

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le premier décembre 2016 à Poitiers

par Monsieur Guillaume LADOUGNE

Faut-il déléguer la rédaction du certificat de non contre-indication
au sport aux cardiologues ?
Qu'en pensent les médecins généralistes ?

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Luc-Philippe CHRISTIAENS

Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le premier décembre 2016 à Poitiers

par **Monsieur Guillaume LADOUGNE**

Faut-il déléguer la rédaction du certificat de non contre-indication
au sport aux cardiologues ?
Qu'en pensent les médecins généralistes ?

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Luc-Philippe CHRISTIAENS

Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe Binder,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de juger à nouveau mon travail.

Veillez trouver ici le témoignage de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Luc-Philippe Christiaens,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et pour toute l'attention que vous lui avez prêtée.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Richard Maréchaud,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous lui avez porté.

Veillez trouver ici le témoignage de tout mon respect.

A Monsieur le Docteur Olivier Kandel,

Je vous suis reconnaissant de m'avoir accordé votre confiance dans la réalisation de ce travail. Merci pour votre engagement et pour le temps que vous avez consacré à l'encadrement de ma thèse.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de ma reconnaissance.

A mes parents, mon frère, ma sœur et à toute ma famille, vous avez toujours su m'accompagner dans mes choix de vie, y compris dans les moments difficiles. C'est en partie grâce à vous si je suis devenu cette personne aujourd'hui.

A Julie, merci pour ta patience et ta tendresse et merci de ton aide dans la rédaction de ce travail. Je continue de m'épanouir à tes côtés chaque jour et si nos chemins professionnels nous éloignent, je suis certain que nous saurons mieux nous retrouver par ailleurs.

A Roxane et Simon, merci pour tous ces bons moments de partage et toutes ces belles rencontres (Angéline, Yona, Wassim et tant d'autres...).

A Pylum, merci pour la richesse de ton amitié, ta moustache, ton humour et ton soutien dans l'adversité ; merci surtout de me prêter ta chambre et tes parents.

A Stouk et Chrystelle, merci pour toutes ces années de franche camaraderie à Canolle et la belle collection de cartes postales.

A Maxoo, merci pour ta bonne humeur et ton côté nord-deux-sévrien.

A Spontex, Merton, Zo, Asté, Bouchon, et à tous ceux que j'ai pu côtoyer au cours de ma vie associative. C'est en partie à cause de vous si je termine si tard ma vie d'étudiant, mais je ne regrette pas une seconde de nos aventures communes et de tout ce qu'elles m'ont apporté.

A Pascale et à Arthur, à Marine et Antoine, merci pour votre amitié et pour les moments ludiques que nous partageons.

Au Professeur Paccalin et au Docteur Dezeix, merci d'avoir su me faire partager votre passion de la médecine et me donner envie de pratiquer ce métier.

A Didier, Marie-Claude et Isabelle, merci de me faire confiance et de me permettre de progresser dans ma vie professionnelle à vos côtés. Votre aide et votre soutien me sont très précieux.

Aux amis que j'ai rencontrés au cours de ma vie d'étudiant qui sont trop nombreux pour être cités un à un.

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CAS : Consultation d'Aptitude Sportive

CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif

CMNCI : Certificat Médical de Non Contre-Indication

CNGE : Collège National des Enseignants Généralistes

ECG : Electrocardiogramme

INSEP : Institut National du Sport et de l'Expertise et de la Performance

MOTs : Ministry Of Transports

MSS : Mort Subite du Sportif

SFC : Société Française de Cardiologie

SFMS : Société Française de Médecine du Sport

Sommaire

INTRODUCTION	2
I GENERALITES.....	2
II ACTIVITE PHYSIQUE ET SANTE.....	3
III QUESTION DE RECHERCHE	5
MATERIEL & METHODE	8
I OBJECTIFS DE L'ETUDE	8
II POPULATION ETUDIEE	8
III LES FOCUS GROUPS.....	9
IV ANALYSE DES DONNEES	9
V ENTRETIENS AVEC LES AUTRES PROTAGONISTES.....	10
RESULTATS	12
I CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	12
1 <i>Focus groups de médecins généralistes</i>	12
2 <i>Autres protagonistes</i>	12
II ANALYSE THEMATIQUE DES FOCUS GROUPS	13
1 <i>Refus de la délégation de la CAS</i>	13
1.1 Une hypothèse peu réaliste.....	13
1.1.1 Sur le plan économique	13
1.1.2 Sur le plan matériel	13
1.2 Rappel du rôle spécifique du médecin généraliste.....	14
1.2.1 Coordonne les soins	14
1.2.2 Prise en charge globale du patient	14
1.3 La CAS est utile.....	15
1.3.1 Dans le cadre de l'aptitude sportive.....	15
1.3.2 En dehors du cadre de l'aptitude sportive	16
2 <i>Acceptation de la délégation de la CAS</i>	16
2.1 Une consultation inutile	16
2.1.1 Peu efficiente	17
2.1.2 Chronophage	17
2.1.3 Dévalorisée	17
2.2 Une consultation détournée	18
2.3 Adhésion à l'hypothèse sous conditions.....	19
2.3.1 Contrôle des coûts.....	19
2.3.2 Création d'une consultation de prévention.....	20
3 <i>Une vision commune de la CAS</i>	20
3.1 Un manque de ressources formalisé.....	20
3.1.1 L'absence de consensus médical	20
3.1.2 Le manque de formation	22

3.2	Un cadre peu logique	23
3.2.1	Non-remboursement de la consultation	23
3.2.2	Indifférenciation des sports	23
3.2.3	Augmentation des demandes indues	24
3.2.4	Un retour souhaité à la responsabilité individuelle	24
III	ANALYSE CONCEPTUELLE DES FOCUS GROUPS	25
1	<i>Le paradoxe du sport toxique</i>	25
2	<i>Opposition lexicale : détournement et obligation</i>	26
3	<i>L'omniprésence de la prévention</i>	26
3.1	La prévention sous couvert de la CAS	26
3.2	Revendication d'une consultation de prévention	27
IV	ANALYSE THEMATIQUE DES AUTRES ENTRETIENS	27
1	<i>Entretiens avec les cardiologues</i>	27
1.1	Hypothèse peu réaliste.....	28
1.1.1	Sur le plan économique	28
1.1.2	Sur le plan matériel	28
1.2	Une pratique actuelle adaptée aux besoins	28
1.2.1	Rappel du rôle spécifique du médecin généraliste	29
1.2.2	Faible prévalence des pathologies	29
1.2.3	Coopération pour l'interprétation de l'ECG	30
2	<i>Entretiens avec des acteurs du mouvement sportif</i>	31
2.1	Un cadre peu logique	31
2.1.1	Une obligation légale incomprise.....	31
2.1.2	Indifférenciation des sports	32
2.1.3	Non-remboursement.....	32
2.1.4	Des dérives de la société.....	32
2.1.5	La responsabilité individuelle.....	33
2.2	Sport toxique et sport bien-être	34
	DISCUSSION	36
I	CHOIX DE LA METHODE.....	36
II	DISCUSSION DES RESULTATS.....	38
III	COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	40
IV	LA CREATION D'UNE CONSULTATION DE PREVENTION.....	40
V	LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	42
	CONCLUSION	44
	ANNEXES	45
	BIBLIOGRAPHIE	55

INTRODUCTION

Introduction

I Généralités

La rédaction d'un Certificat Médical de non Contre-Indication au sport (CMNCI) est un motif de consultation récurrent en période de rentrée scolaire. Selon le Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, 15,9 millions de licences sont établies ou renouvelées chaque année (1). Cependant, ce chiffre ne comprend pas les CMNCI pour la participation aux compétitions, ni les certificats demandés par les organisateurs de sports loisirs. Pour estimer la demande annuelle de délivrance d'un CMNCI, on doit donc se baser sur une enquête de l'Institut National du Sport et de l'Expertise et de la Performance (INSEP) pour le Ministère des Sports (2). Ce rapport estime qu'en France, en 2010, 34 millions de personnes de plus de 15 ans auraient pratiqué une activité physique au moins une fois par semaine.

En dehors des cas spécifiques (sportifs de haut niveau, double surclassement ou sports à risque), tout médecin peut être amené à délivrer un CMNCI. Dans la réalité, c'est bien souvent le médecin généraliste qui est sollicité. De par sa connaissance du patient, sa proximité et son accès aisé, il est l'acteur privilégié de ces consultations.

Le CMNCI n'est pas un simple document administratif, il est la conclusion d'un examen médical. Il engage la responsabilité du médecin à la fois sur le plan pénal, civique et ordinal (3). C'est un acte de pratique courante, encadré par le législateur.

La première occurrence légale du contrôle médical préalable au sport fédéral est l'ordonnance du 18 octobre 1945. Elle a ensuite évolué lors de la loi Mazeaud du 29 octobre 1975 (4) qui adopte le principe de la visite préalable obligatoire. Le certificat d'aptitude devient un certificat de non contre-indication. Plus récemment, la loi Buffet du 23 mars 1999 (5) et la loi Lamour du 5 avril 2006 (6) ont renforcé le dispositif légal avec l'obligation de présenter un CMNCI pour l'inscription aux compétitions et la création de l'Agence française de lutte contre le dopage.

La dernière modification est intervenue le 26 janvier 2016 avec la loi relative à la modernisation de la santé et son décret d'application du 24 août 2016 (7,8). Ces nouvelles dispositions ont trois conséquences concrètes :

- La fin du CMNCI pour les activités sportives scolaires facultatives
- L'extension de la validité du CMNCI à trois ans pour le renouvellement d'une licence de compétition (sous couvert d'un questionnaire annuel toujours en cours de rédaction)
- La possibilité de rédiger le CMNCI pour le sport en général et non plus pour un sport donné, à l'exclusion des disciplines reconnues à risque.

Si le suivi des sportifs de haut niveau est clairement défini par la loi, le contenu de la Consultation d'Aptitude Sportive (CAS) réalisée par le médecin généraliste est laissé à sa seule appréciation. Il n'existe actuellement aucun consensus ou formalisation légale de cet examen. La Société Française de Médecine du Sport (SFMS) a édité une fiche standard de consultation (Annexe 1), mais différents travaux ont montré qu'elle était peu connue et utilisée en pratique courante par les médecins généralistes (9,10).

De même, en 2009 la Société Française de Cardiologie (SFC) a édité des recommandations sur le contenu du bilan cardiovasculaire de la CAS (11). Cependant, les conclusions de ces recommandations sont contestées par le Collège National des Enseignants Généralistes (CNGE) (12). En effet, l'étude initiale sur laquelle se base la SFC (13) est discutée sur le plan de la méthode. Selon le CNGE, cela remet en cause le fondement scientifique de ces recommandations. Outre l'absence de consensus, il est étonnant de constater que les sociétés de médecine générale n'ont pas estimé utile de formaliser cette démarche et que ce sont deux autres sociétés savantes qui ont édité des recommandations à la lumière de leur pratique particulière.

II Activité physique et santé

Il est démontré et communément admis que la pratique d'une activité physique régulière est bénéfique pour la santé (14), y compris chez les patients souffrant de pathologies chroniques (15,16). C'est d'ailleurs dans cette optique qu'est menée actuellement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de notre région, une

expérimentation d'activité physique adaptée, sur prescription médicale, nommée "Prescri'Mouv" (17).

Néanmoins, la pratique du sport comporte son lot de risques. Au cours d'un effort physique intense, la probabilité de survenue d'un accident cardiovasculaire augmente (18). Il peut alors survenir une Mort Subite du Sportif (MSS). Elle est définie comme la survenue d'un décès inattendu, de cause naturelle, survenant pendant ou au décours de l'effort.

L'incidence annuelle des MSS est difficilement estimable avec précision. Les premières estimations italiennes retrouvent une incidence annuelle de MSS de 1.9 / 100 000 sportifs chez les jeunes pratiquants (13). En France, une étude prospective a retrouvé en 2009 des chiffres annuels proches: 1.4 décès / 100 000 pratiquants chez les jeunes de moins de 35 ans et 1.9 / 100 000 pour la population générale (19). Plus récemment, une large étude américaine retrouve une incidence annuelle de MSS de 1 / 100 000 athlètes universitaires (20). En France, les auteurs s'accordent à dire qu'il y a, par an, entre 500 et 1500 décès par MSS.

L'origine cardiovasculaire de ces accidents est établie dans 90% des cas. Chez les jeunes sportifs, une pathologie génétique a été mise en évidence dans la majorité des cas de MSS non traumatique (21). Ces atteintes pauci-symptomatiques ne sont souvent révélées qu'à l'effort. Les anomalies les plus retrouvées sont les cardiomyopathies hypertrophiques et les anomalies coronariennes congénitales. Elles sont, pour partie, dépistables par la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG). Chez les plus de 35 ans, le décès est majoritairement lié à la maladie athéromateuse (22).

