

Comment les médecins généralistes gèrent-ils les incertitudes liées à la délivrance des certificats d'absence de contre-indication (CACI) pour les sports sans contraintes particulières ? : étude qualitative par analyse thématique sur la base de 13 entretiens de médecins généraliste normands

Xavier Queruau Lamerie

▶ **To cite this version:**

Xavier Queruau Lamerie. Comment les médecins généralistes gèrent-ils les incertitudes liées à la délivrance des certificats d'absence de contre-indication (CACI) pour les sports sans contraintes particulières ? : étude qualitative par analyse thématique sur la base de 13 entretiens de médecins généraliste normands. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03130345

HAL Id: dumas-03130345

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03130345

Submitted on 3 Feb 2021

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 13 Mai 2020

par

Monsieur Xavier QUERUAU LAMERIE

Né le 08/08/1991 à Roubaix (59)

TITRE DE LA THÈSE :

Comment les médecins généralistes gèrent-ils les incertitudes liées à la délivrance des certificats d'absence de contre-indication (CACI) pour les sports sans contraintes particulières ? Etude qualitative par analyse thématique sur la base de 13 entretiens de médecins généraliste normands.

Président : Monsieur ou Madame le Professeur Le Coutour Xavier

Membres : Mr le Docteur SOULIE Benoit (directeur de thèse)

Mme le Docteur DE JAEGHER-NOEL Sophie

Mr le Docteur COUETTE Pierre-André

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2019/2020

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**AGOSTINI Denis**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**AIDE Nicolas**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**ALLOUCHE Stéphane**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**ALVES Arnaud**	Chirurgie digestive
M.	**AOUBA Achille**	Médecine interne
M.	**BABIN Emmanuel**	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**BÉNATEAU Hervé**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	**BENOIST Guillaume**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**BERGER Ludovic**	Chirurgie vasculaire
M.	**BERGOT Emmanuel**	Pneumologie
M.	**BIBEAU Frédéric**	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	**BRAZO Perrine**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BROUARD Jacques**	Pédiatrie
M.	**BUSTANY Pierre**	Pharmacologie
Mme	**CHAPON Françoise**	Histologie, Embryologie
Mme	**CLIN-GODARD Bénédicte**	Médecine et santé au travail
M.	**DAMAJ Ghandi Laurent**	Hématologie
M.	**DAO Manh Thông**	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	**DEFER Gilles**	Neurologie
M.	**DELAMILLIEURE Pascal**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DENISE Pierre**	Physiologie
Mme	**DOLLFUS Sonia**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DREYFUS Michel**	Gynécologie - Obstétrique

M.	**DU CHEYRON Damien**	Réanimation médicale
Mme	**ÉMERY Evelyne**	Neurochirurgie
M.	**ESMAIL-BEYGUI Farzin**	Cardiologie
Mme	**FAUVET Raffaèle**	Gynécologie – Obstétrique
M.	**FISCHER Marc-Olivier**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GÉRARD Jean-Louis**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GUILLOIS Bernard**	Pédiatrie
Mme	**GUITTET-BAUD Lydia**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**HABRAND Jean-Louis**	Cancérologie option Radiothérapie
M.	**HAMON Martial**	Cardiologie
Mme	**HAMON Michèle**	Radiologie et imagerie médicale
M.	**HANOUZ Jean-Luc**	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	**HULET Christophe**	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	**ICARD Philippe**	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	**JOIN-LAMBERT Olivier**	Bactériologie - Virologie
Mme	**JOLY-LOBBEDEZ Florence**	Cancérologie
M.	**JOUBERT Michael**	Endocrinologie
M.	**LAUNOY Guy**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LE HELLO Simon**	Bactériologie-Virologie
Mme	**LE MAUFF Brigitte**	Immunologie
M.	**LOBBEDEZ Thierry**	Néphrologie
M.	**LUBRANO Jean**	Chirurgie viscérale et digestive
M.	**MAHE Marc-André**	Cancérologie
M.	**MANRIQUE Alain**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**MARCÉLLI Christian**	Rhumatologie
M.	**MARTINAUD Olivier**	Neurologie
M.	**MAUREL Jean**	Chirurgie générale
M.	**MILLIEZ Paul**	Cardiologie
M.	**MOREAU Sylvain**	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**MOUTEL Grégoire**	Médecine légale et droit de la santé
M.	**NORMAND Hervé**	Physiologie
M.	**PARIENTI Jean-Jacques**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**PELAGE Jean-Pierre**	Radiologie et imagerie médicale
Mme	**PIQUET Marie-Astrid**	Nutrition
M.	**QUINTYN Jean-Claude**	Ophtalmologie
Mme	**RAT Anne-Christine**	Rhumatologie
M.	**RAVASSE Philippe**	Chirurgie infantile
M.	**REPESSE Yohann**	Hématologie
M.	**REZNIK Yves**	Endocrinologie
M.	**ROD Julien**	Chirurgie infantile
M.	**ROUPIE Eric**	Médecine d'urgence
Mme	**THARIAT Juliette**	Radiothérapie
M.	**TILLOU Xavier**	Urologie
M.	**TOUZÉ Emmanuel**	Neurologie

M.	**TROUSSARD Xavier**	Hématologie
Mme	**VABRET Astrid**	Bactériologie - Virologie
M.	**VERDON Renaud**	Maladies infectieuses
Mme	**VERNEUIL Laurence**	Dermatologie
M.	**VIVIEN Denis**	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	**DE LA SAYETTE Vincent**	Neurologie
Mme	**DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne**	Dermatologie
M.	**GUILLAUME Cyril**	Médecine palliative
M.	**LE BAS François**	Médecine Générale
M.	**SABATIER Rémi**	Cardiologie

PRCE

Mme	**LELEU Solveig**	Anglais

PROFESSEURS EMERITES

M.	**HURAULT de LIGNY Bruno**	Néphrologie
Mme	**KOTTLER Marie-Laure**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**LE COUTOUR Xavier**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LEPORRIER Michel**	Hématologie
M.	**VIADER Fausto**	Neurologie

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2019/2020

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**ALEXANDRE Joachim**	Pharmacologie clinique
Mme	**BENHAÏM Annie**	Biologie cellulaire
M.	**BESNARD Stéphane**	Physiologie
Mme	**BONHOMME Julie**	Parasitologie et mycologie
M.	**BOUVIER Nicolas**	Néphrologie
M.	**COULBAULT Laurent**	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	**CREVEUIL Christian**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**DE BOYSSON Hubert**	Médecine interne
Mme	**DINA Julia**	Bactériologie - Virologie
Mme	**DUPONT Claire**	Pédiatrie
M.	**ÉTARD Olivier**	Physiologie
M.	**GABEREL Thomas**	Neurochirurgie
M.	**GRUCHY Nicolas**	Génétique
M.	**GUÉNOLÉ Fabian**	Pédopsychiatrie
M.	**HITIER Martin**	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	**ISNARD Christophe**	Bactériologie Virologie
M.	**JUSTET Aurélien**	Pneumologie
Mme	**KRIEGER Sophie**	Pharmacie

M.	**LEGALLOIS Damien**	Cardiologie
Mme	**LELONG-BOULOUARD Véronique**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**LEVALLET Guénaëlle**	Cytologie et Histologie
M.	**MITTRE Hervé**	Biologie cellulaire
M.	**SESBOÜÉ Bruno**	Physiologie
M.	**TOUTIRAIS Olivier**	Immunologie
M.	**VEYSSIERE Alexis**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	**ABBATE-LERAY Pascale**	Médecine générale
M.	**COUETTE Pierre-André**	Médecine générale
Mme	**DE JAEGHER Sophie**	Médecine générale
M.	**PITHON Anni**	Médecine générale
M.	**SAINMONT Nicolas**	Médecine générale
Mme	**SCHONBRODT Laure**	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	**DEBRUYNE Danièle**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**DERLON-BOREL Annie**	Hématologie
Mme	**LEPORRIER Nathalie**	Génétique

REMERCIEMENTS

A mon Président de thèse,
Monsieur le Professeur Xavier Le Coutour
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse de médecine générale. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce sujet, ainsi que de votre engagement auprès des étudiants de médecine. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements et mon profond respect.

Aux membres de jury,

Madame le Docteur Sophie De Jaegher-Noel
Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements et mon profond respect.

Monsieur le Docteur Pierre-André Couette
Vous avez participé à ma formation pendant trois ans à la faculté de médecine de Caen. Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements et mon profond respect.

A mon directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Benoit Soulié
Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour tes conseils et ta disponibilité tout au long de ce travail. Reçois ici toute ma reconnaissance.

Aux personnes qui ont contribué à cette thèse,

Merci à ***Madame Noémie Jardin*** *pour la participation logistique*

A tous les médecins qui ont participé à ce travail*. Je suis sensible au temps que vous m'avez offert malgré vos journées bien chargées. Un grand merci !*

A tous mes maîtres de stage, à mes co-internes, aux équipes médicales et paramédicales *que j'ai pu côtoyer pendant ces 3 années de formation d'interne en médecine générale et qui m'ont énormément appris.*

A tous les membres du cabinet d'Agon-Coutainville, *merci pour la patience dont vous avez fait preuve ; j'ai hâte désormais d'être à vos côtés.*
Aux patients *que j'ai croisés et qui m'ont forgé*

A mes parents, *pour votre soutien sans faille, votre courage sans limite et votre amour inconditionnel. Vous m'avez transmis l'amour de l'effort, de donner sans retenue, d'aller de l'avant mais aussi de la terre et de ses grands espaces. Merci de m'avoir écouté toutes ces années. J'espère vous rendre fiers et être un jour aussi bon parent que ce vous êtes pour moi.*

A mes beaux-parents Dalichampt *ainsi qu'à l'ensemble de leur famille :*
Pour votre soutien, votre gentillesse et votre joie de vivre, j'ai véritablement trouvé une famille en Normandie.

A mes grands-parents connus et inconnus*, vous m'avez appris le vrai sens du mot « famille », vous n'êtes jamais loin et vous ne le serez jamais*

A tous mes amis du Nord *parce que pour vous la distance ne compte pas* ***et à ceux de Normandie*** *qui m'ont accueilli à bras ouverts.*

A mes frères Rémi Thomas et beaux-frères Thomas et Paul*, parce que pour moi c'est désormais pareil. Vous m'avez transmis la passion du sport et la rage d'être devant.*

A ma sœur Emilie*, ma marraine, parce que ce mot prend tout son sens avec elle et que tu es un véritable modèle*

A Léa, *parce que toute cette aventure aurait moins de saveurs sans toi et que je t'aime.*

Je dédie ce travail à mon frère Rémi,

qui a toujours été un modèle de courage pour moi.

