



HAL
open science

Ressenti des Médecins Généralistes des Alpes-Maritimes face à la modification législative du Certificat médical d’Absence de Contre-Indication à la pratique sportive : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes.

Vincent Ribère

► To cite this version:

Vincent Ribère. Ressenti des Médecins Généralistes des Alpes-Maritimes face à la modification législative du Certificat médical d’Absence de Contre-Indication à la pratique sportive : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes. . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01686811

HAL Id: dumas-01686811

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01686811>

Submitted on 17 Jan 2018

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

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

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNEE 2017

THESE

Pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice le :

21 septembre 2017

Par

RIBERE Vincent

Né le 2 août 1984, à Besançon (25)

Ressenti des Médecins Généralistes des Alpes-Maritimes face à la modification législative du Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique sportive.

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes.

JURY

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Président

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Directeur

Monsieur le Professeur Michel PAPA

Assesseur

Monsieur le Professeur Gérald QUATREHOMME

Assesseur

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. OLLIER Amédée
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M. GRELLIER Patrick	
M. GRIMAUD Dominique	

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)

Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)

M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)

Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)

M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)

M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)

M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)

M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)

Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)

Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)

Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)

Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)

Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)

Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)

Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)

Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)

Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)

M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)

M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
 M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
 M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)
 M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
 Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
 Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
 M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
 M. CHEVALLIER Daniel Urologie
 Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
 M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
 M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
 M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
 M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
 M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur HOFLIGER

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur GARDON

Je vous remercie d'avoir accepté immédiatement de diriger ma thèse. Vos nombreuses réflexions, conseils et commentaires furent une aide précieuse dans la réalisation de ce travail. Soyez assuré de ma sincère et respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur PAPA

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez si gentiment et spontanément porté à mon étude. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur QUATREHOMME

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et de juger mon travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements et l'expression de tout mon respect.

ABREVIATIONS UTILISEES

- CACI : Certificat médical attestant d'Absence de Contre-Indication à la pratique sportive
- APS : Activité Physique et Sportive
- Q-AAP : Questionnaire sur l'Aptitude à l'Activité Physique
- UNSS : Union Nationale du Sport Scolaire
- USGEL : Union Générale Sportive de l'Enseignement Libre
- USEP : Union Sportive de l'Enseignement du premier Degré
- EPS : Education Physique et Sportive
- SNMS-S : Syndicat National des Médecins du Sport – Santé
- COREQ : Consolidated criteria for REporting Qualitative research
- MG: Médecin Généraliste
- ECG: EléctroCardioGramme
- SFMS: Société Française de Médecine du Sport
- PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- VO2Max : Volume d'Oxygène Maximum
- SEC : Société Européenne de Cardiologie
- SFC : Société Française de Cardiologie
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

TABLE DES MATIERES

Table des matières.....	11-12
INTRODUCTION.....	13
MATERIEL ET METHODE.....	16
1) Objectifs.....	16
a. Objectif principal.....	16
b. Objectifs secondaires.....	16
2) Choix de la méthode.....	16
3) Caractéristiques de l'investigateur.....	17
4) Choix de la population d'étude.....	17
a. Critères d'inclusion.....	17
b. Recrutement de l'échantillon.....	18
c. Taille de l'échantillon.....	18
5) Recueil des données.....	18
a. Le guide d'entretien.....	18
b. Le déroulement des entretiens.....	19
6) Retranscription des données.....	19
7) Analyse des données.....	20
RESULTATS.....	21
1) Description de l'échantillon.....	21
2) Modélisation des résultats.....	21
3) Opinions générales sur le CACI.....	22
a. Utilité du CACI.....	22
b. Formalité administrative et dévalorisation du CACI.....	24
c. Engagement de la responsabilité médicale.....	25
d. Pertinence du CACI.....	25
e. Demandes excessives de CACI.....	26
4) Information relative à la simplification du CACI.....	27
5) Démarche citoyenne.....	29
6) Visite triennale.....	31
7) Auto-questionnaire de santé.....	37
8) Certificat scolaire supprimé.....	40
9) Modifications supplémentaires souhaitées.....	42
10) Rôle du MG dans l'élaboration du protocole référencé évoqué par le SNMS-S.....	46
11) Commentaires annexes.....	49

ANALYSE DES RESULTATS.....	53
1) Opinions générales sur le CACI.....	53
2) Information relative à la simplification du CACI.....	54
3) Démarche citoyenne.....	54
4) Visite triennale.....	54
5) Auto-questionnaire de santé.....	55
6) Certificat scolaire supprimé.....	56
7) Modifications supplémentaires souhaitées.....	56
8) Rôle du MG dans l'élaboration du protocole référencé évoqué par le SNMS-S.....	57
9) Critiques générales et réserves sur la mise en place de la loi.....	58
DISCUSSION.....	60
1) Forces de l'étude.....	60
a. Le sujet.....	60
b. L'originalité.....	60
c. L'échantillon.....	60
d. La méthode.....	61
2) Limites de l'étude.....	61
a. Biais internes.....	61
b. Biais externes.....	62
c. Biais d'investigation.....	62
d. Biais d'interprétation.....	62
3) Confrontation des résultats à la littérature.....	63
a. Opinions globales sur le CACI.....	63
b. Information et méthode d'élaboration de la simplification.....	64
c. Visite triennale.....	65
d. Auto-questionnaire de santé.....	66
e. Suppression du certificat médical scolaire.....	66
f. Modifications supplémentaires exprimées.....	67
CONCLUSION.....	70
BIBLIOGRAPHIE.....	72
ANNEXES.....	78
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	89
RESUME.....	90

INTRODUCTION

En France, depuis la loi du 16 juillet 1984, un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication (CACI) à la pratique du sport est indispensable pour obtenir une licence sportive (1).

Dans les Alpes-Maritimes, 241650 licenciés ont été répertoriés en 2015 (2).

L'immense majorité des CACI sont rédigés et délivrés par les médecins généralistes, ce qui constitue un motif fréquent de consultation en médecine générale (3).

L'Activité Physique et Sportive (APS) régulière et adaptée est largement recommandée par la communauté scientifique médicale pour son effet bénéfique global sur la santé, notamment sur les maladies cardio-vasculaires (4, 5, 6).

Toutefois, l'activité physique intense augmente de manière ponctuelle le risque d'évènements cardiovasculaires, tels que l'infarctus du myocarde et la mort subite (7, 8, 9).

En France, on dénombre 800 à 1000 cas par an de morts subites non traumatiques survenues pendant une activité sportive (10). Ce chiffre est probablement sous-estimé car le pourcentage d'autopsie reste faible et la majorité des fédérations communiquent peu sur ces décès. Les cardiopathies congénitales sont les principales causes de mort subite du sujet jeune de moins de 35 ans, alors que la maladie coronaire acquise est majoritaire chez le sujet plus âgé (11, 12). Ce risque de décès par évènements cardiovasculaires au cours d'une activité sportive constitue un problème majeur de santé publique.

La consultation médicale en vue de la délivrance d'un CACI trouve ici sa pleine justification.

En effet, les médecins profitent de cette consultation pour remplir leurs rôles de prévention, d'éducation, d'information et surtout de dépistage d'une éventuelle contre-indication à la pratique sportive.

La rédaction des certificats médicaux est une des fonctions du médecin et fait partie de sa pratique quotidienne (13). La délivrance d'un CACI est un acte médical à part entière qui engage les responsabilités civile, pénale et déontologique du médecin (14, 15).

Dans le cadre du « choc de simplification » annoncé par le président de la République en mars 2013 (16), une grande campagne de consultation nationale sur « les démarches administratives qui irritent le plus les français » a été menée du neuf juillet au 15 septembre 2014 via le site internet « faire-simple.gouv.fr » (17).

En réponse aux 2024 contributions sollicitées par les citoyens participatifs, le gouvernement a proposé 40 mesures concrètes pour simplifier la vie des français, dont une en particulier pour faciliter la délivrance du certificat médical pour la pratique du sport (18, 19).

A l'initiative de Madame Valérie Fourneyron, ancienne ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative, la proposition de simplification du CACI à la pratique du sport a été intégrée dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (articles 219 et 220) (20, 21, 22).

Le décret du 24 août 2016, entré en vigueur le premier septembre 2016, fixe les nouvelles conditions de renouvellement de la licence sportive (23). Désormais, la présentation d'un certificat médical est exigée lors de la demande d'une licence ainsi que lors d'un renouvellement de licence tous les trois ans, et non plus tous les ans.

Depuis le premier juillet 2017, les licenciés doivent remplir, dans l'intervalle de ces trois ans, un auto-questionnaire de santé (Annexe 1) qui a fait l'objet d'un arrêté ministériel le 20 avril 2017 (24). Ce dispositif de responsabilisation du patient sportif s'inspire du Questionnaire sur l'Aptitude à l'Activité Physique (Q-AAP) utilisé au Canada (Annexe 2).

Pour renouveler sa licence sportive entre chaque visite médicale triennale, le sportif lui-même atteste auprès de sa fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. Dans le cas contraire, il devra fournir un nouveau CACI à la pratique du sport concerné.

De plus, un médecin peut désormais délivrer un seul certificat médical, si le sportif le souhaite, valable pour plusieurs disciplines sportives.

Pour les disciplines sportives qui présentent des contraintes particulières (alpinisme, plongée subaquatique, spéléologie, rugby, sports de combat...) le certificat médical reste annuel et un examen spécifique est requis à la demande des fédérations concernées.

Concernant les sportifs inscrits dans les filières de haut-niveau, les modalités du suivi médical restent inchangées.

Un second décret datant du 12 octobre 2016, précise les conditions de renouvellement du CACI à la pratique du sport (25). D'une part, concernant les licences permettant la participation aux compétitions organisées par la fédération sportive qui la délivre, un CACI datant de moins d'un an est exigé tous les trois ans. D'autre part, pour les licences loisirs, la présentation d'un CACI est désormais exigée selon une fréquence déterminée par les fédérations qui ne peut être inférieure à trois ans.

Enfin, l'article 220 du projet de loi évoque une mesure spécifique concernant le sport scolaire, organisé par les différentes fédérations scolaires telles que l'UNSS, l'UGSEL et l'USEP. En effet, tout élève de l'enseignement primaire ou secondaire étant présumé apte à la pratique de l'Education Physique et Sportive (EPS), il en est désormais de même pour l'accès aux activités sportives volontaires organisées par les fédérations scolaires. L'obligation de produire un CACI à la pratique du sport pour les élèves participant aux associations sportives des établissements d'enseignement est donc supprimée (26).

Cette mesure vise à favoriser le développement du sport scolaire, porte d'entrée vers une pratique régulière d'APS.

Selon Madame Fourneyron, avec l'appui des enseignants d'EPS et du mouvement sportif, la production annuelle d'un certificat, ainsi que le coût de la visite médicale, non remboursée par l'assurance maladie, constituait un frein au développement de la pratique sportive en club (20). Cette réforme de simplification du CACI à la pratique du sport a donc pour objectif de favoriser l'accès au sport pour tous et de développer la pratique sportive en France.

Issue d'une concertation citoyenne nationale, elle ne mentionne pas l'avis des professionnels de santé, pourtant directement concernés, tels que les médecins généralistes.

Enfin, dans un communiqué du neuf septembre 2016, le Syndicat National des Médecins du Sport-Santé se dit favorable à cette directive qui devrait valoriser l'examen médical triennal (27). Pour cela, il recommande la réalisation d'un acte médical d'expertise avec un protocole référencé d'examen clinique et paraclinique détaillé par les sociétés savantes en accord avec les fédérations sportives. Ce protocole est à l'heure actuelle en cours d'élaboration et n'a pas encore vu le jour.

Aussi, pour cet acte médical de prévention, le SNMS-Santé prévoit de solliciter une codification spécifique professionnelle.

Le travail de cette étude se veut donc ambitieux et a pour objectif principal de recueillir le ressenti des médecins généralistes des Alpes-Maritimes face à cette modification législative en matière de CACI à la pratique du sport.

A travers les entretiens individuels réalisés auprès des médecins généralistes, les objectifs secondaires sont doubles : d'une part, savoir si cette simplification induit une modification d'exercice dans leur pratique quotidienne ; et d'autre part de connaître le rôle qu'ils veulent jouer dans l'élaboration du protocole référencé évoqué par le SNMS-S en tant que spécialistes en Médecine Générale et leur degré d'implication.

MATERIEL ET METHODE

La présentation de la méthode de l'étude fait référence aux critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (28).

1) Objectifs

a. Objectif principal :

La directive en vigueur depuis le premier septembre 2016 en matière de CACI est issue d'une concertation citoyenne nationale (17). L'avis des professionnels de santé n'ayant pas été sollicité pour l'élaboration de ce projet de loi, l'hypothèse d'une non-adhésion des médecins à la nouvelle législation est émise par l'auteur.

L'objectif principal de cette étude est donc de recueillir, à posteriori, le ressenti des médecins généralistes des Alpes-Maritimes sur la simplification législative du CACI à la pratique sportive. Ce travail a pour but de savoir si les médecins généralistes sont favorables ou non à cette modification.

b. Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- De savoir si cette simplification induit une modification d'exercice dans la pratique quotidienne des médecins généralistes des Alpes-Maritimes.
- De connaître le rôle que les spécialistes de médecine générale veulent jouer dans l'élaboration d'un protocole référencé, tel qu'évoqué par le SNMS-S, et d'évaluer leur degré d'implication.

2) Choix de la méthode

Pour étudier et explorer les soins primaires dans toute leur complexité, la recherche qualitative est particulièrement appropriée.

En effet, elle est devenue au fil des années la méthode de référence pour apprécier et analyser des facteurs observés subjectifs, donc difficiles à mesurer.

Issue des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative étudie en médecine les comportements, les sentiments, et les représentations des acteurs du système de soins.

Contrairement à la recherche quantitative, elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais à recueillir le plus souvent des données verbales permettant une démarche interprétative (29).

L'auteur a privilégié des entretiens individuels plutôt que des entretiens de groupes (focus group), de manière à favoriser l'échange, sans avoir l'impression d'être jugés par des confrères, et d'éviter l'influence d'éventuels « leaders » d'opinions.

Les entretiens individuels ont été réalisés dans le but de favoriser la libre expression des médecins.

L'utilisation des questions ouvertes a permis d'obtenir des réponses individualisées, tout en s'assurant que les thèmes retenus étaient bien abordés par l'intermédiaire des questions de relance.

Le but est de réunir des représentations communes, de les analyser dans leur contexte afin de mieux les comprendre.

La méthode la plus à même de répondre aux objectifs de notre étude est donc la recherche qualitative, au travers d'entretiens individuels semi-dirigés.

3) Caractéristiques de l'investigateur

L'auteur a réalisé l'ensemble des entretiens individuels pour cette étude.

Ce travail de recherche constitue sa première expérience comme investigateur en soins primaires.

Au moment de l'étude, l'auteur exerçait l'activité de médecin généraliste remplaçant.

La majorité des médecins généralistes interviewés connaissait l'auteur avant le commencement de l'étude, en tant que médecin remplaçant.

Tous les participants ont été informés par l'auteur, du sujet de recherche, lors d'une première entrevue en face-à-face.

4) Choix de la population d'étude

a. Critères d'inclusion :

La population étudiée est constituée uniquement de médecins généralistes des Alpes-Maritimes, installés ou non (remplaçants), qui ont terminé leur internat (thésés ou non) et qui exercent en cabinet libéral.

b. Recrutement de l'échantillon :

En recherche qualitative, l'échantillonnage ne recherche pas la représentativité statistique (30).

Dans cette étude, la question de recherche s'intéresse tout particulièrement à la diversité des opinions, des ressentis et des perceptions des médecins généralistes en matière de CACI. L'échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ou échantillonnage théorique », s'avère donc la méthode la plus adaptée pour le recueil de cet échantillon.

Le mode d'accès aux médecins interviewés s'est fait de manière directe, sous forme de face-à-face. La majorité des participants faisait parti d'un panel de médecins remplacés par l'auteur durant les deux dernières années qui précèdent l'étude (10 médecins sur 15). Pour les cinq autres médecins, l'accès s'est fait par « bouche à oreille » (associés ou connaissances).

Lors de la première entrevue, l'auteur expliquait brièvement le sujet de l'étude, la méthode de recueil des données ainsi que la durée approximative de l'entretien (entre 25 et 35 minutes). L'enregistrement audio des entretiens et l'anonymat des retranscriptions ont été porté à la connaissance des médecins interrogés.

Les médecins interviewés ont choisi librement la date et le lieu de l'entretien (le cabinet médical pour les médecins installés et le domicile pour les médecins remplaçants).

Tous les médecins sollicités ont accepté de participer à l'étude.

c. Taille de l'échantillon :

Par opposition aux études quantitatives, la détermination de la taille de l'échantillon en recherche qualitative n'utilise pas de règles de calcul. L'analyse s'effectuant au fur et à mesure du recueil des données, il arrive un moment où les entretiens n'apportent plus aucune nouvelle donnée ; on parle de « saturation des données » (30).

Dans cette étude, la saturation des données est apparue au douzième entretien. Trois entretiens individuels supplémentaires ont été nécessaires pour confirmer cette saturation, et ainsi terminer le recueil des données.

5) Recueil des données

a. Le guide d'entretien (Annexe 3) :

Le guide d'entretien a été élaboré par l'investigateur lui-même, à l'issue de la recherche bibliographique, et suivant les thématiques concernées.

Il comporte 11 questions ouvertes avec des questions de relance en fonction des réponses apportées spontanément par l'interviewé.

Plusieurs thèmes majeurs sont abordés dans ce guide, afin de recueillir le mieux possible le ressenti des médecins généralistes sur les principales modifications législatives, telles que la visite triennale, l'auto-questionnaire de santé, la suppression de CACI pour le sport scolaire et le rôle du médecin généraliste dans l'élaboration du protocole référencé évoqué par les SNMS-S.

Le guide d'entretien a été validé par son directeur de thèse, rompu à cet exercice ; puis secondairement par la réalisation des trois premiers entretiens individuels, qui ont permis d'ajuster certaines questions de relance.

b. Le déroulement des entretiens :

Les entretiens ont été réalisés directement au cabinet des médecins généralistes installés et au domicile privé des médecins remplaçants. Ils ont eu lieu entre le huit février et le 30 mars 2017.

En accord avec les médecins, l'ensemble des entretiens ont bénéficié d'un enregistrement audio via une application dictaphone sur Smartphone (« Enregistreur vocal »). La durée moyenne d'un entretien est de 36 minutes (durée minimale 26 minutes, durée maximale 47 minutes).

Des notes de terrain ont été rédigées par l'auteur tout au long des 15 entretiens pour capter le discours non-verbal des interviewés.

Le caractère strictement anonyme de chaque entretien était rappelé en début d'enregistrement et respecté tout au long de l'entretien.

Le seuil de saturation des données a été atteint au douzième entretien, confirmé par trois entretiens supplémentaires, soit 15 entretiens au total dans l'étude.

6) Retranscription des données

Tous les enregistrements ont fait l'objet d'une retranscription littérale dans leur intégralité, mot-à-mot, sans correction ni reformulation, de façon à respecter au mieux les propos des interviewés.

Le langage non verbal et les éventuels rires, soupirs, pauses, silences et autres onomatopées ont aussi été intégrés au texte, de manière à retranscrire le plus fidèlement possible les différents discours (31).

Afin de respecter la confidentialité des entretiens, ils ont été rendus anonymes.

Par soucis d'authenticité, il n'y a pas eu de retour des retranscriptions aux médecins interviewés pour commentaires et/ou correction.

A l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Word), chaque entretien retranscrit constitue ce que l'on appelle un « *verbatim* ».

De manière chronologique, chaque *verbatim* a été classé par ordre numérique, précédé des lettres MG pour Médecin Généraliste (MG1, MG2...).

L'ensemble des *verbatim*s est disponible auprès de l'auteur sur simple demande.

7) Analyse des données

L'analyse qualitative a débuté dès le premier entretien effectué et s'est déroulée au fur et à mesure des entretiens.

Elle s'est basée sur chaque nouveau *verbatim* retranscrit et sur les notes de terrain rédigées par l'auteur.

Dans un premier temps il s'agissait de s'imprégner du texte et de son sens en effectuant plusieurs lectures des *verbatim*s (30).

Ensuite, l'auteur a effectué un découpage systématique des *verbatim*s en « unités de sens », qui peuvent être un paragraphe, quelques phrases, une phrase seule, une expression, ou même un mot (32). Ce découpage constitue ce que l'on appelle le « codage axial » du *verbatim*.