Le décès d'un sportif en plein effort est un événement profondément choquant pour la population, qu'il s'agisse d'un professionnel médiatisé ou d'un sportif amateur anonyme. Le paradoxe de voir mourir un athlète subitement, alors qu'il apparaît en bonne santé, renforce ce sentiment.

III Question de recherche

L'élaboration de notre question de recherche a pour origine la dernière réforme du CMNCl, applicable au premier décembre 2016, dont les amendements ont été portés par Madame Fourneyron, ancienne Ministre des Sports. Dans la présentation de ce texte, elle écrit :

"Cette obligation systématique et indifférenciée constituait un frein avéré..." et "Par ailleurs, souvent perçu comme une simple formalité, pour les sportifs, et pour les médecins [...] ce caractère un peu "bête et méchant" était aussi particulièrement irritant pour les parents d'élèves". "Le coût de la visite annuelle, non remboursable par l'assurance maladie, pouvait être dissuasif".

Madame Fourneyron décrit donc un examen coûteux, mal compris par la population mais également mal considéré par les médecins généralistes.

Comme nous l'avons vu au cours de la revue de la littérature, il n'existe pas de consensus sur la pratique médicale de cet examen. Par ailleurs, les sociétés savantes et organisations de médecins généralistes n'ont jamais investi ce sujet. De plus, les risques majeurs dépistables au cours de la CAS sont cardiovasculaires et ont une faible prévalence chez les sportifs. Leur recherche relève de l'interrogatoire, de l'examen clinique mais aussi de la lecture précise d'un ECG si besoin.

Au final nous constatons :

- un discours contradictoire vis-à-vis du grand public, entre des recommandations et des incitations à avoir une pratique physique et sportive et des messages de dangerosité potentielle du sport, imposant un avis médical.
- des accidents mortels liés à l'activité sportive somme toute peu fréquents et quasi totalement de cause cardiovasculaire.
- un dépistage et un diagnostic de ces troubles cardiovasculaires ne pouvant concrètement pas être assurés dans un cabinet de médecine générale.
- la faible productivité des examens de non contre-indication au sport.

Au regard de ces éléments, nous nous sommes interrogés sur l'intérêt de maintenir ces examens. Nous avons choisi de tester auprès des médecins généralistes une hypothèse volontairement tranchée pour susciter une réflexion au-delà de l'a priori habituel à propos de ce sujet.

Notre travail s'est donc attaché à répondre à la question : les médecins généralistes sont-ils prêts à déléguer la réalisation du CMNCI aux médecins cardiologues ?

MATERIEL & METHODE

Matériel & Méthode

Nous avons choisi d'utiliser une approche qualitative en utilisant la technique semi-structurée du focus group.

Nous avons réalisé un guide d'entretien (Annexe 2) selon les recommandations méthodologiques du CNGE de Nice (24). Il comportait :

- Une première partie introductive rappelant le fonctionnement du focus group, la garantie de l'anonymat des propos et les règles de parole pour assurer l'exploitation de l'enregistrement.
- Une présentation du sujet et du contexte de l'étude.
- Puis cinq questions courtes, ouvertes, allant du sujet le plus général pour finir par la question de recherche.

I Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était de tester auprès des médecins généralistes l'éventualité de la suppression de leur activité de consultation de non contre-indication au sport.

Les objectifs secondaires étaient de recueillir l'avis des cardiologues sur l'hypothèse de leur prise en charge directe de ces consultations et de recueillir l'avis d'acteurs du monde sportif au sujet de cette même hypothèse.

II Population étudiée

Afin de définir la taille de l'échantillon, nous avons retenu le critère de "saturation" des idées exprimées, habituellement utilisé en recherche qualitative. Il est déterminé par l'absence d'idée nouvelle exprimée dans un groupe par rapport aux verbatim déjà obtenus. A l'issue de chaque focus group, nous avons analysé chaque verbatim pour évaluer ce critère.

Notre cible était les médecins généralistes. La stratégie de prise de contact était un contact direct (connu ou conseillé par un proche), puis de proche en proche (désigné par le précédent médecin).

Le recrutement s'est déroulé en septembre et octobre 2016. Nous avons contacté les organisateurs de six différents groupes de pairs de la Vienne et des Deux-Sèvres, ainsi que l'organisatrice d'un groupe de pairs de jeunes médecins collaborateurs médicaux et remplaçants en cours de création. Soit sept médecins contactés au total.

Le recrutement a été effectué par contact téléphonique ou par courrier électronique. Nous avons ciblé des groupes de médecins composés de praticiens d'origines géographiques et aux modes d'exercices différents (rural ou urbain). Ce choix nous a permis de constituer des groupes variés, allant de jeunes confrères remplaçants à des médecins expérimentés se réunissant en groupe de pairs depuis des années.

III Les focus groups

Les focus groups ont eu lieu dans le cabinet ou au domicile d'un médecin du groupe. Nous y avons tenu le rôle de modérateur.

Après accord de l'ensemble des participants, le recueil des données a été réalisé par enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone numérique, avec une copie de secours. Les focus groups ont duré entre 60 et 90 minutes.

IV Analyse des données

La première étape de l'analyse des données a consisté à retranscrire le contenu des enregistrements. Cela comprenait les paroles des participants mais également les silences, les pauses, les rires ou le ton utilisé. Ce travail a été réalisé à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word 2016©. Les documents ainsi obtenus sont les verbatim qui ont servi de support au reste de l'analyse.

Pour exploiter les verbatim, nous avons utilisé la méthode de la théorie ancrée (25). Nous avons réalisé une analyse longitudinale suivie d'une analyse transversale. Ce travail nous a permis de faire émerger les thèmes et les concepts récurrents.

Après une première lecture linéaire, nous avons procédé au relevé systématique de chaque sujet ou idée abordé. Les verbatim ont été ainsi découpés à chaque nouvelle notion retrouvée au cours de la phase d'analyse longitudinale.

Nous avons ensuite effectué une analyse transversale qui a permis de regrouper les idées similaires et de faire émerger les thèmes ainsi que les concepts récurrents.

La réalisation des arbres thématiques et la définition de concepts nous a permis de répondre à la question posée.

V Entretiens avec les autres protagonistes

Afin d'affiner la qualité des données et en vue de répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de recueillir l'avis de cardiologues et de représentants d'une fédération sportive locale.

Nous nous sommes mis en relation avec une clinique de cardiologues libéraux des Deux-Sèvres dont nous avons préalablement le contact. Nous avons pu auditionner deux médecins cardiologues et avons conservé le même déroulé de l'entretien, en adaptant les questions aux participants. La méthode de recueil et d'analyse était similaire à celle déjà décrite.

De même, nous avons contacté les représentants d'une fédération sportive multisports de la ville de Poitiers. Nous avons réalisé deux entretiens individuels semi-directifs en adaptant les questions du scénario du focus group. Nous avons auditionné un administrateur de cette fédération puis le délégué en charge de la gestion administrative des licenciés. Le recueil et l'analyse des résultats ont également été effectués selon la méthode décrite.

RESULTATS

Résultats

I Caractéristiques de la population

1 Focus groups de médecins généralistes

Nous avons organisé trois focus groups de médecins généralistes. L'analyse des verbatim a été réalisée après chaque focus groups. Le phénomène de saturation est apparu dès la fin du deuxième entretien et a été confirmé par le troisième. Le recueil des données a donc pris fin après le troisième focus group.

Parmi les sept groupes de pairs contactés initialement, un groupe ne se réunissait plus, deux n'ont pas donné suite et le dernier se réunissait à une date ultérieure à la fin de notre étude.

Le premier groupe était composé de dix médecins généralistes, installés en milieu urbain ou semi-rural dans la région de Poitiers. Un des participants était titulaire d'une capacité en médecine du sport.

Le deuxième entretien a réuni sept jeunes médecins généralistes, collaborateurs médicaux ou médecins remplaçants. Ils exerçaient en milieu rural, semi-rural ou urbain en Vienne et en Deux-Sèvres.

Le dernier focus group a rassemblé six médecins généralistes installés en zone semi-rurale ou rurale de la région de Thouars. Un médecin était titulaire d'une capacité en médecine du sport.

Au total, nous avons testé notre hypothèse auprès de vingt-trois médecins généralistes.

2 Autres protagonistes

Nous avons rencontré deux médecins cardiologues libéraux exerçant dans la ville de Niort.

Nous avons auditionné un administrateur d'une fédération multisports. Cette personne siégeait au Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS) de la Vienne. Le délégué en charge de la gestion des clubs et de la récupération des CMNCI au sein de la même fédération a également été auditionné en entretien individuel.

II Analyse thématique des focus groups

Les données extraites des verbatim ont été organisées et regroupées en thèmes et sous-thèmes à l'intérieur d'un arbre thématique (Annexes 3 à 7)

1 Refus de la délégation de la CAS

1.1 Une hypothèse peu réaliste

A l'énoncé de notre question de recherche, certains médecins ont objecté son caractère irréaliste en se basant sur les deux arguments suivants :

1.1.1 Sur le plan économique

Le coût qu'entraînerait la délégation de la CAS aux cardiologues nous a été opposé :

"Alors ça veut dire que le cardiologue, d'emblée il fait l'ECG, l'écho cœur... A ce moment-là en terme de coût..."

"Et puis il n'y a pas intérêt, parce que ça coûte combien une épreuve d'effort ? L'examen cardiologique complet ça coûte déjà je ne sais pas combien, alors si tu fais une épreuve d'effort qui ne se fait qu'en clinique..."

1.1.2 Sur le plan matériel

Certains participants ont avancé l'idée que les cardiologues ne pourraient faire face à la demande de consultation induite par notre hypothèse et que cela risquait de

dégrader fortement l'accès aux consultations spécialisées pour les patients porteurs d'une pathologie cardio-vasculaire :

"Tu veux que les gens ne fassent pas de sport pendant deux ans parce qu'ils n'ont pas de rendez-vous chez le cardiologue ? Pour la population générale, il faudrait former je ne sais pas combien de cardiologues."

"Les cardiologues, ils ne vont pas voir tous les sportifs, ils ne vont pas y arriver."

1.2 Rappel du rôle spécifique du médecin généraliste

1.2.1 Coordonne les soins

La mission de coordination des soins du médecin généraliste a été souvent évoquée. Selon eux, le médecin généraliste devrait rester le référent du patient et devrait pouvoir organiser l'ensemble des soins, en relation avec les autres acteurs de santé.

"...on est médecin coordinateur. Si un patient veut aller voir un cardiologue, c'est nous qui devons l'envoyer. Ce n'est pas au patient de répondre à un questionnaire et à partir de là, aller voir le cardiologue. Sinon, on ne servira plus à rien un jour, c'est notre travail de faire ce recueil-là, d'orienter et d'avoir la réponse."

"Adresser les patients à risque chez le cardiologue pourquoi pas, mais qui adresse ? C'est le médecin généraliste."

1.2.2 Prise en charge globale du patient

Les participants ont rappelé l'approche spécifique du médecin généraliste dans sa relation de soignant. Ils se sont inquiétés d'une éventuelle démarche centrée sur l'organe et non sur le patient :

"Quid du reste des contre-indications non cardiovasculaires ? Ce n'est pas parce qu'un patient a une pathologie ou des facteurs de risque

cardiovasculaires qu'il n'a pas d'autres pathologies qui pourraient entraîner une contre-indication au sport. Et là, le cardiologue... Chacun doit faire son travail."

1.3 La CAS est utile

1.3.1 Dans le cadre de l'aptitude sportive

- *Rôle de conseil de la pratique sportive*

Certains participants ont expliqué influencer parfois le choix du sport et de son intensité. Les médecins ont évoqué la discussion des pratiques sportives et leur refus éventuel de délivrer le CMNCI si l'activité ne semblait pas adaptée au patient :

"Moi, il y a des gamins où on me demande certains sports, je refuse, je discute en disant que ça me paraît pas du tout pertinent de faire tel ou tel sport. Par exemple, il y avait des gamins qui étaient gros, qui étaient obèses ; on me demandait pour de l'escalade. On a discuté pour faire autre chose. Parce que je pense que ce gamin il a besoin de faire d'abord un travail de fond, un travail musculaire, plutôt que de faire de l'escalade."

"J'exerce une certaine pression dans le choix du sport. C'est l'occasion de discuter, de savoir ce qu'il peut faire et comment il va le faire "

- *Le dépistage des contre-indications au sport*

L'objectif premier de la CAS a été mentionnée à plusieurs reprises. Certains généralistes ont déclaré mettre parfois à jour des pathologies et des contre-indications médicales au sport au cours de cet examen :

"Moi ça a été l'occasion de découvrir des pathologies."