LISTE DES ABREVATIONS

CACI : certificat d'absence de contre-indication

CHU : Centre hospitalier universitaire

CEMS : Centre d'expertise mort subite

CIO : Comité international olympique

CMH : Cardiomyopathie hypertrophique

CNCI : Certificat médical de non contre-indication

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOSF : Comité national olympique et sportif français

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DAVD : Dysplasie arythmogéne du ventricule droit

ECG : Electrocardiogramme

ESC : European Society of cardiology

FIFA : Fédération internationnale de football

HAS : Haute autorité de santé

JAMA : Journal of the American Medical Association

JESFC : Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie

KCE : Federaal Kenniscentrum - Centre fédéral d'expertise

OMS : Organisation mondiale de la santé

PLFFS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

SFC : Société française de cardiologie

UCI : Union Cycliste Internationale

TABLEAUX ET FGURES

Liste des tableaux :

Tableau 1 : les activités classées selon leur degré d'intensité

Tableau 2 : principales causes de morts subites au cours du sport chez les sujets entre 12 et 35 ans et place de l'ECG

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins interrogés

Tableau 4 : Résumé des propositions des médecins interrogés, comparaison avec les données de la littérature

Liste des figures :

Figure 1 : Marguerite des compétences

Figure 2 : sensibilité de l'auscultation dans le dépistage des valvulopathies régurgitantes

Figure 3 : Représentation de l'incertitude selon Lancry

Figure 4 : Représentation graphique et non proportionnelle des résultats

Table des matières :

Première partie : Introduction 1
I. Activité physique, un enjeu de santé publique pour améliorer la santé : 1
1. Définitions : 1
2. L'activité physique en tant qu'acteur d'amélioration de la santé : 1
II. La certification : 2
1. Définition de l'acte de certifier : 2
2. Histoire du certificat : 3
3. La délivrance du CACI, un des rôles du médecin généraliste : 3
4. Obligation de certificat : 4
5. Sports sans contraintes particulières : 5
6. La responsabilité du médecin : 5
III. Désaccord autour du certificat d'absence de contre-indication (CACI) 6
1. La mort subite : 6
2. L'émotion 7
3. Le débat : 7
a) En faveur d'un dépistage ECG pré-participatif : 7
b) En défaveur d'un dépistage ECG pré-participatif : 9
c) Le point de vue des médecins généralistes français : 11
d) A l'étranger : 11
IV. Question de recherche et hypothèses : 11
1. L'incertitude dans la pratique de la médecine générale : 11
a) Définition de l'incertitude : 11
b) L'incertitude en médecine générale : 12
2. Les raisons de ce questionnement : 12
3. Problématique de recherche : 12
4. Les hypothèses et à priori : 13
Deuxième partie : matériel et méthodes 14
I. Le choix de la méthode la plus adaptée, la méthode qualitative 14
1. Critères de validation : 14
2. Elaboration d'une étude qualitative : 14
II. Recueil des données : 16
1. La notice d'information et d'éthique 16
2. Le guide d'entretien 17
3. Déroulement des entretiens : 17
4. La retranscription des données : 18
5. Méthode d'analyse des résultats : 18

6. Méthodologie de la recherche bibliographique :.....19
Troisième partie : Résultats 20
Données générales sur les entretiens 20
Caractéristiques sociodémographiques : 20
Analyse thématique 21
I. La consultation :.....21
1. La consultation de délivrance du CACI :.....21
a) Une consultation ancrée dans les mœurs de la société 21
b) Des praticiens confiant dans leurs compétences 27
c) Motivations et objectifs de la consultation 27
2. Place de l'ECG dans la consultation 32
a) Pratique de l'ECG :.....32
b) Rapport à l'ECG :.....33
c) Avantages de la pratique de l'ECG :.....35
d) Inconvénients de la pratique de l'ECG :.....35
e) Influence des « recommandations » : 37
II. L'acte de certifier :.....37
1. Objectifs de l'acte : 37
2. Un vécu de l'acte : 39
a) Positif 39
b) Négatif :.....39
c) Ambivalence :.....39
d) Doute : 40
3. Acte perçu comme non adapté à la réalité :.....42
4. Acte questionnant l'engagement : 44
5. Acte questionnant le cadre de la certification : 45
a) Un cadre de certification qui se décharge sur des médecins / Impression d'un report de responsabilité sur le médecin :.....47
b) Un avis divergent sur l'implication de la responsabilité 48
c) Un rapport à la société ambigu et un rôle des cadres de la certification à définir 48
d) Un désaccord quant à l'attitude vis-à-vis du remboursement par la SECU : 48
e) Un désaccord avec l'espacement pour la délivrance des certificats : 49
f) Avis sur l'obligation de délivrance de certification pour la pratique du sport.....49
6. Parade.....50
a) En remplissant le dossier médical : 50
b) En utilisant une formule de rédaction réduisant la portée du certificat : 50
III. L'incertitude.....51
1. Liée au risque de mort subite :.....51
a) Pour certains des médecins interrogés la notion de risque liée au sport semblait relative.....51

b) En cas de mort subite 52
2. Liée au patient : 55
a) Fonction des dires du patient : 55
b) Fonction du profil du sportif : 56
c) Liée à la méconnaissance des sports ou de la façon dont le sportif va pratiquer l'activité 56
d) Liée à l'absence du degré d'implication de la signature 57
e) Liée à la responsabilité du patient 57
3. Incertitude liée à l'influence du risque médicolégal dans la pratique : 58
a) Epouvantail médico-légal : 58
b) Mécanisme de gestion : 61
4. Une procédure de dépistage qui ne fait pas l'unanimité : 64
a) Une absence de consensus : 64
b) Les limites décrites des procédures de dépistage : 65
c) En apprenant que le dépistage pré-participatif est peu performant : 66
IV. Des médecins force de proposition 68
1. Propositions portant sur le cadre de la certification : 68
a) Production de recommandations officielles : 68
b) Repositionnement des fédérations et des organismes d'assurances : 69
c) Maintien d'une consultation de dépistage et de prévention : 69
2. Propositions pour aider les médecins : 70
a) De nouveaux apports scientifiques : 70
b) Repenser la consultation de délivrance d'un certificat d'absence de contre-indication : 71
c) Majorer l'assurance des praticiens de médecine générale : 74
3. Formation du patient : 74
a) A aborder la notion de risque : 74
b) A savoir interpréter les données scientifiques : 76
c) A se responsabiliser : 76
Quatrième partie : Discussion 79
I. Validité de l'étude : 79
1. Forces de l'étude : 79
2. Les faiblesses de l'étude : 80
II. Les résultats principaux : 80
1. Des médecins qui subissent de multiples incertitudes : 80
a) Un rapport ambigu avec la notion de mort subite : première source d'inconfort 80
b) Le rapport à la responsabilité : seconde source d'inconfort 81
c) La multiplicité des avis d'experts : troisième source d'inconfort 82
d) Un défaut de confiance dans la relation avec le patient : quatrième source d'inconfort 82
2. Des médecins qui gèrent leurs incertitudes tant bien que mal : 83

a) En restant à l'écoute des attentes de la société et de leurs patients :.....83
b) En justifiant leurs comportements ou leurs attitudes au décours des entretiens :.....83
c) En raisonnant et en remettant en question le système : 84
c-1 critique du système assurantiel.....84
c-2 Critique sociétale sur le risque zéro.....85
c-3 Critique des procédures de dépistage 86
c-4 Critique du système de remboursement par les caisses.....86
d) En remettant en cause l'utilité du certificat : 86
d-1 objectifs difficiles à définir.....86
d-2 Un accès inégal à l'information.....87
e) En étant forces de propositions : 87
e-1 Le médecin et le certificat.....88
e-2 le patient et le certificat.....88
e-3 Le cadre de la certification.....89
III. Perspectives de recherche et suites de travail ?.....91
Cinquième partie : Conclusion 92
Bibliographie : 94
Annexes :.....100

Sapere Aude…

Avant-propos :

« Citius, Altius, Fortius »

Le sport est partout autour de nous et tout nous pousse à faire du sport. Que ce soit par le biais de la responsabilisation écologique, les publicités, les démarches politiques, nos amis, ou notre famille… le sport a la côte. Combien d'exploits sportifs font vibrer les français chaque année ; toujours plus vite, toujours plus haut, toujours plus fort. Qu'on le veuille ou non, il rythme la vie de chacun. Et le médecin dans tout ça ? Quel rôle a-t-il à jouer dans cette grande roue qui s'emballe ? « Citius, Altius, Fortius… » Il explique, il conseille, il explore, il temporise ou il motive. Il est toujours là, à suivre de loin le sportif, son patient. Il gère le reste et puis on verra bien… Le cœur du métier de médecin est de gérer l'incertitude, l'incertitude liée à des prises de décisions et aux conséquences qu'elles peuvent avoir, l'incertitude liée à un diagnostic ou à la mise en route d'un traitement. Mais pour ce qui est du sport il est plus difficile de se rendre compte où apparaît l'incertitude. Après tout « le sport, c'est bon pour santé ».

Première partie : Introduction

I. Activité physique, un enjeu de santé publique pour améliorer la santé :

1. Définitions :

Définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (1)

> Depuis 1946 la Santé est définie par l'OMS, comme un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Définition de l'activité physique et du sport par l'OMS(2) :

> « L'exercice physique s'entend de tout mouvement corporel produit par les muscles qui requiert une dépense d'énergie »

2. L'activité physique en tant qu'acteur d'amélioration de la santé :

En France, la pratique d'une activité physique est régulièrement recommandée pour la prévention des maladies cardiovasculaires (3) (4).

Un article suisse de Laetitia Grimaldi, paru en 2019 résume les bénéfices sur la santé de l'activité physique. Elle permet de bénéficier d'un effet anti-douleur, améliore le taux de cholestérol sanguin, diminue la tension artérielle. Au niveau ostéo articulaire, l'exercice physique permet de renforcer les structures osseuses. Il permet l'amélioration du moral ainsi que de la mémoire(5).

Elle prévient également l'installation de maladie chronique, telle que le diabète, l'obésité et diminue le risque de cancer. Enfin elle est aussi vecteur d'une intégration sociale via la pratique en groupe ou en club(6).

Dans ce contexte des politiques nationales de lutte contre la sédentarité sont mises en place par les organismes des soins.