Ces unités de sens ont alors été isolées, décontextualisées, pour être enfin regroupées et classées en thèmes et en sous-thèmes selon une analyse thématique (31, 33).

Le codage utilisé est dit « ouvert » car les thèmes ont été induits progressivement au cours de l'analyse et déterminés à partir des données (32).

Il en résulte un arbre de concepts et de thèmes qui représente les résultats de l'étude.

Pour ce travail d'analyse, l'auteur a bénéficié de l'apport du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo 11.

RESULTATS

1) Description de l'échantillon

Les entretiens ont été menés auprès de 15 médecins généralistes exerçant la médecine libérale en zone urbaine, dans le département des Alpes-Maritimes.

Parmi ces médecins, on retrouvait 12 hommes et trois femmes, soit 20% de femmes.

L'âge moyen était de 49,2 ans (âge minimal 32 ans, âge maximal 64 ans).

13 médecins étaient installés pour deux médecins remplaçants, soit 13,33% de remplaçants.

La durée moyenne d'installation était de 20 ans (durée minimale 5ans, durée maximale 36 ans).

Parmi les médecins installés, cinq exerçaient seul (soit 38,46%) pour un âge moyen de 54,6ans ; et huit exerçaient en cabinet de groupe (de deux à quatre associés) soit 61,54%, avec un âge moyen de 50 ans.

Trois médecins sur 15 étaient titulaires d'un diplôme de médecine du sport (Capacité de médecine du sport), soit 20% des médecins.

Trois médecins ont déjà encadré une manifestation sportive (soit 20% des médecins), dont un en tant que médecin détenteur du diplôme de médecine d'urgence.

Sur l'ensemble du panel, dix médecins ont déclaré pratiquer une activité physique et sportive régulière (au moins une fois par semaine), soit 66,67%.

2) Modélisation des résultats

Les opinions et ressentis des médecins généralistes interrogés par l'auteur, sur la simplification du CACI à la pratique du sport, sont relatés dans neuf chapitres distincts. Ces derniers sont issus des principaux thèmes abordés tout au long du guide d'entretien (Annexe 3).

Les propos des médecins figurent en italique, entre guillemets et sont référencés.

L'auteur a volontairement sélectionné les *verbatim* les plus informatifs, dans un souci de clarté pour le lecteur.

3) Opinions générales sur le CACI

a. Utilité du CACI :

Une majorité des médecins interrogés insistent sur l'utilité du CACI à la pratique du sport, notamment en termes de prévention, d'information et de dépistages d'éventuelles contre-indications :

« Concernant le rôle de dépistage, de prévention globale de cette consultation, oui je pense que ça fait parti des missions ; je pense que c'est important d'avoir des points de contrôle sur les patients ; donc en effet la mission de prévention de cette consultation, de remise à niveau du dossier, c'est important oui ! » (MG1).

« Je pense que c'est un certificat utile, car plusieurs fois dans ma carrière, j'ai eu des gens qui venaient en consultation avec un souffle cardiaque totalement inconnu et qui me demandaient un certificat pour le sport ; donc ça rentre dans le cadre de mission première du certificat qui est le dépistage de contre-indications à la pratique sportive » (MG10).

« C'est utile car ça permet quand même de dépister certaines pathologies, surtout pour des personnes qui consultent très peu ; ...parce qu'on trouve grâce à ça des anomalies, des troubles de conduction... ; ne serait-ce que si ça concerne qu'une personne dans l'année, moi je pense que ça vaut le coup quand même ! » (MG 11).

« Ça m'est arrivé de dépister des souffles cardiaques, qui ont été bilantés secondairement et qu'il fallait suivre au long cours ; donc ça à un intérêt sur le plan de la prévention et du dépistage ; Il est également utile dans le conseil que l'on va pouvoir apporter au patient, notamment pour l'orienter vers telle ou telle pratique sportive, lui déconseiller certaines activités en fonction de son état de santé » (MG8).

« Donc il y a un intérêt quand même ; il est utile car ça peut déboucher sur autre chose, on peut découvrir des trucs chez des patients qui ne sont pas suivis » (MG9).

« Oui je pense que ce certificat est utile. Il est indispensable, indispensable ! Parce que tu donnes des conseils alimentaires, des conseils sur le plan échauffement-étirement, selon l'âge du patient, et puis une arythmie cardiaque ou un souffle cardiaque qui n'a jamais été dépisté, c'est important de l'explorer » (MG7).

De nombreux médecins soulignent également l'importance de ce certificat médical pour les patients qui n'ont pas de suivi médical régulier, et pour certains patients dits à risque :

« Je veux bien que ce soit intéressant pour les hommes de 45-50 ans qui ne sont pas suivis comme peuvent l'être les femmes pendant leurs grossesses, je veux bien que ce soit intéressant pour eux, pour rattraper les gens qui ne sont pas suivis justement et faire un peu de prévention et essayer de dépister des pathologies pour éviter certains problèmes (MG12).

« Il est très utile, indispensable, surtout à partir d'un certain âge et suivant les antécédents familiaux de la personne en question, car on voit quand même pas mal de problèmes cardiovasculaires, même chez les jeunes, donc c'est très important ! Je pense que ça doit être indispensable ; cette consultation permet d'avoir un examen un peu à titre systématique, je prends le temps de les examiner, ce n'est pas une formalité, c'est une consultation pleine et entière » (MG2).

« Après y'a des gens, tu vois dans le dossier, ils ne viennent que pour le certificat, une fois par an, donc pour eux c'est sur qu'il faut faire un peu plus attention dans ton examen ; là il est utile le certificat, parce que imaginons que le certificat soit exigé tous les trois ans, et bin ils viendraient qu'une fois tous les trois ans... » (MG15).

« En général, je pense que c'est bien ; d'abord ça permet à des gens non suivis de consulter au moins une fois par an, notamment les hypertendus qui s'ignorent, on peut découvrir des pathologies cardiaques, notamment des bradycardies sévères, ou des souffles, ça permet dans ce cas-là d'orienter vers le cardiologue avant de signer le certificat » (MG11).

« Et c'est quand même utile parce que une fois par an, des gens qu'on voit rarement, ça permet de les voir, de faire le point, de tomber sur une tension un peu anormale, ou une autre pathologie, pas forcément en rapport avec leur activité sportive... c'est un bon moyen de les contrôler, de les surveiller un peu » (MG13).

Dans le prolongement de l'idée précédente, le CACI est surtout une occasion de voir en consultation des patients qui sont en bonne santé et qui ne consultent pas par ailleurs, notamment une population plutôt jeune :

« D'autant plus que pour nous, c'est l'occasion de voir des enfants qu'on ne verra jamais, et de redresser le carnet de vaccination qui part un petit peu de travers (rires), donc c'est une occasion de voir les enfants et c'est une bonne chose ; c'est pas forcément dans l'intérêt du certificat sportif, mais c'est dans l'intérêt du gamin de dépister une scoliose... » (MG10).

« Donc c'est utile car ça permet quand même de dépister certaines pathologies surtout pour des personnes qui consultent très peu voire pas du tout. Les jeunes en particuliers... c'est l'occasion de voir les enfants ; ça permet de faire un dépistage chez des enfants qui ne sont pas vu régulièrement par les médecins, parce qu'ils n'ont pas de soucis quoi » (MG11).

« Et puis franchement, tu sais, c'est l'occasion de voir les jeunes. Honnêtement, on en profite pour les voir, car on ne les a pas sous le coude sinon. Alors quand ils arrivent jusqu'à douze ans avec leurs parents, c'est facile, tu fais les vaccins etc. Donc c'est important, c'est une occasion de voir les jeunes, car ils ne viennent pas souvent, ils ne viennent pas pour un rhume, ils ne viennent pas parce qu'ils veulent arrêter de fumer (rire)... donc c'est une occasion ! » (MG4).

« Mais pour ceux qui ne viennent que pour le certificat chez le médecin, oui il est utile car du coup tu gardes un œil sur eux, une fois par an, ça les oblige à venir » (MG15).

« Je pense qu'il est utile dans le sens où cela permet de voir de façon régulière des patients qui n'ont pas de soucis de santé et qu'on ne verrait pas du tout » (MG8).

b. Formalité administrative et dévalorisation du CACI :

Certains médecins mettent en avant le caractère totalement « administratif » que représente le CACI pour les patients.

« Parce que le problème actuellement, c'est que beaucoup de patients pensent que la rédaction du certificat médical c'est une simple formalité administrative ; à savoir, retirer un formulaire à ranger dans un dossier pour pouvoir avoir accès à un loisir ou autre... et ils ne pensent pas à l'impact légal que ça peut avoir. Donc faire des certificats médicaux, quelque soit le motif, entre deux portes, c'est absolument pas une bonne idée, chose que souvent les patients veulent, attendent... ils estiment qu'une consultation exprès juste pour faire un papier, ce sont souvent les termes employés, ça les irrite, certains » (MG1).

« Mais pour beaucoup de patients, c'est juste un papier à signer, ils nous le déposent pour le tamponner et qu'on le signe... mais tu ne peux pas t'imaginer le nombre de gens qui déposent le papier... peut-être qu'ils le font moins avec les remplaçants... c'est un examen légal ! » (MG12).

« Mais c'est vrai qu'on a du mal à les bousculer, ils ont vraiment l'impression que c'est un papier anodin, une formalité, un papier administratif, plus que médical ; pour eux ce n'est pas un certificat de non contre-indication, c'est plus une confirmation à une inscription à leur salle de sport par exemple... Je pense que ça a été un peu galvaudé, c'est un peu dommage... » (MG13).

« C'est plus une formalité administrative, surtout pour les patients, c'est sûr » (MG6).

Dans cette optique, le CACI à la pratique du sport apparaît dévalorisé par le patient.

«...le patient aussi a l'impression que tu fais quelque chose, que tu ne fais pas un petit bout de papier, parce que c'est dévalorisé le certificat dans l'esprit du patient ; c'est très très dévalorisé ! » (MG10).

« Des fois ils ne savent même pas pour quel sport ils ont besoin du certificat ; ils râlent quand on leur dit par téléphone qu'ils doivent venir en consultation... » (MG12).

« Malheureusement j'ai l'impression que ce certificat est devenu automatique quoi, les gens trouvent qu'on fait un peu de cinéma en les faisant venir pour un certificat de non contre-indication... ; mais je pense que c'est plus une contrainte (pour les patients) de voir le médecin, de « perdre du temps » ; je pense que quelque part ça les ennuie de venir voir le médecin pour un certificat, c'est une prise de temps » (MG13).

«...mais je ne vais pas tout faire à cette occasion, d'ailleurs les gens ne sont pas demandeurs ! En général, certains te le disent en rentrant : « ça ne va pas être long, c'est juste pour un certificat ! » (MG14).

« C'est clair, pour le certificat, ils ne comprennent pas, moi je me suis déjà pris la tête avec certains, ils me demandent plusieurs fois de leur faire le certificat comme ça sans les voir, j'ai dit non trois fois... » (MG5).

c. Engagement de la responsabilité médicale :

Les médecins interrogés évoquent le caractère légal de cet acte médical et son importance, puisqu'ils engagent leur responsabilité professionnelle ; responsabilité médicale dont les patients n'ont pas toujours conscience.

« Ils n'ont pas souvent compris que ce n'est pas une histoire d'autorité sur eux, mais de responsabilité médicale pour le dépistage des risques, et ça c'est vrai que ce n'est pas dans la tête des gens... » (MG10).

«...c'est un examen légal ! C'est nous qui engageons notre responsabilité... » (MG12).

«...alors que ça engage notre nom, notre responsabilité professionnelle... » (MG13).

« Parce que le problème c'est que ça engage notre responsabilité le certificat ! » (MG15).

« Car de toute façon j'engage ma responsabilité ; ça c'est important, si demain il y a un problème, qui est-ce qui va morfler, c'est moi, le toubib, donc c'est primordial de faire un examen pour délivrer le certificat » (MG2).

d. Pertinence du CACI :

Toutefois, certains médecins remettent en cause l'intérêt du CACI à la pratique du sport au vu de l'examen clinique qualifié de « succin », réalisé habituellement dans les différents cabinets de médecine générale. Ils jugent également que le CACI s'avère peu pertinent pour les patients suivis de manière régulière tout au long de l'année par leur médecin généraliste.

« Mais pour moi, quelqu'un qui est déjà suivi régulièrement par son médecin traitant, je ne vois pas l'intérêt de lui faire une consultation pour le certificat, rien que le fait qu'il soit suivi régulièrement, il n'y a pas besoin de certificat, une attestation comme quoi il est suivi régulièrement c'est tout, ça suffit. Dans mon cas, vu que j'examine correctement et régulièrement mon patient, si il y avait un souffle au cœur ou une arythmie je l'aurais déjà entendu ; je ne vois pas pourquoi il déclencherait l'arythmie juste avant de se mettre au sport... et en général quand ils demandent le certificat c'est qu'ils sont déjà inscrits, c'est déjà un sport qu'ils pratiquent » (MG12).

« Heu.... Très sincèrement, vu l'examen qui est fait, bin peut-être que parfois tu dépistes quelque chose, mais pour moi ça ne sert un peu à rien... parce que normalement tu les vois tout au long de l'année ; et par exemple le mec qui vient pour un rhume, tu l'auscultes et tu sais bien si il a un souffle ou autre chose si tu l'examines correctement quand il vient te voir pour un autre motif que le certif pour le sport. Parce que tu vois l'examen que tu fais c'est très succin, tu ne fais pas d'électro, tu ne fais pas d'écho cœur...enfin y'a rien de vraiment discriminant. Donc je pense que ceux que tu vois toute l'année pour d'autres motifs, ce n'est pas très utile de refaire une consultation pour délivrer le certificat pour le sport » (MG15).

« Cette consultation en fait n'est pas forcément utile si tu es suivi de façon régulière par ton médecin traitant. Après si le mec ne voit jamais de médecin, bien sur la consultation est utile. Mais c'est rare, en général le patient vient te voir tout le temps pour d'autres motifs et à la fin ils te demandent le certif pour tel ou tel sport... » (MG5).

« Il ne sert à rien ! Car à l'instant T il n'y a rien, et le jour de la compétition il peut très bien faire une diarrhée aigue la veille et se retrouver à faire un trouble du rythme et crever quand même. Donc tu peux faire le meilleur examen possible ça ne sert à rien ! » (MG3).

« Après, faire un certificat médical pour le sport pour que rien ne soit fait... Faire venir quelqu'un pour lui prendre la tension, écouter son cœur et le voir 5 minutes pour lui signer le papier, ça n'a guère d'intérêt, ça on en est bien d'accord » (MG6).

e. Demandes excessives de CACI :

Le nombre important voire excessif de certains CACI a été mentionné à plusieurs reprises lors des entretiens, ainsi que certaines demandes qualifiées d'abusives par les médecins, notamment concernant les sports loisirs.

« Je trouve qu'en général il y a trop de demandes de certificat, je ne parle pas uniquement du sportif ; les gens ont tendance à en demander en excès... » (MG14).

«...et puis (soupir), ils demandent des certificats un peu pour tout et n'importe quoi maintenant je trouve... il faut un certif' pour la boxe, pour un saut en parachute, pour la course à pied... » (MG15).

« Ce que je ne comprends pas, c'est que dès que l'on veut changer de sport, il faut un certificat ! » (MG6).

« Il y a quand même des saisons comme la rentrée scolaire où tu passes presque ta journée à faire ça (des certificats), ou alors tu as trois millions de coup de fils parce que tu les as vus il y a moins de trois mois et ils veulent tous que tu leur prépare un nouveau certificat...» (MG1).

« Après il y a des certificats qui sont un peu... inutiles, dans la mesure où l'on vient te présenter un certificat pour jouer à la pétanque ! Bientôt il va y avoir un certificat pour la belotte (rire)... » (MG11).

« Alors, pour les sportifs qui ne font pas de compétition, et qui sont obligés chaque année de refaire un certificat pour justifier une inscription en salle ou pour du sport loisir, je ne suis pas convaincu de l'intérêt du certificat » (MG1).

« Concernant les certificats par exemple pour la pétanque, ceux-là bon je me demande..., hein bon, ça c'est nul complet quoi » (MG2).

4) Information relative à la simplification du CACI

Sur les 15 médecins interrogés par l'auteur, trois ne sont pas au courant de la modification législative.

« Pas du tout. Je n'en ai pas du tout été informé, ni par la sécurité sociale, ni par le conseil de l'ordre... » (MG1).

« Non, pas du tout ! » (MG15).

« Non » (MG14).

Sept médecins disent être au courant de l'allongement de la périodicité entre deux renouvellements de CACI.

« J'avais vaguement entendu parler que c'était tous les trois ans maintenant, mais je n'ai pas eu de notification, d'information » (MG2).

«...enfin j'ai entendu l'histoire des trois ans, mais la loi en elle-même non je ne suis pas au courant » (MG3).

« Je suis au courant du fait que le certificat médical serait étalé dans le temps, 3 ans de mémoire ? Je ne sais plus » (MG11).

« Oui, enfin le coup des trois ans j'en avais entendu parler, à la radio le matin en allant au boulot (rires) » (MG12).

« Alors il me semble que c'était faire un certificat tous les trois ans, j'avais entendu ça, voilà c'était principalement ce que j'avais entendu. Heu..., je t'avoue que je ne sais que ça » (MG4).

« Oui, la validité du certificat sera de trois ans » (MG8).

« Oui, j'ai compris qu'à priori le certificat serait valable trois ans ; par l'intermédiaire des médias, internet etc.... » (MG9).

Les cinq médecins restants répondent simplement être au courant de la simplification du CACI, sans développer plus d'éléments.

L'ensemble des médecins déclarent avoir été informé par les divers médias existants (radios, télévision, presse écrite, revues médicales, internet). Aucun n'a été informé directement de cette modification législative par les autorités de tutelle de la santé.

« Je n'ai pas eu d'infos de la part des autorités de santé » (MG9).

« Je ne me rappelle pas avoir reçu d'informations des autorités » (MG5).

« ...mais non je n'ai pas du tout été informé par mail ou courrier, mais ça c'est toujours pareil, on est toujours la dernière roue du carrosse... » (MG13).

« Je n'ai pas eu de courrier, rien, non rien du tout!! » (MG11).

« ...mais je n'ai pas eu de notification, d'information » (MG2).

La majorité des médecins interrogés jugent la communication des autorités de santé envers les professionnels médicaux mauvaise, insuffisante, et souvent incomplète. Ils se plaignent notamment d'un manque d'échanges entre les différents acteurs de la santé en France, et un profond manque de considération des autorités à leurs égards.

« je trouve qu'elle est souvent très insuffisante, très incomplète ; elle n'est pas systématique, il n'y a pas de canal officiel facile d'accès qui nous permettrait de nous tenir au courant avec des alertes etc... tout est fait d'une manière anarchique, chaque médecin se renseigne un petit peu à sa manière, ne serait-ce que pour les lois de la sécurité sociale, on apprend toujours par défaut, tu fais un papier et on te sanctionne après en te disant « ah non ça se fait plus comme ça, c'est comme ça maintenant... » ; Il n'y a pas d'information officielle, la sécu c'est typique ! » (MG10).

« Je trouve la communication des autorités de santé envers les professionnels de santé très mauvaise. On est toujours avertis, dans ce domaine ou dans d'autres, toujours après les médias. On est mal informé, même la caisse nous a pas informés, moi je reçois des mails pour des conneries, style vous ne faites pas assez de tiers-payant, mais pas pour des informations intéressantes quoi... » (MG11).

« Nulle ! (rire) ; ah oui, non, c'est nul quoi... on a l'impression qu'ils prennent leur décision et qu'ils les appliquent, on n'est pas vraiment informés, ni sondés pour envisager de mettre en place une loi par exemple... je pense que je ne suis pas le seul à le dire... Non elle n'est pas bonne la communication. Peut-être que pour certains sujets qui sont mis en avant par les médias, ils se sentent obligés de communiquer, mais c'est rare, et en général c'est très mal communiqué... il n'y a pas de communication qui est franche et directe quoi » (MG13).

« Communication nulle des autorités de santé envers les professionnels médicaux, et ce sur beaucoup de plans, sur beaucoup de niveaux, notamment tous les médicaments qui sont retirés du marché, tu n'es pas informé, ça ce n'est pas normal, les déremboursements, ce n'est pas normal non plus, les patients te demandent si ces médicaments sont remboursés ou pas, tu ne sais pas quoi leur dire ; ça devient un peu... ils nous prennent pour des gogols quoi hein... » (MG2).

