</p>	<p><u>Matériels liés à une blessure musculo-squelettique :</u> Attelles : Attelle de cheville Attelle de jambe gonflable Attelle de Zimmer Attelle à dépression membre inférieur Echarpe coude au corps Attelle cervico-thoracique Colliers cervicaux C1, C2, C3 Bandes adhésives pour strapping (ex : Elastoplast®) Bandes de contention (ex : Coheban®) Spray froid</p>
<p><u>Matériels pour sutures et pansements :</u> Set de suture à usage unique Fils pour suture Xylocaine® 2% Trocart, seringue, aiguille SC Scalpel Stéri-strip Colle cutanée Antiseptique local Pansement adhésif (ex : Mefix®, Cosmopore®) Bandes de crêpe (type Velpeau®) Compresse stériles et non stériles Tulle gras Pansement hydrocolloïde (ex : Compeed®) Petit pansement standard Pansement absorbant Mèche stérile hémostatique (ex : Coalgan®) Eosine Aiguille sous cutanée et seringue 2 ml Eau non stérile Dosette de sérum physiologique Gants stériles et non stériles</p>	<p><u>Matériels divers :</u> Stéthoscope Tensiomètre Thermomètre Saturimètre Otoscope, embouts Lecteur de glycémie, autopiqueurs, bandelettes Collecteur d'aiguilles Gel hydroalcoolique Sacs poubelles et sacs poubelles DASRI Abaisse-langue Couverture de survie Ciseaux Pince à échardes Tire-tique Bandelette urinaire Rasoir Lampe de poche Marqueurs, stylos</p>

Annexes 2 : Tableaux récapitulants le matériel médical à apporter pour médicaliser un trail : étude faite à l'aide de questionnaires adressés au personnel médical et paramédical ayant une expérience en médicalisation de trail et permettant d'établir une liste de matériels et médicaments pertinents (31)

PRESENTATION DU PROJET :

Bonjour,

Je m'appelle Elise HILAIRE, je suis actuellement interne de médecine générale en 5ème semestre et suis en pleine préparation de ma thèse.

Mon sujet d'étude se porte sur les déterminants à la médicalisation d'événements sportifs, type trail par les médecins généralistes .

La population cible concerne tout médecin titulaire d'une licence de remplacement ou médecin thésé exerçant dans les Pyrénées orientales, ayant ou non déjà participé à la médicalisation d'un événement sportif.

L'objectif de mon étude est d'explorer les déterminants à la participation en terme de médicalisation d'un trail en interrogeant des médecins généralistes de divers age, type d'exercice, lieu d'exercice et formation.

Pour réaliser cette étude je devrai faire un enregistrement audio de l'entretien pour pouvoir ensuite en retranscrire les réponses et les analyser de manière totalement anonyme.

C'est une analyse qualitative qui se base sur le vécu et sur l'expérience de chacun, il n'y donc aucune mauvaise réponse.

Le but étant de répondre de manière la plus spontanée possible, et de manière exhaustive afin d'avoir matière à explorer.

Si vous le souhaitez, vous pourrez me demander à relire vos réponses après retranscription mot à mot pour valider la retranscription.

Si vous le souhaitez, le résultats de l'étude pour seront envoyés.

Il vous est possible de vous retirer à tout moment de cette étude à votre simple demande.

Annexe 3 : Présentation du projet.

GUIDE D'ENTRETIEN:

A demandez au préalable avant chaque entretien: Age/sexe/mode d'exercice (seul ou groupe)/lieux d'exercice/sportif?/ formation supplémentaire (DIU/DU/ capacité /autres spécialités préalables), pratique personnelle de sport ?

Avez vous déjà médicalisé un événement sportif?

A) Oui :

- **Quel(s) type(s) d'événement(s) avez vous médicalisé?(s)** (expérience personnelle du médecin)
- **Par quelle(s) méthode(s) avez vous été sollicité?**
- **Avez vous eu des appréhensions avant la médicalisation de cet événement? si oui décrivez les moi?**
(appréhension antérieure à l'événement, sur l'organisation, le matériel,équipe de secouristes ...)
- **Lors de la médicalisation, d'événement sportifs, avez-vous rencontré des difficultés ? Pouvez vous me les décrire et exprimez votre état d'esprit face à ces difficultés?**
Relance: difficultés médicales, administratives, législatives, matériel (difficultés lors de la médicalisation)

B) Non :

- **Avez vous déjà été sollicité pour la médicalisation d'un événement?Si oui, Par quelle méthode?**
- **Pour quel type d'événement avez vous été sollicité ?** (impact du type d'événement à médicaliser sur le choix de la médicalisation)
- **Pour quelles raisons avez vous refusé de médicaliser cet événement?** (crainte pré médicalisation, freins, problème organisationnel, ou administratif)

Description d'un trail type à médicaliser:

«M. F., organisateur du trail des Enjambées catalanes 2020 dans les Pyrénées Orientales, trail de 24km de long avec +/-750m de dénivelé positif et attendant 950 participants, vous contacte par téléphone pour participer à la médicalisation de l'événement.