- CPAM

La notion d'activité physique y est définie en deux catégories :

  - Les activités physiques quotidiennes
  - La pratique sportive

Dans le cadre de l'amélioration de la santé, la CPAM recommande d'avoir une activité physique régulière d'intensité modérée à élevée. (figure 1)

Les activités physiques n'ont pas toutes la même intensité

Activités physiques d'intensité faible à élevée	
Intensité	**Type d'activité**
Faible	Marche lente, laver la vaisselle, repasser, faire la poussière, bricolage, entretien mécanique, arroser le jardin, pétanque, billard, bowling, tennis de table, danse de salon
Modérée	Marche rapide (d'un bon pas, 5 à 6,5 km/h), monter lentement les escaliers, laver les vitres ou la voiture, passer l'aspirateur, jardinage léger, ramassage de feuilles, "aérobic", danse (rock, disco...), vélo de loisir (15 km/h) ou natation "plaisir", aquagym, ski alpin, frisbee, voile, badminton, golf
Élevée	Marche rapide (plus de 6,5 km/h) ou avec dénivelés, randonnée en moyenne montagne, monter rapide des escaliers, bêcher, déménager, jogging, VTT, natation "rapide" (20 km/h), saut à la corde, football, basket-ball, volley-ball (et la plupart des jeux de ballon collectifs), sports de combat, tennis, squash, escalade

Tableau 1 : les activités classées selon leur degré d'intensité (ameli.fr)

- Recommandations du Ministère des Solidarités et de la Santé (7)

Une activité physique régulière permettant une amélioration de la santé des politiques d'amélioration de l'accès aux sports sont développées par les ministères de la santé et des sports.

- Promouvoir les activités physique et sportives auprès des enfants, des jeunes et des étudiants dans tous les temps éducatifs
- Développer la pratique d'activités physiques et sportives en milieu professionnel
- Promouvoir l'offre de pratique d'activité physique et sportive pour les seniors
- Développer la pratique d'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques
- Renforcer la prescription d'activité physique adaptée par les médecins
- Labelliser les maisons sport-santé

II. La certification :

1. Définition de l'acte de certifier :

Article 76 (article R.4127-76 du code de la santé publique)

« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci. »

2. Histoire du certificat :

Depuis 1940, l'Etat intervient dans l'organisation et le fonctionnement du sport à travers les textes de lois et règlements votés par le parlement. A l'issu de la seconde guerre mondiale débute en France, une politique de santé publique dont l'objectif est « d'orienter rationnellement les sportifs vers une activité d'éducation physique et sportive concourant à développer leur état de santé et leur équilibre en général ». En 1946 sont créés le « certificat médical d'aptitude » et des centres médico sportifs. Le comité international olympique (CIO) crée en 1967, une commission médicale pour favoriser la protection des athlètes, le respect de l'éthique médicale et de l'éthique sportive ainsi que l'égalité de traitement pour tous les athlètes lors des compétitions. En 1972, le comité national olympique et sportif français (CNOSF) crée une commission médicale et les fédérations sportives ont recours à des médecins fédéraux. La Loi Mazeaud du 29 Octobre 1975 rend nécessaire la délivrance d'un certificat d'aptitude médical pour la participation à des compétitions (8) (9). La notion de non contre-indication apparait avec la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 et son article 35 régulant les compétitions : « La participation aux compétitions organisées par chacune des fédérations est subordonnée à la présentation d'une licence portant attestation de la délivrance d'un certificat de non contre-indication à la pratique de la discipline concernée, ou pour les non licenciés, à la présentation de ce seul certificat pour les épreuves qui leur sont ouvertes ». La loi n°99-223 du 23 mars 1999, dite Loi Buffet vient étendre l'obligation de certificat médical de non contre-indication (CNCI) à tous les licenciés, même hors compétition : « La participation aux compétitions sportives organisées ou agréées par les fédérations sportives est subordonnée à la présentation d'une licence sportive portant attestation de la délivrance d'un certificat médical mentionnant l'absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition, ou, pour les non licenciés auxquels ces compétitions sont ouvertes, à la présentation de ce seul certificat ou de sa copie certifiée conforme, qui doit dater de moins d'un an. Le 24 Aout 2016, une simplification est mise en place par le décret n°2016-1157 pour faire passer à 3 ans la durée de validité des licences (sous réserve d'absence de pathologie dans l'intervalle), admet la possibilité de faire des CNCI pour « toute activité sportive », et met en place l'abrogation de la nécessité de CNCI pour le sport périscolaire ou les activités sportives récréatives sans compétition et hors fédération sportive constituée. En 2020, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) prévoir de simplifier l'accès à la pratique sportive pour les mineurs et pour les disciplines sportives sans contraintes particulières. Le ministère des solidarités et de la santé explique que désormais « les vingt consultations obligatoires prévues depuis 2019 dans le parcours de santé et de prévention des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans permettront désormais l'examen régulier par le médecin de l'aptitude des enfants à la pratique sportive ». Le certificat d'absence de contre-indication (CACI) ne sera dont plus nécessaire pour l'inscription des enfants à une activité sportive et le représentant légal devra remplir une attestation permettant de s'assurer que les jeunes ont bien vu un médecin. Cette mesure concerne plus de 6 millions de mineurs licenciés dans les clubs et/ou fédérations sportives, permettra également de gagner du temps médical(10) (11).

3. La délivrance du CACI, un des rôles du médecin généraliste :

En 2002, l'université de Genève décrivait le médecin généraliste comme un praticien pouvant « apporter une réponse pour 90% des patients, dans 90% des situations, dans 90% du temps » (12). Les domaines de compétence des médecins généralistes ont été analysés dans une étude réalisée en 2013 à l'université de Poitiers(13).



Figure 1 : Marguerite des compétences (13)

On peut voir sur la marguerite des compétences qu'un des rôles du médecin de premier recours est de participer aux démarches de prévention individuelle et collective (Figure 2°. La promotion de la lutte contre la sédentarité fait partie des démarches de prévention auxquelles un médecin est susceptible de répondre durant sa pratique. Par extension la délivrance du CACI qui permet au patient de participer à une activité physique au sein de clubs ou d'associations, peut être considérée comme étant un acte de prévention. Elle s'intègre ainsi dans les compétences des médecins de premier recours.

4. Obligation de certificat :

Les licences sont délivrées par les différentes fédérations. (15)

- Article L131-6 du code du sport :

La licence sportive est délivrée par une fédération sportive ou en son nom. Elle ouvre droit à participer aux activités sportives qui s'y rapportent et, selon des modalités fixées par ses statuts, à son fonctionnement.

Les statuts des fédérations sportives peuvent prévoir que les membres adhérents des associations affiliées doivent être titulaires d'une licence sportive.

L'obtention d'une licence de sport est encadrée par des textes de loi (14)

- Article L231-2 du code du sport :

I- L'obtention d'une licence d'une fédération sportive est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an et permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou, le cas échéant, de la discipline concernée.

Lorsque la licence sollicitée permet la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive, le certificat médical atteste l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée en compétition

II- Les modalités de renouvellement de la licence, et notamment la fréquence à laquelle un nouveau certificat est exigé, sont fixées par décret.

Si le sportif ne possède pas de licence, il peut néanmoins présenter un certificat médical datant de moins d'un an pour participer à l'évènement.

- Article L231-2-1 du code du sport :

L'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée est subordonnée à la présentation d'une licence mentionnée au second alinéa du I de l'article L 231-2 dans la discipline concernée. A défaut de présentation de cette licence, l'inscription est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée en compétition.

5. Sports sans contraintes particulières :

Il s'agit des sports pour lesquelles les patients n'ont pas l'obligation de voir un médecin spécialiste du sport pour l'obtention de leur certificat d'absence de contre-indication. On désigne par ce terme les activités n'étant pas des sports à contraintes particulières. La liste des sports à contraintes particulières est donnée par le code du sport (16) :

- Article D231-1-5, modifié par Décret n°2017-520 du 10 avril 2017 – art 2 :

Les disciplines sportives qui présentent des contraintes particulières au sens de l'article L. 231-2-3 sont énumérées ci-après :

1° Les disciplines sportives qui s'exercent dans un environnement spécifique :

L'alpinisme ; la plongée subaquatique ; la spéléologie

2° Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin, notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre et pouvant aller jusqu'à l'inconscience ;

3° Les disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ;

4° Les disciplines sportives pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur à l'exception du modélisme automobile radioguidé ;

5° Les disciplines aéronautiques pratiquées en compétition à l'exception de l'aéromodélisme

6° Le parachutisme

7° Le rugby à XV, le rugby à XIII et le rugby à VII

6. La responsabilité du médecin :

La rédaction du certificat n'est pas un acte anodin. Elle implique la responsabilité du médecin. D'après l'ordre des médecins, 20 % des plaintes enregistrées auprès des chambres disciplinaires de première instance concernent des certificats médicaux (17). La rédaction des certificats par les médecins est encadrée par différents textes de loi et les trois types de responsabilités sont engagées.

- Code de déontologie médicale : Responsabilité ordinale :

L'article 76 précise que « l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformation aux constations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, des attestations et des documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires »

- Code pénal : Responsabilité pénale

Article 441-7 : « est puni, d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'établir une attestation ou certificat faisant état de faits matériellement inexacts »

La responsabilité pénale est également mise en jeu à partir du moment où on expose le patient à un risque de blessure ou létal en cas de non-recherche à la pratique d'une activité physique

Le code pénal expose à des sanctions en cas d'« homicide involontaire » (article 221-6), « blessures involontaires » (articles 22-19), « violation d'une obligation de sécurité imposée par la loi et le règlement » (article 223-1)

- Code civile : Responsabilité civile

Elle consiste à dédommager tout préjudice (moral, physique ou financier) pouvant être causé par le médecin.
Article 1382 : « tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par qui la faute duquel il est arrivé à le réparer »

Article 1383 : « chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence »

III. Désaccord autour du certificat d'absence de contre-indication (CACI)

La prévention de la mort subite est un des objectifs affichés de la consultation pour la délivrance du certificat d'absence de contre-indication. (18)

1. La mort subite :

La mort subite est définie comme une mort naturelle, inattendue, au cours ou après une pratique sportive, chez un sujet chez qui aucune affection préalable n'est détectée. Une conférence internationale d'experts en a établi deux définitions : la mort subite certaine, effondrement brutal devant témoin survenant moins d'une heure après l'apparition des symptômes, et la mort subite dite probable, survenant en l'absence de témoin moins de 24 heures après le dernier contact avec le patient (19). Le plus souvent elle trouve son origine dans une problématique de la sphère cardiaque. En France, chaque année entre 600 et 800 sportifs amateurs décèdent sur un terrain de sport (20). D'autres études parlent plutôt de 1000 à 1500 décès par an en France(21). En 2011, Marijon et Jouven ont mis en évidence que la mort subite du jeune athlète de compétition concerne 6% du total des morts subites du sportif(22) (23). En 2014, au cours des Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie (JESFC), le Pr F Carré, cardiologue au CHU de Rennes déclarait « qu'un jeune âgé de 13 à 35 ans meurt chaque jour en faisant du sport » (données françaises de mort subite liée à une pratique sportive). Il expliquait également à cette occasion que « le risque de mort subite est multiplié par 4 ou 5 en cas de cardiopathie. Or ce n'est pas le sport qui créé la cardiopathie et le risque de mort subite mais bien la cardiopathie non détectée » (24). La mort subite concernerait entre 0.5 et 2.5/100 000 personnes pour les pratiquants âgés entre 12 et 35 ans et elle toucherait entre 1 et 4/100 000 pratiquants pour les sujets âgés de plus de 35 ans(25). Les principales causes de décès chez les jeunes athlètes seraient principalement la cardiomyopathie hypertrophique (CMH), la dysplasie arythmogène du ventricule droit (DAVD), les canalopathies (syndrome du QT long…), ou encore les anomalies de naissance des coronaires (26).