« Je juge la communication des autorités de santé envers les professionnels de santé complètement nulle ! Parce qu'ils ne communiquent absolument pour rien ; ils décrètent, ils ne font aucune coordination avec les gens du terrain, c'est eux qui décident, qui ont la science infuse ... ils imposent sans avoir à consulter la base » (MG5).

« Je trouve la communication des autorités de santé envers les professionnels de santé très mauvaise ! Dans le cadre de cette nouvelle loi, ils ne nous ont même pas demandé notre avis, ils ne nous ont même pas informé par une lettre que la loi allait être voté ; on l'apprend comme un patient lambda... On se débrouille quoi ! Il n'y a aucune communication spécifique envers les professionnels de santé. Et malheureusement ce n'est pas nouveau, quel que soit le sujet. C'est comme pour la loi sport-santé, c'est exactement la même chose... on est au courant parce qu'on reçoit des mails, on l'entend dans les médias, mais on a pas du tout de démarches particulières et personnelles, en aucune façon le gouvernement ou les ARS ne nous envoient des papiers en disant : « attention une nouvelle loi va sortir, soyez au courant... » (MG6).

Pour nuancer ces propos, quelques médecins déclarent recevoir malgré tout une quantité importante d'informations quotidiennes. Cependant ils mettent en avant un manque de temps évident permettant de prendre connaissance de toutes ces informations reçues.

« Le problème de l'information des professionnels de santé par les autorités de tutelle, c'est qu'on n'a pas le temps de les écouter ou de les lire. On a surement de la documentation, mais on manque de temps pour les lire... c'est pour cela que je ne suis finalement informé que par les gros titres » (MG3).

« On reçoit des courriers, trop de courriers même et faudrait prendre le temps de tous les lire... on reçoit trop d'infos, on est débordé de papiers quoi... » (MG7).

5) Démarche citoyenne

Concernant la méthode employée pour l'élaboration de cette loi, les médecins saluent le principe de concertation citoyenne.

« Oui c'est plutôt bien, en théorie... » (MG14).

« Bin je trouve que c'est pas mal ; c'est pas mal dans le sens où ça prend en compte l'avis des gens » (MG15).

« A mon avis, c'est bien de l'avoir fait, pour avoir une idée, mais après je pense que ce n'est pas raisonnable de répondre forcément à leurs attentes, voilà ! Mais après c'est toujours intéressant des enquêtes d'opinions ; ce n'est pas du temps perdu, mais après est-ce que ça va vraiment influencer le décisionnel quant à la conduite à tenir... j'en suis moins sûr » (MG4).

« Oui, ça devrait être demandé plus souvent l'avis des français (rires). Oui, ça part d'un bon sentiment effectivement » (MG8).

« Alors moi sur le principe je trouve cela pas mal » (MG9).

Cependant, ils fustigent majoritairement l'absence de concertation des professionnels de santé pour l'élaboration de cette simplification. La grande majorité des CACI étant réalisés par les médecins généralistes, ils se sentent légitimement concernés par ce sujet. Ils doutent également de la légitimité des patients à peser sur une modification législative en matière de santé.

« Je pense qu'en effet, il eut été préférable de demander une concertation au près des professionnels de santé avant de demander l'avis de la population générale... qui, bien sûr voudra davantage de simplification pour tout, sans forcément connaître les tenants et les implications légales finalement » (MG1).

« Et dans le fait de demander l'avis des français, le problème c'est qu'ils ne sont pas experts dans le truc, ils vont voir leur intérêt à eux... Ils devraient quand même déjà nous demander notre avis, c'est nous qui engageons notre responsabilité, on est quand même de part notre pratique, experts en la matière... » (MG12).

« Après je pense que par contre, l'avis de la population n'est pas forcément le bon... c'est bien de demander leur avis, mais pour moi dans la démarche tu demande l'avis des gens, tu fais tes stats, et tu les confrontes aux professionnels du domaine avant de faire une éventuelle loi. Tu dois confronter les avis et discuter ce qui paraît juste de faire ou pas » (MG15).

«...mais bon il n'y a eu aucune consultation des médecins. Je pense pas que ce soit aux français de faire la politique de santé, sinon à ce moment là, ce n'est plus la peine d'avoir une assemblée nationale, ce n'est plus la peine d'avoir un ministère, ce n'est plus la peine d'avoir un conseil de l'ordre national des médecins. Si on ne tient pas compte de l'avis des médecins, c'est grave. Le peuple ne connaît pas tous les retours, les contre indications, ils ne connaissent pas tous ce qui peut être mis sous la responsabilité du médecin, etc... Donc je ne pense pas que ce soit une bonne chose » (MG2).

« Concernant la démarche citoyenne, tu demandes au français s'ils veulent aller prendre leur pain tous les jours sans payer, ils vont te dire oui ! C'est une question complètement conne, notamment de ne pas demander l'avis des médecins ; comme d'habitude les gens concernés on ne leur demande pas leur avis... pour moi c'est juste une démarche démago et électoraliste ! » (MG5).

« C'est irresponsable, c'est irresponsable ; c'est irresponsable tout d'abord par la décision qui est prise (de mettre un examen médical tous les trois ans), et c'est irresponsable médicalement, socialement, à tous les niveaux... » (MG7).

« Mais a priori cette parité n'a pas été respectée puisque les professionnels de santé n'ont pas été consultés... on doit quand même toujours demander au professionnel, au moins sur le côté technique ! Le côté technique on ne peut pas l'exclure dans ces choses là, parce qu'il y a une finalité pour faire des certificats, c'est quand même dépister les contre-indications formelles » (MG10).

« Après sur le fait que les médecins n'aient pas été consultés, bin... c'est classique de la part des politiques ça hein (rires)... on demande l'avis des gens pour être populaire, on préfère suivre l'idée des gens que de demander aux médecins, qui auraient surement refusé cette loi d'ailleurs à mon avis » (MG11).

« Mais je trouve ça bien dommage qu'ils n'aient pas consultés les médecins généralistes... On est évidemment les mieux placés pour parler de santé des français, mais...bon » (MG14).

6) Visite triennale

Au sujet de l'allongement de la périodicité entre deux rédactions de CACI à la pratique du sport, certains médecins approuvent cette simplification, qui devrait désengorger les cabinets à certaines périodes de l'année.

« Le fait que ce soit désormais tous les trois ans, ça sera moins de lourdeur pour le patient et pour le médecin » (MG1).

« Ce n'est pas une mauvaise chose, ça sature un peu moins les cabinets » (MG12).

« C'est un bénéfice pour ces patients qui se sentent contraints de venir chez le médecin tous les ans pour le certificat, et pour nous ça nous allège de quelques consultations » (MG15).

« Pour nous, oui ça nous fera un peu moins de travail en septembre, c'est sûr ; mais c'est le seul bénéfice que je peux voir, les médecins seront un peu moins surchargés » (MG6).

Ils sont également en accord avec cette modification pour une catégorie de patients, plutôt jeune, sans antécédents particuliers, ni pathologies chroniques et pour ceux pratiquant des activités physiques et sportives loisirs, non intenses. Il en est de même pour les patients qui sont suivis régulièrement par leur médecin traitant, à savoir plusieurs fois par an.

« A mon sens, c'est une bonne chose, heu... pour des sujets qui sont jeunes sportifs sans problèmes de santé particuliers, ça sert à rien, à mon avis de les contraindre à avoir une consultation médicale tous les ans pour ça. Donc tous les trois ans, oui ça me paraît correct. Par rapport à l'âge, je pense que jusqu'à cinquante ans, chez des sujets n'ayant pas de pathologies chroniques, tous les trois ans ça me paraît bien. Parce que pour des patients qui sont relativement bien suivis par ailleurs, passer à trois ans pour un certificat, à mon avis il n'y aura pas d'impact sur l'état de santé des personnes » (MG1).

« Pour la plupart des cas, dans le cadre d'activités comme la pétanque, la pêche etc... si ça a été bien fait la première fois, je pense que cela serait suffisant » (MG10).

« Après ceux que tu vois dix fois dans l'année, de passer à trois ans pour le certif pour le sport, on s'en fiche vu que tu les vois plusieurs fois dans l'année pour autre chose ; Après pour les adultes entre 18 et 35 ans sans antécédents particuliers et pour le sport loisir pourquoi pas tous les trois ans » (MG15).

« C'est sur que ceux que tu vois tous les trois mois, c'est moins grave car tu les vois souvent » (MG8).

De nombreux médecins émettent toutefois un doute sur la généralisation de la visite triennale ; en effet, selon le profil du patient et l'activité sportive pratiquée, la consultation ne peut être identique et réalisée tous les trois ans.

« Après tout dépend de la pratique de chaque individu, c'est ça le problème, et puis du type de sport qu'il pratique, la façon dont il pratique le sport en fait. C'est difficile de généraliser... pour la pétanque ou le « pilates », deux ou trois ans c'est bien, mais pour celui qui fait des marathons trois ans c'est trop long quoi... » (MG3).

« Après tout dépend du degré d'activité, et puis du type de sport pratiqué, je pense qu'il faudrait nuancer un peu, c'est difficile, mais de généraliser comme ça pour tout le monde tous les trois ans, c'est aberrant ! » (MG13).

« Et puis ça dépend du sport et du contexte; regarde le mec de 50 ans, qui fait 100 kilos et qui se remet au footing, même s'il ne fait pas de compétition, il faut le suivre quand même, car il est à risque... » (MG15).

« Le problème, ce qui m'inquiète c'est le profil du patient ; c'est-à-dire qu'autant il y a des patients responsables qui sont à l'écoute et qui viendront de leur propre chef si ils considèrent qu'il y a peut-être un problème médical qui justifie de revoir le médecin, autant il y en a... c'est même dangereux pour eux quoi. Parce que il y en a ils savent que c'est valable trois ans, ils ne vont jamais venir avant trois ans, c'est sûr ! Donc il y a un biais là-dedans par rapport au profil du patient, à mon avis. Il y a des patients chez qui ça me paraît justifié, parce que le type est cérébré et raisonnable ; et puis il y a des patients complètement borderline et tu ne les vois pas pendant trois ans (MG9).

Une majorité des médecins interrogés ont un avis globalement défavorable sur la visite triennale. Ils évoquent notamment une période trop longue durant laquelle de nombreux évènements médicaux peuvent survenir, modifiant l'état de santé du patient.

« Et avoir une nuance qu'en trois ans il peut se passer des choses aussi bien au plan sportif qu'au plan médical, et que si il y a une rupture dans la santé cela mérite une réévaluation du certificat avant les trois ans » (MG10).

« C'est dommage de passer à côté de quelque chose en ne suivant pas les gens régulièrement ! Parce que des patients que tu ne vois pas pendant trois ans, il a pu se passer des choses pendant ce temps là et c'est dommage, ne serait-ce que lors d'un contrôle pour un certificat médical, même si il est rapide... tu as au moins un examen a minima de fait. Sinon le type reste dans la nature pendant trois ans et tu ne sais pas ce qu'il s'est passé ; le problème c'est que si tu ne les vois pas, il peut se passer plein de choses en trois ans » (MG11).

« Je trouve que c'est un peu exagéré, c'est un peu long. Parce que si ce sont des gens qu'on ne va pas voir pendant trois ans et qui vont pratiquer une activité... sans avoir de contrôle médical... je pense que c'est quand même important ; et puis selon l'activité encore une fois, trois ans c'est un peu long... Et faire de la prévention tous les trois ans, c'est aberrant ! C'est la porte ouverte à des problèmes... » (MG13).

« Parce que si ils viennent tous les trois ans, c'est un souci ça ! Parce que dans l'intervalle des trois ans tu peux développer un truc, dans une année aussi mais tu réduis un peu le risque ; Le problème c'est qu'il y en a plein qui ne viennent qu'une seule fois dans l'année, et là il y a un risque de perdu de vue pendant trois ans, c'est long... Il peut s'en passer des choses pendant trois ans ! Je trouve ça fou une fois tous les trois ans... » (MG15).

« Disons que c'est quand même un petit long comme périodicité, suivant les tranches d'âge, ça fait beaucoup ; je pense que trois ans c'est quand même trop long » (MG2).

Ils mettent surtout en avant une augmentation du risque global pour la santé des patients de passer à une visite triennale ; principalement pour les sujets à risque comme les enfants, les adolescents, les plus de 50 ans et les patients atteints de pathologies chroniques qui augmentent le risque cardiovasculaire.

« ...mais passer à trois ans c'est quand même plus de risques pour le patient je trouve ! » (MG13).

« A part ça c'est surtout un risque pour les patients de ne pas les voir pendant trois ans et de ne pas dépister une pathologie qui peut se développer pendant ce trop long laps de temps sans contrôle médical... » (MG15).

« Ça peut entraîner de gros risques, même pour les jeunes, car tu peux dépister des scoliozes, des malformations cardiaques, tu peux dépister un tas de choses ; alors que si tu le vois tous les trois ans... ma foi c'est long » (MG2).

« Comme je disais, c'est surtout dommage pour le patient. Pour les jeunes qui font du sport loisir, on ne va plus les voir, parce que déjà il n'y a plus de vaccination de 11 à 25 ans, il n'y a presque plus de certificats, donc les gens on ne les voit plus... tout ce qui peut être dépistage, cardiovasculaire ou autre, heu, les problèmes locomoteurs, etc. on ne les voit plus ! » (MG6).

« Et la question c'est passer à trois ans pourquoi ??? Parce que si c'est pour juste écouter le cœur et prendre la tension tous les trois ans comme certains le font... regarde le gamin de 11 ans tu le vois pour son vaccin et pour le certificat ; Et après tu ne le revois pas avant 14 ans du coup ; mais à cet âge là ça change beaucoup, il peut avoir pris 30 cm ! Son dos peut partir totalement en vrille, on les lâche complètement... ce n'est pas très cohérent pour les jeunes en période de croissance ! Y a des tranches d'âges où ça ne me paraît pas très cohérent quoi ; notamment l'adolescent entre 11 et 18 ans, il n'est pas totalement formé, il peut se passer pleins de choses en trois ans ; une consultation tous les trois ans, on peut passer à côté de beaucoup de choses... » (MG6).

« Sur un plan médical, je trouve que c'est une mauvaise chose, parce que en trois ans, sur une certaine tranche d'âge il peut se passer beaucoup de choses, notamment cardiovasculaires, donc à risque léthal. Donc je trouve que ce n'est pas une bonne chose » (MG8).

« Et il faut faire attention aussi au niveau des âges, car il y a des âges où cela devient dangereux d'attendre trois ans, et je pense en particulier ceux qui ont passé la cinquantaine avec tous les problèmes cardiovasculaires, cela mériterait une sacré nuance » (MG10).

Quelques médecins jugent même préférable d'en rester à une consultation annuelle systématique afin de maintenir un point de contrôle médical régulier, de prévention globale ; notamment pour les enfants, les compétiteurs, et les personnes de plus de 50 ans.

« Moi je pense qu'un an c'est un minimum ; l'idéal serait de rester sur un contrôle tous les ans. Mais personnellement je pense que c'est mieux de les voir tous les ans, ne serait-ce que pour les gamins, tu vérifies le poids, la taille, tu vois comment il évolue etc... Parce que à l'occasion d'un examen comme ça tu peux dépister autre chose, rien à voir parfois avec la médecine du sport ; c'est surtout un problème de santé publique, de prévention ! » (MG11).

« Ceux qui font des activités intenses et régulières, je pense que c'est utile de les voir tous les ans ! » (MG13).

« Donc je pense que c'est mieux quand même de faire un contrôle tous les ans » (MG14).

« Pour moi ceux qui font de la compétition il faudrait continuer à les voir tous les ans, qu'il y ai un contrôle médical annuel quand même. Et je pense que pour les enfants, trois ans c'est trop long aussi ; le corps change beaucoup, il faudrait rester sur une consultation annuelle pour les enfants » (MG15).

« Je trouve que la visite annuelle est un intervalle très correct, parfait à tout point de vue, pour le patient, pour l'engagement du médecin, pour sa responsabilité, pour le club qui va délivrer la licence. Je suis pour une consultation annuelle, obligatoire, indispensable, de façon à pouvoir déceler toute pathologie récente, débutante entre deux consultations. L'avantage du certificat médical annuel, c'est que ça oblige les familles qui ne viennent pas souvent consulté à venir voir le médecin. C'est important pour les enfants de vérifier notamment les vaccinations, les courbes staturo-pondérales, toute la petite bobologie qui peut apparaître entre temps, puis faire un examen ORL, vérifier les tympans, vérifier que l'enfant entend bien, si il n'a pas de problème de langage, si il doit voir un orthophoniste, si il a besoin de rééducation pour une scoliose... car y'a des scolioses qui apparaissent vers 9-10 ans, les parents ne s'en aperçoivent pas et lorsqu'on voit l'enfant à 13 ans, on est passé au stade chirurgical, alors qu'on aurait pu éviter ça auparavant. D'où l'intérêt, ne serait-ce que ça de faire un contrôle tous les ans. Tu vérifies aussi l'hygiène bucco-dentaire, enfin tu vois tous, moi quand je fais un examen, je le fais complet, je fais déshabiller le gamin de la tête au pied » (MG2).

« Pour moi c'est évident qu'il serait préférable d'en rester à une consultation systématique tous les ans » (MG7).

« Après, à partir de cinquante ans, pourquoi pas tous les ans... probablement qu'il faudrait adapter en fonction de l'âge et des autres problèmes de santé associés » (MG1).

« Je pense qu'on devrait dire qu'à partir de 50 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes on accentue la vigilance sur la rédaction du certificat et on le remet en cause tous les ans » (MG10).

Dans l'optique d'une visite triennale, certains médecins interrogés prévoient d'adapter quelque peu leur consultation, à savoir prendre un peu plus de temps dans la mesure du possible, renforcer le bilan cardiologique, et surtout réaliser une consultation uniquement consacrée à la délivrance du CACI.

« Je pense qu'il faut être beaucoup plus attentif si tu le vois qu'une fois tous les trois ans, ça c'est évident. Là il est certain qu'il faut qu'on voit la personne que pour ça, motif unique, pour qu'on ai le temps de parler, et d'examiner correctement, de voir si on a besoin de prescrire des examens complémentaires utiles ; et de savoir un peu le déroulé de ce qui s'est passé sur ces trois années, si on ne les a pas vus entre temps...mais au moins avoir uniquement ce motif de consultation, prendre le temps de relater les différents événements qui ont pu se passer pendant les trois années, et faire un bon examen comme d'habitude... » (MG13).

« Oui, enfin j'aimerais bien prendre plus de temps ; logiquement je prendrais plus de temps, enfin si j'ai le temps pour faire notamment un tracé ECG » (MG3).

« Pour la consultation tous les trois ans, si on le fait avec un ECG ou une épreuve d'effort et que c'est pris en charge par la fédération, c'est très bien ; il faudrait faire une vraie consultation dédiée au certificat avec des actes, des examens complémentaires, en collaboration avec un cardiologue. Par contre moi ce que je ferais, c'est qu'ils ne viendront que pour ça ; et on fera l'ECG ! Et plus ou moins le courrier pour le cardiologue. » (MG5).

« Au pire si tu les vois tous les trois tu leurs demande un examen plus complet et obligatoire à la limite, avec un électro systématique avec contrôle cardio. Je me demande s'il ne faudrait pas prévoir dans ce cas, si on reste à trois ans, de faire un bilan cardiovasculaire plus pointu et obligatoire » (MG11).

« Par contre ceux qui font de la compétition je les enverrai tous les trois ans faire une consultation cardiologique. Ce sera le seul changement parce que pour le moment je demandais un avis cardio tous les deux ans environ, pour les compétiteurs je parle. Donc là du coup ce sera tous les trois ans consulte cardio obligatoire pour avoir le certif » (MG15).

Mais pour une grande majorité d'entre eux, cet allongement de périodicité ne suscitera aucune modification dans le déroulé de leur consultation qu'ils qualifient déjà de systématique et complète.

« Bin non, je ne ferais pas une consultation moins bien ou mieux. Non non, on regarde tout, on en profite. Donc non ça ne changera pas ma pratique » (MG12).

« Non, non, disons que je pense ne pas avoir pour habitude de ne pas bâcler les consultations. Je vais de toute façon prendre le temps de faire mon examen habituel, je ferais le même travail » (MG14).