Sur place seront présents 18 bénévoles, 3 bénévoles postés tous les 8 km équipés de téléphone/talkie et ainsi que 3 à chacun des 2 ravitaillements.

Il y aura également un service d'ambulance avec 1 ambulance et des équipiers secouristes équipés d'oxygène, d'un défibrillateur semi automatique et du nécessaire pour pansements.

Vous serez au poste de secours principal se situant au point de départ et d'arrivée de la course, avec une équipe de secouristes et un 4x4 si vous avez besoin de vous déplacer sur le parcours de ce trail.

Votre mission consistera à assurer la sécurité médicale des participants et du public présents lors de l'événement, et de coordonner les équipiers secouristes»

- **Avez vous des interrogations sur ce trail ?** (nombre de public attendu, équipiers secouristes, localisation par rapport à service d'urgences, matériel, niveau des coureurs)
- **Que pensez vous de la méthode de recrutement utilisée?**(impact du choix de la méthode de recrutement par les organisateurs)
- **Seriez- vous prêt à médicaliser ce trail?**
 - - **Oui: pourquoi:** motivations, souhait
 - - **Non: pourquoi:** craintes, freins
- **Savez vous si vous devez réaliser des démarches administratives? Qu'envisagez vous comme matériel à apporter?** (connaissances des modalités administratives à déclarer aux assurances et la RCP lors de la médicalisation: amateur/bénévolat ou rémunération, ...thèse sur le matériel à apporter)
- **En quoi le type de trail vous influence sur l'acceptation de la médicalisation?** (savoir si crainte est proportionnelle au kilométrage ou non, et si travail en équipe gêne)
- **Auriez vous accepté ou refusé de la même manière la médicalisation d'un autre événement sportif?** course nationale de descente VTT? d'un rallye automobile?d'un match de rugby?d'une épreuve nationale de saut en parachute? oui ou non et **pourquoi** (élargissement à d'autres disciplines, voir si craintes par rapport à disciplines potentiellement plus traumatisantes)

Pensez vous que la médicalisation d'événements sportifs amateurs peut être faite par n'importe quel médecin généraliste?

Que pensez vous de la création de formation spécifique à la médicalisation d'événement ? (voir si une formation potentiellement nécessaire à la médicalisation, médecine du sport, urgentiste, traumatologie, et voir si intérêt à la création d'un DIU ou formation médicalisation)

Annexe 4 : Guide d'entretien semi-directif pré établi.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT:

Je soussigné(e) accepte de participer à l'étude menée par Elise HILAIRE dans le cadre de son travail de thèse d'exercice de médecine générale.

Madame Elise HILAIRE, m'a présenté son projet en m'expliquant oralement ce jour et m'a remis en main propre les informations écrites sur les modalités du travail, afin de le mener à terme.

En participant à son projet, j'accepte :

- l'enregistrement de l'entretien pour pouvoir l'analyser.
- l'utilisation anonyme des données recueillies par cet entretien.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissaient utiles à l'investigateur avant d'accepter le projet.

Dans ces conditions j'accepte de participer à ce travail de recherche.

Je possède un droit de retrait qui me permet de me retirer de l'étude à tout moment.

Fait à :

le :

Signature :

Annexe 5 : Formulaire de consentement.

ENTRETIEN I :

CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE INTERROGÉE :

- Femme,
- 33 ans,
- Médecin remplaçante,
- Pas de formation médecine du sport,
- Formation : gynécologie/ prise en charge de la douleur/ infection extra hospitalière/prise en charge de l'obésité / échographie
- Pratique de sport: course à pied/ squash/ piscine 3h/sem
- Lieux entretien: visioconférence
- Durée de l'entretien 25 minutes

La médicalisation, ça vous évoque quoi?

« Ça m'évoque euh... des événements sportifs donc sur une journée euh.... (hésitation) tous les sports hein, dans la nature ou dans des clubs ou quoi, et qu'il y ait un médecin seul ou en équipe qui soit sur place et qui puisse donc être disponible sur place pour toute question médicale, ou tout problème médical ou tout accident, et qui du coup est l'œil médical pour ... évaluer l'urgence, si il y a urgence, pas pour forcément savoir la gérer, c'est ça que je ne sais pas trop c'est est ce qu'il doit être capable de gérer cette urgence ou en tout cas au moins de l'évaluer, et de faire les bons gestes pour alerter des équipes au dessus si besoin. Et puis être là aussi pour rassurer les gens, rassurer les personnes qui organisent les courses etc. Euh.. Et puis je pense que c'est aussi médico légal qu'il faut qu'il y ait un personnel médical sur place, euh... Voilà ça m'évoque ça après j'y connais rien : si il faut qu'ils aient le matériel ou pas le matériel, si il faut avoir un diplôme ou pas un diplôme, si tout le monde peut le faire, si euh... si il y a des sites pour se proposer, euh, voilà j'y connais pas grand chose mais ça m'évoque ces choses là. »

Et as-tu déjà participé à une médicalisation?