2. L'émotion

La mort subite chez les jeunes athlètes est un évènement marquant notamment quand on considère sa nature inattendue et la perte d'année de vie restant chez des sujets considérés comme les plus sains de notre société(27). Lorsqu'elle survient pendant une activité sportive, la mort subite bénéficie d'une attention médiatique et publique particulière(19) (28) (29) (30). En 2018, lors du Paris Roubaix, le cycliste belge Michael Goolaerts âgé de 23 ans décède quelques heures après avoir été retrouvé inconscient durant l'étape (31). En 2016, le footballeur Camerounais Patrick Ekeng, décède à l'âge de 26 ans lors d'un match du championnat de Roumanie, à la suite d'un malaise survenu sept minutes après son entrée sur la pelouse. Et en avril 2015, Gregory Mertens, footballeur âgé de 24 ans, décède d'une crise cardiaque à Bruxelles, dans les suites d'un match de réserve (32). Ces événements du fait de leur médiatisation peuvent être source d'angoisse pour la population sportive, qui peut alors demander à être dépistée. Un travail de thèse réalisée par Guyon et Ronflet, en 2017, a d'ailleurs montré qu'une des préoccupations des patients consultants pour l'obtention d'un CACI est de prévenir le risque de mort subite (33).

3. Le débat :

« L'utilité du certificat d'absence de contre-indication est de déceler chez le sportif une incapacité à pratiquer une activité physique en général, ou un sport en particulier. Au-delà des incapacités visibles et simples à détecter, ce sont essentiellement les causes de mort subite qui font débat dans le milieu médical et qui justifient la prudence à travers la mise en place de cette procédure. » (25)

Actuellement, il existe au sein de la communauté médicale une polémique sur la conduite à tenir durant la consultation de délivrance d'un CACI. Une des problématiques centrales de ce débat illustrant les désaccords liés au CACI tourne autour des politiques de dépistage à adopter en matière de prévention de la mort subite chez le sportif. Deux modes de pensée s'opposent : en faveur d'un dépistage ECG pré-participatif ou en défaveur d'un dépistage ECG pré-participatif.

a) En faveur d'un dépistage ECG pré-participatif :

- Un examen clinique peu performant :

Une partie de la communauté médicale estime que les performances de l'examen clinique « classique » (interrogatoire et examen clinique) sont insuffisantes pour prévenir des événements type mort subite, à l'issue de l'activité physique(34). Dans une interview qu'il donne à MEDSCAPE, à l'occasion des Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie (JESFC), le Pr François Carré, s'est exprimé à ce sujet (24) :

« Chez un sujet asymptomatique, l'examen physique est peu parlant », En dehors de la maladie de Marfan, des maladies valvulaires, des anomalies coronaires, de l'athérosclérose,… la plupart des cardiopathies (cardiomyopathie hypertrophique, dysplasie arythmogène du ventricule droit, myocardite, syndrome du QT court ou long, de Wolff-Parkinson-White ou de Brugada…) ne peuvent être détectées en l'absence d'ECG » […] « Au demeurant, aucune étude ne démontre l'efficacité de l'examen physique et de l'interrogatoire seuls sur le risque de mort subite. »

Une étude de 2001, réalisée par Jaussi et Favrat, sur les performances de l'examen clinique en comparaison à d'autres examens complémentaires se posait la question de l'intérêt de la poursuite de l'examen physique dans le dépistage de cardiopathies (35) *:*

« Tandis que l'approche clinique, surtout par l'auscultation, et malgré sa sensibilité et la spécificité parfois sous optimales, permet le dépistage et le suivi de nombreuses cardiopathies fréquentes, elle est indubitablement moins performante que l'échographie dans le domaine de la quantification de celles-ci »

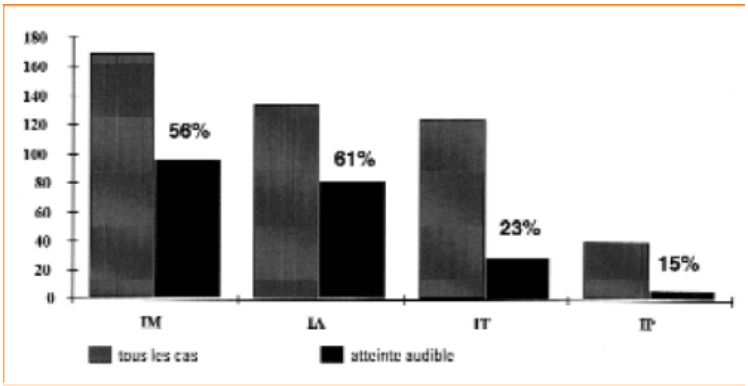


Fig. 1. Sensibilité de l'auscultation dans le dépistage des valvulopathies régurgitantes.
D'après PS Rahko. Prevalence of regulation of regurgitant murmurs in patients with valvulvar regurgitations detected by doppler echocardiography. Ann Int Med 1989 ; 111 : 466-72. IM = insuffisance mitrale ; IA = insuffisance aortique ; IT = insuffisance tricuspidienne ; IP = insuffisance pulmonaire.

Figure 2 : sensibilité de l'auscultation dans le dépistage des valvulopathies régurgitantes (35)

L'examen clinique seul ne permet que de dépister 3% des cardiopathies alors que couplé à la réalisation d'un électrocardiogramme ce chiffre s'élève à 60% (26).

Tableau 1. Principales causes des morts subites au cours du sport chez les sujets entre 12 ans et 35 ans.

Pathologies chroniques		
Cardiomyopathie	Hypertrophique, dilatée, arythmogène du VD	ECG ++
Pathologie coronaire	Anomalie d'implantation, athérome précoce, Kawasaki, pont myocardique, spasme, etc.	ECG ±
Pathologie de l'aorte et des grosses artères	Marfan, maladie annulo-ectasiante de l'aorte, anévrismes artériels, etc.	ECG -
Pathologies valvulaires	PVM, rétrécissement aortique, etc.	ECG ±
Canalopathies	QT long, Brugada, QT court, tachycardie ventriculaire polymorphe catécholinergique, etc.	ECG ++
Anomalie de conduction	Wolff-Parkinson-White	ECG ++
Pathologies aiguës		
Myocardite, désordres métaboliques, *commotio cordis*, etc.		
Dopage (selon les substances possible toxicité au long court et/ou complication aiguë)		

Tableau 2 : principales causes de morts subites au cours du sport chez les sujets entre 12 et 35 ans et place de l'ECG

La Tableau 2 expose les différentes pathologies pour lesquelles un dépistage par ECG est recommandée (18).

- Corrado D, 2006 :

Les médecins en faveur du dépistage ECG pré-participatif s'appuient sur les données d'une étude italienne menée par Corrado. En Italie, le dépistage ECG pré-participatif est obligatoire depuis 1982. Cette étude a été menée entre 1979 et 2004. Durant cette période, sont survenues 55 morts subites

en lien avec une cardiopathie confirmée à l'autopsie. L'étude a permis de constater une diminution régulière de l'incidence de la mort subite avec des chiffres passant de 3.6/100 000 en 1979-1980 à 0.43/100 000 entre 2001 et 2004. Sur la totalité de la période la diminution du risque de mort subite chez le sportif a donc été de 89% (p <0.001). Le risque relatif est passé de 0.56 pour la période 1982-1992 à 0.21 pour la période 1993-2004 (p=0.001). En France, c'est le Pr François Carré qui porte un discours très en faveur de la réalisation du dépistage ECG pré-participatif. En effet, pour lui « sans ECG, la visite médicale n'a pas d'intérêt ». Selon lui, « la plupart des cardiopathies (cardiomyopathie hypertrophique, dysplasie arythmogène du ventricule droit, myocardite, syndrome du QT court ou long, de Wolff-Parkinson-White ou de Brugada) ne peuvent être détectées en l'absence d'ECG ». Il préconise de l'appliquer essentiellement aux sportifs de compétition (36).

- Le coût du dépistage :

Un travail de thèse, avec une analyse rétrospective, réalisé par Dupire et al. en 2016 à Lille, mettait en évidence que le dépistage de la mort subite chez le jeune sportif par ECG aurait un rapport coût-efficacité acceptable en France en considérant la limite de 50000 $/ année de vie sauvée (37).