« Aucune, je ferais toujours une consultation pleine et entière » (MG2).

« Non je ne pense pas que ça va changer ma consultation. Vu que ce que je fais actuellement est assez exhaustif, je ne vois pas ce que je pourrais faire de plus, donc non ça ne changera pas » (MG8).

« Donc en théorie, pour moi ça ne va rien changer ! Dans mon attitude clinique, je resterais dans la même démarche médicale, oui. Parce que je considère que le voir tous les ans ou tous les trois ans, je serais aussi scrupuleux » (MG9).

« Non, je pense que ça ne va pas changer ma consultation. Non, parce que pour protéger le patient, on va demander une épreuve d'effort si il a plus de 35 ans ; celui qui a 50 ans et veut reprendre une activité on va aussi lui demander une épreuve d'effort, on ne va pas changer notre consultation, on va lui donner les mêmes conseils de vie, alimentaires, les échauffements, les entraînements, les étirements, etc... tous ce que je fais actuellement tous les ans, je ferais pareil tous les trois ans... par contre le patient les oubliera peut-être un peu plus, c'est probable » (MG7).

« Non je ne crois pas, honnêtement je ne vais pas changer grand-chose (rires), ce serait un vœu pieux mais je ne pense pas ; parce que en médecine générale on est de moins en moins et on est de plus en plus sollicité, donc on a de moins en moins de temps et ce n'est pas pour ce genre de consultation où l'on va faire du zèle... » (MG10).

« Non je ne pense pas. Je ferais les mêmes choses dans ma consultation... » (MG1).

7) Auto-questionnaire de santé

Sur l'ensemble des médecins généralistes interviewés par l'auteur, seulement deux étaient au courant de l'existence du Questionnaire canadien sur l'Aptitude à l'Activité Physique (Q-AAP - Annexe 2). Les 13 autres n'en ayant jamais entendu parler.

Sur le principe d'auto-évaluation par un questionnaire de santé, à remplir tous les ans pour renouveler sa licence dans l'intervalle de deux CACI, certains médecins ont une approche plutôt favorable, dans le sens où cela permet de sensibiliser en amont les patients qui désirent faire une activité sportive régulière. Ils se satisfont également d'une responsabilisation plus importante du patient dans la prise en charge de sa santé.

« Je pense que c'est bien. Ça permet de sensibiliser davantage une population qui fait du sport de façon régulière et qui peut souvent méconnaître certains signes d'alerte en particulier au niveau cardio ; Je pense que c'est bien de le faire, je pense qu'on a tout intérêt de façon global en médecine à tendre vers une responsabilisation des patients, vis-à-vis de leur mode de vie, vis-à-vis de leur hygiène de vie, vis-à-vis de leur façon de consommer les soins médicaux de façon globale, donc oui ! » (MG1).

« Ça permet de se responsabiliser d'un côté, de faire toucher du doigt qu'on peut faire du sport, mais qu'il y a toujours un risque dans certains cas à le faire, ils n'ont pas souvent cette notion de prise de risque quand on fait du sport, donc ça les sensibilise à ça. Et puis l'autoévaluation ça ouvre les yeux parfois sur un symptôme qu'il s'ont négligé, mais tout d'un coup ils le voient écrit et ça devient un symptôme, ça ne l'était pas dans leur esprit, mais le fait de le voir écrit, ils commencent à prendre conscience qu'il existe ; donc c'est pas mal ! » (MG10).

« Je trouve que ce n'est pas plus mal, ça rejoint un peu les questionnaires d'assurance, c'est bien ; ça va leur permettre de réfléchir, et d'être alerté peut-être sur des symptômes qu'ils avaient négligés, c'est bien je pense ce type de questionnaire. C'est un minimum dans le cadre de cette loi car si tu ne le vois pas pendant trois ans, c'est un minimum qu'il y ai au moins ce type de questionnaire dans l'intervalle. C'est pas mal. Ce n'est pas exhaustif évidemment...mais le principe est bien, ça leur permettra peut-être de consulter entre temps si ça les alerte sur quelque chose... » (MG11).

« C'est pas mal parce qu'ils se rendront compte que nous quand on les examine, on fait quelque chose, on ne fait pas semblant de les examiner pour leur donner le certificat. Ce n'est pas juste un papier à signer ! Je trouve ça plutôt bien car ça remet la responsabilité sur le patient et sur les parents pour leurs enfants, c'est normal, chacun est responsable de soi, non ?! » (MG12).

« Sur le principe c'est pas mal ; après c'est aussi normal de vouloir responsabiliser le patient, tu ne peux pas faire de l'assistantat tout le temps, tu ne peux pas assister tout le temps les gens, il faut qu'il se responsabilise par rapport à sa propre santé, ça je comprends aussi » (MG9).

D'autres proposent que ce questionnaire de santé soit rempli directement avec son médecin traitant en consultation, afin d'apporter les meilleures réponses possibles au questionnaire en lui-même et aux éventuels questionnements du patient sur le sujet.

« A la limite, il faudrait presque que ce soit mis en place par le médecin traitant qui délivre les certificats, pour qu'on donne un peu plus de valeur au papier. Parce que, je ne sais pas, mais le licencié qui va recevoir son papier (l'auto-questionnaire médical), si il n'y a pas le médecin traitant derrière... à la limite, vous le remplissez avec moi ; je pense que faire remplir le papier en présence du médecin traitant, je pense que ce serait une preuve, à l'occasion pas forcément d'une consultation pas forcément sportive, ce serait déjà une preuve d'implication de la personne concernée. Ça permettrait de dialoguer un peu avec son patient autour de la question du certificat, pourquoi pas au décours d'une consultation. Ce serait plus logique... » (MG13).

« Le questionnaire devrait être fait consciencieusement en consultation » (MG5).

« Je pense que l'auto-questionnaire seul, il dira toujours que tout va bien. Donc je ne suis pas sur qu'il y ai beaucoup d'intérêt. Seul face à son questionnaire, je ne pense pas que ce soit une bonne idée ! Pour moi, une population de sportif, il voudra coûte que coûte faire son sport, donc il cochera non à tous les items... c'est un peu ambigu ; alors qu'un questionnaire avec un médecin en face, ce n'est pas tout à fait pareil » (MG6).

Malgré tout, de nombreux médecins se montrent réticents sur l'autoévaluation des patients en termes de santé. Ils doutent de la capacité de certains patients à se responsabiliser et à répondre de manière honnête au questionnaire.

« Mais ça c'est le problème de l'honnêteté française... c'est malheureux mais en France on va se retrouver avec des gens qui vont répondre n'importe quoi... c'est comme quand ils vont voir le médecin du travail, ça dure cinq minutes, en général pour aller plus vite, ils disent que non tout va bien... c'est aberrant ça ! Le problème est de savoir si il s'auto évalue honnêtement quoi... c'est un problème d'honnêteté... je pense que pour des activités moins intenses, plus anodines, ils vont se soustraire à un éventuel certificat médical chez leur médecin...donc ils vont mettre « non » c'est évident... Au départ ça part de ce principe là de vouloir responsabiliser les gens, mais est-ce qu'en France les gens sont vraiment responsables ? Est-ce qu'ils se responsabilisent vraiment ? Pas vraiment, non... je pense qu'on passe à côté-là... j'y crois pas » (MG13).

« Donc si les personnes ne le remplissent pas honnêtement, bin il n'a pas d'intérêt c'est certain, mais c'est tant pis pour lui, il prend la responsabilité et il assume » (MG8).

« Si les gens jouent le jeu, pourquoi pas. Mais est-ce qu'ils répondent franchement ? Mais malheureusement, j'ai la mauvaise impression, que la société est de moins en moins responsable... j'espère me tromper...mais je n'en suis pas sur (rires) » (MG14).

« Et puis les gens peuvent mentir aussi dans le but d'avoir leur licence... » (MG15).

« Concernant la responsabilisation du patient, actuellement ça devient difficile, je ne crois pas que le patient devienne responsable, non. Au canada peut-être, je ne connais pas l'éthique de leur pays, mais ici en France je ne pense pas. Je crois qu'on est hors sujet, à coté de la plaque en France » (MG2).

« Sur le principe d'autoévaluation, c'est un peu naïf, car ils vont tous répondre « non ». Globalement, les gens veulent faire leur sport donc ils vont tous cocher « non » pour éviter une consultation... La responsabilisation du patient est illusoire. Disons qu'il y aura toujours des gens qui vont être honnêtes, mais la majorité des gens ne sont pas honnêtes et vont cocher « non », surtout en France, ou à Nice... (Rire) » (MG3).

Dans ce sens, d'autres mettent en avant la difficulté des patients, selon leurs profils psychologiques, à s'auto-évaluer dans le champ de la santé ; selon eux, nombreux sont les patients qui sous-estiment des symptômes et surestiment leurs capacités physiques.

« Est-ce qu'ils répondent sans erreur aussi ? Parce qu'il y a des gens qui peuvent se tromper, interpréter un symptôme pour un autre etc. C'est comme d'habitude, ça marchera pour ceux qui en sont capable » (MG14).

« Le problème c'est qu'il faut être un minimum cortiqué pour bien répondre à ce genre de questionnaire, même si pour nous les questions paraissent simple, ce n'est pas forcément le cas pour certains patients... » (MG15).

« Le patient peut être responsable, mais dans ses capacités ! Quand tu n'envisages pas un problème, il est difficile d'en prendre conscience. Là, il n'envisage pas le problème, il n'a pas la formation pour le voir ; donc c'est naïf en fait, c'est naïf, c'est une illusion » (MG4).

« Et donc selon le degré d'anxiété du sportif, tu le verras ou tu ne le verras pas. Parce que tu as des mecs qui minimisent tout, même des syndromes graves, certains qui font du sport ne sont pas à l'écoute de leurs corps et passent à côté de symptômes ; par contre celui qui est très hypochondriaque, il va cocher partout et il va venir te voir à la moindre occasion ; donc c'est à double tranchant ; le mec qui se néglige un peu, il passera à travers, alors qu'un examen systématique aurait permis de le dépister ; donc là on est en train de donner au patient en fonction de son ressenti.. Et c'est une porte ouverte à des accidents, c'est stupide ! Sur la question de la responsabilisation du patient, ça va dépendre de sa personnalité ; on voit tous les jours des hypochondriaques qui n'ont rien, et à côté tu as des mecs qui se négligent... » (MG7).

« Tout dépend de la capacité du patient à s'auto évaluer... on le voit dans notre pratique quotidienne, tu as des patients il faut les prendre par la main de A à Z, et d'autres où tu leur dit un tuc et on sait qu'ils vont gérer la problématique. Donc on va avoir la même problématique, ou le patient est capable d'avoir le recul nécessaire pour s'auto-évaluer, ou il ne l'est pas ; et le mec qui voudra avoir sa licence il cochera « non » partout, il sera assez intelligent pour faire ça... Même si il a un truc qui l'inquiète, s'il a sa compétition dans deux jours, il te met « non » le mec, et ça prolonge le certificat » (MG9).

8) Certificat scolaire supprimé

La suppression du certificat médical pour la pratique du sport scolaire a été accueillie positivement à la quasi-unanimité par les médecins interrogés. Cette mesure entre dans le cadre d'une simplification administrative, évitant la redondance de délivrance de certains CACI.

« Humm... (Rire) ; oui bien, c'est une bonne chose. A mon sens, ça ne servait à pas grand-chose dans la mesure où les enfants sont quand même très régulièrement suivis par les médecins traitants ou les pédiatres, donc ... » (MG1).

« Ça me paraît logique, à partir du moment où il y a déjà une pratique régulière sportive et qu'il y a un certificat médical par an, ça me va » (MG2).

« Je trouve que c'est une bonne chose, c'est bien qu'il l'ai supprimé » (MG3).

« Alors celui qui a déjà eu son certificat en privé, effectivement il n'a pas besoin à mon avis d'en faire un deuxième... c'est la lourdeur administrative dont je parlais avant, l'aberrance administrative ! » (MG10).

« Oui, c'est logique pour celui qui fait déjà du sport en club, il n'y a pas besoin d'un nouveau certificat pour l'UNSS » (MG12).

Toutefois, une partie des médecins soulèvent le problème des enfants pratiquant une activité physique et sportive uniquement dans un cadre scolaire comme l'UNSS. En effet pour ceux-ci, aucun certificat médical n'est désormais exigé. Les médecins dénoncent ce manquement et exigent la délivrance à minima d'un CACI à la pratique du sport.

« Je pense que ce n'est pas logique ; parce qu'il y a un vide là quelque part... il y a des jeunes qui vont passés au travers des mailles de la prévention, de la surveillance. Il faut qu'il y ai au moins un certificat de fait ! Pas la peine d'en faire un deuxième pour ceux qui pratiquent déjà en club, mais qu'il y en ai au moins pour ceux qui veulent juste pratiquer à l'UNSS, oui ! » (MG13).

« Bin, il faut qu'il y ai un certificat qui soit délivré pour la pratique du sport à l'UNSS, si il n'y en a pas déjà un de fait pour un club privé. Sinon c'est une médecine à deux vitesses ! Il faut au moins un certificat de fait » (MG14).

« C'est débile dans le sens où le jeune qui voudra faire du sport à l'UNSS et qui n'en fait pas en dehors en club, il n'a pas besoin de certificat ! Il faut qu'il y ai au moins un certificat de fait. Après celui qui a déjà son certif parce qu'il en fait aussi en club ok, mais sinon, c'est débile » (MG15).

« Parce que celui qui fait par exemple du foot en club, il a vu en début d'année son médecin qui lui a fait le certificat, et donc il peut faire du foot en scolaire y'a pas de problèmes ; mais celui qui ne fait pas de foot en club et qui veut en faire à l'UNSS ? Il n'est vu par personne, et là c'est grave » (MG7).

Ils justifient cette obligation de certificat par le fait qu'ils considèrent l'activité sportive scolaire, telle que pratiquée à l'UNSS, comme de la compétition, et donc d'un niveau équivalent à celui réalisé en club.

« Parce que l'UNSS c'est comme le sport en club, c'est de la compétition ! » (MG15).

« Ce qui me gêne c'est que le sport à l'école et l'UNSS c'est quand même bien différent, tu fais de la compétition, y a des championnats régionaux puis championnat de France, donc ça me parait une mauvaise idée pour l'UNSS. Celui qui fait du sport en club et qui veut en faire en UNSS, il peut très bien montrer son certificat pour le sport en club, mais pour celui qui ne fait que le sport en UNSS, je ne suis pas d'accord, c'est du sport de compétition en plus et il faut absolument qu'il y ai un certificat médical. Alors pour moi déjà, pour l'UNSS c'est obligatoirement un certificat médical comme n'importe quelle autre fédération » (MG8).

« Alors ça c'est un peu curieux, parce que autant le sport à l'école c'est plutôt tranquille, alors que quand je vois ce qu'on m'a demandé quand je faisais de l'UNSS... c'était super poussé, ce n'est pas le même niveau ; l'UNSS c'est de la compétition ! Moi j'avais fait les championnats de France de cross country. Pour moi, c'est aberrant car c'est comme si tu faisais du sport dans un club avec une licence... c'est le même niveau qu'en club ! » (MG9).

9) Modifications supplémentaires souhaitées

Première mesure qui ressort de cette question lors des entretiens : réaliser une consultation au motif unique de délivrance d'un CACI à la pratique du sport ! En effet, nombreux sont les médecins à exiger, au vu de la visite triennale qui est désormais la règle, que la consultation soit exclusivement dédiée au certificat. Ils estiment important de prendre le temps d'une consultation entière afin de recenser les différents événements de santé qui ont pu se dérouler depuis le dernier certificat délivré.

« Faire une consultation avec comme unique motif le certificat médical pour le sport » (MG10).

« Et il faudrait qu'on voit les patients au cours d'une consultation uniquement pour ce motif » (MG12).

« Là il est certain qu'il faut qu'on voit la personne que pour ça, motif unique, pour qu'on ai le temps de parler, et d'examiner correctement, de voir si on a besoin de prescrire des examens complémentaires utiles ; et de savoir un peu le déroulé de ce qui s'est passé sur ces trois années, si on ne les a pas vus entre temps » (MG13).

« Concernant le CACI, je pense aussi qu'il faudrait que ce soit le seul motif de la consultation » (MG15).

« Ce que je préconise c'est de faire une consultation juste pour le certificat, prendre le temps » (MG5).

Certains médecins sont également en demande d'un outil simple, clair, rapide, validé qui aiderait à réaliser un examen plus standardisé dans le but de délivrer un CACI.

« Il faudrait répandre des outils informatiques qui pourraient nous aider à ce niveau là pour être en tous cas plus performant dans le sport... Donc je pense qu'on a besoin d'outils toujours plus adaptés avec toujours une information très claire... Donc voilà, peut-être des outils plus accessibles » (MG4).

« Et à mon avis, il faudrait avoir un certificat peut-être un peu plus adapté, et en tout cas avec une procédure d'examen plus standardisé... Je pense que ça devrait être intéressant pour les médecins traitants d'avoir une espèce de grille, de trame, pour savoir quel type d'examens à faire avant la rédaction du certificat » (MG1).

« C'est vrai que si le certificat était bien codifié avec des protocoles à remplir rapidement, à cocher et non pas à écrire, parce qu'il nous manque c'est du temps dans notre profession, si on peut nous faciliter la tâche; et puis nous donner un protocole bien codifié, à suivre, à cocher, de sorte à ce qu'on ai à peu près une unité de travail... » (MG10).

« Ce serait bien d'avoir un questionnaire bien précis qu'on ferait, un truc bien codifié pour être sur de ne pas passer à côté de quelque chose, ce serait bien oui » (MG11).

Dans la continuité de cette idée d'un certificat mieux codifié avec un protocole validé, de nombreux médecins proposent de créer un acte spécifique pour la délivrance du CACI, notamment chez l'enfant sportif. Pour cela, ils recommandent une revalorisation de cet acte.

« Peut-être créer une consultation spécifique de l'enfant sportif, éventuellement tous les trois ans mais avec certaines obligations type ECG... un acte précis pour la consultation de l'enfant sportif avec un ECG ; et éventuellement revalorisé l'acte car ça prendrait plus de temps » (MG3).

« Il faudrait faire une vraie consultation dédiée au certificat avec des actes, des examens complémentaires, en collaboration avec un cardiologue ; et surtout que ce soit une consultation spécifique cotée » (MG5).

« Et du coup si c'est plus long, plus important, comme pour les assurances, il te faut du temps pour bien remplir... donc je pense que ce n'est pas une mauvaise idée de revaloriser l'acte » (MG11).

« Et puis si ils veulent faire un super examen détaillé, ça va prendre du temps et ce sera plus 23 euros qui faudra là... donc je pense que l'un ne va pas sans l'autre, s'ils veulent qu'on prenne plus de temps, il faudra fatalement revoir la codification » (MG14).

« *Imagine tu fais cet examen spécifique, ce travail complémentaire qui te prends du temps et tu es payé 23 euros ta consultation, tu vois ce que je veux dire... il faut souligner l'effort, en sachant qu'on est déjà une profession surmenée, avec les visites à domicile... Quand il y a plus de matériels et de diagnostics à base de matériels, je pense qu'il faudrait effectivement, soit le faire mais avec une codification et une tarification adaptée, soit le laisser aux spécialistes* » (MG4).

« *... que les consultations de délivrance d'un certificat pour le sport soient mieux rémunérées, à condition de faire un examen complet du sportif ; un examen du sport devrait être fait sérieusement, et rémunérer en conséquence !* » (MG7).

« *Je pense qu'il faudrait distinguer la consultation pour délivrance d'un certificat pour le sport, par rapport à une consultation lambda ; c'est-à-dire que tu ne peux pas mettre un C à 23 avec un truc plus codifié avec des examens plus approfondis, dans ce cas là c'est sur que ça remet en cause la nomenclature pour la consultation de médecine du sport. Il faut que ce soit revalorisé !* » (MG9).

D'autres émettent l'idée d'une classification des différents sports selon leurs risques pour la santé, notamment cardiovasculaires, afin de réaliser un examen le plus adapté possible au patient et à sa pratique sportive. Cette catégorisation, réalisée par exemple par les fédérations, permettrait d'obtenir une conduite à tenir officiel pour chaque sport et ainsi faciliter le travail du médecin qui délivre le CACI.