« Non, je n'ai jamais médicalisé d'événements sportifs. Euh... j'ai vu passer des annonces, j'en ai parlé un peu avec une collègue qui en faisait qui m'a raconté un peu comment ça se passait . Euh.. mais je ne l'ai moi, jamais fait. »

Pourquoi tu n'as pas répondu aux annonces ?

« Parce que je... peut être que c'est un manque de confiance habituel chez moi, ou le manque d'expérience, mais je ne me sens pas capable de le faire. Je ne me sens pas capable de le faire, parce que comme je ne connais pas, du coup je ne sais pas si voilà il faut être en mesure de gérer le degré d'urgence ou.. Je ne suis pas urgentiste quoi! Donc je me dis si c'est des petits bobos, oui je suis capable, si il y a une entorse ou une petite plaie oui je suis capable de gérer, mais ça ils n'ont pas forcément besoin non plus qu'il y ait un médecin sur place pour faire ce genre de choses. Par contre le moment où vraiment il y a besoin d'un médecin c'est qu'il se passe quelque chose de grave, et là je ne me sens pas capable de gérer si c'est un grave accident ou un malaise cardiaque ou d'autres trucs je ne serai pas très à l'aise. »

Tu as dit que tu as déjà vu des annonces passer, mais tu n'y as pas répondu?

« Il y avait des annonces sur Facebook, sur le groupe de remplacement Languedoc Roussillon,

enfin le seul site où moi je vois toutes mes annonces de remplas que je feuillette tout le temps, régulièrement, et régulièrement il y a des petites annonces qui passent pour des courses du dimanche de trail de vélo ou des tournois de boxes ou des trucs comme ça et j'avais vu aussi une fois, par ce qu'à un moment ça m'intéressait, je m'étais dit, tiens pourquoi pas essayer de voir un peu comment ça se passe etc, et j'avais vu sur une annonce quelqu'un qui avait mis un commentaire en dessous de l'annonce en disant faites hyper gaffe, ne vous lancez pas dans des trucs, dans des courses comme ça sans savoir par ce qu'au niveau responsabilité il faut, je sais plus exactement ce qu'il avait précisé sur le truc mais c'était vraiment euh... Il mettait un petit peu en garde les jeunes médecins ou remplaçants qui ne savaient pas trop dans quoi ils se lançaient et qui prenaient pas mal de responsabilités sans avoir forcément les assurances derrière qui les couvraient ou ... Voilà, c'est vrai que tu t'engages pas mal, sur quelque chose qui paraît un peu flou quand je vois des annonces ou des choses qui n'ont pas l'air hyper pros, des petites courses du dimanche etc mais qui en fait nous engage au niveau responsabilité de manière très importante. Et c'est vrai que notre génération, je pense qu'on est hyper euh... enfin dans toutes nos études on a beaucoup entendu le côté médico légal, j'ai l'impression qu'on nous apprend plus à nous couvrir, enfin dès qu'on commence à vraiment se former, on nous apprend presque plus à se couvrir des fois que le vrai côté médical, au lieu de nous dire, bah le dossier c'est important pour avoir la suite des événements machins c'est tout le temps, notez bien il n'y a pas de, il n'y a pas de, dès que vous appelez un chef qui vous ne réponds pas vous le notez dans le dossier tout, il faut tout marquer tout marquer donc c'est vrai qu'on est tout le temps à se dire niveau responsabilité que je suis en faute dès que je ne fais pas la bonne chose et donc c'est pour cela, enfin c'est plutôt ça qui me refroidit. C'est le côté médico légal et responsabilité. »

Explication du Trail

« bon déjà je ne fais pas ça mais ... (rire) Mais ouais ! »

As tu des questions à demander à l'organisateur, des interrogations sur ce trail?

"euh... (hésitation) silence long, oui! Après c'est du pratico pratique, je lui poserai pleins de questions sur euh... où je me situe exactement par rapport à la course, le circuit enfin le parcours, l'accessibilité.. euh... touc touc touc, euh... Je, ouais sur le côté organisation, ça sera ça, après sur le côté médico légal, j'y reviens, mais je lui demanderai ce qu'il a .. enfin, ce dont il a besoin exactement comme personnel médical quoi, est ce qu'il faut qu'on soit urgentiste ou pas forcément, euh... Si je suis seule médecin ou si on est plusieurs, je pense que.... qu'est ce que je demanderai d'autre ... (silence...long)... je sais pas comme ça j'ai pas de questions plus précise qui me viennent à lui poser non...