- Les sociétés savantes (18):

Depuis 2009, la Société Française de Cardiologie (SFC) recommande aux athlètes de compétition âgés de 12 à 35 ans de réaliser un ECG 12 dérivations de repos en complément de l'examen physique et de l'interrogatoire. Elle préconise la réalisation de cet examen tous les trois ans jusqu'à l'âge de 20 ans puis tous les cinq ans de 20 à 35 ans. Ces recommandations succèdent à celles proposées en 2005 par la Société Européenne de Cardiologie (ESC) qui suggère de réaliser un ECG tous les deux ans chez les sportifs de compétition âgé entre 12 et 35 ans. Ces démarches s'inscrivent dans les procédures de dépistage des cardiopathies du jeune sportif. Pour cette raison, quelques instances internationales comme le CIO (Comité International Olympique), la FIFA (Fédération Internationale de Football), l'UCI (Union Cycliste Internationale) recommandent la réalisation de l'électrocardiogramme chez les sportifs professionnels (4).

b) En défaveur d'un dépistage ECG pré-participatif :

- Une incidence faible de la mort subite chez le sportif :

Chaque année en France, 40 000 personnes décèdent d'une mort subite par arrêt cardiaque (300 000 en Europe) (38). Le risque de faire une mort subite est multiplié par deux lors de la pratique d'une activité physique et les non sportifs sont deux à trois fois plus à risque que les sportifs (39). Cependant dans un travail réalisé en 2016 par le centre d'expertise mort subite (CEMS) de Paris, Marijon rappelle que l'incidence de la mort subite chez le jeune athlète de compétition ne représente qu'une minorité du nombre total de morts subites survenant au cours d'une activité sportive chaque année en France (environ 1000 cas/an) (23). A l'occasion de la JESFC de 2014, le Pr Mabo, cardiologue au CHU de Rennes, donne son point de vue sur la question et pour lui : *« l'important est de resituer le débat dans la vraie vie ».* Selon lui, le poids de la mort subite est peu marquant, mais qu'il s'agit d'évènements massivement relayés par les médias. En effet, de son point de vue : *« si l'on est cardiologue, on s'intéresse à la mort subite, mais on se focalise sur un problème accessoire car le risque de décès par mort subite est infime. Et moins de 10 % des morts subites surviennent chez les athlètes et les jeunes ». « Au total, très peu de morts subites ont lieu sur les terrains de sport. La dysplasie arythmogène et la cardiopathie hypertrophique tuent beaucoup plus en population générale que chez les sportifs. Au CHU de Rennes, sur huit morts subites, sept sont survenues dans la vie quotidienne, une seule a été imputée*

au sport. Faut-il signer des certificats d'aptitude à la vie courante avec ECG obligatoire pour tout le monde ? La vie courante comporte des risques, il faut les accepter. »

- Les conséquences liées au dépistage systématiques par ECG :

Dans son travail de thèse, Andriamirado explique qu'une des difficultés des médecins lors de la consultation pour la délivrance du CACI est liée à la pratique de l'ECG. En effet, son travail met en évidence que la peur d'une mauvaise interprétation de l'ECG, l'implication de la responsabilité du médecin, l'accès aux spécialistes, et la gestion du temps de consultation sont des problématiques mettant en difficulté les praticiens (40). Mais les difficultés liées à pratique de l'ECG sont également décrites par les cardiologues notamment en ce qui concerne l'interprétation et la problématique des faux positifs. En effet, dans son article, Schnell explique que pour interpréter un ECG de dépistage, il est important de prendre en considération le sexe, l'origine ethnique et l'âge du sportif ainsi que de pouvoir reconnaitre les modifications cardiaques physiologiques liées à la pratique intense et prolongée d'une activité (> 4 heures de sport intense/semaine) (4). Cela permettant alors de limiter le nombre de faux positif c'est-à-dire de sportif asymptomatique chez qui une anomalie serait soupçonnée et qui pourrait être écarter de la pratique d'une activité sportive, les privant ainsi des bénéfices du sport sur la santé en plus d'altérer leur qualité de vie.

- Des performances faibles des politiques de dépistage et de prévention de la mort subite :

A l'occasion d'une interview MEDSCAPE donnée en Septembre 2019 , le Pr JOUVEN Xavier, cardiologue spécialiste de la mort subite à l'hôpital Européen Georges Pompidou, a parlé des résultats de l'étude de suivi prospective qu'il a mené en France et qui met en évidence (41): *« Simplement, le fait que l'incidence ne diminue pas montre que la stratégie qu'on a actuellement ne marche pas bien. C'est clair. Je n'ai pas de réponse sur ce qu'il faudrait faire en plus ou pas, parce que notre étude ne le montre pas, mais cela ne marche pas très bien »*. Il ajoutera plus tard : *« Qu'aucune différence n'a été observée sur l'incidence [de la mort subite] malgré les politiques de prévention et l'amélioration des techniques de screening, avec ou sans ECG, avec ou sans échographie »*

Le travail de Chundadze et Zeltser réalisé en 2010 en Israël conclut à une absence de différence significative liée à la réalisation d'un ECG systématique de dépistage chez les athlètes dans la prévention du risque d'arrêt cardiaque (42). En Belgique, Les dernières recommandations belges du KCE (Federaal Kenniscentrum), ne préconisent pas la réalisation d'un dépistage cardiaque pré-participatif avant la pratique d'une activité sportive (43). Au Royaume-Uni, une étude de suivi de 11 168 jeunes footballeurs sur 20 ans (1996 à 2016) a été menée par Anell Malhotra et coll (44). Les jeunes avaient eu une expertise cardiologique performante associant un examen clinique, un ECG, un échocardiogramme dont les résultats étaient analysés par des cardiologues experts. Les résultats ont montré que sur un total de 23 décès survenus au cours de l'étude, 8 décès de cause cardiaque dont 7 étaient porteur d'une cardiomyopathie confirmée à l'autopsie. Parmi les 8 jeunes décédés, 6 avaient des examens normaux et les 2 autres, qui avaient été dissuadés de la poursuite du sport, étaient dans le groupe à risque. L'étude conclut que 75% des adolescents victimes d'un décès subit de cause cardiaque ne sont pas détectée par le dépistage de haut niveau et l'investigateur conclut en disant : *« qu'il existe clairement un défaut de sensibilité des ECG et des échos cardiaques en tout cas dans cette période de la vie »*

- Favoriser la formation de la population aux gestes de premier secours :

Le travail réalisé en 2016 par Marijon et Jouven mettait en évidence que la phase pré hospitalière est essentielle, soulignant l'importance des programmes de formation aux premiers secours associés à la

mise en place de défibrillateurs dans les lieux publics (23). Et devant les conséquences d'un dépistage ECG massif, le Pr Mabo semble privilégier une approche centrée autour de la formation des gestes de premier secours et il déclarera d'ailleurs à ce sujet-là (24): *« On oublie de se poser la vraie question : pourquoi les athlètes qui font des morts subites ne sont pas immédiatement réanimés, pourquoi les voit-on sortir sur une civière ? »*

c) Le point de vue des médecins généralistes français :

En France, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) reconnaît l'utilité de cette consultation au niveau éducation et prévention notamment chez les adolescents et jeunes adultes qui rencontrent rarement leur médecin. En revanche, les membres du CNGE ne préconisent pas la réalisation d'un ECG de dépistage. En effet, selon eux, l'étude italienne de Corrado est : « de faible niveau de preuve car les groupes observés n'étaient pas comparables et ses résultats n'étaient pas ajustés sur de nombreux facteurs de confusion (type de sport, consommation de drogues licites ou non, origine ethnique) ». De plus, ils avancent que d'autres études ont montré des résultats opposés (45).

Les recommandations HAS en matière de certificat de sport laissent le choix au médecin de premier recours de réaliser un ECG s'il estime que l'examen est nécessaire. Il n'existe à ce jour aucune recommandation sur la conduite à tenir chez l'enfant et l'adolescent ; Elles insistent en revanche de promouvoir l'activité physique régulière chez l'adulte (46).

d) A l'étranger :

Dans le reste de l'Europe, 13 pays sur 26 recensés, ne demandent pas de certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive. Dans les pays où aucune disposition légale n'est prévue ce sont les sociétés d'assurances qui demandent les certificats médicaux aux fédérations (Espagne et Estonie). D'autres pays distinguent le sport amateur et les sportifs de haut niveau (Serbie) et pour ce dernier, un certificat est exigé. Dans certains pays les clubs couvent les frais de la visite médicale (Chypre et Bulgarie). La Pologne permet aux jeunes de moins de 23 ans de bénéficier de la visite gratuitement. Enfin pour certains pays, aucun certificat médical n'est exigé (Finlande, Allemagne, Irlande, Autriche, Danemark) (25).

IV. Question de recherche et hypothèses :

Nous pouvons constater que la délivrance du CACI est liée à des notions ambiguës et des avis parfois contraires posant actuellement question au sein de la communauté médicale. Notre travail s'intéresse à identifier comment ces contraintes intrinsèques et extrinsèques à la pratique, que nous avons choisi de regrouper sous le terme d'incertitudes, impactent les modalités de pratique des médecines généralistes.

1. L'incertitude dans la pratique de la médecine générale :

a) Définition de l'incertitude :

Selon le Larousse, l'incertitude se définit comme un *« état de quelqu'un qui ne sait quel parti prendre, ou état plus ou moins préoccupant de quelqu'un qui est dans l'attente d'une chose incertaine »* (47). Dans une publication parue en parue en 2010, Pierre Gallois explique que dans le domaine de la santé, les données de la science sont le fondement du raisonnement du médecin. Il parvient néanmoins à démontrer que la sensation de certitude est finalement le plus souvent absente, laissant place alors à l'incertitude(48). Pour Lancry, l'incertitude chez le scientifiques est le produit de la variabilité contenue dans un système complexe (49).

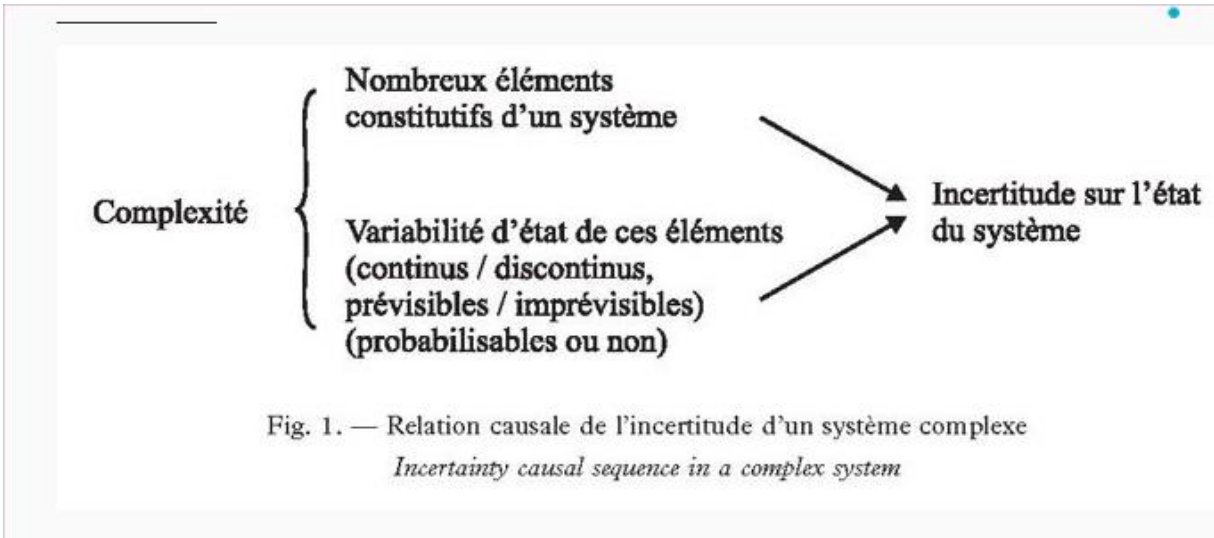


Fig. 1. — Relation causale de l'incertitude d'un système complexe

Incertainty causal sequence in a complex system

Figure 3 : Représentation de l'incertitude selon Lancry

b) L'incertitude en médecine générale :

Une étude réalisée par Mathieu Lorenzo, publiée en 2014 dans la revue Exercer a permis d'en donner une autre définition. Il met en évidence que trois types d'incertitudes existent : l'incertitude diagnostique, l'incertitude thérapeutique et l'incertitude relationnel : *« l'incertitude renvoie à l'état dans lequel se trouve le médecin lorsqu'il n'est pas certain du diagnostic étiologique ou syndromique au cours d'une consultation, la thérapeutique à proposer ou qu'il n'est pas sûr de la compréhension qu'il a du patient et réciproquement. »* (50) L'exercice de la médecine générale semble donc associé à la gestion d'incertitude.