"-Est-ce qu'a un moment donné vous avez refusé un certificat de sport ? Genre ton mec de quarante ans, est-ce que tu lui as refusé en disant : « vous allez chez le cardio et vous revenez me voir ? » -Réponse collégiale : Oui -Oui, ça s'est même terminé avec un quadruple pontage. "

1.3.2 En dehors du cadre de l'aptitude sportive

- *Un moyen d'obliger à consulter...*

Ce sous-thème est apparu de manière récurrente au cours des discussions. Les termes "obliger", "prétexte" et "moyen" sont souvent ressortis des verbatim :

"C'est le prétexte pour revoir ces patients, c'est un petit peu la carotte, le certificat."

"En fait le certificat ça provoque une consultation, où le patient de lui-même ne serait pas venu."

"Mais ça n'a rien à voir avec le sport, je suis d'accord. C'est un moyen de voir les gens."

- *... pour faire de la prévention*

Les médecins ont reconnu se servir de la CAS pour effectuer une large gamme de prévention, déconnectée du sport. Selon eux, cette opportunité de recevoir les patients pour un acte de prévention justifierait le maintien d'une telle consultation :

"Je pense que c'est le moment où l'on peut discuter avec eux et faire de la prévention. Faire autre chose que juste l'examen pour le sport parce que finalement ça ne dure pas très longtemps pour le sport."

"Ça nous permet de toucher ces populations-là en faisant de la prévention autre, santé sexuelle, santé sociale, vaccination, tabac, intoxications ou découvrir des choses."

2 Acceptation de la délégation de la CAS

2.1 Une consultation inutile

Une partie des médecins a clairement exprimé le manque d'intérêt qu'ils accordaient à la CAS. Nous avons regroupé ces arguments selon les trois sous-thèmes suivants.

2.1.1 Peu efficiente

Certains de nos participants ont évoqué la faible prévalence des pathologies dépistables et dépistées au cours de cet examen :

"On est d'accord, ça ne tient pas de toute façon. On est tous d'accord pour dire qu'on dépiste que dalle en fait. Ça ne sert à rien"

"Non, mais il n'y aura pas moins de morts, tu as raison, on ne dépiste rien à part des cas particuliers."

2.1.2 Chronophage

Les médecins ont relaté être parfois en difficulté pour faire face à une demande importante de CAS sur un laps de temps restreint. Cela perturberait selon eux l'organisation de leur emploi du temps sur la période de la rentrée scolaire :

"On est tous un peu débordés par ce genre de demande dans la période de rentrée."

"C'est ça en fait le côté un peu ennuyant du certificat médical, c'est qu'en un laps de temps très court, beaucoup de patients viennent parce qu'ils n'ont pas le choix."

Certains médecins décrivent une surcharge de travail importante qui les conduirait à délivrer des CMNCI sans examen clinique, faute de temps suffisant pour les recevoir en consultation :

"Il y a plein de médecins qui signent les certificats sans même recevoir les patients parce qu'ils ont une patientèle énorme et qu'en aucun cas sur les mois d'août-septembre, ils ne peuvent se permettre de revoir leurs deux mille patients."

2.1.3 Dévalorisée

Certains médecins nous ont avoué accorder peu d'intérêt à la CAS. Cette consultation a été décrite comme vide de tout contenu et sans valeur médicale :

"L'examen clinique qu'on pratique, en dehors de l'électro, n'a pas tellement de valeur."

"A la limite, pour moi, le sport... parler du certif de sport, je le signe mais ce n'est pas ça qui m'intéresse."

Ils nous ont également expliqué que cette vision négative serait partagée par une partie de la population :

"Déjà que pour les patients, c'est complètement une formalité administrative, on a des gens :« - vous venez pour quoi ? - Ah, pour rien » et hop ils déposent le certificat pour rien. Et souvent les gens ont l'impression que c'est rien."

"Il y a plein de patients qui m'ont demandé :« je ne comprends pas, d'habitude le médecin me le fait, il me connaît, c'est bon je n'ai pas besoin de venir. »"

Selon certains, la consultation aurait perdu une partie de sa valeur médicale aux yeux des patients. Ces derniers n'y verraient qu'une obligation administrative :

"Je pense que le certificat actuellement est plus perçu comme quelque chose de responsabilité auprès des fédérations, de se dédouaner s'il y a un éventuel accident. C'est une question d'assurance. Donc finalement, ça perd un peu de sa valeur médicale"

2.2 Une consultation détournée

Les médecins qui ont adhéré à l'hypothèse ont avancé l'idée qu'ils auraient détourné la CAS de son objectif initial :

"...j'ai l'impression qu'on est tous d'accord pour dire qu'on a détourné cette consultation."

A travers ce terme, les participants ont évoqué la notion de prévention :

"...en effet on a détourné cette consultation. Et il y a une certaine pertinence chez les ados à les voir [...] et là on les chope et c'est assez intéressant sur tabac, alcool, sexualité, vaccins, dépression et tout ça ..."

"...justement on a détourné cette consultation et en fait c'est le seul moment où on vient nous voir, pas pour du soin."

2.3 Adhésion à l'hypothèse sous conditions

Certains médecins ont détaillé dans quelles conditions ils accepteraient de déléguer la CAS aux cardiologues :

2.3.1 Contrôle des coûts

- *Par l'encadrement des examens à réaliser*

Les participants des focus groups ont jugé important de définir les explorations nécessaires à la délivrance du CMNCI avant de la déléguer aux cardiologues. Selon les médecins généralistes, le choix des examens devrait s'appuyer sur des études scientifiques fiables :

"Donc il faut que ce soit cadré par rapport au coût des examens parce que ça peut aller très vite jusqu'à la scintigraphie myocardique. Mais pas dire, « on passe la main aux cardios ». Parce que là il n'y aura pas d'intérêt sur le coût et surtout pas d'intérêt pour nos patients."

"Il faut qu'ils aient un cadre sur des études. Comment éviter les examens inutiles et quels examens faire."

- *Par le ciblage des patients à risque*

Dans le but de prévenir une augmentation des coûts, les médecins généralistes ont proposé de cibler les patients à risque :

"Finalement, là, c'est un dépistage collectif du sportif et l'intérêt c'est un dépistage individuel, et je me dis la sécu ils ont toutes les infos pour cibler les patients."

"Là c'est une manière judicieuse de cibler les gens qu'il faut surveiller."

2.3.2 Création d'une consultation de prévention

En cas de délégation de la CAS, les médecins généralistes ont exprimé leur peur de ne plus pouvoir recevoir leurs patients dans un but préventif. Ils ont exprimé dans chaque focus group leur souhait d'assister à la création préalable d'une consultation dédiée à la prévention :

"Si on arrête les certificats, il faut imposer une consultation de prévention, pas forcément tous les ans, une consultation de prévention régulière."

"C'est une mauvaise chose, sauf si on introduit une consultation de prévention obligatoire. Parce que ok, on ne fait plus de certificat, mais s'il y a une épidémie de rougeole ça va coûter plus cher à la société."

3 Une vision commune de la CAS

Outre la réponse à l'objectif de l'étude, l'analyse des propos des médecins généralistes nous a permis de schématiser leurs représentations de cette consultation. Nous avons réalisé un arbre thématique reprenant ces notions.

3.1 Un manque de ressources formalisé

Nous avons relevé une plainte récurrente concernant le manque de ressources scientifiques mobilisables par les médecins généralistes.

3.1.1 L'absence de consensus médical

Ce sous-thème a été symbolisé par les participants dans l'évocation du test de Ruffier-Dickson, et des recommandations de la SFC :

"Le Ruffier-Dickson, on l'a fait pendant des années alors qu'au final ça ne sert pas à grand-chose. Alors qu'est-ce qu'on fait pour dépister un problème éventuel ? L'ECG c'est pareil, à un moment on disait un ECG tous les cinq ans avant trente ans et tous les trois ans après. Finalement ça a été remis en cause aussi."

Ils ont également pointé le niveau de preuve scientifique de ces recommandations :

"Là-dessus aussi je crois qu'on avait cherché, je crois qu'il y a des consensus d'experts mais il n'y a pas de preuve d'intérêt supérieur de grade A. Pour le sport, si on nous dit « il faut en faire un pour voir le PR le machin le QT ... » bah ok, on le fait. Sauf que moi comme je suis moyennement convaincu, je ne trouve pas toujours le temps de le faire."

Nous avons regroupé les plaintes des médecins concernant le défaut de définition consensuelle du contenu de la CAS. Les participants nous ont expliqué être gênés dans leur pratique par l'absence de trame de consultation adaptée à la médecine générale :

"Cette consultation, si elle doit exister, il faut qu'elle ait du contenu et qu'on ait une aide. Qu'on arrête de faire la consultation de médecine du sport à la X, Y ou Z. On a besoin d'un peu plus d'outils pour cibler les sports à risques, et dans ces sports à risques, on a besoin de savoir quel contenu précis et à quelle fréquence en fonction du patient."

"Si on fait une consultation de sport, qu'elle ait un petit peu de contenu. Sinon, on va réinventer le Ruffier-Dickson."

Enfin les médecins généralistes ont regretté que les seules recommandations existantes ne soient pas éditées par les sociétés de médecine générale :

"Comme d'habitude, on dit « ah bah ça existe, ça doit être important » et on laisse parler nos amis cardiologues, qui eux commencent à nous mettre des dates et des fréquences d'exams alors qu'ils ne s'en occupent pas."

3.1.2 Le manque de formation

- *A la médecine du sport*

Certains médecins ont fait part de leurs lacunes dans différents domaines de la médecine du sport. Certains ont évoqué leur manque de connaissance des contre-indications au sport :

"Moi je vois les niveaux 1 de plongée donc j'utilise les certificats fournis par la fédération. Donc il y a le certificat d'un côté et au verso il y a la liste des contre-indications. Là au moins c'est un guide qui est clair. Je pense qu'on n'est pas assez formé. La liste des contre-indications qu'on a pour la plongée, si on avait ce genre de chose pour chaque sport avec des recommandations..."

Pour d'autres, c'est un défaut de connaissance de la pratique des patients qui a été mis en avant :

"Moi je vais être honnête, des fois je signe des certificats alors que je ne vois même pas en quoi le sport consiste. Le Tai-chi je sais pas trop quoi là... Déjà je leur dis : « il faut me l'orthographier »."

Un participant a dénoncé l'absence de formation des médecins fédéraux :

"Oui mais justement, j'ai été médecin du basket... Alors comment on devient médecin du basket ? Parce que ma fille fait du basket. Donc j'ai été approché par la fédération ; il leur faut un médecin, voilà la compétence que j'avais ; ma fille fait du basket et j'ai été propulsé avec tous les trucs d'arbitre ou de double surclassement."

- *A l'interprétation de l'ECG*

Nombre de médecins nous ont exprimé leurs lacunes concernant la lecture de l'ECG, ainsi que leur crainte des conséquences d'une mauvaise interprétation :

"Les ECG, quand j'en fais, j'ai des gros doutes, parce qu'il y a beaucoup de variations, alors on me dit : « oui, il a 10 ans, c'est normal qu'il ait une

repolarisation précoce, c'est normal qu'il ait ça ». *Oui mais je pense que je peux passer à côté d'un Wolff-Parkinson-White très facilement.*"

"Tout à l'heure on parlait du syndrome de Brugada, ou la dysplasie arythmogène du ventricule droit et de ces trucs-là ; pffffff, là moi je ne suis pas compétent."

"Moi l'ECG j'en fais pas ça m'évite de me tromper."

3.2 Un cadre peu logique

3.2.1 Non-remboursement de la consultation

Ce sujet a été abordé spontanément dans chaque focus group. Les médecins déclaraient ne pas comprendre la logique de cette disposition et disaient ne pas l'appliquer :

"Il y a toujours un motif de consultation annexe qui fait que tu fais la feuille de soin. Il y a toujours une raison à côté. Je pense que vous faites à peu près tous comme moi ; concrètement, à aucun moment je n'ai pas fait de feuille de soin pour ce genre de certificat."

"Je me suis toujours demandé pourquoi la sécu ne tapait pas du poing sur la table, parce qu'elle en a les moyens. Mais ils savent qu'on l'a détournée."

3.2.2 Indifférenciation des sports

Les médecins ont exprimé leur mécontentement face à l'absence de distinction faite entre les pratiques sportives. Ils ont expliqué ne pas comprendre que l'on puisse leur demander un CMNCI à la même périodicité pour la pratique du sport en compétition et pour la pratique d'une activité "douce" :

"Parce que tu ne peux pas comparer quelqu'un qui fait du yoga à quelqu'un qui fait du marathon."

"Ça ne paraît pas logique d'exiger des certificats annuels pour des sports qui n'en sont pas vraiment."

3.2.3 Augmentation des demandes indues

Les médecins se sont dit inquiets de la multiplication des demandes de certificats divers et variés :

"La marche. Ce n'est pas un certificat de non contre-indication, c'est presque un certificat d'indication. Donc en fait on vient nous demander des certificats de n'importe quoi."