Si ça te vient plus tard n'hésite pas à les poser

« Ouais et si j'ai besoin de mon matos ou si il y a déjà tout sur place, qu'est ce qu'il y a comme matériel exactement. Euh.. ouais lui demander précisément tout ce qu'il y a dans ma sacoche au niveau médical, le matériel en cas d'urgence, euh... lui demander comment ça s'était passé les autres années, qu'est ce qu'il y avait eu comme type de problèmes, savoir un peu l'expérience des années précédentes quoi. Euh lui demander au niveau des équipes qui sont sur place est ce que c'est des gens qui ont déjà fait ce type d'encadrement de course ou s'ils sont novices, euh voilà. »

Que penses tu de la méthode de recrutement utilisée par l'organisateur

« Bah déjà je serai surprise si ça se passait maintenant parce que je me demanderai comment il a eu mon numéro (rire). Euh.. non ça me dérangerait un petit peu qu'on me propose directement enfin, déjà ça me paraît très étonnant, d'une, sans que moi je me sois inscrite, sauf si je m'étais inscrite sur un site de médicalisation de course évidemment, mais là de suite ça me paraîtrait bizarre. Euh... mais après oui je pense qu'il faut que ça soit sur la base du volontariat donc soit de soi-même aller feuilleter des sites ou il y a des propositions, soit de

s'inscrire sur des .. sur un groupe ou on se propose en tant que médecins pour encadrer des courses et que dans ce cas là on soit contacter, éventuellement ouais. Donc le contact par téléphone ne me dérange pas mais il faut que ça soit euh... qu'on soit déjà au courant et volontaire à la base quoi."

C'est un peu cavalier d'appeler comme ça ?

"Ouais c'est un peu...un peu agressif quoi (sourire)"

et si la demande avait été fait par mail?

" Par mail ça me va mieux, dans ces cas là tu tu dis que ça a été envoyé à une dizaine ou vingtaine de personnes avec euh.. déjà des explications, les dossiers de la course, l'inscription exacte de tout ce qui est fait, comme ça tu regardes ton truc tranquillement, tu te fais ton idée et après éventuellement tu appelles pour creuser les renseignements et poser des questions, ça me paraît plus judicieux par mail de pouvoir lire les choses quand tu veux quand tu as le temps, parce qu'en plus par téléphone, tu n'es pas forcément disponible, tu peux te voilà te braquer ou pas avoir le temps de poser des questions, te sentir un peu poussé dans la démarche alors que par mail tu regardes ça quand tu veux et tu appelles quand tu es dispo"

donc le mail permet de réfléchir à tête reposer

« Exactement oui exactement »

Que penses tu de médicaliser cet évènement?

« Moi personnellement ça me paraît être un truc énorme, là on est sur du gros truc quoi, c'est de la grosse course 24 km, 750 m de dénivelés, ça commence à être de la grosse course, euh... donc on est plus sûr du petit risque de blessure, si ça y est toujours, mais on est sur des risques de choses plus graves à types de malaise ou de... ouais c'est des trucs costauds, c'est pas la petite course du dimanche là on est sur des sportifs euh... entraînés de gros niveau quoi , et puis 900 participants c'est énorme, c'est pas de la petite course pour moi on commence à être sur du gros niveau avec des équipes à gérer ça c'est pour moi quelque chose de trop gros »

Donc personnellement tu ne le ferais pas parce que c'est un événement trop gros

« Pas aujourd'hui, après peut être un jour si je m'y mettais, en tout cas sûrement pas sur une première expérience ça c'est clair, ça me paraît énorme là. »

Et il y a des côtés qui te motiveraient ?

« Ce trail là euh... oui parce queeh... j'ai pas une expérience énorme moi personnellement dans les trails, mais j'aime bien ça , je fais moi un petit peu de course et j'ai déjà soit déjà fait des petits trails soit j'avais fait il y a 2 ans, parce que j'avais des potes qui faisaient le TAR (trail des aiguilles rouges) dans les Alpes et du coup avec une copine on s'était inscrite dans l'équipe de bénévoles donc on tenait les stands, on coupait les oranges et tout la pour les coureurs, donc c'est hyper sympas, les ambiances de trail c'est hyper sympas, les équipes tu rencontres plein de monde. Euh c'est une ambiance qui me plaît énormément, donc pour ça, ça me plairait pour le côté ambiance, et après sur le côté aussi médical ça me plairait aussi parce que euh... ça change de nos journées quotidiennes des médecins ou des remplacements qu'on fait, il y a un côté joindre l'utile à l'agréable, ouais c'est ça l'agréable à l'utile (rire), donc je pense que c'est hyper sympas d'exercer notre pratique dans ce genre de condition, ça change un peu du quotidien, donc oui ça me plairait mais pour l'instant je me sens pas prête »

Est ce que tu sais si il y a des démarches à réaliser avant de médicaliser?