« *Il faudrait que ce soit beaucoup plus officialisé et avec un cahier des charges pour chaque sport ; parce que je pense que tous les sports n'ont pas la même exigence, et qu'en fonction de l'âge, du sexe, et du niveau d'entraînement, on n'a pas le même examen. Un gamin de trois ans qui va faire du ski en classe baby, ce n'est pas le même examen que l'ado de 17 ans qui va faire du hand à haut niveau (rires) ! Donc ce qu'il serait bien c'est que les clubs, les fédérations nous donnent un cahier des charges* » (MG10).

« *Je pense qu'il faudrait faire un cahier des charges selon le sport, l'âge et les antécédents du patient ; comme ça ton examen est orienté selon le sport concerné et ses risques, et au moins il a un sens ton examen* » (MG3).

« *Après on a qu'à étiqueté certains sports, avec certains types de postes, comme le rugby, et certaines contre-indications et restrictions correspondantes. Par exemple, catégorie 1 avec golf, marche, vélo, puis type 2 avec des sports un peu plus durs, etc... on le fait bien pour la réhabilitation cardiaque à l'effort ; on a qu'à faire la même chose pour les certificats ; globalement ils sont regroupés en 4 groupes ; avec un groupe 1 où c'est très facile, un groupe 2 avec le foot, où c'est un peu plus compliqué, groupe 3 triathlon et groupe 4 les sports extrêmes... c'est un exemple. Et comme ça on ferait des certifs valides jusqu'au groupe 3, etc... Donc oui faire un certificat avec un protocole bien codifié, catégorisé par groupes sportifs en fonction de l'intensité du sport* » (MG6).

La question du bilan cardiologique renforcé est souvent revenue lors des entretiens. En effet, ils sont plusieurs à estimer que, dans le cadre d'une visite triennale, un électrocardiogramme devrait se faire de manière plus systématique ainsi qu'une épreuve d'effort selon l'âge du patient.

« Je pense que si on fait le certif tous les trois ans, il faut absolument faire un ECG, et après j'estime qu'à partir de 50 ans tout le monde devrait avoir une épreuve d'effort... même si ça ne prédit pas tout, ça allège un certain nombre de choses » (MG6).

«...faire un ECG tous les trois ans, et une épreuve d'effort à partir d'un certain âge » (MG5).

« Je pense qu'il faudrait faire l'électrocardiogramme à chaque renouvellement de certificat, pour les histoires de morts subites, d'arythmies ; ça serait sérieux de le faire ! Moi je demande une épreuve d'effort dès qu'ils ont plus de 35 ans et tous les deux ans. Pour la reprise d'activités à 50 ans, je demande une épreuve d'effort d'entrée. Ça c'est obligé. Après pour l'ECG, je leur demande si ils en ont fait un récemment quand ils ont moins de 35 ans ; mais sinon dès que j'ai le moindre doute, je demande une épreuve d'effort, notamment si il y a des antécédents cardios, si j'ai à faire à un tabagique, si il y a des facteurs de risques cardio-vasculaires. Je préfère me protéger, et surtout protéger le patient » (MG7).

« Après le truc qui serait meilleur, dans les cabinets ce serait bien d'avoir un ECG et de faire un ECG pour certains profils de patients ; et le fait d'être équipé d'un ECG au cabinet, ça évite la problématique de chaque fois savoir si je dois l'envoyer chez le cardio faire l'ECG ou pas, par exemple.» (MG9).

D'autres médecins émettent le souhait de mieux communiquer sur l'intérêt de ce certificat, d'avoir une campagne d'information nationale auprès du grand public, et également de mettre en avant qu'il s'agit d'un acte de prévention, théoriquement non pris en charge par l'assurance maladie.

« Et que ça passe dans les mentalités que c'est un acte non remboursé, non pris en charge par l'assurance maladie ; trop peu de gens le savent... » (MG15).

« Il serait utile je pense de rappeler que c'est une consultation non remboursée, non prise en charge pas la sécu ! » (MG5).

« Pour moi, de tout temps, le certificat médical pour la pratique sportive n'a pas été compté comme un acte de prévention, ni de traitement médical, donc le remboursement n'était pas à faire ; donc il fallait expliquer aux gens qu'ils allaient payer 23 euros la consultation sans être remboursés, et cela n'a absolument pas été accepté par les gens... » (MG8).

« Et j'aimerais bien que les gens soient un peu plus informés sur le pourquoi du comment du CACI, en quoi ils s'engagent en faisant du sport et comment ils sont couverts ! Et qu'ils sachent précisément en quoi consiste l'activité qu'ils pratiquent. Et je pense qu'il serait utile de faire une sorte de campagne d'information sur le bien fondé de ce CACI pour le grand public. Parce que lorsque je leur en parle, ils sont très loin de tous ça, ils veulent juste le certificat pour aller faire leur sport. Tout le reste ils s'en foutent... » (MG14).

10) Rôle du MG dans l'élaboration du protocole référencé évoqué par le SNMS-S

Ce chapitre concerne une des dernières questions du guide d'entretien où il était demandé aux médecins si, en tant que médecin généraliste, ils estimaient ou non devoir jouer un rôle dans l'élaboration du protocole référencé d'examen clinique et paraclinique détaillé en cours d'élaboration par le SNMS-S.

Une majorité ont répondu par l'affirmative, se sentant légitimement « experts » en la matière, de par leur pratique quasi quotidienne. En effet la plupart des CACI sont délivrés par le médecin généraliste.

« Oui, les gens viennent nous voir nous en général, pas les médecins du sport, donc oui » (MG12).

« Oui, on peut apporter notre expérience sur la pratique » (MG13).

« Oui, puisqu'on en voit quand même pas mal des certificats... (Rires) » (MG14).

« Qu'on y contribue nous, oui ! Depuis le temps que l'on fait des certificats pour le sport, ce serait dommage qu'on ai pas notre mot à dire quand même ! » (MG9).

Second argument rapporté : le fait d'avoir une meilleure connaissance du patient, de ses antécédents personnels et familiaux, de son cadre de vie... tous ces renseignements qui font du médecin généraliste, le médecin de famille.

« ...quelque part, le médecin généraliste, c'est le médecin de famille ; donc on connaît quand même mieux les patients que les médecins du sport, je pense... » (MG13).

« L'avantage que l'on a, surtout chez l'enfant, c'est la connaissance du sujet, de la personne, ses antécédents médicaux ; l'avantage aussi c'est que si l'enfant est en confiance tu l'examines bien, s'il est moins en confiance, tu auras beaucoup plus de difficultés à tirer quelque chose de précis de ton examen » (MG10).

« Oui, leur apporter les antécédents du patient, les antécédents familiaux, tout ce qui correspond au passé, au vécu du patient, et ça se sont des infos que le médecin du sport qui va le voir tous les trois ans n'a pas ; et le patient ne va pas penser forcément à lui dire, à mon avis » (MG7).

« Rôle à jouer à partir du moment où tu es sollicité, oui. Dans la mesure où en plus tu connais ton patient et c'est quelqu'un que tu suis, c'est un intérêt majeur, parce que tu connais déjà ses antécédents, son contexte de vie, donc tu seras un peu plus vigilant qu'un médecin qu'il ne le connaît pas » (MG8).

Troisième et dernier argument en faveur du rôle du médecin généraliste dans l'élaboration du protocole : aider à faire un outil adapté et réalisable en consultation de médecine générale.

« Si ce qu'on peut apporter c'est de savoir si c'est réalisable ou pas par nous et en cabinet de médecine générale » (MG15).

« Parce que pour le médecin généraliste, c'est intéressant qu'ils tiennent compte quand même de l'avis des médecins traitants pour avoir un outil pratique, pas trop lourd à utiliser. Il ne faut pas non plus qu'on se retrouve avec un outil lourd ; donc oui il a un rôle à jouer » (MG1).

« On peut apporter dans l'élaboration d'un examen systématique, appareil par appareil, les endroits où il faut vraiment insisté par rapport au profil de patient, voir ce qui ressort le plus comme pathologie selon la tranche d'âge du patient, selon la santé publique, les pathologies auxquelles on est le plus confronté » (MG9).

Toutefois certains médecins pensent que le médecin du sport est plus compétent en la matière pour produire un outil précis, notamment sur le plan technique.

« Non, franchement non, je laisse ça aux spécialistes qui sont à même de savoir quels items il faut bien spécifier par rapport à un examen classique, non je pense que c'est bien que ce soit les spécialistes qui le fassent, que ce soit plus condensé, plus concentré et plus utile surtout ; plus précis sur le sport en général. Ce serait bien d'être guidé sur l'examen indispensable à faire » (MG11).

« Non, pas forcément, je ne vois pas ce qu'on peut leur apporter pour élaborer ce protocole d'examen » (MG15).

« Non, pas spécialement ; ils sont tout à fait compétent pour ça » (MG5).

« Concernant la place du médecin généraliste dans l'élaboration de ce protocole, je pense qu'on va plutôt dire au spécialiste : moi je suis médecin généraliste, j'ai ça, ça, ça à voir, en gros tu as ça de temps ; sois le plus efficace, trouve-moi l'examen clinique qui sera le plus informatif. Je pense que nous on ne connaît pas suffisamment la spécialité, en tout cas les non-médecins du sport » (MG4).

« Après c'est vrai que sur le point technique, c'est plus les médecins du sport qui vont apporter des précisions, il faut rendre à César ce qui appartient à César » (MG10).

Ces derniers laissent donc le soin au médecin du sport, technicien, de réaliser ce protocole ; se gardant le rôle de l'appliquer ensuite lors des consultations de délivrance du CACI à la pratique du sport.

« Dans l'état actuelle des choses il faut reconnaître notre place, et laissé au spécialiste la tâche de créer un outil dans sa spécialité et qui soit adapté à notre pratique, et nous un l'applique » (MG4).

« Donc je serais plus pour que les médecins du sport nous fassent un protocole détaillé adapté au sport et nous on l'applique ensuite » (MG15).

La seconde partie de la question était de savoir si les médecins interrogés étaient prêts à s'investir dans l'élaboration de ce protocole aux côtés des médecins du sport et dans quelle mesure.

Plus de la moitié (8/15) d'entre eux se déclare intéressés pour prendre part à ce projet, et se disent prêts à s'investir dans l'élaboration.

« Oui je serais éventuellement prêt à m'investir dans ce projet » (MG7).

« Oui je serais prête à m'investir dans ce protocole en tant que médecin généraliste » (MG8).

« Oui je serais prêt à m'impliquer dans l'élaboration de ce protocole, même si c'est un peu tard peut-être (rires)... » (MG10).

« Oui pourquoi pas, je pourrais m'impliquer dans l'élaboration de ce protocole, si l'on peut apporter quelque chose de constructif, de positif, oui pourquoi pas...Pour une fois qu'on pourrait être concernés (rires), si on fait appel à nous, c'est bien ! » (MG13).

Mais certains évoquent l'impossibilité de dégager du temps libre, disponible, sur leur pratique actuelle afin de participer à ce travail.

« Après ça m'ennuierait de devoir participer à l'élaboration de ce protocole, en plus des horaires de fous qu'on a déjà... mais je trouve que c'est la moindre des choses, au moins de nous tenir au courant, quand même... et de prendre en compte nos difficultés » (MG12).

« Oui, sur le principe je serais prêt à m'investir dans l'élaboration de ce référentiel, après c'est toujours un problème de temps, mais sur le principe oui... » (MG9).

« Oui et non pour m'impliquer dans l'élaboration de ce protocole. Oui parce qu'il y a des tas de choses qui m'intéressent de faire et non parce qu'on a plus de temps. Il y a des tas de choses que j'aimerais faire mais je n'ai pas le temps. Ils ne se rendent pas compte de leurs demandes croissantes pour le médecin généraliste... » (MG14).

11) Commentaires annexes

Dans cette dernière partie d'entretien, l'auteur a laissé libre court aux différents commentaires autour du thème du CACI.

Deux médecins interrogés pensent que la formation initiale, en matière de médecine du sport, de ses risques et de sa prévention, est insuffisante.

« Du point de vue de la formation des médecins, je pense que sur la prévention on n'est pas assez formés ; sur la médecine du sport spécifiquement, ça relève davantage d'une démarche personnelle et volontaire. Moi je n'ai pas eu le souvenir dans ma formation d'avoir été formé spécifiquement sur le sport et sa pathologie, à mon époque il n'y avait pas ça » (MG1).

« Je pense que le médecin généraliste n'est pas suffisamment formée en tout cas initialement pour cela. C'est au cours de ta pratique que tu vas regarder sur le site des fédés ce qu'il faut rechercher de manière spécifique lors de ta consulte pour tel ou tel sport » (MG15).

Deux d'entre eux également évoquent le fait que le CACI à la pratique sportive ne constitue pas une priorité en matière de politique de santé. A leurs yeux, d'autres sujets s'avèrent plus importants actuellement.

« (Soupir...) Un, je ne pense pas que ce soit la priorité des problèmes de santé publique » (MG1).

« Je ne suis pas sûr que ce soit la chose la plus importante à modifier dans la pratique médicale actuelle (rires), et qu'il y aurait pleins d'autres choses ou il faudrait se pencher. Ce n'est pas un sujet prioritaire selon moi » (MG8).

Quatre médecins interrogés mettent en avant leur doute et leur scepticisme sur la mise en place de cette nouvelle loi. Selon eux, une majorité de patients vont revenir chaque année pour demander un nouveau certificat, à la demande même de leurs fédérations ou clubs.

«...à part que je suis un peu sceptique sur la mise en place de cette loi, car je pense qu'on va les voir débarqué en septembre, je n'ai pas l'impression que les parents soient vraiment au courant, et puis les fédérations ont déjà envoyé les paperasses à remplir, à tamponner etc... on verra en septembre pour juger... (Rires) » (MG11).

« Forcément s'il n'y a pas l'adhésion d'une majorité et si tu ne prends pas avis auprès des gens qui font ça toute la journée, et bin ça ne peut pas marcher à la sortie...je suis sceptique sur le devenir de cette loi, j'ai hâte de voir comment elle sera appliquée. A mon avis on va tous les voir débarquer en septembre pour refaire un certificat... » (MG14).

« Je ne suis pas sur que cette loi soit valable, je ne sais pas comment ça va se répercuter... Je suis persuadé que les fédérations vont demander un nouveau certificat en septembre, tu verras » (MG6).

« Mais je pense que cette loi sera un bordel monstrueux ; chacun fera comme il le veut. Il y en a qui viendront tous les ans et d'autres tous les trois ans... Pour l'instant, c'est la première année, donc à pas vu, on va voir au mois de septembre, tu peux être sur que tous les gens vont revenir avec leur demande de certificat. Je suis sur que toutes les fédérations et toutes les salles de sport notamment n'en ont rien à foutre et vont redemander un certificat en septembre » (MG5).

Trois médecins interviewés par l'auteur dénoncent le caractère purement économique et populiste de cette simplification législative, occultant le sujet du coût de la santé en France.

« Le seul bénéfice c'est la sécu qui se dit on va économiser deux consultations ; mais à faire des économies de bout de chandelles, on expose les gens... c'est débile ! On est vraiment dans des démarches économiques et financières qui sont loin de la santé de chacun d'entre nous. C'est débile ! » (MG7).

« Je pense que la conclusion, c'est un objectif économique, c'est économique leur truc là, c'est populiste pour faire plaisir aux gens, c'est tellement plus simple de dire que cette consultation tu n'en as plus besoin... ça leur coûte rien, et au contraire ça leur fait faire peut-être quelques économies, je ne sais pas ce que ça représente mais... c'est l'occasion de gratter un peu à droite à gauche... » (MG11).

« Dans le fond on survole le problème, qui est à mon sens essentiellement pécuniaire; si il n'y avait pas 23 euros à déboursé, non remboursé, il n'y aurait aucun problème. En France on a un gros problème de sensibilisation sur le coût de la santé. Au lieu de faire des mesures pour sensibiliser sur le fait que se soigner à un coût, on préfère trouver des solutions pour faire autrement, on se voile perpétuellement la face au lieu de taper dans le problème et le mettre sur le tapis... la directive c'est toujours économie économie... il y a une hypocrisie terrible entre les gens, les politiques, la sécu et nous... je pense qu'il y a un gros travail à faire là dessus, mais bon ce n'est pas populaire ! » (MG8).

Un certain mécontentement, envers les instances dirigeantes du pays en matière de santé, ressort du discours des médecins interrogés. En effet, un tiers d'entre eux sont désabusés face à l'action des différentes instances politiques et décisionnelles. Ils leurs reprochent notamment un manque de compétence en matière de santé, et surtout un manque de communication et d'échange avec les professionnels de santé. Ils aimeraient également être d'avantage impliqués dans les décisions prises en matière de santé en France.

« Donc tu vois, ce qui me gêne dans tout ça, c'est ce manque d'informations, c'est une décision qui a été prise dans d'autres sphères, sans que les praticiens soient concernés quoi... Ils nous envoient le texte, de but en blanc quoi... C'est un peu navrant car on est quand même impliqués dans la rédaction du certificat, enfin je ne sais pas, c'est quand même un peu inadmissible ça... La rédaction nous incombe, mais heu... les décisions sont prises en haut, donc... » (MG13).

« C'est bien regrettable qu'on ne prenne pas le pouls de la profession, du professionnel, pour ne serait-ce que s'informer ! Dans d'autres domaines je ne sais pas comment ils font pour prendre des décisions sans en informer ceux sur qui cela va s'appliquer... » (MG14).

« Ils font ce qu'ils veulent ! Et le fait qu'on ne demande pas l'avis des professionnels de santé ne m'étonne pas, de toute façon qu'importe ce que vont dire les gens... ce sont de faux prétextes ; en fait ils ont décidé une chose et après ils font semblant de demander l'avis aux français, c'est juste histoire de dire qu'on va demander l'avis aux gens, mais je n'y crois pas à cela » (MG3).

« Ça faut vraiment être politique pour sortir des absurdités comme ça... Donc ça c'est encore une connerie de plus de politiques ! Ce sont des gens qui gèrent la santé, et qui ne comprennent rien à l'être humain j'ai l'impression, où à la responsabilité que peut avoir un médecin sur la santé de ses patients... c'est stupide comme idée, et ça a fait travaillé dix mille personnes, qui nous ont coûté très cher, et qui n'y connaissent rien au problème. C'est une réforme de plus, de la paperasserie de plus, qui à mon avis va accoucher d'une souris... (Rire désabusé) » (MG7).

« Nous ce qui nous intéresse c'est aussi d'avoir un retour sur ce qui va être mis en place, qu'on soit bien prévenus par les autorités, être informé en amont du protocole qui va sortir, avant que ce soit officialisé, parce qu'on est quand même en première ligne, on est les premiers concernés il me semble et c'es normal qu'on ai un retour, c'est du domaine de l'information ; il faut nous impliquer, nous médecins généralistes ; et malheureusement ce n'est pas du tout le cas actuellement et ce sur plusieurs sujets... » (MG9).

« Et dernière chose ce serait bien qu'ils communiquent sur ce qu'ils font, qui nous tiennent un peu plus au courant de ce qu'ils font et surtout qu'ils nous consultent en amont et en aval pour valider leurs projets ! » (MG15).

ANALYSE DES RESULTATS

1) Opinions générales sur le CACI

Une grande majorité des médecins interrogés par l'auteur jugent le CACI à la pratique du sport utile voire indispensable. C'est surtout l'occasion pour eux, au cours de cette consultation médicale, de faire de la médecine préventive, de distiller des conseils sur la pratique sportive en fonction du profil du patient, et de pouvoir dépister d'éventuelles contre-indications médicales.

La consultation médicale en vue de délivrer un CACI constitue un véritable point de contrôle sur l'état de santé du patient. Pour la majorité des patients qui n'ont pas de suivi régulier ou qui ne consultent qu'une seule fois par an pour la délivrance du certificat médical, les médecins interviewés estiment cette consultation capitale. Ils insistent sur le fait que le CACI est une opportunité de voir au cabinet des personnes en relative bonne santé qui ne consultent pas par ailleurs, comme la catégorie des 18-35 ans.

Les médecins généralistes mettent en avant le caractère légal de cet acte médical, qui engage la responsabilité à la fois professionnelle, civile et pénale du prescripteur. Malheureusement, selon eux, la plupart des patients négligent voire ignorent cette responsabilité médicale, entraînant une dévalorisation complète de cet acte à part entière. Ils dénoncent le fait que pour de trop nombreux patients, le CACI soit perçu comme une simple formalité administrative.