2. Les raisons de ce questionnement :

Ce projet a donc vu le jour dans le but d'éclaircir cette situation. Aucun travail n'existe sur ce sujet et pourtant chaque année, des milliers de médecins généralistes renouvellent les licences à des millions de licenciés, et ce malgré des recommandations parfois contraires concernant les objectifs et le contenu attendu de cette consultation. Comment le vivent-ils et y- aurait-t-il des choses à changer ? C'est ce que nous chercherons à savoir au travers de ce travail.

3. Problématique de recherche :

L'objectif de ce travail est donc de répondre à la question suivante :

Comment les médecins généralistes gèrent-ils les incertitudes liées à la délivrance d'un certificat d'absence de contre-indication pour les sports sans contrainte particulière ?

L'objectif secondaire de ce travail était de de recueillir les différentes solutions qu'ils imaginaient pour améliorer cette demande sociétale de prise en charge du risque par le médecin traitant.

4. Les hypothèses et à priori :

Avant de commencer ce travail de recherche, nous que la place de l'ECG dans la consultation ne faisait pas l'unanimité. D'autre part, nous évoquions la possibilité qu'une des problématiques qui émergerait concernerait la thématique des responsabilités du patient et du médecin. Une autre hypothèse que nous avions évoquée était que l'absence de recommandations claires pourrait avoir un rôle à jouer dans le déroulement de la consultation. Nous formulions enfin l'hypothèse que les médecins généralistes étaient force de propositions de changement.

Deuxième partie : matériel et méthodes

I. Le choix de la méthode la plus adaptée, la méthode qualitative

Deux méthodes de recherche existent pour le recueil de données, la méthode quantitative et la méthode qualitative. Ces deux méthodes ne fonctionnent pas en opposition l'une de l'autre mais sont en réalité complémentaires, car n'affichant pas les mêmes objectifs autour d'un même sujet. Sur la base notre question de recherche, le choix de la méthode qualitative s'est trouvée être le plus appropriée. C'est une méthode qui est adaptée à l'étude des phénomènes sociaux, ou lorsque les facteurs observés sont difficilement quantifiables(51).

1. Critères de validation :

Les critères COREQ sont utilisés pour valider les travaux de recherche qualitatifs(52). En fonction de la validité à ces critères, la scientificité de la recherche sera acceptée et la seconde étape est de s'assurer de (53) :

- **La triangulation :** Stratégie de recherche qui consiste à combiner les données issues de plusieurs instruments, compensant ainsi les biais propres à chacun. Par ricochet, elle permet d'assurer la validité (justesse et stabilité) des analyses effectuées.
- **Saturation :** point où dans la recherche, toute donnée nouvelle n'apporte aucun élément inédit à la compréhension du phénomène à l'étude.
- **Critères de scientificité :** permettant de contrôler les sources d'informations.

2. Elaboration d'une étude qualitative :

- Choix du type de méthode qualitative

Pour répondre à notre question de recherche nous avons fait le choix de partir des données émises par les sujets interviewés. Cette méthode se base sur le principe de la « théorie ancrée » développée en 1967 par Glaser et Strauss. Elle consiste à réaliser dans un premier temps une phase de codage dans l'objectif de dégager des catégories qui seront par la suite redistribuée en thématique plus générales. En partant de ces thématiques, l'investigateur essaiera d'aboutir à l'établissement de concept plus généraux lors du codage axial pour enfin aboutir à une théorisation de ses données(54). Ainsi les données étaient dans un premier temps codées en catégories et sous catégories pour pouvoir secondairement être regroupées en thématiques plus générales et ainsi permettre leurs analyses dans le but d'émettre des gammes de réponses à notre question de recherche.

- Choix de la technique de recueil et de la technique d'analyse

Nous nous sommes basés sur l'utilisation d'entretien semi-dirigé pour répondre à notre question de recherche. Par ailleurs nous avons choisi de réaliser une analyse thématique afin de structurer au mieux les catégories et sous catégories qui ont émergée à l'issue de l'analyse.

- L'entretien semi dirigé (55)

Il s'agit d'une technique de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Lors d'un entretien semi-dirigé, c'est l'enquêteur qui conduit l'entretien selon son guide d'entretien mais l'ordre des thèmes abordés peut varier en fonction des réponses de la personne interrogée, il s'agit donc d'une procédure qui n'est pas figée. Cette procédure a l'avantage de ne pas enfermer le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé mais il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos, les différents thèmes devant être intégrés dans le courant de la discussion. L'entretien a pour avantage de recueillir des informations approfondies sur les valeurs, les faits et comportements des personnes interrogées, mais également de constater les réactions aux premières hypothèses et conclusions de évaluateurs. Les limites de l'entretien semi dirigé sont liées à la difficulté d'en tirer des conclusions générales, qu'il nécessite beaucoup d'investissement pour être conçu, conduit et interprété. Enfin, les données recueillies sont fonction des niveaux de connaissances des personnes interrogées ainsi que de leur volonté à bien vouloir répondre. L'idée était de favoriser la spontanéité des réponses des interviewés lors d'une « discussion » abordant différents thèmes permettant ainsi de réaliser un tour d'horizon rapide de pratiques ou de programmes.

- Choix de la population et de l'échantillon

  - Constitution de l'échantillon théorique

La notion d'échantillonnage théorique décrit *« un processus de collecte de données en vue de la formulation d'une théorie grâce auquel le chercheur mène simultanément les opérations de collecte, de codification et d'analyse dans le but de décider de l'orientation à donner à la collecte des données pour guider la formulation de la théorie émergente »,* elle a été décrite par Glaser et Strauss en 1967. Cela nous permet de comprendre que par ce mécanisme, l'objectif est de recueillir des données auprès de groupes plus ou moins différents dans le but de vérifier nos hypothèses d'interprétation.

  - Constitution de l'échantillon (56)

Afin de répondre aux critères d'échantillonnage théorique nous avons fait le choix de réaliser un échantillonnage par choix raisonné, qui est une technique permettant l'identification et la sélection de cas riches en information, pour l'utilisation la plus efficace des données. Nous avons donc cherché à constituer un échantillon présentant une variation maximale entre le sexe, l'âge, les types de pratiques, lieu d'exercice et les niveaux d'expérience.

  - Taille de l'échantillon (56)

Dans une étude qualitative, l'échantillonnage est réalisé de manière non statistique. Par conséquent, l'accent est mis sur la saturation de données, c'est-à-dire l'obtention d'une compréhension globale en continuant d'échantillonner jusqu'à ce qu'aucune information nouvelle ne soit acquise. La saturation de données a été obtenue à partir de 9 entretiens et la taille de l'échantillon finale a été de 13 praticiens.

- Population étudiée :

Afin de répondre à notre question de recherche nous avons étudié une population de médecins généralistes travaillant en Basse Normandie.

- Présentation de l'échantillon :

Afin de remplir les critères de représentativité de l'échantillonnage théorique nous avons inclus des participants aux caractéristiques variées et qui étaient tous médecins généralistes ou en cours de cursus de formation de médecine générale :

- Sexe féminin ou masculin
- Tout âge
- Installé ou non
- En cours de formation ou en exercice
- Exerçant en cabinet rural, semi urbain ou urbain
- Travaillant en équipe ou de manière isolée
- Délivrant des certificats d'absence de contre-indication pour les sports sans contraintes particulières
- Réalisant des ECG ou non

- Mode de recrutement :

Le recrutement s'est fait selon deux modalités. La première étant fondée sur la base de praticiens ayant déjà rencontré le chercheur et par un recrutement de type « boule de neige », un entretien en appelant un autre, avec l'émission par le sujet interrogé d'un nom d'un autre médecin généraliste qu'il estime pouvoir apporter une autre expérience. Ce mode de recrutement ayant été appliquer pour 4 entretiens. Un total de 13 entretiens a donc été réalisé, les données sociodémographiques sur les profils des sujets interrogés sont rapportées dans le tableau 1. Les médecins généralistes étaient contactés soit directement par le chercheur soit par appel téléphonique en leur demandant leur accord pour la participation à l'étude. Le sujet de l'étude n'était pas précisé en détail afin de ne pas induire de biais de formation des praticiens avant la réalisation de l'entretien. Les conversations de vive voix ou téléphonique évoquait uniquement le fait d'aborder la thématique de « l'incertitude dans le cadre de la certification pour le sport ». Un entretien test a été réalisé en situation réelle dans le but d'éprouver le guide d'entretien et l'échange qui en est sorti n'a pas été introduit dans l'analyse, le but étant de finaliser le guide avant de commencer les entretiens.

II. Recueil des données :

1. La notice d'information et d'éthique

Les entretiens des sujets interrogés étaient proposés et réalisés sur la base du volontariat. Une introduction à notre travail sous forme de contextualisation, était présente au niveau de la notice d'information donnée au sujet interrogé en début d'entretien. Dans les travaux qualitatifs, le guide

d'entretien semi structuré permet de définir le déroulement de chaque entretien tout en laissant une grande liberté à l'enchainement des questions. Le déroulement de l'entretien était explicité à cette occasion avec des informations sur l'anonymisation des propos recueillis. Les informations étaient rapportées de manière confidentielle, les sujets interrogés avaient l'assurance de rester anonymes. Conformément à l'engagement de conformité de l'établissement, les interviewés ont été amené à signer le consentement concernant la participation à l'étude et l'enregistrement audio des données. Les entretiens sont conservés pour une durée maximale n'excédant pas trois mois après la date de soutenance. Les participants peuvent retirer l'interview jusqu'à la publication. Notre travail de recherche a obtenu un avis favorable du comité de protection des personnes. Il était rappelé au sujet l'importance de l'authenticité et de la spontanéité dans les réponses.

2. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien dans un travail qualitatif permet définir le déroulement de chaque entretien tout en laissant une grande liberté quant à l'enchainement des questions. L'idée est de favoriser un récit, une discussion entre le sujet interrogé et le chercheur. Le guide est fondé sur l'utilisation de plusieurs questions ouvertes abordant des thématiques auxquelles il est demandé au sujet interrogé de nous expliquer son avis, nous faire part de son expérience etc. Le tout dans le but d'amener à une réflexion sur ces thèmes. L'accent étant donné sur la spontanéité des réponses du sujet interrogé, les différentes thématiques du guide peuvent ne pas être évoquées dans l'ordre de celui-ci et il est possible que des écarts surviennent en cas de nécessité d'approfondir des notions, des idées émergeantes au cours de la conversation. L'ensemble des questions étaient ouvertes, cohérentes, neutres. Chaque question ne comportait qu'une seule idée et n'était pas connotée positivement ou négativement afin de ne pas orienter la discussion. Dans le but d'ancrer les réponses dans la réalité des sujets interrogés nous avons utilisé des formulations propices à des réponses les plus libres possibles. Des questions de relance ont été posées régulièrement afin de faire préciser des réponses, laissée au jugement de l'investigateur.

Les questions du guide ont été mise au point suite au travail de recherche bibliographique et à la suite des différentes révisions réalisées par le chercheur et son directeur de thèse. Les cinq grandes thématiques abordées à travers le guide d'entretien étaient les suivantes :

- La pratique habituelle
- La confiance dans l'entretien et l'examen physique
- La perception des risques
- Le vécu par rapport au cadre de la certification
- Propositions de changement

Les thématiques suivaient un fil conducteur partant de l'expérience du sujet pour l'amener ensuite le faire réfléchir sur ce dont il aurait besoin pour être encore plus à l'aise avec le sujet de la question de recherche. Enfin à la fin de chaque entretien une question étaient posée aux sujets interrogés afin de mettre en évidence s'ils avaient des questionnements à l'issu de l'entretien. La version finale du guide d'entretien est en annexe 1.

3. Déroulement des entretiens :

Les entretiens ont été conduits par un unique enquêteur (remplaçant en médecine générale) et se sont déroulées entre les mois de Septembre et Décembre 2019. Les entretiens ont été réalisés dans des lieux choisis par les interviewés (cabinet médicaux ou domicile). Le moment choisi dépendait des disponibilités de chaque sujet interrogé. La durée moyenne d'entretien était de 48 minutes (25 minutes pour l'entretien le plus court et 90 minutes pour le plus long). Un des sujets interrogés a été

surpris pensant en effet que l'entretien se passait par téléphone. Deux dispositifs d'enregistrement étaient utilisés à des fins de sécurité, ils étaient posés de manière discrète et n'ont jamais été manipulés au cours des entretiens afin de ne pas induire de sensation de malaise chez le sujet interrogé. Il a été primordial pour la qualité de ce travail qu'une relation de confiance ait pu s'installer entre le chercheur et le sujet interrogé afin que le dialogue soit le plus proche d'une discussion véritable et qu'aucun malaise n'y soit associé. Pour briser la glace, l'investigateur débutait son entretien en demandant à l'interviewé de raconter comment se déroule une consultation de délivrance de certificat d'absence de contre-indications pour un sport sans contraintes particulières. Il était essentiel que les attitudes verbales et non verbales soient prises en compte afin de ne pas induire le sujet interrogé. De plus, l'enquêteur pouvait exposer des faits mais ne devait en aucun cas donné son avis. Par conséquent, l'investigateur interagissait de manière neutre avec l'interviewé et sans induire de jugement. L'essentiel des interventions de l'enquêteur avait pour but la relance ou la reformulation autour du discours du sujet interrogé, sans qu'il n'y ait de stratégie particulièrement définie, le comportement du chercheur s'adaptant à celui de l'interviewé.

4. La retranscription des données :

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, en toute objectivité, au mot près grâce aux enregistrements par dictaphone. Les corpus de texte ont constitué ensuite la base du travail d'analyse. Du fait que les entretiens ont été retranscrit à l'état brut, sans aucune adaptation littéraire, ils ont la forme d'un français parlé et non écrit dans l'objectif de garder l'authenticité du discours. Tous les silences, les gestes notables, les attitudes marquantes, les grimaces ont également été retranscrits. Le temps moyen pour la transcription de chaque texte varie entre 4h à 14 h.

5. Méthode d'analyse des résultats :

- Analyse

Une première analyse des verbatims a été réalisée dans les jours qui ont suivi la réalisation des entretiens. Le principe était d'émettre à partir de données brutes des données utilisables à des fins descriptives pour obtenir ensuite une analyse interprétative. Le codage permettait de classer les données issues des entretiens dans des catégories et sous catégories puis en grand thèmes. Un second codage réalisé par un chercheur indépendant et n'ayant pas fait de recherche bibliographique (éviter les à priori sur les propos des médecins interrogés), a été réalisé dans le but de faire varier les points de vue, de mettre en évidence des notions inédites, de trianguler l'analyse des données, et d'éviter ainsi les biais liés au plaquage des représentations qui pourraient s'installer en cas d'analyse réalisée par un seul intervenant. Les différents chercheurs se sont rencontrés après chaque entretien pour mettre en commun leurs différents codages. Si les codages étaient différents un consensus sur le codage final était établi, et si les deux chercheurs avaient le même avis sur le codage à retenir, cela confortait l'auteur de sa recherche dans sa démarche. Quand, à l'issue de la triangulation aucun nouveau code venait à émerger, on atteignait ce qu'on appelle la « saturation des données »

- Logiciel Nvivo 12

Le travail d'analyse et de codage des verbatims a été réalisé à l'aide du logiciel Nvivo 12 qui permet de traiter des données qualitatives. Il permet d'analyser le contenu des verbatim tout en gardant une vision d'ensemble sur les différents codages effectués.

6. Méthodologie de la recherche bibliographique :

Les recherches bibliographiques pour cette étude ont été réalisées en français et en anglais. Elles se sont faites lors de la mise en route de l'étude pour permettre d'être à jour des données actuelles de la science et d'avoir un guide d'entretien le plus pertinent possible :

Les bases de données utilisées ont été :

- Sciencedirect, EM-consulte, google scholar, google, le portail documentaire uniCaen, pubMed, Sudoc, CISMeF, medscape

Les mots clés utilisés ont été par exemple :

En français :

- Sport
- Incertitude
- Dépistage médical
- Certificat, certification, certifier
- Dissonance cognitive
- Certificat d'absence de contre-indication
- Mort subite
- Prévention
- Médecin généraliste

En anglais (termes MesH) :

- Sport
  uncertainty
- Médical screening
- Cognitive dissonance
- Sport pre-participation certificate
- Sudden cardiac death
- Prevention
- General practionner

Troisième partie : Résultats

Données générales sur les entretiens

Treize entretiens ont été réalisés entre le mois de Septembre 2019 et le mois de Décembre 2019.

- Lieu : onze médecins généralistes ont été interrogés à leur cabinet, deux autres se sont déroulés au domicile.
- Durée : L'entretien le plus court a duré 25 minutes et le plus long a duré 90 minutes, avec une durée moyenne d'environ 48 minutes par entretien.
- Les entretiens sont classés par ordre chronologique de réalisation et sont désignés par la lettre M suivie d'un chiffre. La notation M1 correspond donc au premier médecin interrogé.

Caractéristiques sociodémographiques :

L'échantillon se compose de 5 femmes et de 8 hommes. L'âge de la population interrogée s'échelonne de 28 à 58 ans. Dans la population féminine, l'âge varie de 28 à 43 ans et dans la population masculine, l'âge varie de 28 à 58 ans. Neuf des praticiens interrogés exercent dans un environnement semi urbain, trois médecins exercent en rural et un médecin exercent en urbain. L'ensemble de ces caractéristiques est résumé dans le tableau 2.

Médecin	Sexe	Age (ans)	Type d'activité	Lieu d'exercice
M1	H	nc	MG installé	Semi rural
M2	H	49	MG installé	Semi rural
M3	H	28	SASPAS	Semi rural
M4	F	43	MG installé	Semi rural
M5	H	58	MG installé, expert en assurance	Semi rural
M6	H	58	MG installé	Rural
M7	F	31	Remplaçante thésée	Semi rural
M8	F	34	MG installée	Semi rural
M9	H		MG installé	Semi rural
M10	F	28	Remplaçante non thésée	Semi rural
M11	H	nc	MG installé	Rural
M12	H	nc	MG installé	Urbain
M13	F	40	MG installée	Rural

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins interrogés

Analyse thématique

I. La consultation :

1. La consultation de délivrance du CACI :

L'ensemble des médecins généralistes ont semblé très attacher aux avantages en terme de suivi des patients que permet la consultation de délivrance de certificat d'absence de contre-indications pour le sport sans contraintes particulières.

a) Une consultation ancrée dans les mœurs de la société

Une consultation incontournable en médecine générale :

Au cours des entretiens, des médecins se sont exprimés sur leur vision du sport comme élément d'équilibre de vie :

De cette façon, la consultation s'intégrait dans une démarche positive à laquelle ils attachaient une certaine importance.

M2 : *« Bah pour moi le sport c'est vraiment inclus dans une démarche de vie de … de « je veux aller loin, donc je me fais du bien » par parce… […] Pour moi le médecin il est dans l'assiette … donc c'est un tout […] C'est vraiment inclus dans une philosophie de vie et de : « je suis responsable de mon corps » dans le sens où j'inclus le sport dans mon « traitement » on va dire entre la diététique et puis tout le reste. »*

M7 : *« Ouais un peu tu vois… comme si que l'activité du corps humain… bah tu vois… bah oui… ça…ça englobe tout… Quelqu'un qui ne mange pas bien ne pourra pas être forcément efficace au sport… quelqu'un qui ne dort pas devrait plutôt faire du sport pour mieux dormir… »*

« Euh… qui est plutôt dans une démarche positive… ça m'enchante plutôt de lui signer… »

M9 : *« Mais bon… globalement… je crois qu'il faut les inciter à faire du sport, nos patients… »*

« Mais il y a quand même, plus de bien fait à faire du sport qu'à ne pas en faire quoi… »

Pour des praticiens, la consultation était surtout l'occasion de faire un examen global du patient

:

M1 : *« j'en profite finalement pour venir faire des trucs qui finalement me paraissent plus utiles, mise à jour des dossiers, le recueil d'antécédents familiaux, même s'ils ne vont pas forcément venir impacter beaucoup la délivrance ou non du certificat »*

M2 : *« en fait, c'est pas rapport au sport, on en profite plus pour faire un examen de dépistage, de médecine générale »*

M7 : *« Parce que j'estime que je ne fais pas que… humm (en tapant la main sur la table) … que signer « le truc » du sport… Je fais une consultation beaucoup plus globale… j'ai l'impression… On a l'impression que je fais ça super bien … mais j'ai l'impression de faire quelque chose de plus globale que juste ça… tu vois ? »*

Deux des médecins interrogés se sont exprimés sur le nouveau type de relation médecin malade que permettait cette consultation. Pour eux, le fait qu'il n'y ait pas de pathologie aiguë impliquée leur permettait d'avoir un contact différent avec le patient.