"Alors euh, je pense qu'il faut exiger qu'il y aie un contrat qui soit signé, et j'espère qu'on me demandera mes diplômes euh... Je préviendrai l'ordre, soit ils me disent comme sur tous les contrats de remplacements, vous signez le contrat et on envoie à l'ordre, soit c'est à moi de le faire, je préviendrai ma RCP, j'envoie un petit mail toujours à mon... j'ai l'habitude comme je fais différent remplacements, à tous les remplas si je change de poste ou si je passe d'hospitalier en libéral, juste j'envoie un petit mail au mec de ma RCP pour dire voilà je vais bosser dans tel truc qu'il soit au courant. euh voilà.

"Ah ! Et je demanderai aussi si je suis payée quand même ! Je poserai la question quand

même de savoir si c'est rémunéré ou pas, parce qu'on joint l'agréable à l'utile mais bon, on passe quand même une journée, il y a un certain nombre d'heures engagées, donc c'est pas tellement en nombre d'heure par ce qu'on peut passer des heures à ne rien faire je pense sur le plan médical, mais c'est quand même une journée, des heures prises et surtout un engagement de notre responsabilité donc je pense qu'il faut quand même un minimum rémunéré. Voilà, pas de gagner sa vie forcément avec ça, mais au moins juste sur le principe quoi, qu'il y aie au moins une petite rémunération."

As tu une notion du matériel que tu apporterais à ce type d'évènement?

« et bah non pas du tout, ça j'ai.. c'est pour ça que je poserai bien la question en précisant que moi je n'ai pas de matériel, parce que je pense que oui j'amènerai peut être mon stétho mon tensiomètre mon saturomètre mais euh.. moi n'étant que médecin généraliste et pas urgentiste ni médecin correspondant samu je n'ai pas de sacoche donc il faudrait voir avec eux qu'il puissent fournir le matériel. Après je pense que si c'est vraiment quelque chose que tu fais dans ta pratique, régulièrement, plusieurs fois dans l'année, tu fais ça , je pense qu'à un moment tu deviens, tu te formes un peu tu deviens médecin correspondant samu, peut être tu as du matériel ou tu te débrouilles pour en avoir, mais si tu le fais à l'occasion comme ça il faut, si on ne l'a pas en tout cas être sûre que eux l'aient. Et avoir vu le matériel en arrivant, qu'ils t'ont montré tout ce qu'il y a. »

En quoi le type de trail influence ton choix de médicaliser ou non?

"Euh.... bah je me dis que là c'est , ça va être une course un peu longue ... et je trouve qu'il y a beaucoup de participants, et comme je disais ça commence à être un petit niveau quand même sur le plan sportif donc j'imagine que c'est plus plus important, plus stressant donc plus de responsabilités, mais il y a peut être aucun lien par ce qu'on peut très bien faire une petite course du dimanche euh... ou un match de gamins qui font du foot, et de se dire c'est tout petit il y a pas grand monde et en fait que tu aies des choses plus graves, je pense que c'est pas forcément lié, on sait que les accidents médicaux peuvent arriver même dans des circonstances... petites.. mais j'ai l'impression que ça devient plus costaud ouais"

donc plus le trail est long , plus il y a de participant , plus ton appréhension sera importante?

"Ah complètement oui, pour moi c'est lié oui c'est proportionnel, c'est peut être totalement une idée reçue hein je n'en sais rien. »

Et qu'en est-il de médicaliser un autre sport que le trail?

"Oui je m'étais déjà fait la réflexion quand je vois les annonces, par exemple tout ce qui est dans l'eau je ne ferai pas parce que je me dit qu'il y a plus de risques de noyade et d'arrêts cardiorespiratoires sur noyade donc ça c'est trop stressant. Euh les grosses courses comme je disais avec du dénivelées beaucoup de monde tu as toujours plus de risques de malaises cardiaques de trucs un peu chauds quoi, après tout ce qui est à risque de grosses blessures, type une fois j'ai vu une annonce pour une course de quad, il y a trop de risques d'accidents, équivalent d'AVP donc un peu costaud, donc ça non, après je pense que des matchs de foot du week end je me dis pourquoi pas parce que ça peut être des entorses, des choses comme ça, mais chez des gamins qui en général, n'a pas trop de risque d'accident grave, donc pour commencer je pense que je viserai plutôt des événements de ce type, des petits matchs du weekend chez des enfants ou des adolescents, de foot ou .. voilà avec des risques de blessures ostéoarticulaires pas très graves, mais par contre tout ce qui serait équitation quad ou moto non il y a trop de risque de grosses blessures et tout ce qui serait sur des courses très longues avec plus de risques d'accidents cardiaques et de malaises ça non plus je pense que je ne ferai pas. Ouais je pense que je tracerai un petit peu comme ça mes décisions"

les fait que la population soit jeune ça te conforte sur le risque faible d'accident

« Et oui c'est peut être bête, mais je me dis qu'on entend de temps en temps des arrêts

cardiaques chez des gamins mais je pense que c'est du domaine de l'exceptionnel puisqu'on l'entend dans les journaux donc c'est vraiment.. et puis de toute façon si ça arrive tu as beau être urgentiste tu feras rien de ...enfin tu feras la base mais voilà. Mais je me dis que c'est plus des petites blessures pas sur du gros niveau donc ça sera moins stressant et plus accessible en tout cas sur des premières expériences si jamais je devais m'y mettre un jour disons. »

Que penses -tu de la médicalisation d'évènement sportifs par les médecins généralistes? Ont ils leur place ou non ?