"Le mec qui veut un certificat de pêche au coup... C'est quoi les contre-indications de la pêche au coup ? Y'en a pas, alors pourquoi il y a un certificat ?"

Les médecins ont expliqué répondre par l'absurde à certaines demandes :

"Tous les gamins, c'est absurde de faire des certificats de non contre-indication. Moi je m'amuse à faire des certificats de bébé nageur en compétition. Juste pour souligner l'absurdité du truc."

"Moi tous les yogas, je mets en compétition."

3.2.4 Un retour souhaité à la responsabilité individuelle

Certains participants ont exprimé l'idée d'un retour à la notion de responsabilité individuelle :

"Le truc c'est que tu pourrais aussi imaginer que quelqu'un qui se met à faire du sport, ce soit à ses risques et périls."

"Libre au patient de mettre n'importe quoi. S'il coche les cases, il prendra sa responsabilité en disant, c'est bon, je sais jouer au foot, ça fait 10 ans que j'en fais, je rempli les bonnes cases."

III Analyse conceptuelle des focus groups

Au cours de l'analyse des verbatim, nous nous sommes attachés à identifier les idées paradoxales, les récurrences de formules pour exprimer des opinions opposées ainsi que les idées omniprésentes. Nous avons mis en évidence trois concepts.

1 Le paradoxe du sport toxique

Plusieurs médecins ont fait référence à un concept paradoxal : celui du sport toxique. Selon ces participants, ce concept véhiculerait l'idée que la pratique du sport pourrait être dangereuse pour la santé :

"Il y a des gens qui demandent des certificats où je trouve que du point de vue articulaire il faut les surveiller, et quelques fois, le sport il est toxique."

"Des sports comme ça, c'est à déconseiller à tout le monde, c'est très dangereux le sport. Non mais je ne rigole pas, à partir d'un certain âge ils sont cassés de partout, ils n'ont plus de ménisque. Il faut faire de l'activité physique, ça d'accord. Mais faire du sport de compét comme ça c'est pas forcément conseillé."

L'un des participants a résumé ce paradoxe en ces termes :

"On est bien, les docteurs, dans l'injonction. C'est-à-dire qu'on passe notre temps à dire : « il faut manger je ne sais pas combien de légumes par jour et de fruits et il faut se remuer le cul et faire du sport ». Le monde médical dit : « faites du sport, c'est bon pour la santé ». Et le premier con qui dit je veux faire du sport, on lui dit : « Houlà, attendez, vous voulez faire du sport mais c'est vachement dangereux. Il vous faut un avis médical ». Non, mais symboliquement c'est important cette contradiction."

En opposition avec ce concept, un médecin a évoqué le sport comme un moyen d'épanouissement :

"Là, ils se bousillent. Et c'est peut-être notre rôle de leur dire : « N'y allez pas, ils vont vous casser ». C'est au médecin de leur dire : « Par rapport à la santé c'est pas ça qu'il faut ». C'est faire du sport pour s'épanouir."

2 Opposition lexicale : détournement et obligation

Ces deux termes ont été décrits dans l'analyse thématique comme des sous-thèmes d'idées opposées.

Les mots "détourner" et "détournement" apparaissent à quatorze reprises dans les verbatim des focus. Ils font référence au thème de consultation inutile :

"J'ai l'impression qu'on est tous d'accord pour dire qu'on a détourné cette consultation. J'ai l'impression que c'est un argument suffisant pour dire que ça ne sert à rien."

Nous avons dénombré vingt occurrences aux termes "obliger" et "obligation" dans l'ensemble de nos données. Ils ont été décrits sous l'arborescence d'une consultation utile :

"la personne qui veut faire du sport, elle est obligée d'avoir ce certificat pour pratiquer son sport, qu'est ce qui pourrait l'obliger à venir nous voir d'une autre manière ?"

Nous avons regroupé ces deux thèmes au sein d'un même concept car même s'ils ont été utilisés dans des idées opposées, ils se rapportent tous les deux à l'idée sous-jacente de prévention.

3 L'omniprésence de la prévention

Les termes "prévenir", "prévention" et "préventive" ont été utilisés à soixante-deux reprises, par la quasi-totalité des médecins généralistes. Ce concept central a été décrit dans deux situations.

3.1 La prévention sous couvert de la CAS

Une partie des médecins a déclaré utiliser la CAS à des fins préventives sans lien direct avec l'aptitude sportive. Ils nous ont décrit cette consultation "en dehors du soin" comme le lieu propice pour faire de la prévention à la santé en général :

"on ne fait pas vraiment beaucoup de choses pour le certificat sportif. On fait beaucoup plus de choses pour la prévention en général."

"En fait c'est seul moment où on vient nous voir, pas pour du soin. C'est le biais de notre usage, c'est qu'il faut être malade pour aller chez le médecin. Et c'est le seul moment où les gens non malades venaient nous voir. Et effectivement, on s'en sert pour autre chose."

3.2 Revendication d'une consultation de prévention

A l'inverse, certains médecins ont refusé de justifier le maintien de la CAS par la prévention qu'ils y pratiquent. Ils ont estimé indispensable la création d'une consultation spécifique, dédiée à la prévention. Pour eux, les syndicats de médecins généralistes devraient porter cette revendication :

"Il serait intéressant de reposer la question de la consultation de prévention. Mais pas par rapport au sport. On ne va pas justifier le fait qu'il faille conserver la consultation pour le sport par la nécessité de faire une consultation de prévention."

"C'est pas parce qu'on l'a détournée qu'on doit imposer le maintien de la consultation de sport. On doit revendiquer par le syndicat une consultation de prévention."

"Moi je vais militer pour avoir une consultation de prévention."

IV Analyse thématique des autres entretiens

1 Entretiens avec les cardiologues

Au cours de ces entretiens, les cardiologues n'ont utilisé que des arguments à l'encontre de la délégation de la rédaction du CMNCI. Nous avons réalisé un arbre thématique pour retranscrire ces arguments.

1.1 Hypothèse peu réaliste

Les cardiologues nous ont expliqué que notre scénario ne leur semblait pas souhaitable. Nous avons retrouvé deux arguments présentés pour réfuter notre hypothèse.

1.1.1 Sur le plan économique

Selon eux, la multiplication des consultations spécialisées et des explorations cardiologiques n'était ni souhaitable d'un point de vue du coût de la santé, ni rentable face à la faible incidence des pathologies à dépister :

Ça va coûter très cher pour finalement détecter très peu de patients."

1.1.2 Sur le plan matériel

Les cardiologues nous ont dit penser que l'augmentation de la demande de consultations ne pourrait être assumée par le nombre actuel de cardiologues en cas de délégation de la CAS :

"C'est sûr que l'idéal, ce serait que tout le monde ait tout : ECG, écho, on trouverait tout ce qu'il y a à trouver, mais ce serait difficile à gérer en termes de rendez-vous, de créneaux et tout le reste..."

"...je pense qu'on ne pourra pas faire face à la demande. Entre le nombre de certificats et le nombre de cardiologues, très vite cela va être très difficile."

1.2 Une pratique actuelle adaptée aux besoins

L'articulation actuelle entre les soins de premier recours via le médecin généraliste et les soins de deuxième recours a été jugée adaptée et satisfaisante par les cardiologues. Ils ont expliqué ne pas vouloir bouleverser un système efficace de leur point de vue.

1.2.1 Rappel du rôle spécifique du médecin généraliste

- *Prise en charge globale du patient*

Les cardiologues ont affirmé ne pas être en mesure de considérer l'ensemble des pathologies éventuelles du sportif. Par opposition à leur pratique centrée sur un organe, il leur a semblé indispensable de ne pas priver les patients d'une vision globale de leur santé, comme le généraliste peut le faire :

"Je pense que sur un plan théorique, on est à même d'évaluer le risque cardiovasculaire du patient certes, mais on n'aura pas le temps de regarder tous les autres organes, par exemple, le risque traumatologique et autre..."

- *Coordination des soins*

Les cardiologues interrogés ont exprimé leur satisfaction de la coordination des soins et de la prescription rationnelle des investigations complémentaires par les médecins généralistes. Selon eux, la sélection des patients à adresser serait à la fois correctement réalisée et indispensable pour maintenir un accès efficace aux consultations spécialisées de cardiologie :

"Je pense que le bilan cardiologique, ECG éventuellement en plus, ne feront qu'approfondir les choses chez les patients à risque qui auront été présélectionnés par le médecin généraliste. Pour moi c'est quelque chose d'assez important et qu'on devrait maintenir. En tout cas, de ce que j'ai vu oui, je pense qu'ils sont bien ciblés."

"Oui, c'est bien fait, honnêtement, on ne se plaint pas. C'est très rare qu'on se dise « mais pourquoi il nous l'envoie celui-là ? ». Nos collègues généralistes sont bien."

1.2.2 Faible prévalence des pathologies

Les cardiologues ont estimé que l'organisation actuelle serait rationnelle face à la faible prévalence des pathologies dépistées.

"Je ne sais pas si, depuis 2 ans, j'ai eu un seul Brugada découvert. Je pense que c'est parce que l'essentiel des pathologies à risques chez les jeunes, c'est souvent des maladies génétiques qui sont plutôt rares. Donc ça peut expliquer que la masse d'examens complémentaires ne soit pas très rentable dans la mesure où l'on a pas beaucoup de patients à screener finalement."

Ils nous ont expliqué que ces anomalies auraient rarement une incidence sur la santé du patient et seraient exceptionnellement à l'origine d'une contre-indication à l'effort physique :

"Je n'ai pas de souvenir récent de patient chez qui on a dit : « non chez vous pas de sport », c'est pas fréquent."

"C'est rare que l'on retrouve de réelle contre-indication."

1.2.3 Coopération pour l'interprétation de l'ECG

Au cours des entretiens, les cardiologues ont admis que certaines pathologies étaient difficiles à dépister à l'examen clinique et à la lecture de l'ECG.

"Chez le jeune, c'est de rechercher des pathologies qui seraient silencieuses au repos et qui s'exprimeraient à l'effort. Et c'est souvent les maladies génétiques, Brugada, les cardiomyopathies, le Kent, QT court, QT long, les cardiopathies hypertrophiques. Là par contre, il faut venir. Pour les trouver à l'ECG ce n'est pas évident."

Ils ont réaffirmé l'importance de la réalisation de l'ECG en routine par les médecins généralistes. Selon eux, cela permettrait de prévenir certaines consultations inutiles. Les cardiologues ont rappelé pouvoir aider les médecins généralistes dans l'interprétation des anomalies de l'ECG :

"La nécessité d'avoir un ECG chez le médecin généraliste, personnellement je pense que cela peut être quelque chose d'utile."

"On travaille pas mal avec les médecins généralistes par fax. Donc ils faxent l'ECG et on leur répond dans les cinq minutes. En général, cela évite une

consultation, [...] en général le médecin généraliste a très bien fait tout l'examen clinique et l'interrogatoire."

2 Entretiens avec des acteurs du mouvement sportif

Nous avons organisé deux entretiens individuels avec un administrateur et un délégué d'une fédération multisports de Poitiers. L'analyse des verbatim ne nous a pas permis d'élaborer une réponse thématique à l'hypothèse de la délégation de la CAS aux cardiologues. Les participants ont refusé de se positionner en avançant un manque de compétence dans le domaine médical.

"Mais bon, je ne sais pas qu'elle est la bonne solution, je ne suis pas médecin. Je ne rapporte qu'une expérience."

Cependant, ces entretiens nous ont permis d'appréhender leur représentation de la CAS :

"Question difficile à laquelle je n'ai pas de réponse précise, si ce n'est quelques constats."

Ces constats, remarques et exemples ont été rassemblés au sein d'un arbre thématique (annexe 6).

2.1 Un cadre peu logique

2.1.1 Une obligation légale incomprise

Les représentants de la fédération sportive nous ont décrit l'absence de compréhension de l'intérêt médical de la CAS par les sportifs. Selon eux, l'obligation de présenter un CMNCI annuellement serait considéré comme une contrainte injustifiée et une perte de temps :

"On s'aperçoit [...] qu'avant d'avoir récupéré tous les certificats médicaux des petits copains qui viennent jouer, il y en a pour qui c'est compliqué. Il faut le réclamer chaque semaine pendant un mois voire plus, parce qu'il y en a au mois d'octobre ils n'ont toujours pas ramené le certificat."

"Pour eux, c'est une perte de temps et ils n'ont pas envie."

2.1.2 Indifférenciation des sports

L'application de dispositions similaires pour l'ensemble des sports serait également largement incomprise par les dirigeants, notamment pour la pratique de "sports doux" :

"Je pense que pour certaines activités sportives, il est nécessaire que le licencié aille chaque année voir son médecin, faire renouveler son certificat. Je pense à tout ce qui est cyclo-sport en compétition, VTT, les sports mécaniques. Certaines activités comme la gym d'entretien, la sophrologie, ce n'est pas nécessaire de refaire à chaque fois un certificat."