Parmi les commentaires recueillis en fin d'entretien, certains médecins ont émis le souhait qu'une campagne d'information nationale soit réalisée auprès des patients afin de les sensibiliser sur l'importance de cette consultation médicale et sur son caractère médico-légal.

Malgré cela, certains médecins interrogés jugent le CACI peu pertinent en termes d'examen clinique et para-clinique réalisés habituellement au cabinet. Ils souhaiteraient une exploration plus approfondie, notamment cardiovasculaire, et adaptée en fonction de l'activité physique exercée et du profil médical du patient. Ils estiment également que l'examen clinique réalisé en vue de la délivrance du CACI à la pratique du sport chez un patient régulièrement et bien suivi tout au long de l'année par son médecin généraliste, s'avère désuet.

Enfin, l'ensemble du panel interrogé émet des réserves quant à l'intérêt de délivrer des certificats médicaux pour certains sports-loisirs comme le yoga ou la pétanque. Ils ont vu ces dernières années une explosion du nombre de demandes de certificats pour des disciplines qui interpellent leur conscience professionnelle.

2) Information relative à la simplification du CACI

Concernant cette information, on ne peut que constater le résultat d'un manque de communication évident envers les professionnels de santé que sont les médecins généralistes.

En effet, à peine la moitié des médecins interrogés étaient au courant de l'allongement de la périodicité du renouvellement du CACI. Un tiers reconnaissait avoir entendu parler de la nouvelle loi de simplification du CACI sans en énumérer spontanément une seule mesure. Et enfin vingt pourcents ont admis n'être pas du tout au courant de cette modification législative.

La plupart des médecins généralistes déplorent un déficit d'échanges et de considération des autorités de santé à leurs égards. Ils qualifient de mauvaise et insuffisante la qualité de l'information transmise par les autorités de tutelle aux professionnels du soin primaire qu'ils représentent. Pour preuve, l'ensemble des médecins au courant de la simplification du CACI ont été informés par les différents médias existants (radio, télévision, internet, presse écrite).

Ils aimeraient bénéficier d'une information officielle, précise et adressée spécifiquement aux professionnels de santé, concernant notamment les principales alertes et événements de santé en France ainsi que les différents projets de loi à l'étude.

3) Démarche citoyenne

Dans la continuité du paragraphe précédent, la quasi-totalité des médecins interviewés dénoncent l'absence de concertation des médecins généralistes dans l'élaboration de la nouvelle loi. En tant que spécialistes et experts dans le domaine du CACI, ils s'estiment injustement mis à l'écart du projet de loi.

Malgré le fait qu'ils saluent, dans l'ensemble, le principe de concertation citoyenne, ils jugent les français illégitimes pour influencer sur les orientations à mener en matière de politique de santé en France.

Certains vont même plus loin en qualifiant cette attitude d'irresponsable de la part des autorités de santé et clairement populiste de la part du gouvernement.

4) Visite triennale

L'allongement de la périodicité entre deux renouvellements de CACI à la pratique sportive a été accueilli de manière positive par certains médecins dans deux situations bien précises.

D'une part cela devrait permettre de soulager les cabinets de médecine générale à certaines périodes de l'année, surchargées en demandes de certificats médicaux.

D'autre part, la visite triennale semble satisfaisante pour les patients sains, plutôt jeunes, non porteurs de maladies chroniques et qui pratiquent une activité physique non intense, de type sport-loisir. Ces médecins ajoutent que pour le patient suivi régulièrement au cabinet par son médecin traitant plusieurs fois par an, cette modification de périodicité s'avère plutôt cohérente.

Mais pour la majorité des cas, la généralisation de la visite triennale en matière de CACI ne peut être la règle. En effet, nombreux sont les médecins interrogés à n'y voir que des risques pour le patient. Selon les antécédents, l'âge, le sport et le niveau d'intensité de la pratique sportive, le passage d'une visite annuelle à une visite triennale peut s'avérer dangereux.

Ils estiment que la période est trop longue entre deux renouvellements de CACI, période durant laquelle de nombreux événements peuvent survenir. En trois ans, l'état de santé du patient peut largement s'altérer, augmentant significativement le risque global d'accidents sportifs, notamment cardiovasculaires.

Globalement, les médecins généralistes de l'étude ont un avis défavorable sur cette mesure. Certains préfèrent même conserver une visite médicale annuelle de prévention globale, principalement pour les enfants et adolescents, les sportifs compétiteurs ainsi que les plus de 50 ans.

L'analyse des différents ressentis des médecins généralistes de l'étude montre que cette simplification, par allongement de la périodicité entre deux CACI, n'engendrera aucune modification dans le déroulé de leur consultation, qu'ils estiment déjà entière et systématique.

Seul changement évoqué par certains médecins, la réalisation d'examens paracliniques tels qu'un ECG tous les trois ans, avec plus ou moins, selon le profil du patient, une épreuve d'effort cardiovasculaire au décours d'une consultation cardiologique.

5) Auto-questionnaire de santé (Annexe 1)

Parmi les médecins interrogés sur ce principe d'autoévaluation, par l'intermédiaire d'un questionnaire de santé que le patient devra remplir chaque année entre deux renouvellements de CACI, une partie trouve cette démarche plutôt intéressante.

Cela devrait en effet permettre au patient, qui fait la démarche volontaire de débiter une activité sportive, de se sensibiliser sur les risques médicaux qu'elle pourrait engendrer.

Selon eux, ce procédé est en adéquation avec la volonté actuelle de responsabiliser d'avantage le patient dans la prise en charge de sa santé.

Afin que ce questionnaire soit le plus pertinent possible, certains médecins ont proposé de le remplir au cours d'une consultation chez son médecin traitant.

Toutefois, une majorité de médecins émettent un sérieux doute sur la capacité de certains patients, selon leur profil psychologique, à s'auto-évaluer en terme de santé.

Ils craignent notamment qu'une partie de la population concernée banalise certains symptômes et surestiment leurs capacités physiques.

Certains prévoient même des réponses malhonnêtes dans le but de renouveler son certificat médical, shuntant ainsi une consultation chez son médecin généraliste.

6) Certificat scolaire supprimé

Dans l'optique d'une simplification administrative portée par cette nouvelle loi, les médecins ont émis un avis positif unanime sur la suppression du certificat médical pour la pratique du sport organisé par les différentes fédérations scolaires, telle que l'UNSS. Ils jugeaient inutile et redondant de réaliser deux certificats médicaux pour une même discipline sportive réalisée en milieu scolaire et en club.

Par contre, une partie d'entre eux évoquent le problème où l'enfant ne pratique pas d'activités sportives en club, et qui se retrouve désormais apte au sport scolaire (type UNSS) sans avoir bénéficié d'une consultation médicale préalable.

Dans ce cas, ils sont tous d'accord pour exiger au minimum un certificat médical valable pour une activité sportive, quelle soit exercée en milieu scolaire ou non.

De nombreux médecins mettent en avant que l'activité sportive réalisée en milieu scolaire telle que l'UNSS, est considérée comme de la compétition et non du loisir, telle que l'éducation physique et sportive pendant les heures de cours habituels.

7) Modifications supplémentaires souhaitées

Dans ce paragraphe, l'auteur a laissé libre court aux médecins interrogés en recueillant leurs propositions de mesures supplémentaires souhaitables en matière de CACI.

Tout d'abord, ce qui ressort de cette question, est la volonté de dédier une consultation pleine et entière au renouvellement de CACI à la pratique sportive. En effet, dans l'optique de la visite triennale qui est désormais la règle depuis septembre 2016, la plupart des médecins exigent un motif unique de consultation pour délivrer le certificat.

Le délai étant allongé à trois ans, ils jugent indispensable de prendre le temps d'une consultation exclusive pour faire le point sur les trois années écoulées.

De plus, quelques médecins font part d'un besoin de standardisation de la consultation de délivrance d'un CACI, à l'aide d'un outil simple à utiliser, non chronophage, et validé en amont par les professionnels de santé (médecins du sport, cardiologues, médecins généralistes). Dans un souci de clarté, ils aimeraient bénéficier d'une sorte de fiche d'examen médical type, comme celle proposée par la Société Française de Médecine du Sport il y a quelques années (Annexe 4). Cette dernière étant jugée trop exhaustive par les médecins interrogés et non adaptée à une consultation de médecine générale, notamment en terme de temps.

Certains proposent même de créer un véritable acte médical spécifique pour la délivrance du CACI à la pratique sportive, en particulier chez l'enfant sportif. Une revalorisation de l'acte avec une cotation spécifique s'impose selon eux.

Autre mesure suggérée lors des entretiens, l'idée de classer les différents sports existants en fonction de leur risque potentiel sur la santé du patient, principalement cardiovasculaire. Cette classification pourrait s'inspirer de celle de Mitchell (Annexe 5) aux Etats-Unis qui classe les sports selon leurs composantes dynamique et statique. Le patient sera alors déclaré apte à la pratique d'un groupe de sports adaptés à son profil cardiovasculaire et ses antécédents médicaux. Cette catégorisation sportive permettrait d'une part au patient d'être en adéquation avec sa pratique sportive, et d'autre part de donner aux médecins généralistes un peu plus de sens à leur examen clinique.

Toujours dans le cadre d'une visite médicale désormais triennale, nombreux sont les médecins interrogés à vouloir renforcer les examens para-cliniques cardiologiques. Ils estiment qu'un électrocardiogramme de manière quasi-systématique, avec plus ou moins une épreuve d'effort selon l'âge du patient, devraient être réalisés dorénavant tous les trois ans.

Enfin, sur un plan moins technique, d'autres médecins souhaitent que les pouvoirs publics concernés lance une campagne nationale d'information sur le bien fondé et l'intérêt du CACI. Ils demandent le soutien des autorités de santé afin de sensibiliser les patients sur l'importance d'une consultation médicale en vue de délivrer un CACI à la pratique sportive. Ils veulent que la population prenne conscience des missions de prévention, d'information, d'éducation et de dépistage de contre-indications que revêt ce certificat.

8) Rôle du MG dans l'élaboration du protocole référencé évoqué par le SNMS-S

Dans un premier temps, une majorité des médecins interviewés par l'auteur ont estimés qu'ils avaient en effet un rôle à jouer dans l'élaboration de ce protocole.

Rédigés en quasi-totalité par les médecins généralistes, les CACI à la pratique du sport font de ces derniers des spécialistes en la matière. Forts de ce statut, ils se sentent donc légitimement concernés par ce projet.

Le rôle central du médecin généraliste, dans le système de soin français actuel, leur apporte une meilleure connaissance du patient, de son environnement, et de ses problèmes de santé. Ces informations sont, selon eux, indispensables pour réaliser une consultation médicale de qualité en vue de délivrer un CACI.

Ils considèrent également que leur expérience professionnelle est utile pour fabriquer un outil simple, clair et adapté à leur pratique du quotidien.

Cependant, une poignée d'entre eux préfèrent laisser aux médecins du sport le soin de rédiger ce protocole référencé d'examen détaillé, les jugeant plus qualifiés sur le plan technique. Ils se gardent le droit par la suite de l'appliquer lors des consultations de délivrance du CACI.

Dans un second temps, l'auteur a voulu savoir si les médecins interrogés dans cette étude étaient prêts à collaborer avec les médecins du sport dans l'élaboration du protocole.

Environ 50% d'entre eux ont émis le souhait de s'investir dans ce projet, sur la base d'arguments cités un peu plus haut. Mais une partie de ces médecins mettent en avant un manque de temps libre dans leurs agendas respectifs, saturés de consultations et surtout de charges administratives croissantes ces derniers temps.

9) Critiques générales et réserves sur la mise en place de la loi

Ce qui ressort principalement des divers commentaires recueillis en fin d'entretien, est surtout le scepticisme collectif sur la mise en place de la nouvelle législation.

En effet, plus d'un quart des médecins interrogés sont dubitatifs quant à l'application pratique de ces modifications en matière de CACI. Ils craignent que, pour se couvrir, les clubs de sport affiliés aux différentes fédérations demandent à nouveau à leurs licenciés un certificat médical annuel, et donc n'appliqueraient pas la loi.

De plus, ils émettent des réserves sur la réalisation de l'auto-questionnaire de santé qui doit être rempli entre chaque renouvellement de CACI par le patient lui-même. Ils redoutent que ce questionnaire soit rempli de manière aléatoire et induise une augmentation du nombre d'accidents sportifs.

Enfin, une réelle exaspération vis-à-vis des autorités de tutelle et des pouvoirs publics, se dégagent des propos d'un tiers des médecins interviewés. Ils critiquent fortement les différents dirigeants en charge de la santé en France, les qualifiant même d'incompétents et d'irresponsables en matière de santé publique.

Ils souhaitent que les professionnels de santé soient davantage concertés et écoutés dans l'élaboration des différents projets, et surtout impliqués dans les décisions politiques en matière de santé.

Pour cela, une amélioration considérable de la communication entre autorités et professionnels de santé se révèle indispensable et capitale.

DISCUSSION

1) Forces de l'étude

a. Le sujet :

L'étude réalisée porte sur un sujet spécifique à l'exercice du médecin généraliste. En effet, la majorité des CACI à la pratique du sport sont délivrés par les médecins généralistes, constituant un motif fréquent de consultation (3).

Malgré cela, les médecins généralistes n'ont pas été consultés lors de l'élaboration du projet de modification législative. Ce travail permet donc de leur donner la parole sur ce sujet concret et d'en recueillir leur ressenti.

b. L'originalité :

L'originalité de cette étude en fait la principale force.

La recherche bibliographique réalisée en novembre 2016 n'a permis de retrouver aucune étude traitant le sujet de la réforme du CACI à la pratique sportive depuis son entrée en vigueur du premier septembre 2016.

Seulement deux thèses, une soutenue en mars 2015 par K. Bennia (34) et une soutenue en avril 2016 par N. Bonnet (35) traitent ce sujet mais en amont de la parution du décret officiel du 24 août 2016.

Il s'agit donc de la seule étude au moment de la rédaction, qui a pour objectif de recueillir le ressenti des médecins généralistes des Alpes-Maritimes depuis la mise en place officielle de la simplification du CACI.

c. L'échantillon :

La stratégie d'échantillonnage réalisée par l'auteur a permis d'obtenir une grande diversité de réponses lors des entretiens individuels.

Bien que n'étant pas une obligation dans les études qualitatives, l'échantillon peut être considéré comme représentatif si l'on en juge les caractéristiques sociodémographiques décrites dans l'Atlas de la Démographie Médicale en Provence Alpes Côtes d'Azur 2016 (36).

En effet, l'âge moyen des médecins généralistes est de 52,6 ans contre 49,2 ans dans notre étude ; 39% des médecins généralistes exercent seul en région PACA en 2016, contre 38,46% dans notre étude ; inversement, 60% exercent en cabinet de groupe contre 61,54% dans notre étude.

Parmi les médecins généralistes remplaçants en PACA en 2016, 47% sont des femmes, contre 50% dans notre étude.

Plus précisément, l'âge moyen des médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes en 2013 était de 53 ans (37).

d. La méthode :

L'auteur a choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés par l'intermédiaire d'un canevas d'entretien qui reprend la liste des thèmes à aborder.

Cette méthode de recherche qualitative a facilité le recueil des différents avis, ressentis et représentations personnelles en matière de CACI.

Les entretiens individuels ont été préférés à des entretiens de groupe (focus group), de manière à favoriser l'expression libre des différentes opinions, évitant le jugement d'autres participants et l'influence de participant dominant.

La saturation des données a été obtenue malgré la taille réduite de l'échantillon.

Les objectifs de l'étude ont ainsi pu être atteints.

2) Limites de l'étude

Bien qu'ayant la volonté d'être la plus rigoureuse possible, cette étude révèle quelques biais, susceptibles d'influencer les données recueillies et leur analyse (30).

a. Biais internes :

Ce travail de recherche étant la première expérience de l'auteur, son inexpérience constitue un biais interne significatif. En effet, la conduite d'entretiens individuels semi-directifs exige une maîtrise de l'exercice également acquise avec l'expérience.

b. Biais externes :

Pour favoriser la réalisation des entretiens, et en accord avec les médecins interrogés, les entretiens ont eu lieu au sein de leur cabinets médicaux respectifs, et à leur domicile personnel pour les médecins remplaçants.

A noter que seulement quatre entretiens ont pu être réalisés lors d'un jour de repos du médecin ; les 11 autres ont eu lieu pendant leur temps de travail, hors période de consultations bien entendu.

Cependant, ce choix n'a pas empêché quelques appels téléphoniques importuns, perturbant parfois le développement d'une idée et le recueil d'un ressenti.

Bien que l'auteur ai communiqué en amont la durée prévisible des entretiens (entre 30 et 35 minutes), l'insuffisance de temps disponible a quelquefois engendré des réponses précipitées.

Pour les quelques entretiens réalisés en fin de journée, la charge de travail accomplie et la fatigue accumulée ont pu également influencer certaines réponses.

Dans le même registre, les médecins ont pu être préoccupés au cours des entretiens par les différents dossiers en cours et les diverses consultations ou visites à domicile à venir.

c. Biais d'investigation :

Ce biais intervient au cours du recueil des données, lorsque l'auteur interroge les différents médecins d'une manière qui peut influencer leur discours.

En effet, l'auteur connaissait préalablement l'ensemble des médecins interrogés et exerçait la même profession. Dans un sens, ceci a pu faciliter l'échange, le dialogue entre les deux intervenants. A contrario, cela a pu parfois susciter une certaine retenue de la part des participants par peur de voir leurs propos évalués ou jugés par l'investigateur.

Les questions de relance préparées par l'auteur tout au long de l'entretien ont permis d'accompagner les propos de l'interviewé, et de le pousser, dans la mesure du possible, à approfondir sa pensée. Fabriquées de la manière la plus objective et neutre possible, elles constituent toutefois un biais de suggestion évident, induisant à minima les réponses du participant.

d. Biais d'interprétation :

L'analyse des résultats a été effectuée uniquement par l'auteur, constituant inévitablement un biais d'interprétation. Un double codage associé à une triangulation des données auraient permis de limiter ce biais et renforcer ainsi la validité des résultats de cette étude.

Il convient de rappeler que la simplification du CACI a été intégrée dans la dernière loi de modernisation du système de santé qui a suscité de nombreuses réactions dans le paysage médical français en 2016. De plus, d'anciennes décisions politiques ont été mal vécues par les médecins interrogés.

Dans ce contexte, un sentiment de frilosité, voire de rejet face à certaines décisions en matière de politique de santé a pu ternir la simplification du CACI, constituant un biais d'interprétation potentiel.

De plus, il faut préciser que l'étude porte uniquement sur un échantillon local de médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes. Comme pour toute étude qualitative, l'interprétation des résultats se limite donc à la population étudiée et la généralisation des résultats se doit d'être prudente.

3) Confrontation des résultats à la littérature

Comme exprimé plus haut dans la discussion, seulement deux études publiées respectivement en 2015 (K. Bennia (34)) et en 2016 (N. Bonnet (35)) traitent du projet de loi de simplification du CACI porté par Mme Fourneyron, ex-ministre des Sports et de la Jeunesse.

Même si nos méthodes diffèrent quelque peu, tous les deux ont interrogés des médecins généralistes sur le thème du CACI, récoltant ainsi leurs avis sur cette consultation et leurs attentes quant à la réforme proposée par Mme Fourneyron.

Lors de sa recherche bibliographique, l'auteur a trouvé d'autres travaux préexistants qui ont mis en lumière les évolutions souhaités en matière de CACI par les médecins généralistes.

Il paraît donc intéressant de confronter les résultats de ces études respectives.

a. Opinion globale sur le CACI :

La majorité des médecins interrogés jugent donc ce CACI utile et indispensable en cela qu'il permet de garder le contact médical avec certains patients qui ne consultent pas par ailleurs. Ces résultats sont soutenus par Venturi (12), pour qui cette consultation constitue un acte important de médecine préventive, particulièrement chez une population qui ne consulte pas régulièrement. Cet intérêt certain pour le CACI est retrouvé aussi chez les médecins interviewés par Bonnet (35), tout comme 85% des participants de l'étude de Jacquey (38).

L'étude a montré que les médecins ressentent une véritable dévalorisation de cet acte médical de la part des patients. Selon eux, les patients banalisent cette consultation, la considérant même comme une simple formalité administrative. Ce résultat est confirmé par Bonnet (35) ainsi que par 95% des médecins interrogés par Bennia (34).