"(silence)... Bah c'est ça ma question... bah je pense que oui, si les choses sont actées que tout le monde est au courant que la personne est med gé, qu'elle n'est pas urgentiste, et que tout le monde est d'accord et que c'est stipulé dans le contrat et qu'il n'y a pas d'embrouille là dessus oui. Mais il faut que les personnes qui demandent des encadrants sachent qu'un médecin généralistes qui n'est pas formé au gestes d'urgences, il ne sera pas forcément capable de prendre en charge des choses lourdes quoi, donc c'est pas parce qu'ils ont un médecin sur place qu'ils ont, qu'il faut tout décharger, il faut que les choses soient actées, il faut pas décharger toute la responsabilité sur le médecin sous prétexte que la case est cochée médecin sur place quoi. Après je pense qu'un ..oui un médecin généraliste peut tout à fait euh gérer ça, dans le sens ou ce qu'il faut c'est avoir l'œil médical, de savoir évaluer l'urgence, alerter, faire les premiers gestes donc oui, un médecin généraliste est tout à fait capable si il s'en sent capable et qu'il se sent prêt à engager sa responsabilité oui il n'y a pas de souci. »

Que pensez vous d'une éventuellement formation à la médicalisation?

« Carrément ! Ah bah oui, moi je pense que si il y en avait une ça m'intéresserait oui clairement ! Parce que pour l'instant je ne passe pas le cap, parce que soit , oui je ne me sens pas , et soit il faudrait pouvoir être en doublon sur un ou deux événements, par ce que tu connais un pote qui le fait voilà, ou une petite formation d'une journée ou deux carrément ! " *et qui aborderait quel sujet?*

" Bah en fait de présenter, les diverses catégories de courses, les différentes façon d'organiser, de nous expliquer ce qu'on peut accepter ou pas, ce qu'il faut vérifier au niveau administratif, de ne pas se retrouver à s'engager sur des choses qui sont brouillons, bancales et ou il n'y a rien qui a été organisé. Donc voilà déjà ça, et après de revoir les deux trois bases d'urgence, les quelques blessures les plus classiques, revoir un peu les urgences principales quoi." *donc surtout avoir un côté sur les questions à demander aux organisateurs pour être sûr de rentrer dans un cadre rodé quoi*

"Ouais c'est ça complètement, de savoir de suite quand on nous présente une course, de savoir de suite se dire non mais là c'est n'importe quoi ,là les mecs ils savent pas de quoi ils parlent, ou de se dire oui c'est bon c'est organisé, c'est carré ils ont l'habitude, on va être encadré, on aura le matériel, voilà... de savoir déjà faire la part des choses entre ces deux types de possibilités et après revoir un peu la base médicale pour les médecins généralistes qui ne font plus d'urgence, après ceux qui bossent dans des centres médicaux comme aux angles ou quoi évidemment ils n'ont pas besoin de ce genre de formation mais médecins généralistes en cabinet qui ont envie de faire ça les week end pour voir autre chose, une petite formation ça peut être sympas ouais. »

As tu des choses à rajouter sur la médicalisation en générale ?

"Euh... est ce que j'ai quelque chose à rajouter... touc touc touc.. euh non comme ça non mais ouais c'est euh... une bonne idée d'aborder ça , moi j'avais ça dans un coin de la tête et je le vois sur les annonces, et je me dis tiens ça peut être sympas mais je ne me suis jamais lancé mais c'est vrai que j'avais l'envie d'y aller au moins une fois, aller doubler une journée avec euh un collègue, un pote qui le fait pour voir comment ça se passe, pour voir si ça me plait, pcq après je me dis ça peut vraiment être sympas si tu rentres dans le truc, parce qu'après je

pense que c'est toujours pareil c'est une histoire de contact, une fois que tu t'es fait connaître dans une course, dans un coin où tu bosses, bah c'est sympas après de le faire, tu connais les gens, donc c'est une bonne chose, pour pouvoir en profiter pleinement et se sentir serein, je pense que c'est une bonne chose de savoir de quoi on parle et être plus à l'aise une fois sur place."

pour profiter de la journée et ne pas le subir ?