"Cela ne change rien pour le certificat que vous pratiquiez de la randonnée pédestre ou que vous pratiquiez de la varappe, de l'escalade ou de la plongée sous-marine."

2.1.3 Non-remboursement

L'administrateur de cette fédération nous a expliqué ne pas comprendre que la consultation soit prise en charge par la sécurité sociale. Selon lui, ce serait à une autre structure d'en supporter le coût :

"C'est la sécu qui paie puisque pour neuf personnes sur dix, c'est une visite classique chez son médecin."

"Il n'est pas marqué visite sportive et donc payée par quelqu'un d'autre que la sécu. Ce qui a mon sens n'est pas logique. Dans la mesure où, comme c'est pour pratiquer le sport, il faudrait que ce coût soit supporté par une autre structure que la sécurité sociale, peut-être par les fédérations. Ce qui reviendrait à la charge du sportif, parce si c'est par la fédération, elle augmentera les cotisations de manière à récupérer la charge."

2.1.4 Des dérives de la société

Les acteurs du monde sportif nous ont décrit deux dérives des pratiques concernant le CMNCl.

- *Augmentation des demandes des fédérations*

La première serait une tendance des fédérations nationales à demander des explorations complémentaires injustifiées, notamment pour les sportifs vétérans :

"Le niveau national a établi un formulaire de certificat médical très spécifique qui demande beaucoup d'examens poussés ; [...] à titre personnel, mon médecin a dû me le faire une seule fois depuis que j'ai quarante ans. Parce que c'est vraiment trop poussé et à priori un médecin classique ne voyait pas la nécessité de passer un test d'effort tous les ans."

- *Certificats falsifiés*

Le délégué de la fédération nous a décrit une augmentation des faux certificats médicaux :

"Je pense que dans tous les certificats médicaux qu'on peut avoir, beaucoup de ces certificats sont falsifiés ou pas forcément bon à chaque fois [...]. Je pense que des fois il y aurait certains faux certificats. Je ne dis pas que sur les deux mille il y en a cent ou deux cent, mais peut être une vingtaine ou trentaine."

2.1.5 La responsabilité individuelle

Les dirigeants de la fédération sportive nous ont exprimé leur souhait que la responsabilité individuelle des pratiquants soit remise en avant dans le domaine sportif. Selon eux, les prochaines dispositions légales du CMNCI pourraient aller dans ce sens :

"L'idée de rendre ces certificats valides pour trois ans ne me paraît pas du tout une mauvaise idée, il faut aussi de temps en temps remettre les êtres humains et les adultes devant leurs responsabilités. Quand on dit qu'on est une grande personne et qu'on a un souci, ce n'est pas parce que le certificat est valable trois ans qu'on n'a pas le droit d'aller voir son médecin et de lui en parler. Pour moi c'est clairement de la responsabilité individuelle."

2.2 Sport toxique et sport bien-être

L'administrateur de la fédération multisports a évoqué le concept de "sport toxique". Selon lui, la pratique du sport dans un but de recherche de performance serait à l'origine de blessures et de pratiques dangereuses pour la santé :

"Au niveau traumatisme, si on faisait une étude chez les gamins...A mon goût il y en a un peu trop. Mais c'est lié à ce qu'on leur demande dans la pratique sportive [...], il faut peut-être se calmer sur ce qu'on leur demande au niveau sportif. Quand un médecin a prescrit cinq semaines de repos, il faudrait que ce soit cinq semaines, pas deux sous prétexte qu'il y a une compétition extraordinaire et que s'il n'est pas là, on ne va pas gagner. C'est lié à l'ambition et à l'enjeu qu'on pousse beaucoup trop haut "

Il a également développé une vision alternative du sport dans une optique d'amélioration et de maintien de la santé qu'il a appelée "sport bien-être" :

"Nous, on appelle cela le sport bien-être ; c'est d'inciter les gens à mener une activité sportive, que c'est pour un mieux-être, mental aussi mais surtout au niveau de la santé. Notre objectif c'est celui-ci. Si on a un large public d'un certain âge, les gens vivront mieux ou plus longtemps en pratiquant une activité sportive adaptée à ce qu'ils sont, que de rester affalés dans le fauteuil à regarder la télé..."

"Pendant longtemps notre slogan c'était : « Le jeu prime sur l'enjeu. »"

DISCUSSION

Discussion

L'analyse des résultats nous a permis de schématiser, sous forme d'arbres thématiques, les opinions des médecins généralistes au sujet de la proposition de la délégation de la rédaction du CMNCI aux cardiologues. Nous avons conceptualisé les résistances et les aspirations des médecins généralistes face à la proposition de délégation de la rédaction du CMNCI. Ce travail nous a permis de dégager deux idées principales : le détournement de la CAS au profit de la prévention et le souhait de la création d'une consultation spécifique dédiée à la prévention.

I Choix de la méthode

Face à notre question de recherche, le choix d'une méthode qualitative s'est imposée. Dans ce travail, nous avons exploré les avis, les sentiments et les représentations des médecins généralistes face à l'hypothèse proposée. La démarche qualitative nous permettait d'avoir accès à ce type de données :

" Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative."(26)

Parmi les différentes méthodes d'entretien décrites en recherche qualitative, notre choix s'est porté sur les entretiens de groupe, ou focus groups. Le focus group est une méthode qui s'inspire des techniques de dynamique de groupe utilisées par Carl Rogers. Il permet de faire émerger de la discussion différents points de vue. Chaque participant peut défendre ses préférences et ses valeurs. Tous les points de vue sont considérés comme valides. La dynamique collective au sein du groupe crée un lieu d'expression libre, sans tabou, du vécu et des idées de chacun (27).

Le focus group est une méthode particulièrement adaptée pour tester des hypothèses ou faire émerger des idées nouvelles. La variété des opinions ou des sentiments des participants sur un thème est ainsi accessible à l'investigateur. Notre question de recherche étant volontairement tranchée et provocatrice, l'utilisation d'une

méthode de recherche qualitative via la réalisation de focus groups nous est apparue appropriée.

La méthode de la théorisation ancrée nous a permis de théoriser et conceptualiser les données que nous avons recueillies. Cette méthode a été décrite initialement par deux sociologues américains, Glaser et Strauss (28). Il s'agit d'une méthode d'interprétation et de théorisation des données que nous avons utilisée en réalisant un va-et-vient continu entre les citations des verbatim et les arbres thématiques. Pierre Paillé, qui est professeur à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Sherbrooke (Canada), l'a décrite comme :

“une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène, comme on pourra le constater, c'est-à-dire que son évolution n'est ni prévue ni liée au nombre de fois qu'un mot ou qu'une proposition apparaissent dans les données.”(25)

Cette méthode nous a permis simultanément de construire et de valider nos théories en comparant la réalité observée et l'analyse en cours. Nous avons pu conceptualiser les données des verbatim en élaborant des arbres thématiques et en faisant émerger des concepts.

Classiquement, la question de recherche d'une étude qualitative est exprimée sous la forme d'une question ouverte. Nous avons fait ici un choix différent, en optant volontairement pour une question fermée. En interrogeant les participants sur un sujet clivant, nous espérons les pousser à prendre position et surtout à développer leur point de vue. La variété et la qualité des opinions exprimées durant les focus groups ont validé notre parti-pris initial. Cela nous a permis de confirmer que l'intitulé de notre question de recherche était acceptable d'un point de vue méthodologique.

La validité interne d'une étude qualitative par focus groups peut être appréciée notamment par une triangulation des données recueillies. Elle repose sur la comparaison de résultats issus de méthodes d'entretien ou de populations cibles différentes (26). Au cours de notre travail, nous avons pu constater que les résultats des focus groups de médecins généralistes synthétisés par l'arbre thématique “refus de la délégation” ont été largement recoupés par l'avis des cardiologues. De la même manière, nous avons retrouvé une grande similitude dans les représentations des médecins généralistes et des acteurs du monde sportif au sujet de la CAS.

II Discussion des résultats

L'analyse des arbres thématiques et des concepts nous a permis de faire émerger un résultat inattendu : malgré les apparences, les médecins généralistes auditionnés partageraient tous le même avis concernant la CAS. Le concept d'opposition lexicale entre "détourner" et "obliger", nous a poussé à envisager l'idée que la divergence des opinions viendrait d'une approche différente d'un même problème : l'absence de moment dédié à la prévention qui soit reconnu par les autorités et par les patients.

Certains médecins semblaient ainsi s'accommoder du détournement de la CAS au profit officieux de la prévention. Cependant, le contexte d'allongement de la validité du CMNCI à trois ans, conjugué avec notre hypothèse, a bouleversé leur vision des choses. Ils se sont posé la question de savoir ce qui allait obliger, forcer, contraindre les patients indemnes de toute pathologie à venir les consulter :

“Je m'interroge, s'il n'y avait pas ces consultations de sport, dans quel mesure les gens viendraient consulter euh... pas pour rien... mais pour parler d'autre chose que du biomédical ? “

De leur côté, d'autres médecins ont clairement dénoncé cet état de fait en refusant de justifier le maintien de la CAS sous prétexte d'y faire de la prévention non reconnue, comme nous l'avons exposé dans le sous-thème "détournée". A l'opposé de la citation précédente, nous avons recueilli :

“... on est tellement tordu, les docteurs, qu'on croit que toute la population est obligée de nous voir régulièrement, tous les ans. Pas forcément, quand on est en bonne santé on n'a pas besoin de voir le docteur. “

Pour nous, il s'agirait des deux faces d'une même pièce : les médecins généralistes auraient besoin de retrouver leurs patients dans un moment "hors du soin" pour faire de la prévention. Ainsi, dans chaque focus group, un participant a évoqué la création d'une consultation spécifique, dédiée à la prévention. Tous les médecins généralistes ont réagi favorablement à cette proposition, y compris ceux qui avaient opposé des arguments à notre hypothèse.

Selon nous, il existerait une deuxième problématique sur ce sujet. Si les médecins généralistes se sont accordés sur le fait d'avoir détourné la CAS dans un objectif

préventif, le reste de la société ne nous semblait pas en être conscient. Ce manque de clarté sur leur pratique réelle serait en partie à l'origine de la dévalorisation de la CAS. Nous avons évoqué ce problème à la fois dans les résultats des focus groups de médecins généralistes et ceux des entretiens avec les responsables de la fédération multisports. Nous y avons vu deux conséquences.

Tout d'abord, cela pourrait participer à la perception négative de la CAS pour une partie des patients, qui ne sauraient y déceler la part de prévention réalisée par leur médecin. Un médecin nous en a d'ailleurs évoqué l'idée au cours d'un focus group :

“ Je pense que les patients ne comprennent pas pourquoi on leur demande de venir en consultation pour faire un certificat d'aquagym. Ils ne comprennent pas parce qu'ils se disent « ça ne sert à rien, je ne vais pas faire d'effort dans l'eau ». Alors que si ça s'appelait autrement, certificat de non contre-indication à la pratique sportive ET prévention, peut-être qu'ils comprendraient. “

Ensuite, nous avons envisagé le fait que les autorités sanitaires sous-estimaient l'intérêt préventif de la CAS ou préféreraient l'ignorer pour éviter d'avoir à modifier le cadre légal entourant la délivrance d'un CMNCI. Actuellement, le code de la sécurité sociale n'inscrit pas la CAS sur la liste des consultations préventives remboursables à ce titre (29). Les autorités sanitaires ne lui reconnaissent donc aucun rôle préventif justifiant d'une prise en charge par la solidarité nationale.

Lors de la retranscription des verbatim, nous avons remarqué que les deux médecins généralistes qualifiés en médecine du sport se sont avérés être les plus fervents détracteurs de notre question de recherche. Ils ont invariablement rappelé leur intérêt pour cette pratique. Ils se sont néanmoins ralliés à l'avis général concernant la proposition de création d'une consultation dédiée à la médecine préventive. Le nombre faible de titulaires d'une capacité en médecine du sport au sein de notre échantillon ne nous a pas permis de faire une analyse spécifique de cette sous-population de médecins généralistes. Il pourrait être instructif de réaliser une étude complémentaire afin de tester notre question de recherche auprès de cette catégorie de médecins.

III Comparaison avec la littérature

Au cours de la revue de la littérature, nous n'avons pas retrouvé de travail testant l'éventualité de retirer la CAS du domaine de compétence du médecin généraliste. Le sujet de la CAS est néanmoins largement abordé dans la littérature, y compris sous forme d'analyses qualitatives (9,10). Plusieurs thèses d'exercice avaient déjà étudié les représentations de la CAS du point de vue des médecins généralistes. Elles avaient fait émerger une partie des thèmes que nous avons retrouvés lors de l'analyse des verbatim dans le chapitre "une vision commune". Il s'agissait notamment du manque de consensus et de ressources fiables utilisables par le médecin généraliste ainsi que du manque de logique du cadre (non-remboursement et demandes indues).