Pour remédier à cette difficulté, les médecins souhaitent que les pouvoirs publics organisent une grande campagne d'information nationale sur l'intérêt du CACI. Cette idée, de lancer une campagne d'information du grand public afin d'attirer l'attention sur la dimension préventive de cet acte, ressort de la thèse de Bonnet (35).

Cette sensibilisation pourrait par exemple être incluse dans le grand programme de promotion de la santé à travers le Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive (39).

De manière similaire au Canada, la Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice a publié à destination du grand public des directives en matière d'activité physique et de lutte contre la sédentarité (40). Ces diverses recommandations vont dans le sens de promouvoir à travers le monde les bienfaits de l'activité physique sur la santé.

Toutefois certains médecins de l'étude remettent en cause la pertinence de l'examen clinique réalisé en vue de délivrer le CACI. Ils estiment que l'interrogatoire et l'examen physique faits au cabinet ne suffisent pas pour dépister le plus grand nombre de contre-indications à la pratique sportive.

Pour cela, ils souhaitent bénéficier d'un outil validé par un consensus pluri-professionnel leur permettant de savoir quels examens paracliniques demandés en fonction du type de sport et du degré d'activité pratiqués, particulièrement dans le domaine cardiovasculaire.

On retrouve ce doute sur l'intérêt réel du CACI et parfois son manque de pertinence, notamment en terme de performance de dépistage et de santé publique, dans l'étude de Bonnet (35).

Enfin, l'étude a mis en évidence une certaine réticence des médecins devant l'accroissement important des demandes de CACI à la pratique sportive. Ces dernières années ils font face à un nombre grandissant de demandes en tout genres, notamment pour un ensemble de sports-loisirs et d'entretien comme le fitness, le yoga et la pétanque, pour lesquels ils remettent en cause le bien fondé du CACI.

On retrouve ce sentiment de sollicitations excessives en matière de CACI dans les études de Bennia (34) et de Bonnet (35).

65% des médecins interrogés par Bennia (34) vont même plus loin et désirent restreindre le CACI uniquement aux activités sportives à risque pour la santé du patient. Cette limitation d'obligation de CACI n'a pas été clairement exposée lors des entretiens, mais elle a été largement sous-entendue.

b. Information et méthode d'élaboration de la simplification :

L'étude a montré un manque de communication certain de la part des autorités de santé autour du projet de simplification du CACI.

Seulement la moitié du corpus était au courant du contenu de la simplification législative. L'autre moitié se divisant en deux groupes : ceux n'ayant jamais entendu parler de cette loi, et ceux qui avaient vaguement entendu qu'un hypothétique changement en matière de CACI devait avoir lieu.

Bien que réalisée un an plus tôt, l'étude de Bonnet (35) révélait déjà qu'une large majorité des médecins n'étaient pas au courant du projet de loi et encore moins de son contenu.

Une information claire, précise et spécifique aux professionnels de santé est largement attendue par l'ensemble du corpus médical. Ils souhaitent la mise en place par les pouvoirs publics d'un canal officiel relayant l'ensemble des informations relatives à la santé, utiles pour leur pratique professionnelle quotidienne.

Concernant la démarche citoyenne à l'origine de l'élaboration de cette loi, les médecins valident le principe de sollicitation populaire. Cependant, les médecins généralistes interrogés doutent de la représentativité de cet échantillon (seulement 2024 réponses pour 40 mesures concrètes). De plus, ils jugent incompétents les français qui ont répondu à cette consultation nationale.

Dans un même temps, ils manifestent à l'unanimité leur mécontentement face à l'absence de concertation des professionnels de santé, pourtant experts en la matière. Ils expriment leur exaspération face à la classe politique et déplorent une attitude démagogique des instances dirigeantes à travers cette méthode. L'ensemble de ces sentiments sont également évoqués dans la thèse de Bonnet (35).

c. Visite triennale :

L'étude révèle que l'allongement de périodicité entre deux renouvellements de CACI à la pratique du sport s'avère positif pour certains médecins, dans certaines conditions bien précises.

Effectivement, cette mesure devrait permettre de désengorger les cabinets à certaines périodes de l'année, riches en demande de certificats médicaux. De plus, les médecins sont en accord avec cette modification dans le cas où le patient est en relative bonne santé, régulièrement suivi par son médecin traitant, et pratiquant une activité sportive légère, de loisir ou d'entretien.

D'autres travaux, réalisés en amont du projet de loi de simplification, vont dans ce sens.

69% des participants à l'étude de Weiss (41) souhaitaient que les certificats ne soient plus délivrés de manière annuelle. Et 52% des médecins interrogés par Redon (42) étaient favorable au fait d'espacer les visites de non contre-indication à la pratique sportive.

Enfin, pour diminuer le nombre de demande de CACI, et décharger quelques peu les cabinets, une majorité des médecins interviewés par Bonnet (35) étaient déjà favorable à l'allongement de périodicité entre deux CACI.

Mais, l'étude a montré que la plupart des médecins généralistes étaient réfractaires à cette modification. Ils déplorent un laps de temps trop important entre deux contrôles médicaux, laissant la place à l'apparition d'événements susceptibles d'altérer l'état de santé du patient. Ils estiment qu'un risque accru d'accidents sportifs est à redouter en cas de visite triennale.

Ce risque majoré pour le patient est exprimé dans le travail de Bonnet (35) par plusieurs participants qui jugent l'intervalle trop grand entre deux CACI.

d. Auto-questionnaire de santé :

Largement inspiré du Q-AAP canadien (Annexe 2), cet auto-questionnaire de santé « QS-SPORT » (Annexe 1) est exigé pour le renouvellement d'une licence sportive. Ce dernier a fait l'objet d'un arrêté ministériel datant du 20 avril 2017 (24), publié au journal officiel du 4 mai 2017. Constitué de neuf questions simples, il permet au licencié de savoir s'il doit fournir un nouveau CACI pour renouveler sa licence.

Selon l'étude, une partie des médecins interrogés est favorable à la réalisation de cet auto-questionnaire par le patient, qui devrait permettre une sensibilisation sur les potentiels risques médicaux dus au sport. Ce procédé entre dans un projet de responsabilisation toujours plus grande du patient au sujet de sa santé, lui permettant d'être un véritable acteur de sa santé.

Auparavant, 76% des médecins faisant partis de l'étude de Bennia (34) souhaitaient déjà l'instauration d'un auto-questionnaire de santé.

La thèse de Bonnet (35) soutient ces résultats. Les médecins interrogés ont montré un réel intérêt pour ce questionnaire qui a pour objectif de pousser le patient à se responsabiliser, et un rôle de dépistage des sportifs à risque.

Toutefois, une majorité des médecins de l'étude doutent de la capacité des patients à s'auto-évaluer dans le domaine de la santé. Ils craignent notamment des erreurs dans la façon de répondre aux différentes questions du questionnaire, volontaires ou non.

Ces craintes sont confirmées par les travaux de Bonnet (35) et Bucchia (43), qui s'interrogent sur le degré d'honnêteté des patients qui répondront à ce questionnaire ainsi que leur compétence à s'estimer en bonne santé.

e. Suppression du certificat médical scolaire :

Concernant cette simplification, l'étude soulève un problème. Celui de l'élève qui ne pratique pas d'activités sportives en club et qui désire participer aux activités organisées par les fédérations sportives scolaires, telle que l'UNSS. Dans ce cas, et depuis le premier septembre 2016, aucun certificat médical n'est désormais exigé.

Les médecins interrogés insistent sur cette aberration d'absence de contrôle médical, sachant qu'ils considèrent le sport UNSS comme de la compétition.

Ils exigent d'ailleurs une modification du texte de loi, obligeant à minima la présentation d'un CACI valable pour l'activité choisie par l'élève, qu'elle soit pratiquée en club ou en milieu scolaire.

Aucune autre étude à ce jour n'a permis de mettre en lumière ce problème.

Inversement, lorsqu'un élève pratiquait déjà un sport en club et qu'il désirait le pratiquer en UNSS, la précédente réglementation stipulait qu'un second certificat médical était nécessaire.

Cette redondance de certificats est en partie à l'origine de la simplification qui conduit à la suppression pure et simple de l'obligation de présenter un certificat médical pour participer aux activités sportives des fédérations scolaires.

Dans ce cadre, la suppression du certificat fait consensus dans le corpus médical de l'étude, tout comme dans celle de Bonnet (35).

f. Modifications supplémentaires exprimées :

Premier axe de réflexion qui ressort de l'étude, c'est la volonté pour les médecins de réaliser une visite triennale à motif unique. Il est clair qu'il n'est plus envisageable de délivrer un CACI tous les trois ans au cours d'une consultation à multiples motifs. Cette hypothèse n'est évoquée dans aucune autre étude par ailleurs.

Second modification suggérée dans l'étude : les médecins éprouvent le besoin de standardiser davantage la consultation en vue de délivrer un CACI. Ils aimeraient bénéficier d'un outil validé par un consensus pluriprofessionnel, afin de les aiguiller dans le choix des examens à réaliser selon le sport et le niveau pratiqué. Ce désir de consultation-type, plus standardisée est corroboré par de nombreuses études antérieures (12, 34, 35).

Au début des années 2000, la Société Française de Médecine du Sport avait mis à disposition des médecins généralistes une fiche type d'examen médical destinée à guider le médecin dans la réalisation du CACI (Annexe 4).

Malheureusement ce guide d'examen est peu utilisé pour deux raisons principales : d'une part il est souvent méconnu. Trois médecins sur les 15 de l'étude le connaissaient, soit 20%, contre seulement 7% dans le travail de Redon (42). D'autre part, il s'est avéré trop détaillé et exhaustif, rendant sa pratique quotidienne en cabinet de médecine générale difficile.

C'est pourquoi les médecins de l'étude montrent un réel intérêt quant au protocole référencé d'examen clinique et paraclinique évoqué par le SNMS-S en septembre dernier (27). Ils souhaiteraient d'ailleurs être impliqués dans la réalisation de ce projet aux côtés des médecins du sport. A ce jour, aucune ébauche de ce protocole n'est parue, les laissant dans l'expectative.

Par delà nos frontières, au Luxembourg (44), la loi a statué en 2012 sur l'examen médico-sportif à effectuer pour chaque renouvellement de licence sportive.

Il s'agit d'un examen clinique et paraclinique très précis et systématique consistant en un interrogatoire avec recueil de l'anamnèse et des facteurs de risques, un examen clinique des principaux appareils, un examen morphologique avec prises de constantes telles que la pression artérielle, l'indice de masse corporelle entre autres, ainsi qu'une bandelette urinaire et un ECG au repos.

On peut donc légitimement regretter que cette modification législative n'ait pas du tout abordé l'aspect technique de la consultation médicale en vue de délivrer le CACI. Ce qui semble, au vu de l'étude, une préoccupation et une attente importante des médecins généralistes.

L'idée de créer un acte spécifique à la délivrance du CACI fait son chemin. L'étude montre qu'une partie des médecins interrogés plaide en faveur d'un nouvel acte revalorisé avec une cotation distincte. Le travail de Bonnet (35) confirme ce résultat, tout comme 69.1% des participants à l'étude de Bucchia (43).

Autre point important évoqué dans ce chapitre, l'idée de catégoriser les différents sports existants par niveau de risque potentiel pour la santé, particulièrement cardiovasculaire.

La classification de Mitchell existe déjà aux Etats-Unis, sur la base des composantes dynamique et statique de chaque sport (Annexe 5). Elle groupe les sports en fonction de la consommation maximale en oxygène (VO₂Max) et de la Force Maximale Volontaire, respectivement selon trois niveaux (faible, moyenne et forte).

Ce procédé de catégorisation permet d'adapter l'activité sportive en fonction du profil du patient, limitant ainsi le nombre d'accidents sportifs.

Dans son étude, Bonnet (35) aborde cette possibilité de catégories sportives, à travers la classification de Mitchell, dans le but de limiter le nombre de CACI aux sports à risque pour la santé.

Dans cette optique, la France pourrait éventuellement s'inspirer de ce qui se pratique à l'étranger, comme par exemple au Luxembourg (44).

La législation en vigueur depuis 2012 classe en trois catégories (A, B, C), les activités sportives selon le degré de nécessité de suivi médical.

La catégorie A comprend les activités qui nécessitent une surveillance périodique, c'est à dire à l'âge de 7, 12, 15, 18, 22, 26, 30, 35, 40, 45 et 50 ans. La catégorie B quant à elle, comprend les activités nécessitant une surveillance médicale unique. La catégorie C englobe les activités dont aucun examen médical n'est utile. Il apparaît évident que ce classement induisent un nombre limité de demande de certificats.

Dernier élément que révèle notre étude, concerne les modifications que va engendrer cette nouvelle législation sur la pratique quotidienne des médecins généralistes lorsqu'ils délivrent des CACI.

Autant ils ne prévoient aucun changement dans le déroulé et le contenu de leur consultation médicale qu'ils jugent déjà systématique ; autant ils souhaitent renforcer le bilan paraclinique cardiologique.

Effectivement, dans le cadre d'une visite triennale, ils jugent indispensable désormais de réaliser un électrocardiogramme systématique associé plus ou moins, selon les antécédents, l'âge du patient et la pratique sportive, à une épreuve d'effort chez le cardiologue.

Ces résultats corroborent avec le travail de Bonnet (35) qui recommande la réalisation d'un ECG minimum à l'âge adulte, et l'obligation d'une consultation cardiologique pour les plus de 40 ans et/ou présentant des comorbidités.

Les résultats de l'étude peuvent se superposer aux différentes recommandations des sociétés savantes que sont la Société Européenne de Cardiologie et la Société Française de Cardiologie.

La SEC a émis des recommandations en 2005 (45) quant à la réalisation d'ECG chez le patient sportif jeune. Ils recommandent un ECG au début de l'activité sportive en compétition entre 12 et 14 ans et répété tous les deux ans jusqu'à 35 ans.

Parallèlement, la SFC préconise, en 2009 (46), de pratiquer en plus de l'interrogatoire et de l'examen physique, un ECG de 12 dérivation chez le jeune sportif dès l'âge de 12 ans, puis tous les trois ans jusqu'à 20 ans, et enfin tous les cinq ans jusqu'à 35 ans.

De son côté, le Collège National des Généralistes Enseignants a publié en septembre 2012 (47) un communiqué qui conclut en l'impossibilité d'extrapoler le bénéfice éventuel du dépistage par ECG systématique des morts subites d'origine cardiaque au cours de l'activité sportive. Un faible niveau de preuve en termes de bénéfice individuel et un coût élevé font que le CNGE ne suive pas les recommandations de la SEC et de la SFC.

De manière plus pragmatique, au Luxembourg (44), il est recommandé de réaliser un ECG de repos à différents âges de la vie du sportif (15, 18 et 30 ans).

A l'image du Luxembourg et au vu des résultats de l'étude et du ressenti exprimé par les médecins généralistes, il serait temps que la France statue sur le contenu technique de la consultation du CACI.

L'étude montre que les médecins généralistes des Alpes-Maritimes ont un avis globalement défavorable à cette nouvelle loi en matière de CACI à la pratique sportive, confirmant l'hypothèse initiale de l'auteur.

CONCLUSION

Le Certificat médical attestant de l'Absence de Contre-Indication à la pratique sportive a connu l'an dernier une réforme législative dans le but de favoriser l'accès au sport pour tous (20).

Depuis le premier septembre 2016, pour renouveler sa licence sportive, un CACI est désormais exigé tous les trois ans (23). Dans l'intervalle, le sportif doit remplir un auto-questionnaire de santé qu'il adressera à la fédération concernée (Annexe 1). De plus, le certificat médical pour le sport scolaire est supprimé.

Cette simplification de renouvellement en matière de CACI fait partie du projet de loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (21).

Issue d'une concertation citoyenne nationale, l'élaboration de cette loi ne fait pas mention d'une consultation des professionnels de santé, pourtant directement concernés. En effet, le CACI est majoritairement rédigé et délivré par les médecins généralistes et constitue un motif quasi-quotidien de consultation.

Les objectifs de cette étude étaient d'une part de recueillir le ressenti des médecins généralistes des Alpes-Maritimes face à cette simplification législative, et d'autre part de savoir si ils sont intéressés pour participer à l'élaboration d'un protocole référencé d'examen clinique et paraclinique, tel qu'évoqué par le SNMS-S, ainsi que leur degré d'implication.

Pour cela, dans le cadre d'une étude qualitative, 15 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés.

Les résultats de l'étude montrent que les médecins généralistes sont globalement défavorables à cette modification, principalement sur l'allongement de périodicité entre deux renouvellements de CACI. En effet, la visite triennale constitue principalement une augmentation du risque d'accidents sportifs pour le patient.

Par ailleurs, cette mesure n'engendre aucune modification dans le déroulement de leur consultation qu'ils jugent déjà pleine et entière.

Toutefois, les médecins généralistes souhaitent renforcer le bilan paraclinique dans le domaine cardiovasculaire, en réalisant à chaque visite triennale un ECG systématique plus ou moins associé à une épreuve d'effort lors d'une consultation chez le cardiologue.

L'étude montre que le manque d'information et de communication de la part des pouvoirs publics concernant le projet de loi est considérable.

Dès à présent, un échange de qualité s'avère indispensable entre les professionnels de santé et les autorités de santé afin de permettre une meilleure adhésion aux projets futurs en matière de politique de santé en France.

Enfin, les résultats de l'étude sont en faveur d'un intérêt certain des médecins généralistes pour l'élaboration du protocole référencé évoqué par le SNMS-S.

Malgré la charge de travail importante et le manque de disponibilités, ils sont prêts à jouer un rôle central dans ce projet en tant que spécialiste en médecine générale.

Cependant, les différents entretiens n'ont pas permis d'observer de démarches volontaires dans ce sens.

Les médecins généralistes sont pour l'instant dans l'expectative concernant ce référentiel d'examen clinique et paraclinique abordé par le SNMS-S et espèrent qu'il répondra à leurs attentes.

Dans le cas contraire, il serait bon d'interpeler la Haute Autorité de Santé pour élaborer une conférence de consensus dans le domaine du CACI.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives [Internet]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=5C62E4BA1C00CB78E1CB2BE690F19425.tpdjo17v_1?cidTexte=JORFTEXT000000693187&dateTexte=19920715
2. Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, Panorama statistique PACA 2015 [Internet]. Disponible sur :
<http://fr.calameo.com/read/0023037027aa2a67f3abf>
3. Loiseau V. L'examen de non-contre-indication à la pratique sportive de l'enfant et de l'adolescent chez le généraliste : prévention et dépistage de pathologies [thèse d'exercice]. [France] : Université de Bretagne Occidentale, 2003.
4. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, Organisation Mondiale de la Santé, 2010. [Internet]. Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf
5. Paffenbarger RS Jr., Hyde RT, Wing AL, Lee IM, Jung DL, Kampert JB. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med.* 1993; 328:538-545.
6. Curfman GD. The health benefits of exercise. A critical reappraisal. *N Engl J Med.* 1993 Feb 25; 328(8):574-6.
7. Maron BJ, Zipes DP. Introduction: Eligibility Recommendations for Competitive Athletes With Cardiovascular Abnormalities – General Considerations. *J Am Coll Cardiol.* 2005; 45(8):1318-21.
8. Douard H, et al. Coronaropathies et activités sportives. Avis d'experts, août 2011 [Internet]. Disponible sur :
http://sfcadio.fr/sites/default/files/pdf/Avis_Experts_Coronaires_sport.pdf
9. Thompson PD, et al. Exercise and Acute Cardiovascular Events: Placing the Risks into Perspective. *Med Sci Sports Exerc.* 2007 May;39(5):886-97.
10. Marijon E, et al. Sports-related sudden death in the general population. *Circulation.* 2011 Aug 9; 124(6):672-81.