"oui voilà exactement c'est ça (rire)! Oui la première fois, tu subis ta journée, mais après une fois que tu as vu que ça s'est bien passé comme à chaque fois, tu stresses toujours la veille d'une garde et après tu te dis j'ai fait ce qu'il fallait faire et tu te dis que ça s'est bien passé, donc là je pense que c'est pareil pour une course, tu as l'appréhension de te dire qu'est ce qui va me tomber dessus, et puis le jour où ça te tombe dessus, et bah tu gères et tu y arrives quoiqu'il arrive mais bon il y a toujours un peu de stress.

et aussi quand j'avais été sur la course tu TAR, donc la course du TAR c'est une grosse course genre 75 km enfin c'est un truc costaud, mais du coup mes potes à la montagne du coup m'avaient dit, mets toi dans l'équipe médicale, et je leur ai dit hors de question les gars, j'avais même dit à ma pote avec qui je faisais bénévole et avec qui je coupais mes oranges, je lui ai dit "mais tu ne dis surtout pas que je suis médecin, j'avais peur qu'on me sollicite, qu'on vienne me chercher si il y a un souci donc j'étais passée incognito, mais en fait j'avais regardé un peu comment ça se passait, je regardais l'équipe médicale, la nana avec sa veste médecins, je regardais avec des yeux envieux, et ça me permettait finalement d'observer un peu discrètement comment ça se passait et ça avait l'air sympas"

c'était une approche furtive vers la médicalisation

"exactement ouais complètement"

Annexe 6 : Exemple de retranscription totale d'un entretien .

SCHEMA DE CONTRAT SURVEILLANCE DES EPREUVES SPORTIVES¹
--

Entre

l'Etat
la Collectivité territoriale
L'Association (*club ou fédération*) représenté par M.
le Centre médico-sportif
la Société (*SEM ou S.A.*)

ci-après dénommée structure organisatrice

d'une part,

Et

le Dr X. (*nom, prénom, adresse, qualification et date, numéro d'inscription au Tableau de l'Ordre*)

d'autre part.

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : le Dr X. s'engage à :

(détail et étendue des missions à définir par les parties, l'énumération ci-après a un caractère indicatif)

- surveillance et prise en charge médicale durant les épreuves des sportifs et/ou
- permanence médicale auprès du public
- engagement du praticien à respecter les règlements fédéraux dans la limite des règles de la déontologie médicale
- etc.

En cas d'empêchement, le praticien fera tout son possible pour pourvoir à son remplacement. (médecin thésé uniquement ou jeune retraité toujours inscrit au tableau)

Article 2 : de son côté, la structure organisatrice s'engage à communiquer au praticien toutes informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission :

¹ - adopté au cours de la Session du Conseil national des 14 et 15 décembre 2000.

- nombre de participants
- nombre de spectateurs prévus
- mesures prises pour la surveillance de ceux-ci
- intervention de la sécurité civile
- etc.

Article 3 : conformément aux dispositions de l'article 71 du code de déontologie, le Dr X. disposera de moyens humains et techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il sera susceptible de pratiquer.

A cet effet, le Dr X. aura autorité sur le personnel de secours : (*précision sur le personnel mis à sa disposition, temps consacré, compétences techniques ...*).

Le Dr X. disposera de l'équipement et des locaux suivants : (*description du matériel*).

La fourniture de matériel médical et l'entretien des locaux sont à la charge de la structure.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la faculté pour le Dr X... d'utiliser, s'il le juge utile, en plus du matériel décrit, un matériel dont il est propriétaire ou locataire.

Le Dr X... gardera, en ce cas, toutes les charges inhérentes à sa qualité de propriétaire ou de locataire. Il sera responsable de la conformité de ce matériel aux normes techniques qui le concernent. Chaque partie fera son affaire des assurances qui lui incombent.

Article 4 : le Dr X. est engagé :

1. pour la durée de la manifestation, le (*préciser la date et l'heure*)

ou

2. pour une durée de heures, le (*préciser la ou les dates et heures de la ou des manifestations*).

Article 5 : conformément aux articles 226-13 du code pénal et 4 et 72 du code de déontologie, le Dr X. est tenu au secret professionnel et médical et reste responsable de son respect par le personnel auxiliaire mis à sa disposition.

De son côté, la (...) s'engage à prendre toute mesure pour que le secret professionnel et médical soit respecté dans les locaux (éventuellement portatifs) qu'elle met à la disposition du médecin.

Article 6 : le Dr X. exercera son activité en toute indépendance.

Dans ses décisions d'ordre médical, il ne saurait être soumis à aucune instruction d'aucune sorte (*article 5 du code de déontologie*).

Article 7 : conformément à l'article 59 du code de déontologie, le Dr X... , appelé à intervenir en urgence, devra rédiger à l'intention du médecin traitant un compte-rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remettra à la personne à qui il a donné ses soins, ou adressera directement à son confrère en informant la personne intéressée. Il en conservera le double.

Article 8 : le Dr X. , conformément à l'article 20 du code de déontologie, devra veiller à ce qu'il ne soit pas fait usage, par la structure organisatrice, de son nom ou de son activité à des fins publicitaires.

Article 9 : le Dr X. sera assuré, au titre de la responsabilité civile et professionnelle, par la structure organisatrice et aux frais de celle-ci, pour son activité prévue au présent contrat exclusivement.