Grâce à un angle différent, notre travail a mis en évidence le "détournement" de la CAS par les médecins généralistes et leur souhait de la création d'une consultation spécifique dédiée à la prévention. Nous avons conduit une étude originale en adoptant un angle tranché. Notre travail a permis de théoriser et de vérifier de nouveaux concepts.

IV La création d'une consultation de prévention

L'entrée en vigueur à la rentrée scolaire 2016 des nouvelles modalités concernant le CMNCI va modifier le rythme annuel des CAS. Certains sportifs ne seront plus reçus que tous les trois ans. Cette évolution risque de bouleverser les habitudes des médecins généralistes qui ont détourné cette consultation à des fins préventives ; ils ne pourront plus autant compter sur ce motif pour "obliger" les patients à consulter. La question qui se pose à eux est donc de savoir s'ils vont faire évoluer leur pratique ou s'il faut changer la conception actuelle de la prise en charge de la prévention dans le système de santé français.

Actuellement, la mission de prévention est partagée par plusieurs acteurs. Si les médecins généralistes gardent un rôle central dans la politique préventive, c'est cependant vers la multiplication des actes de prévention organisés en centres de santé ou au sein des caisses primaires que tend notre système de santé. Ces examens standardisés ont été décrits dans les pays anglo-saxons comme des "patient MOTs"

(30) en référence au Ministry Of Transports (MOTs) qui est un modèle de contrôle technique automobile standardisé. Cela nous a semblé bien loin de l'optique de la prise en charge globale, centrée sur le patient.

Plusieurs expérimentations locales de consultations dédiées à la médecine préventive par les médecins généralistes sont ou ont été menées, dont une sur la commune de Chauvigny (31). Cependant, les résultats concrets de telles études ne peuvent être mesurés à l'échelle d'une génération. Il faudra donc du recul avant de pouvoir estimer l'apport de cet entretien de prévention et d'en tirer des conclusions sur son application éventuelle au niveau national.

La modification du cadre légal nous semble donc être le moment adéquat pour mettre fin à la situation implicite créée par le "détournement" de cette consultation par les médecins généralistes. Cela nécessiterait un changement de paradigme de la prévention au sein du système de santé français.

Nous avons imaginé que la création d'une consultation dédiée à la prévention pourrait présenter de nombreux avantages (annexe 8) :

- Elle permettrait de réaliser des actes préventifs au bénéfice de l'ensemble de la population, et pas uniquement chez certains sportifs avec l'actuelle CAS.
- Elle mettrait fin aux non-dits et permettrait aux patients et aux autorités sanitaires d'appréhender l'intérêt de la prévention sur la santé.
- Elle pourrait devenir un moment identifiable pour le patient et le médecin pour aborder les sujets de la vaccination, du dépistage des cancers, de la prévention des addictions, du dépistage de la dépression ou du risque suicidaire ainsi que la rédaction d'un CMNCI.
- Son coût initial pourrait aboutir à d'importantes économies sur le long terme, si l'on prend en compte le remboursement quasi généralisé des actuelles CAS, la fin des examens par les centres de santé et les économies futures sur les pathologies prévenues ou dépistées à un stade plus précoce.

Il nous semble donc important que de nouvelles études puissent être réalisées afin de définir quelles seraient les modalités de cet examen et son impact attendu sur le capital santé de la population. Il nous apparaît indispensable que les autorités sanitaires et les organisations de médecins généralistes s'emparent de ce sujet.

V Limites et biais de l'étude

Le premier biais que nous avons mis en évidence était lié à la méthode de sélection des participants. Notre choix de recrutement des participants par l'intermédiaire de groupes de pairs a constitué un biais de sélection des sujets. Les membres d'un groupe de pairs sont en général des médecins particulièrement investis dans leur formation continue et dans l'amélioration de leurs pratiques. De plus, ils se connaissent souvent de longue date, ce qui n'a pas empêché, parfois de manière vive, l'émergence de positions opposées.

Nous avons dû faire face à un biais d'information, à type de biais d'exécution, directement lié au choix de notre méthode. Le focus group est une méthode d'entretien considérée comme semi-structurée. Elle repose sur la rédaction au préalable d'un scénario d'entretien qui doit pouvoir rester flexible dans sa forme pour laisser libre cours aux idées mais également permettre d'éviter les discussions hors-sujet. Le déroulement convenable d'un focus group repose donc sur la méthode de rédaction du scénario mais également sur l'expérience du modérateur. Il doit créer une dynamique collective et encourager chacun à s'exprimer en évitant les hors-sujet ou la domination du groupe par un participant. Malgré une préparation théorique sur les pièges à éviter (32), notre modérateur n'a pas toujours pu empêcher les hors-sujets, les prises de paroles prolongées ou les coupures de parole. La participation de chacun a cependant été correctement respectée.

Notre étude comporte un biais d'information concernant les objectifs secondaires que nous nous étions donnés. En effet, nous avons constaté le phénomène de saturation des données issues des focus groups. Nous n'avons cependant pas pu atteindre ce critère concernant les données des entretiens individuels des cardiologues et représentants de la fédération multisports, à cause d'un échantillon insuffisant.

Enfin, nous n'avons pu réaliser de double interprétation des verbatim, ce qui pourrait constituer un biais de confusion.

CONCLUSION

Conclusion

Notre étude nous a permis de tester auprès de médecins généralistes l'hypothèse de la délégation du CMNCI aux cardiologues. Nous avons pu faire émerger leurs résistances au changement et leurs aspirations concernant l'évolution de cette consultation.

Nous avons pu reconstituer une vision d'ensemble des pratiques et des points de vue des différents acteurs de la CAS.

L'analyse des verbatim, par la méthode de théorisation ancrée, nous a permis de montrer que les médecins généralistes "détourneraient" la CAS au profit d'une consultation de prévention. Certains médecins utiliseraient la CAS comme un moyen "d'obliger" les patients qui consultent peu à faire le point sur leur santé. L'ensemble des médecins généralistes auditionnés ont exprimé une même vision de cet examen ; ils ont déploré le manque de logique du cadre légal et un manque de ressources formalisées et documentées.

Enfin, nous avons pu mettre en évidence l'unanimité des avis concernant la création d'une consultation spécifique dédiée à la prévention. Ces résultats ont été corrélés par l'analyse des verbatim issus des entretiens avec des cardiologues et des responsables d'une fédération multisports.

L'entrée en vigueur des nouvelles dispositions concernant la durée de validité de certains CMNCI pourrait modifier les pratiques des médecins généralistes. La création d'une consultation de prévention nous apparaît solutionner en partie le manque de logique et de reconnaissance de la CAS. Cela nécessiterait un changement de paradigme qui permettrait de remettre au premier plan la prévention dans la prise en charge globale d'un patient par le médecin généraliste.

Il serait intéressant que de nouvelles études soient menées au sujet de la création d'une consultation de prévention. Elles permettraient notamment d'en définir les modalités. Il nous semble important que les autorités sanitaires et les organisations représentatives des médecins généralistes se saisissent de cette proposition afin de faire évoluer le cadre légal et la pratique des médecins généralistes.

Annexes

ANNEXE 1 : FICHE D'EXAMEN MEDICAL SFMS	46
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS	50
ANNEXE 3 : ARBRE THEMATIQUE REFUS DE LA DELEGATION SELON LES MEDECINS GENERALISTES	52
ANNEXE 4 : ARBRE THEMATIQUE ACCEPTATION DE LA DELEGATION SELON LES MEDECINS GENERALISTES	52
ANNEXE 5 : ARBRE THEMATIQUE VISION COMMUNE DE LA CAS SELON LES MEDECINS GENERALISTES	53
ANNEXE 6 : ARBRE THEMATIQUE REFUS DE LA DELEGATION SELON LES CARDIOLOGUES.....	53
ANNEXE 7 : ARBRE THEMATIQUE : VISION DE LA CAS SELON LES RESPONSABLES D'UNE FEDERATION MULTISPORTS.....	54
ANNEXE 8 : CREATION D'UNE CONSULTATION DE PREVENTION, UN CHANGEMENT DE PARADIGME	54

Annexe 1 : Fiche d'examen médical SFMS

Société Française de Médecine du Sport

FICHE D'EXAMEN MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE à la PRATIQUE D'UN SPORT

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL : questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le sportif

Document à conserver par le médecin examinateur

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sport pratiqué :

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :

Avez-vous déjà été opéré ? non oui
Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour

traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
perte de connaissance	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
épilepsie	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
crise de tétanie ou spasmophilie	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

Avez-vous des troubles de la vue ? non oui
si oui, portez-vous des corrections : lunettes lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition non oui

Avez-vous eu des troubles de l'équilibre non oui

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des événements suivants :

Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire		
survenue avant l'âge de 50 ans	Oui	Non
Mort subite survenue avant 50 ans		
(y compris mort subite du nourrisson)	Oui	Non

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

Malaise ou perte de connaissance	Oui	Non
Douleur thoracique	Oui	Non
Palpitations (cœur irrégulier)	Oui	Non
Fatigue ou essoufflement inhabituel	Oui	Non

Avez-vous

Une maladie cardiaque	Oui	Non
Une maladie des vaisseaux	Oui	Non
Été opéré du cœur ou des vaisseaux	Oui	Non
Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu	Oui	Non
Une hypertension artérielle	Oui	Non
Un diabète	Oui	Non
un cholestérol élevé	Oui	Non
Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres)	Oui	Non
Une infection sérieuse dans le mois précédent	Oui	Non

Avez-vous déjà eu :

- un électrocardiogramme non oui
- un échocardiogramme non oui
- une épreuve d'effort maximale non oui

Avez-vous déjà eu ?

- des troubles de la coagulation non oui

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (le joindre si possible)

Fumez-vous ? non oui,

si oui, combien par jour ? Depuis combien de temps ?

- Avez-vous - des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) non oui
 - des allergies cutanées non oui
 - des allergies à des médicaments non oui
 si oui, lesquels
- Prenez-vous des traitements
 - pour l'allergie ? (si oui, lesquels) non oui
 - pour l'asthme ? (si oui, lesquels) non oui
- Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites..... non oui
- Vos dents sont-elles en bon état ? (si possible, joindre votre dernier bilan dentaire)... non oui
- Avez-vous déjà eu ?
 - des problèmes vertébraux : non oui
 - une anomalie radiologique : non oui
- Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand)
 - une luxation articulaire non oui
 - une ou des fractures..... non oui
 - une rupture tendineuse non oui
 - des tendinites chroniques non oui
 - des lésions musculaires non oui
 - des entorses graves..... non oui
- Prenez-vous des médicaments actuellement, non oui
- Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement non oui
- Avez-vous une maladie non citée ci-dessus
- Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos polio non oui Hépatite non oui Autres,
 précisez :
- Avez-vous eu une sérologie HIV : non oui

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.

- À quel âge avez-vous été réglée ?
- Avez-vous un cycle régulier ? non oui
- Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? non oui
- Combien de grossesses avez-vous eu ?.....
- Prenez-vous un traitement hormonal ? non oui
- Prenez-vous une contraception orale ? non oui
- Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?..... non oui
- Suivez-vous un régime alimentaire ?..... non oui
- Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ? non oui
- Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ?..... non oui
- Avez-vous une affection endocrinienne ? non oui
- Si oui, laquelle ?
- Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Nom : ----- Date -----

Signature

FICHE D'EXAMEN MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE À LA PRATIQUE D'UN SPORT

Document à conserver par le médecin examinateur

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. : Date de naissance : Âge :

Club ou structure: Discipline pratiquée :

Niveau de pratique..... Titres ou classement.....

Heures d'activités physiques par semaine :

Scolarité..... objectifs sportifs.....

CARNET de SANTÉ présenté : oui- non

SAISON PRÉCÉDENTE

Maladies : Traitements :

Traumatismes :

Période(s) d'arrêt :

Vaccinations : DTP ou autre
HB.....AUTRES.....

VISION OD OG.....Corrections..... lunettes lentilles

MORPHOLOGIE

Taille : Poids : IMC:.....

Stade pubertaire : N cycles/an.....

RACHIS : S fonctionnels : Cyphose : Scoliose : Lordose :

DDS : Lasègue actif : Talon- fesse en procubitus :

Membres supérieurs.....

Membres inférieurs :

État musculaire :

État tendineux :

Signes fonctionnels ostéo-articulaires :

APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

Recherche d'un souffle cardiaque (position couchée et debout)

Palpation des fémorales

Signes cliniques de syndrome de Marfan

Mesure de la Pression artérielle aux deux bras (position assise)

Facteurs de risque :

Signes fonctionnels :

Fréquence cardiaque de repos : :.....

ECG si nécessaire:

Test d'effort si nécessaire

APPAREIL RESPIRATOIRE

Perméabilité nasale :

Auscultation : Asthme :

ÉTAT DENTAIRE ET ORL

.....

BILAN PSYCHOLOGIQUE :

.....