11. Perret S. Prévention et suivi thérapeutique de la mort subite du sportif [thèse d'exercice]. [France] : Université de Clermont-Ferrand, 2010.
12. 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]. [France] : Université Paris VI, 2004.
13. Code de la santé publique – Article R4127-76 ; 8 août 2004 [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FBFB0B54A943B47414A422D8E10D7BB8.tpdila14v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912948&dateTexte=20161210&categorieLien=id#LEGIARTI000006912948
14. Boissin, Rougemont. Les certificats médicaux – Règles générales d'établissement. Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre ; oct 2006 ; [Internet]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats.pdf>
15. Giorgio MT. Certificat médical de non contre-indication au sport et responsabilité ; 30 juillet 2010 [Internet]. Disponible sur : <http://droit-medical.com/perspectives/variations/787-responsabilite-certificat-medical-non-contre-indication-sport>
16. Le choc de simplification [Internet]. Disponible sur : <http://www.gouvernement.fr/action/le-choc-de-simplification>
17. Consultation nationale – quelles sont les démarches administratives qui vous irritent le plus ? Synthèse – 9 juillet 2014 – 15 septembre 2014 (Internet). Disponible sur : http://www.faire-simple.gouv.fr/sites/default/files/synthese-fairesimple-2014-1110_soir.pdf
18. Dossier de presse. Résultats de la consultation « Faire simple ». 40 propositions pour simplifier la vie des Français ; 5 novembre 2014 [Internet]. Disponible sur : http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2014/11/sgmap_dossier_presse_fairesimple.pdf
19. Faciliter la délivrance du certificat médical pour faire du sport y compris les mineurs [Internet]. Disponible sur : <http://simplification.modernisation.gouv.fr/mesures/particuliers/prendre-soin-de-sante/faciliter-la-delivrance-du-certificat-medical-pour-faire-du-sport-y-compris-pour-les-mineurs/>

20. Fourneyron V. La simplification du certificat médical : une mesure très attendue pour l'accès au sport pour tous ; 11 avril 2015 [Internet]. Disponible sur : <https://www.valerie-fourneyron.fr/actualites/la-simplification-du-certificat-medical-une-mesure-de-bon-sens-tres-attendue.html>
21. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
22. Pratique sportive : simplification du certificat ; 2 septembre 2016 [Internet]. Disponible sur : <http://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/a-la-une/article/Pratique-sportive-Simplification-du-certificat-medical-17589>
23. Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033067209&dateTexte=20161210>
24. Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive. Journal Officiel de la République Française ; 4 mai 2017. [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034567828
25. Décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016 modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/12/VJSV1628124D/jo>
26. Code de l'éducation – Article L552-1 ; version en vigueur au 28 janvier 2016 [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000006525158>
27. Syndicat National des Médecins du Sport – Santé. Certificat Médical d'Absence de Contre Indications (CACI au Sport et questionnaire de santé. Communiqué du 9 septembre 2016 [Internet]. Disponible sur : http://www.medecinsdusport.fr/cinesio/documents/SNMS_CommuniqueCACI_%20090916.pdf

28. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative ; *Kinesither Rev* 2015;15(157):50–54 [Internet]. Disponible sur :
<http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>
29. Aubin-Auger I, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ; 84:142-5. [Internet]. Disponible sur :
http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
30. Frappé P. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-seine, France ; GM Santé-CNGE ; 2011. 216p.
31. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. Mars 2013 [Internet]. Disponible sur :
<http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
32. Deslauriers J-P. Recherche qualitative : guide pratique. Montréal, Canada : Chenelière-McGraw-Hill ; 1991. 142p.
33. Ayache M. Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? *Le Libellio d'Aegis*, 2011, 7 (2 - Eté), pp.33-46. [Internet]. Disponible sur :
https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/657490/filename/Pages_33-46_-_Ayache_M._Dumez_H._-2011_-_Le_codage_dans_la_recherche_qualitative._-Libellio_vol.7_nA_2.pdf
34. Bennia K. La visite de non contre indication à la pratique d'un sport : ressenti des médecins généralistes et étude du projet de loi [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Caen ; 2015.
35. Bonnet N. Les modifications à apporter au certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive : les attentes des médecins généralistes et leur opinion sur la réforme adoptée. Etude qualitative par entretiens individuels, semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Strasbourg ; 2016.
36. Rault JF. Atlas de la démographie médicale en France : situation au premier janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet]. Disponible sur :
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

37. Rault JF, Lebreton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Provence Alpes Côte-d'Azur, situation en 2013. [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf
38. Jacquey A. La consultation de délivrance du certificat de non contre-indication à la pratique sportive en médecine générale chez les adultes : Enquête de pratique en Franche-Comté [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Franche-Comté. Faculté de Médecine et de Pharmacie ; 2014.
39. Retrouver sa liberté de mouvement - Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive – Jean François Toussaint – 2008 [Internet]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Retrouver_sa_liberte_de_mouvement.pdf
40. Directives canadiennes en matière d'activité physique et de comportement sédentaire – Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice – 2012 [Internet]. Disponible sur : http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_Guidelines_Handbook_fr.pdf
41. Weiss R. La visite médicale pour délivrer le certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive est-elle nécessaire en médecine générale ? [thèse d'exercice]. [France] : Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2014.
42. Redon C. Le médecin généraliste face au certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive : à propos d'une enquête pratique. [Thèse d'exercice]. [France] : Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine ; 2010.
43. Bucchia S. Visite de non contre-indication au sport et prévention primaire cardiovasculaire en médecine générale : quelle place pour l'ECG ? Enquête auprès de médecins en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France] : université de Rouen ; 2014.
44. Journal Officiel du Grand Duché de Luxembourg – Recueil de législation – Règlement grand-ducal du 8 février 2012 concernant le contrôle médico-sportif obligatoire des membres licenciés actifs des fédérations sportives agréées [Internet] ; 22 février 2012. Disponible sur : <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2012-31-fr-pdf.pdf>
45. Corrado D, Pelliccia A, Bjornstad HH, Vanhees L, Biffi A, Borjesson M, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2005; 26: p. 516-24.

46. Recommandations de la Société Française de Cardiologie sur le contenu du bilan cardiovasculaire de la visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition entre 12 et 35 ans- 2009 [Internet]. Disponible sur : http://sfcario.fr/sites/default/files/pdf/edito_ECG.pdf
47. Communiqué de presse du conseil scientifique du Collège National des Généralistes Enseignants – septembre 2012 [Internet]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/faut_il_faire_un_ecg_de_repos_lors_de_la_visite_de/

ANNEXES

Annexe 1 : Auto-questionnaire de santé QS-Sport

« Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour :		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

« Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

« Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

« Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

« Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. »

Annexe 2 : Questionnaire sur l'Aptitude à l'Activité Physique (Q-AAP)

Questionnaire sur l'aptitude
à l'activité physique - Q-AAP
(version révisée en 2002)

Q-AAP et VOUS

(Un questionnaire pour les gens de 15 à 69 ans)

L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable. D'ailleurs, de plus en plus de gens pratiquent une activité physique de façon régulière. Règle générale, augmenter la pratique sportive n'entraîne pas de risques de santé majeurs. Dans certains cas, il est cependant conseillé de passer un examen médical avant d'entreprendre un programme régulier d'activités physiques. Le Q-AAP (questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique) vise à mieux cerner les personnes pour qui un examen médical est recommandé.

Si vous prévoyez modifier vos habitudes de vie pour devenir un peu plus actif(ve), commencez par répondre aux 7 questions qui suivent. Si vous êtes âgé(e) de 15 à 69 ans, le Q-AAP vous indiquera si vous devez ou non consulter un médecin avant d'entreprendre votre nouveau programme d'activités. Si vous avez plus de 69 ans et ne participez pas d'une façon régulière à des activités physiques exigeantes, vous devriez consulter votre médecin avant d'entreprendre ces activités.

Lisez attentivement et répondez honnêtement à chacune des questions suivantes. Le simple bon sens sera votre meilleur guide pour répondre correctement à ces questions. Cochez OUI ou NON.

OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque <u>et</u> que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple, au dos, au genou ou à la hanche) qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, des diurétiques)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Connaissez-vous <u>une autre raison</u> pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique?

Si vous
avez
répondu

OUI à une ou plusieurs questions

Consultez votre médecin AVANT d'augmenter votre niveau de participation à une activité physique et AVANT de faire évaluer votre condition physique. Dites à votre médecin que vous avez complété le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique et expliquez-lui précisément à quelles questions vous avez répondu «OUI».

- Il se peut que vous n'ayez aucune contre-indication à l'activité physique dans la mesure où vous y allez lentement et progressivement. Par ailleurs, il est possible que vous ne puissiez faire que certains types d'efforts adaptés à votre état de santé. Indiquez à votre médecin le type d'activité physique que vous comptez faire et suivez ses recommandations.
- Informez-vous quant aux programmes d'activités spécialisés les mieux adaptés à vos besoins, offerts dans votre localité.

NON à toutes ces questions

Si, en toute honnêteté, vous avez répondu «NON» à toutes les questions du Q-AAP, vous êtes dans une certaine mesure, assuré(e) que:

- vous pouvez augmenter votre pratique régulière d'activités physiques en commençant lentement et en augmentant progressivement l'intensité des activités pratiquées. C'est le moyen le plus simple et le plus sécuritaire d'y arriver.
- vous pouvez faire évaluer votre condition physique. C'est le meilleur moyen de connaître votre niveau de condition physique de base afin de mieux planifier votre participation à un programme d'activités physiques.

REMETTRE À PLUS TARD L'AUGMENTATION DE VOTRE PARTICIPATION ACTIVE :

- si vous souffrez présentement de fièvre, d'une grippe ou d'une autre affection passagère, attendez d'être remis(e); ou
- si vous êtes enceinte ou croyez l'être, consultez votre médecin avant de modifier votre niveau de pratique sportive régulière.

Veillez noter que si votre état de santé se trouve modifié de sorte que vous deviez répondre «OUI» à l'une ou l'autre des questions précédentes, consultez un professionnel de la santé ou de la condition physique, afin de déterminer s'il vous faut modifier votre programme d'activités.

Formule de consentement du Q-AAP: La Société canadienne de physiologie de l'exercice, Santé Canada et ses représentants n'assument aucune responsabilité vis-à-vis des accidents qui pourraient survenir lors de l'activité physique. Si, après avoir complété le questionnaire ci-dessus, un doute persiste quant à votre aptitude à faire une activité physique, consultez votre médecin avant de vous y engager.

Toute modification est interdite. Nous vous encourageons à copier le Q-AAP dans sa totalité.

Dans la mesure où le Q-AAP est administré avant que la personne ne s'engage dans un programme d'activités ou qu'elle fasse évaluer sa condition physique, la section suivante constitue un document ayant une valeur légale et administrative.

«Je sous-signé(e) affirme avoir lu, compris et complété le questionnaire et avoir reçu une réponse satisfaisante à chacune de mes questions.»

NOM _____

SIGNATURE _____

DATE _____

SIGNATURE D'UN PARENT
ou TUTEUR (pour les mineurs) _____

TÉMOIN _____

N.B. – Cette autorisation de faire de l'activité physique est valide pour une période maximale de 12 mois à compter du moment où le questionnaire est rempli. Elle n'est plus valide si votre état de santé change de telle sorte que vous répondiez «OUI» à l'une des sept questions.



© Société canadienne de physiologie de l'exercice www.csep.ca/forms

Annexe 3 : Guide d'entretien

« Bonjour Docteur ..., merci de me recevoir dans votre cabinet et de me consacrer un peu de votre temps. Je m'appelle Vincent Ribere et je suis actuellement interne en médecine générale à la faculté de Nice. Dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale, je réalise une étude de type qualitative en effectuant des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés ou remplaçants dans les Alpes-Maritimes. Sur le thème de la simplification du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, ce travail a pour objectif principal de recueillir le ressenti des médecins face à cette modification législative. Au cours de cet entretien, je vous poserai une série de questions ouvertes sur ce thème. Avec votre accord, l'entretien sera enregistré par magnétophone afin de retranscrire de la manière la plus précise et authentique possible vos propos. L'entretien est bien sûr confidentiel et sa retranscription sera anonyme. »

1) Pour commencer, j'aimerais en savoir un petit peu plus sur vous :

- Sexe ?
- Quel âge avez-vous ?
- Médecin remplaçant ou installé ? Si installé, depuis combien de temps ?
- Exercice seul ou en cabinet de groupe ?
- Exercice rural ou urbain ?
- Etes-vous titulaire d'un diplôme de médecine du sport (DU, DIU, DESC, capacité) ?
- Avez-vous déjà encadré une manifestation sportive ? Une association sportive ?
- A titre personnel, pratiquez-vous régulièrement une ou plusieurs activités physiques et sportives ? si oui, la ou lesquelles ?

2) Pour entrer un peu plus dans le vif du sujet, j'aimerais maintenant que vous me racontiez la dernière consultation où vous avez délivré un CACI à la pratique du sport.

3) Que pensez-vous personnellement du CACI à la pratique sportive ? (que représente le CACI pour vous ?)

Dans le cadre du « choc de simplification » annoncé par le président de la République, en mars 2013, une grande consultation nationale sur « les démarches administratives qui irritent le plus les français » a été menée du neuf juillet au quinze septembre 2014 via le site internet « faire-simple.gouv.fr ». En réponse aux 2024 contributions sollicitées par les citoyens participatifs, le gouvernement a proposé quarante mesures concrètes pour simplifier la vie des français, dont une en particulier pour faciliter la délivrance du certificat médical pour la pratique du sport. A l'initiative de Madame Valérie Fourneyron, ancienne ministre des Sports, de la Jeunesse, la proposition de simplification du CACI à la pratique du sport a été intégrée dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé du vingt-six janvier 2016.

4) Etes-vous au courant de cette modification ? Si oui, par quel moyen en avez-vous pris connaissance et comment jugez-vous la communication des autorités de tutelle envers les professionnels de santé ?

5) Quel est votre sentiment quant à la méthode employée pour l'élaboration de cette modification législative (démarche citoyenne) ?

Depuis le premier septembre 2016, un décret fixe les nouvelles modalités de renouvellement d'une licence sportive. Un CACI à la pratique sportive est désormais exigé tous les trois ans pour le renouvellement de la licence sportive, et non plus tous les ans, sauf concernant les sports à risques particuliers.

6) Que pensez-vous de la modification de la périodicité entre chaque renouvellement de CACI, qui passe d'une visite annuelle à une visite triennale ?

7) Quel(s) modification(s) sur le déroulement de votre consultation engendre cette simplification ?

A partir du premier juillet 2017, dans l'intervalle entre deux CACI, le licencié devra remplir un auto-questionnaire de santé qui lui permettra de déceler d'éventuels symptômes et l'amener à consulter si besoin son médecin. Il attestera lui-même auprès de la fédération qu'il s'est livré à cette auto-évaluation au moment du renouvellement de sa licence. Ce dispositif est largement inspiré du Questionnaire sur l'Aptitude à l'Activité Physique (Q-AAP) utilisé au Canada.

8) Connaissez-vous ce Q-AAP canadien? Quelle est votre opinion sur ce principe d'auto-évaluation ?

Une autre simplification concerne le sport scolaire, organisé par les différentes fédérations scolaires telles que l'UNSS, l'UGSEL et l'USEP. Afin de favoriser l'accès au sport pour tous, l'obligation de produire un CACI à la pratique du sport pour les élèves participant aux associations sportives des établissements d'enseignement est supprimée depuis le premier septembre 2016.

9) Comment avez-vous accueilli cette suppression du CACI pour la pratique du sport scolaire volontaire?

10) Selon vous, quelles modifications supplémentaires seraient souhaitables en matière de CACI ? (quelles seraient vos suggestions pour améliorer le CACI ?)

Enfin, dans un communiqué du neuf septembre 2016, le Syndicat National des Médecins du Sport-Santé se dit favorable à cette réforme qui devrait valoriser l'examen médical triennal. Pour cela, il recommande la réalisation d'un acte médical d'expertise avec un protocole référencé d'examen clinique et paraclinique détaillé, actuellement en cours d'élaboration. Pour cet acte médical de prévention, le SNMS-Santé prévoit également de solliciter une codification spécifique professionnelle.

11) De par sa situation différente de celle du médecin du sport, pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans l'élaboration de ce référentiel ?

Si oui, pourquoi ? Seriez-vous prêt à vous investir dans l'élaboration de ce protocole référencé ?

Si non, pourquoi ?

Avez-vous d'autres choses ou commentaires à ajouter ?

Merci de votre participation.

Annexe 4 : 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 évènements 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 (<i>cœur irrégulier</i>)	Oui	Non
Fatigue ou essoufflement inhabituel	Oui	Non
<u>Avez-vous</u>		
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
: Lasèque 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 :

CERTIFICAT MÉDICAL DENONCONTREINDICATION 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 5 : Classification de Mitchell

Classification de Mitchell (conf Bethesda 2005)

	Dynamique	A	B	C
		Faible ($< 40\% \text{ VO}_2\text{max}$)	Moyenne ($40-70\% \text{ VO}_2\text{max}$)	Forte ($> 70\% \text{ VO}_2\text{max}$)
Statique				
I Faible ($< 20\% \text{ FMV}$)		Billard Bowling Cricket Curling Tir arme à feu Golf	Baseball, Volley-ball Escrime Tennis de table Tennis (double)	Football Hockey sur gazon Tennis (simple) Badminton Squash, Racket-ball Course à pied longue distance et orientation Marche athlétique Ski de fond (classique)
II Moyenne ($20-50\% \text{ FMV}$)		Tir à l'arc <i>Automobilisme</i> <i>Motocyclisme</i> Plongée sous-marine <i>Equitation</i> <i>Plongeon</i>	Sprint, <i>Sauts (athlétisme)</i> Patinage artistique Football américain, Rugby <i>Natation synchronisée</i> <i>Surf</i>	Basket-ball, Handball Hockey sur glace Ski de fond (skating) <i>Biathlon, Natation</i> Course à pied moyenne distance
III Forte ($> 50\% \text{ FMV}$)		Lancers, <i>Haltérophilie</i> Gymnastique <i>Luge, Bobsleigh</i> <i>Escalade</i> Voile, <i>Planche à voile</i> <i>Ski nautique</i> Arts martiaux et sports de combat	<i>Lutte</i> Body-building <i>Ski alpin</i> <i>Surf des neiges, Skateboard</i>	<i>Canoë-kayak</i> Aviron Boxe Décathlon <i>Cyclisme</i> <i>Triathlon</i> Patinage de vitesse

VO_2max = consommation maximale d'oxygène ; FMV : force maximale volontaire.

Les sports présentant un risque de syncope sont figurés en italique, ceux présentant un risque de choc en gras, ceux présentant un risque de syncope et de choc en italique et en gras.

La classification européenne (2) propose quelques différences pour les sports II C (rugby, football, tennis simple, hockey sur gazon) et les sports II A (sports de combat, gymnastique, voile).

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

Introduction : Dans le cadre du projet de loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016, et à l'issue d'une concertation nationale citoyenne, le certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive a été réformé. Les principaux changements concernent l'allongement de la périodicité de la visite médicale entre deux renouvellements, un auto-questionnaire de santé annuel, et la suppression de l'obligation du certificat médical pour le sport scolaire volontaire. Les médecins généralistes, experts en la matière, puisqu'ils délivrent la quasi-totalité des CACI, et qui engagent leur responsabilité professionnelle, n'ont pas été consultés. Ce manquement a motivé la réalisation de cette étude qui permet de recueillir leur avis sur cette simplification législative. De plus l'étude permet de connaître l'intérêt et le degré d'implication des médecins généralistes dans l'élaboration du protocole référencé d'examen clinique et paraclinique évoqué par le SNMS-S.

Matériel et méthode : Dans le cadre d'une étude de type qualitative, des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de 15 médecins généralistes des Alpes-Maritimes.

Résultats et discussion : Les médecins interrogés sont globalement réticents et défavorables à cette réforme du CACI. Principalement sur la visite triennale qui constitue un risque majoré de survenue d'accidents sportifs. L'auto-questionnaire de santé est en accord avec le désir de responsabiliser davantage le patient, mais le risque de réponses erronées volontaires ou non est réel. La suppression du certificat médical pour le sport scolaire est validée sous couvert d'un CACI valable pour l'activité en club. Il existe une information insuffisante de la part des autorités de santé envers les professionnels de santé. Une communication de qualité entre les différents protagonistes de la santé en France s'avère indispensable rapidement.

Conclusion : Cette étude a permis de donner la parole aux médecins généralistes et d'exprimer leurs ressentis sur la simplification du CACI. Ils montrent un réel intérêt pour le protocole d'examen clinique et paraclinique évoqué par le SNMS-S et sont prêts à s'impliquer, aux côtés des médecins du sport, dans la réalisation de ce référentiel.

Discipline : Médecine Générale

Mots clés : Certificat médical, absence de contre-indication, pratique sportive, médecin généraliste, ressenti, simplification législative.

Jury : Professeur HOFLIGER

Professeur GARDON

Professeur PAPA

Professeur QUATREHOMME