Si le Dr X. est déjà couvert par une assurance en responsabilité civile professionnelle, il notifiera à sa compagnie d'assurances le présent contrat.

Article 10 : pour son activité, le Dr X. percevra une rémunération de (à déterminer par les parties). Conformément à l'article 97 du code de déontologie, il ne peut, en aucun cas, accepter de rémunération l'incitant à améliorer les performances des sportifs.

Le Dr X. sera indemnisé pour les frais exposés à l'occasion des déplacements qu'il pourra être amené à effectuer pour les besoins de sa mission.

Il sera remboursé sur présentation de justificatifs de toutes les dépenses raisonnables engagées pour l'exercice de ses fonctions.

Article 11 : en cas de désaccord sur l'interprétation, l'exécution ou la résiliation du présent contrat, les parties s'engagent, préalablement à toute action contentieuse, à soumettre leur différend à deux conciliateurs, l'un désigné par le Dr X. parmi les membres du conseil départemental de l'Ordre, l'autre par le directeur de la structure.

Ceux-ci s'efforceront de trouver une solution amiable, dans un délai maximum de trois mois à compter de la désignation du premier des conciliateurs.

Article 12 : en application de l'article L.4113-9 du code de la santé publique et des articles 83 et 84 du code de déontologie, le Dr X. doit communiquer, pour avis, cet engagement écrit et toute prolongation ou renouvellement écrit de celui-ci au conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Article 13 : les parties affirment sur l'honneur n'avoir passé aucune contre-lettre ou avenant, relatif au présent contrat, qui ne soit soumis au conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Fait à

le

Annexe 7 : Exemple de contrat type de médicalisation sportive. (47)

IX LISTE DES ABREVIATIONS

VTT : Vélo tout terrain

DPS : Dispositif prévisionnel de secours

RIS : Ratio d'intervenants secouristes

RCP : Responsabilité civile professionnelle

FFA : Fédération française d'athlétisme

ITRA : *International trail running association*

UTMB : Ultra-trail du Mont-Blanc

PTL : Petite trotte à Léon

DIU : Diplôme inter-universitaire

DU : Diplôme universitaire

DESC : Diplôme d'étude spécialisée complémentaire

COREQ : *Consolidated criteria for reporting qualitative research*

MSP : Maison de santé pluri-professionnelle

MCS : Médecin correspondant SAMU

CAMU : Capacité de médecine d'urgence

SAMU : Service d'aide médicale urgente

NBA : *National basketball association*

ACR : Arrêt cardio-respiratoire

EP : Embolie pulmonaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME :

Introduction : Les évènements sportifs, de plus en plus nombreux, nécessitent la mise en place d'une organisation permettant d'assurer la sécurité médicale de chaque participant. Celle-ci passe par la présence d'un dispositif prévisionnel de secours, nécessitant quelques fois la présence d'un médecin. L'objectif de ce travail de recherche était d'explorer les facteurs déterminants l'acceptation ou le refus d'une médicalisation sportive par un médecin généraliste.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens individuels semis directifs auprès de 14 médecins généralistes exerçant dans les Pyrénées orientales. Nous avons choisi de réaliser une analyse thématique après retranscription totale et manuelle du verbatim afin d'analyser chaque thème entrant en compte dans la réflexion individuelle des médecins, avant d'accepter ou de refuser une médicalisation.

Résultats : Les résultats montrent que plusieurs catégories de déterminants entrent en jeu. Il y a d'abord des facteurs motivant et freinant les médecins à accepter une médicalisation. On peut retenir une notion de temporalité par rapport à la carrière médicale, avec des moments plus propices que d'autres pour faire ce type d'activité. L'acceptation ou le refus peuvent dépendre aussi de la rémunération ainsi que de la méthode de recrutement. D'autres évoquent que cette discipline nécessitent des compétences spécifiques pour accepter.

Discussion : Dans la partie discussion a été mis en évidence les différences entre les a priori ressentis et les expériences vécues ainsi que par rapport aux faits de la littérature. Dans cette partie, il est intéressant de voir que l'on retrouve beaucoup d'aprioris infondés et opposés aux rapports de la littérature. Cette partie, malgré les biais et limites de l'étude, nous a permis d'exposer plusieurs perspectives sur ce domaine en terme de formation et de démocratisation de la médicalisation.

Conclusion : Pour conclure, il semblerait que cette discipline soit encore trop méconnue dans le monde médical, ce qui augmente les appréhensions ressenties par les médecins et engendrent bien souvent des refus, ou des acceptations incertaines de médicalisation. Il semblerait donc utile, et pratique pour les organisateurs d'évènements, comme pour les médecins, de rendre accessible des formations de médicalisation afin de mieux appréhender cette discipline par les médecins intéressés.

Mots clefs : Médicalisation, Médecine évènementielle, évènement sportifs, DPS,