OBSERVATIONS- CONCLUSION :

Société Française de Médecine du Sport

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE à la PRATIQUE
D'UN SPORT**

Nom : Prénom :
Date de naissance :

Pas de contre indication apparente

Certificat délivré pour :

Sports contre indiqués :

Contre indication temporaire :

Bilan complémentaire demandé :

NB : en cas de contre indication temporaire ou définitive, rédiger une dispense de sport scolaire (si nécessaire) en double, contresigné par le patient ou le représentant légal.

Le :
.....
.....

..... signature :

Annexe 2 : Guide d'entretien des focus groups

Merci d'avoir accepté de me recevoir. Je me présente, je suis Guillaume Ladougne, médecin généraliste remplaçant sur Poitiers et je suis en cours de réalisation de ma thèse sur les certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive en médecine générale.

Nous allons réaliser ce soir un focus group. Cela consiste à réunir des participants pour débattre librement d'un sujet défini. Avec votre accord je vais enregistrer la conversation. Vos propos seront entièrement anonymes. Pour faciliter la retranscription, je vais vous demander de respecter quelques règles simples. Merci de commencer votre intervention en donnant votre prénom et merci de ne pas couper la parole ou parler à plusieurs en même temps afin qu'aucune phrase ne soit incompréhensible à l'écoute.

Le sujet de notre étude est la rédaction des certificats de non contre-indication au sport. Nous allons envisager ensemble l'hypothèse de déléguer aux cardiologues ces certificats.

La certification à l'aptitude sportive est un motif fréquent de consultation en médecine générale puisqu'il y a 15,9 millions de renouvellements de licences des fédérations sportives annuelles. Ce chiffre ne comprend pas les certificats pour une compétition itérative, ou une activité loisir hors licence. Le cadre législatif de ces certificats a été modifié récemment par un amendement voté en janvier et un décret d'application fin août.

Valérie Fourneyron, l'ancienne ministre des sports qui a porté une partie des amendements de ce texte loi, expliquait dans son introduction que l'examen d'aptitude sportive est "une obligation systématique indifférenciée" et "coûteuse pour le patient" et qu'il est "bien souvent perçu comme une simple formalité, à la fois par les sportifs et par les médecins".

Ces déclarations de la part de l'ancienne Ministre de la Jeunesse et des Sports, remet en cause le principe de cet acte et ouvre la porte à une réflexion sur son intérêt même.

Ma première question est donc : selon vous, quel est l'intérêt de réaliser une consultation pour établir l'aptitude sportive de nos patients ?

Quels sont les risques que vous cherchez à dépister dans le cadre de cet examen ?

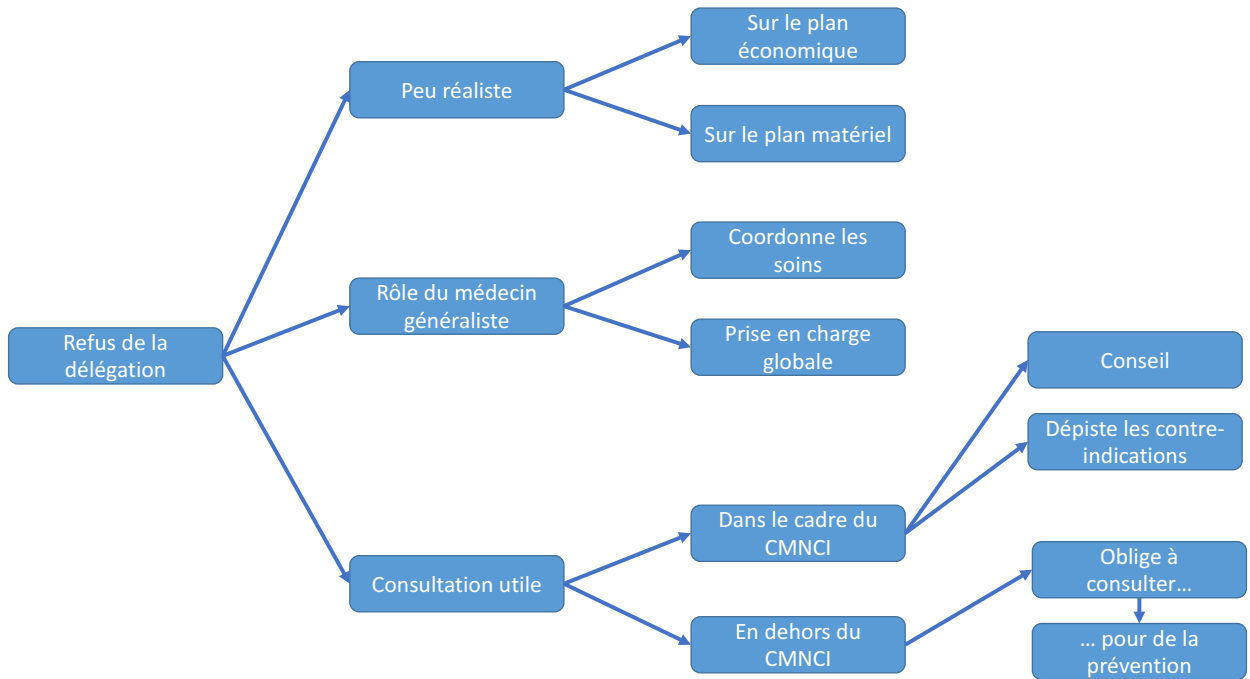
Comment pourrions-nous rendre cet examen plus efficient ?

Quels sont les critères que vous utilisez pour définir les sportifs à risque ?

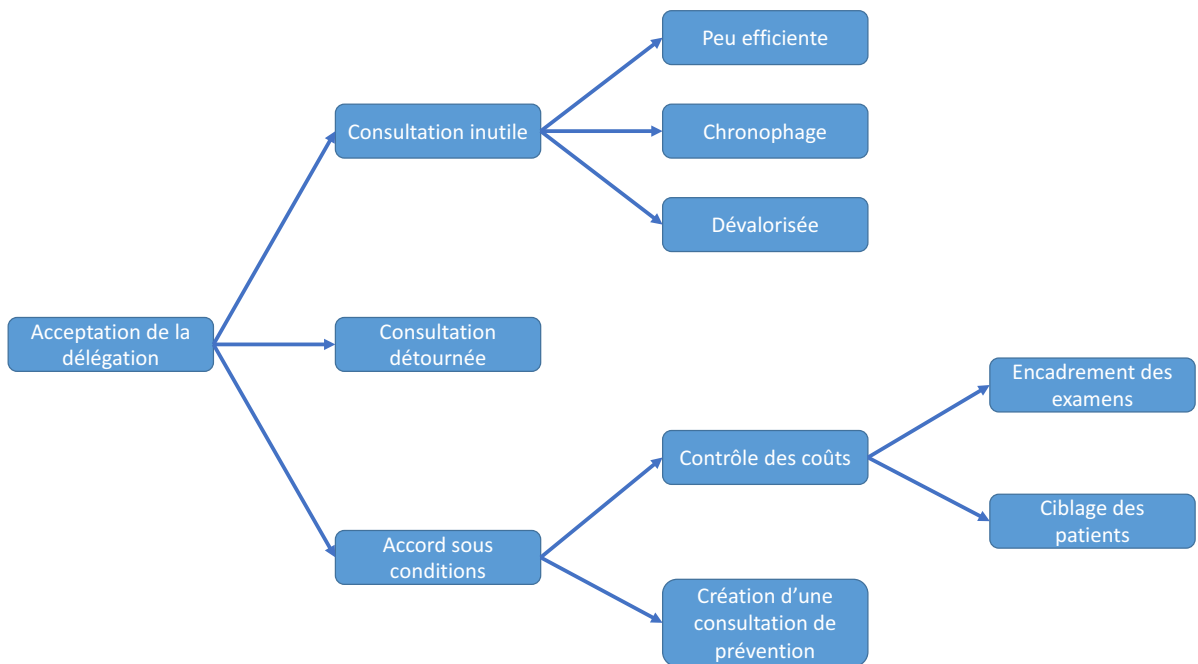
Puisque vous me parliez des risques cardio-vasculaires comme le principal risque grave chez le sportif, j'aimerais vous soumettre notre hypothèse. Est-ce que vous seriez prêt à ne plus faire de consultation pour l'aptitude sportive et à laisser les cardiologues voir directement les patients demandeurs de ce certificat ?

Merci de votre participation à notre étude.

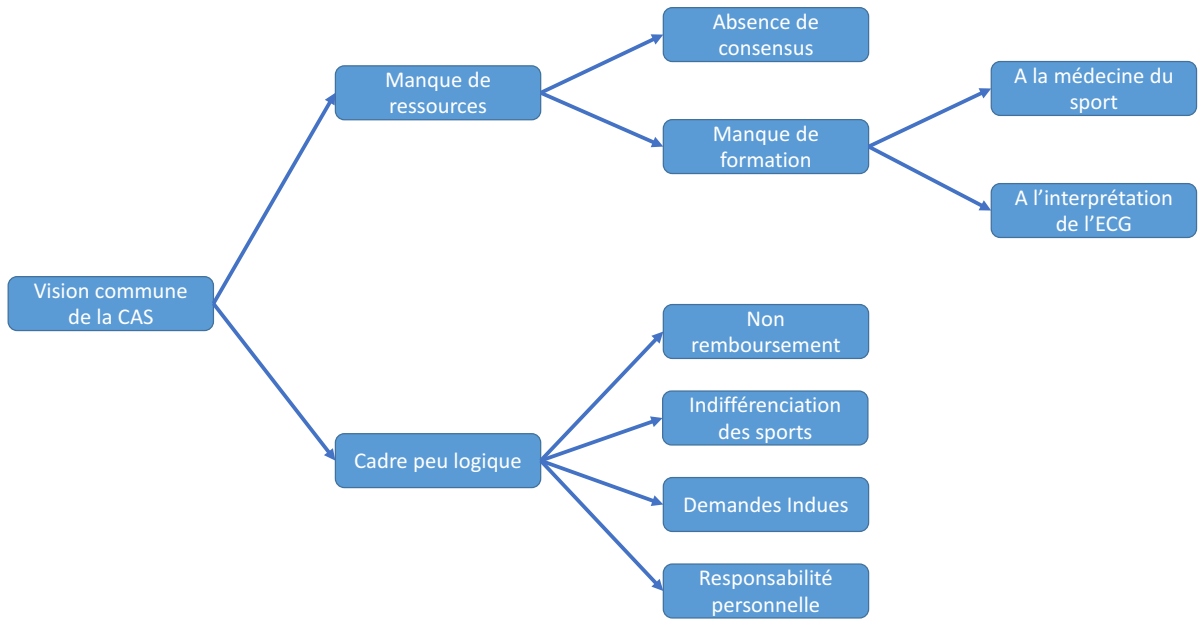
Annexe 3 : Arbre thématique Refus de la délégation selon les médecins généralistes



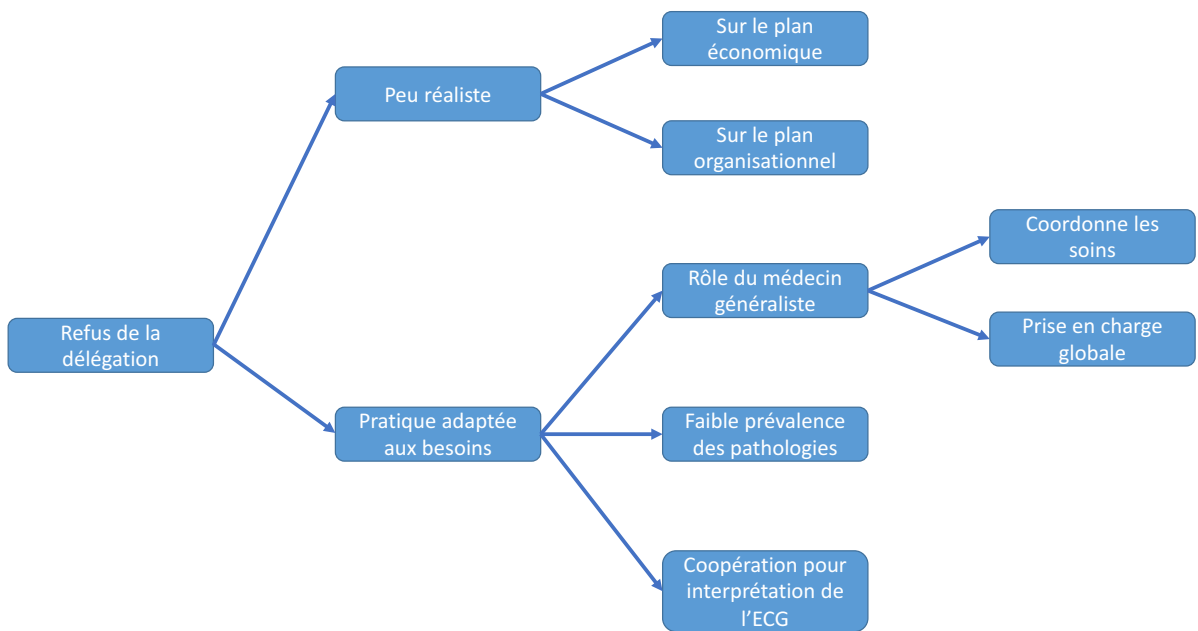
Annexe 4 : Arbre thématique Acceptation de la délégation selon les médecins généralistes



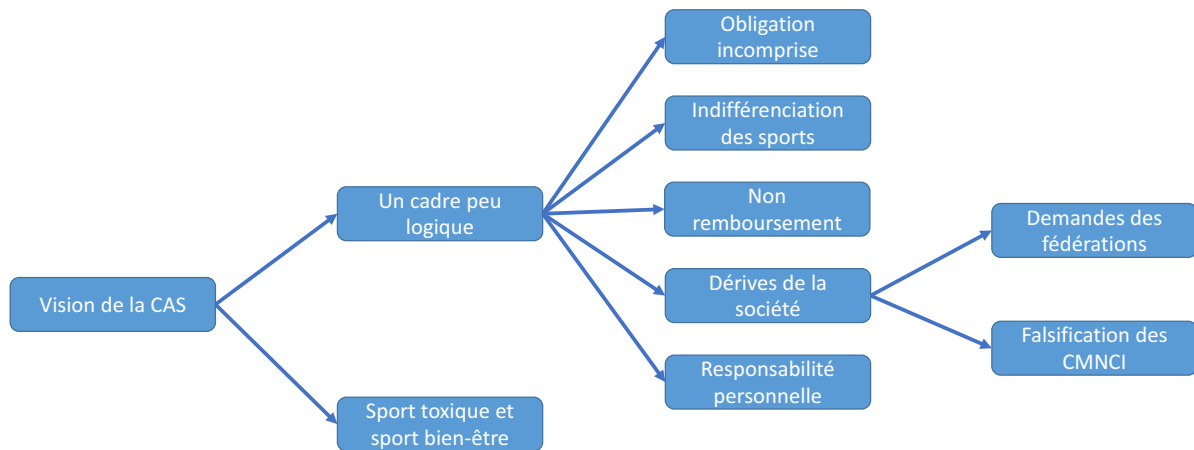
Annexe 5 : Arbre thématique Vision commune de la CAS selon les médecins généralistes



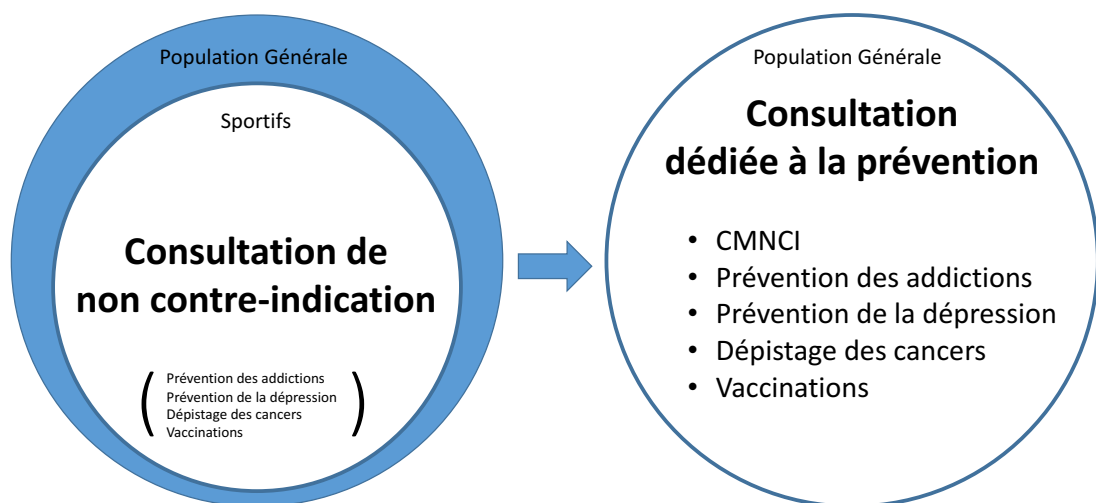
Annexe 6 : Arbre thématique Refus de la délégation selon les cardiologues



Annexe 7 : Arbre thématique : Vision de la CAS selon les responsables d'une fédération multisports



Annexe 8 : Création d'une consultation de prévention, un changement de paradigme



Bibliographie

1. Pratique sportive : Simplification du certificat médical Communiqué de presse Ministère de la ville de la jeunesse et des sports [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/presse/article/Pratique-sportive-Simplification-du-certificat-medical>
2. Lefevre B, Thiery P. Les premiers résultats de l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France. Bulletin de statistiques et d'études. décembre 2010;
3. Giorgio M. Certificat médical de non-contre-indication au sport et responsabilité | Droit-medical.com [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: <http://droit-medical.com/perspectives/variations/787-responsabilite-certificat-medical-non-contre-indication-sport>
4. Loi n°75-988 du 29 octobre 1975 dite Mazeaud relative au développement de l'éducation physique et du sport. 75-988 oct 29, 1975.
5. LOI no 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage. 99-223 mars 23, 1999.
6. LOI n° 2006-405 du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs. 2006-405 avril, 2006.
7. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
8. Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport. 2016-1157 août, 2016.
9. Miel M. Certificat de non contre-indication au sport: analyse qualitative des représentations qu'ont les médecins généralistes de leur pratique [Thèse d'exercice]. Nantes; 2011.
10. Venturi C. Evaluation qualitative de la consultation pour la délivrance du certificat médical de non contre-indication aux sports en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Paris VI; 2004.

11. Carré F, Brion R, Douard H, Marcadet D, Leenhardt A, Marçon F, et al. Recommandations concernant le contenu du bilan cardiovasculaire de la visite de non contre indication à la pratique du sport en compétition entre 12 et 35 ans. Société Française Cardiol. 2009;
12. CNGE. Visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans : rien de nouveau depuis septembre 2012 - Mars 2014.
13. Corrado D, Basso C, Pavei A, Michieli P, Schiavon M, Thiene G. Trends in Sudden Cardiovascular Death in Young Competitive Athletes After Implementation of a Preparticipation Screening Program. JAMA. 4 oct 2006;296(13):1593.
14. (Inserm) l national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. Les éditions Inserm; 2008 [cité 28 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle//10608/97>
15. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. Scand J Med Sci Sports. février 2006;16(S1):3-63.
16. Borjesson M, Urhausen A, Kouidi E, Dugmore D, Sharma S, Halle M, et al. Cardiovascular evaluation of middle-aged/senior individuals engaged in leisure-time sport activities: position stand from the sections of exercise physiology and sports cardiology of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 1 juin 2011;18(3):446-58.
17. Prescimouv' [Internet]. [cité 1 nov 2016]. Disponible sur: <http://prescimouv.fr/>
18. Corrado D, Basso C, Rizzoli G, Schiavon M, Thiene G. Does sports activity enhance the risk of sudden death in adolescents and young adults? J Am Coll Cardiol. décembre 2003;42(11):1959-63.
19. Chevalier L, Hajjar M, Douard H, Cherief A, Dindard J-M, Sedze F, et al. Sports-related acute cardiovascular events in a general population: a French prospective study: Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. juin 2009;16(3):365-70.

20. Harmon KG, Asif IM, Maleszewski JJ, Owens DS, Prutkin JM, Salerno JC, et al. Incidence and Etiology of Sudden Cardiac Arrest and Death in High School Athletes in the United States. *Mayo Clin Proc.* nov 2016;91(11):1493-502.
21. Maron BJ. Sudden Death in Young Athletes. *N Engl J Med.* 11 sept 2003;349(11):1064-75.
22. Waller B., Roberts W. Sudden death while running in conditioned runners aged 40 years or over
. *Am J Cardiol.* 1980;45(6):1292-300.
23. Fourneyron V. La simplification du certificat médical : une mesure très attendue pour l'accès au sport pour tous [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.valerie-fourneyron.fr/actualites/la-simplification-du-certificat-medical-une-mesure-de-bon-sens-tres-attendue.html>
24. Dr Pia Touboul. Focus groupes : Introduction du scénario [Internet]. [cité 28 oct 2016]. Disponible sur: http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_groupes_introduction_type_du_scenario_PT.pdf
25. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol.* 1994;(23):147.
26. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliant L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84(19):142-5.
27. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliant L. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Médecine Générale.* 2004;18(645):382-4.
28. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.* Transaction publishers; 2009.
29. Code de la sécurité sociale - Article L321-1. Code de la sécurité sociale.
30. Consultations de prévention, constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Haut conseil de la santé publique; 2009 mars p. 9.
31. Consultation de prévention [Internet]. [cité 1 nov 2016]. Disponible sur: <http://urpsmed-pc.fr/index.php/archives/archives-actions-urps/40-consultation-de-prevention>

32. Dr Pia Touboul. La recherche qualitative, la méthode des focus groups [Internet]. [cité 28 oct 2016]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf

Résumé

Introduction : La délivrance d'un certificat médical de non contre-indication au sport est un motif récurrent de consultation en médecine générale. En partant du constat que le principal risque dépistable de la pratique sportive est cardiovasculaire, nous avons décidé de tester auprès de médecins généralistes l'hypothèse de la délégation de la rédaction de ce certificat par les cardiologues.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative à partir de focus groups de médecins généralistes. L'analyse des verbatim a été effectuée selon la méthode de la théorisation ancrée. Elle a permis la réalisation d'arbres thématiques et l'identification de concepts transversaux. Nous avons également auditionné des cardiologues et des responsables d'une fédération multisports au cours d'entretiens individuels semi-directifs.

Résultats : Nous avons organisé 3 focus groups regroupant 23 médecins généralistes. Trois arbres thématiques ont été réalisés. Ils regroupent les arguments en faveur ou contre notre hypothèse ainsi que leurs représentations de cette consultation. Nous avons identifié 3 concepts ; le paradoxe du sport toxique, l'opposition lexicale entre les termes "détourner" la consultation et "obliger" à consulter et enfin l'omniprésence du thème de la prévention.

Discussion : Les médecins généralistes ont expliqué avoir détourné cette consultation pour faire de la prévention. Qu'ils aient été favorables ou opposés à notre hypothèse, ils se sont accordés sur l'idée de la création d'une consultation spécifique dédiée à la prévention. L'analyse des verbatim issus des entretiens avec les cardiologues et les responsables d'une fédération multisports a permis de confirmer les thèmes évoqués par les médecins généralistes.

Conclusion : Notre étude a fait émerger la nécessité d'un changement de paradigme avec la création d'une consultation de prévention. Il serait souhaitable que de nouveaux travaux soient menés afin d'étudier la faisabilité de cette proposition et ses modalités.

Mots Clés : certificat médical, non contre-indication, médecine générale, médecine du sport, médecine préventive, cardiologie



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



Résumé

Introduction : La délivrance d'un certificat médical de non contre-indication au sport est un motif récurrent de consultation en médecine générale. En partant du constat que le principal risque dépistable de la pratique sportive est cardiovasculaire, nous avons décidé de tester auprès de médecins généralistes l'hypothèse de la délégation de la rédaction de ce certificat par les cardiologues.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative à partir de focus groups de médecins généralistes. L'analyse des verbatim a été effectuée selon la méthode de la théorisation ancrée. Elle a permis la réalisation d'arbres thématiques et l'identification de concepts transversaux. Nous avons également auditionné des cardiologues et des responsables d'une fédération multisports au cours d'entretiens individuels semi-directifs.

Résultats : Nous avons organisé 3 focus groups regroupant 23 médecins généralistes. Trois arbres thématiques ont été réalisés. Ils regroupent les arguments en faveur ou contre notre hypothèse ainsi que leurs représentations de cette consultation. Nous avons identifié 3 concepts ; le paradoxe du sport toxique, l'opposition lexicale entre les termes "détourner" la consultation et "obliger" à consulter et enfin l'omniprésence du thème de la prévention.

Discussion : Les médecins généralistes ont expliqué avoir détourné cette consultation pour faire de la prévention. Qu'ils aient été favorables ou opposés à notre hypothèse, ils se sont accordés sur l'idée de la création d'une consultation spécifique dédiée à la prévention. L'analyse des verbatim issus des entretiens avec les cardiologues et les responsables d'une fédération multisports a permis de confirmer les thèmes évoqués par les médecins généralistes.

Conclusion : Notre étude a fait émerger la nécessité d'un changement de paradigme avec la création d'une consultation de prévention. Il serait souhaitable que de nouveaux travaux soient menés afin d'étudier la faisabilité de cette proposition et ses modalités.

Mots Clés : certificat médical, non contre-indication, médecine générale, médecine du sport, médecine préventive, cardiologie