M7 : *« Il n'y a pas de problème aigu quoi… donc, moi ça ne me choque pas du tout, en fait. »*

M9 : *« (me coupant) pas de pathologie… je veux dire… le motif… il n'y a pas de plaintes, je veux dire… donc euh… enfin moi… j'ai l'habitude de… euh… enfin peut-être pas … de… dès qu'un patient rentre… on fait un diagnostic très très vite quand même. […] On a l'habitude quand même, d'analyser… on est déjà orienté sur un diagnostic… bon, bah peut être pas, parce que parfois on se plante mais là non… on a un esprit un petit peu différent »*

Deux des médecins interrogés voyaient la consultation comme un rituel inscrit dans les mœurs. Celui-ci semblait convenir au patient et au médecin.

M7 : *« Moi ça ne me choque pas du tout… ça ne me choque pas du tout… et euh… du côté du patient, alors… soit c'est rentré dans les mœurs, c'est… voilà… à la rentrée, c'est TAC… je me prévois mon rendez-vous pour venir faire ce certificat de sport. […] Euh… je n'ai pas l'impression que ça soit mal vu, du côté des patients… »*

M9 : *« Bah c'est toujours pareil… si on n'en dépiste jamais… qu'on en fait pendant dix ans et qu'on ne dépiste rien, bah oui… on va dire : « ils ont raison » mais il suffit d'en dépister un ou deux… mais au moins, on l'a fait quoi… »*

Un attachement relatif au politique de prévention

Des médecins ont exprimé leur avis favorable sur les politiques de dépistage et de prévention véhiculées par les consultations de délivrance de certificat d'absence de contre-indications. Certain suivait les propositions des sociétés savantes et des avis d'experts. Ils pensaient répondre alors à la notion « d'obligation de moyens ».

M8 : *« Mais … voilà, au congrès on nous dit qu'il n'y a pas de recommandations à dire : « il faut à tout prix un ECG mais le médecin il a cette obligation de moyen » … Donc comme j'ai acheté l'ECG pour le dépistage des AC/FA … enfin, voilà… pour autre chose… Je me dis, « voilà, il est là cet ECG donc… euh… donc, du coup je peux me donner le moyen de faire ça lors de ces consultations […Oui… et je pense que même si je n'avais pas débuté… C'est le fait d'avoir été à ce congrès, l'actualité enfin voilà… c'est… »*

« Je n'aurais pas fait ce congrès et les principaux signes à rechercher, on m'aurait dit : `obligation de moyen et pas de résultats', je n'aurais pas fait… je n'aurais pas l'électro… Parce que justement, je me dirais… : « je le fais, mais qu'est-ce que je recherche ? »

Mais ces politiques n'ont pas fait l'unanimité parmi les praticiens interrogés. Ainsi, pour un des médecins, il s'agissait en fait plus d'une problématique culturelle.

M1 : *« j'ai l'impression que c'est plus une culture sociétale d'aller chercher… de penser que le dépistage est forcément bien et qu'il n'a pas d'effet secondaire, et qu'il est forcément efficace... Alors que les données de la littérature ne le montrent pas. On le voit pour la mammo, pour le dépistage du cancer de la prostate »*

D'autres praticiens s'étaient exprimés sur la notion du risque zéro. Pour eux, la culture du risque zéro ne leur semblait pas compatible avec la pratique du sport.

M1 : *« Choisir de faire du sport alors qu'on a peut-être une cardiopathie à risque de mort subite, mais quel est le risque de faire du sport ? Parce qu'il a une chance sur dix, une chance sur deux ou une chance sur un million de mourir avec cette maladie-là. Si tu ne connais pas cette donnée c'est pas facile de choisir »*

M6 : *« moi ce qui me gêne, c'est qu'on est toujours dans cette idée de risque zéro. »*

Un médecin s'est exprimé sur le besoin de notre société actuelle de toujours avoir besoin de désigner des responsables :

M5 : *« Mais ça en France, on ne peut pas parce qu'on est dans une société de victimologie… on pourrait leur dire : « Monsieur, vous ne ferez pas de rugby parce que vous avez eu un trauma… vous avez été sonner… vous avez fait un … un … choc… encéphalique… maintenant, vous voulez y retourner… démerde toi mon grand ! Moi je ne suis pas d'accord… » […] Et là, on envoie la responsabilité sur le patient… enfin sur le sportif… et lui, il choisit… […] Mais en France, on ne peut pas faire ça. »*

Une consultation très influencée par le sportif et son sport

Un certain nombre de médecins interrogés ont admis que leur implication dans la consultation pouvait varier en fonction du profil du sportif :

Le choix du sport avait également son importance dans la façon d'aborder la consultation.

M4 : *« Oui, parce que c'était… Euh… directement lié à leur pratique sportive leurs problèmes, donc à un moment j'ai dit « non, à un moment il faut arrêter »*

M5 : *« Mais non, je ne fais pas toujours ça, sur des sports… plus… euh… plus banaux… genre euh… la randonnée des vieux ou le golf ou des choses comme ça… ça ne m'apporte rien de faire un examen cardiovasculaire poussé, parce que de toute façon la puissance développée, c'est celle que l'on a tous les jours, donc euh… aucun intérêt. »*

M6 *:* *« Ce n'est pas le fait que ça soit en club ou en non club… c'est le fait que l'activité entraîne des contraintes physiques supérieures à la vie de tous les jours, et à la vie que des fois les gens font en temps normal avec un risque plus important… »*

M7 *:* *« Alors que là, c'est un monsieur qui est assez sportif, qui fait de la voile, du bateau tout ça… »*

M9 *:* *« C'est bien ça qu'il faut retenir… voilà… après, ça dépend du type de sport aussi… (joue avec ses clefs) … il y a des sports de très haut niveau mais en général, là ils vont voir un médecin du sport, plus spécialisé… »*

M10 : *« Par exemple, les dames de soixante ans là… qui font de la gym… ça leur va très bien ! Je les vois très bien là-dedans… je ne leur signerai peut-être pas… enfin voilà… je leur signerai difficilement un certificat pour faire du badminton en compétition ou comme on a dit… de la longue distance en course quoi… »*

M13 : *« Alors, les situations ça va dépendre, je pense d'une part du type de sport et d'autre part, de l'âge. C'est-à-dire que des sports à haut rendement, comme le badminton à St Jean des Champs, il y a un club de badminton… le football, la course à pied, tennis… là effectivement, je vais m'entourer d'un peu plus de garanti que quand c'est de la marche volontaire ou de la gym volontaire ou de la danse… voilà, je vais être un peu plus exigeante et puis après 40 ans aussi, en général, j'exige un petit peu plus d'examen qu'avant quarante 40 ans. »*

Ancrée dans la formation professionnalisante :

Une partie des médecins interrogés trouvait l'origine de leur pratique dans la formation et les cours donnés au cours de leurs cursus universitaire (formation théorique et stage pratique)

M2 : *« J'ai appris, comme ça… mes maitres de stage que j'ai dû avoir, j'ai dû en faire au tout début »*

M3 : *« bah après c'est avec un les différents stages que l'on voit, c'est vrai que… avec les différents médecins en premier niveau »*

M7 : *« Et bien en fait, je me suis aussi vachement inspiré des médecins traitant j'ai vu pendant mes stages ; et chacun m'a apporté un petit truc supplémentaire. […] Donc il y a quand même du mimétisme c'est vrai… par rapport à des pratiques que j'ai pu voir. Euh… tu vois typiquement, les hernies, il n'y avait qu'un médecin dans un cabinet qui me disait… « il faut toujours… vraiment c'est important, le patient il est tout nu, il faut que tu lui enlèves tout, tu regardes vraiment tout ça. »*

M8 : *« Euh… la pratique de base, c'était inspiré de… mes anciens maîtres de stages… »*

M10 : *« Bah déjà… la formation théorique qu'on a eue, dans toutes nos études de médecine qui… C'est un examen clinique euh… (cherche ses mots) standard, quand même… enfin, avec tout l'interrogatoire et l'examen physique… […] Après… aussi par euh… les études de médecine pratique, en stage de premier niveau et SASPAS où bah… c'est la répétition, hein, de toute façon… c'est un peu ce que fait notre maître de stage en … voilà… si on juge que c'est bien, on le fait, voilà… peut-être ce qui n'est pas bien non plus »*

M11 : *« A la formation qu'on avait eu ensemble… »*

Pour d'autres, leur pratique était également le fruit de leur expérience personnelle.

M2 : *« Quand j'y passais moi, quand j'étais patient… […] J'ai toujours… à chaque fois que j'allais faire un sport j'allais chez mon médecin »*

M5 : *« Bah de trente ans d'expérience […] Bah là… oui… C'est parce que j'ai fait pleins de métiers en fait… dans la médecine »*

M6 : *« Mon expérience…mon vécu… et puis le fait que je n'ai jamais eu d'ennui particulier (rire), ce qui n'est absolument pas une preuve, on est bien d'accord (rire) »*

M7 : *« Mais d'un côté, tu vois bah… le Ruffier… quasiment tous les médecins le faisait… et moi, je ne le fais pas au final. Donc je m'inspire…et d'un côté, je fais aussi des trucs à ma sauce comme j'ai envie. »*

M8 : *« Ouais… je pense que c'est le… c'est … l'expérience, c'est le gens qu'on croise, et c'est… c'est… enfin… notre pratique, on essaie de pousser davantage dès qu'on… dès qu'on croise certains… certains cas. »*

Quelques praticiens déclaraient que leur pratique était le résultat de leur questionnement personnel ou des résultats d'échanges informels :

M1 : *« Mais après on échange aussi dans le cabinet avec les médecins du cabinet, ce qui permet de confronter un peu les idées et de voir s'il y a des petites choses qui pourraient bouger quoi… »*

M7 : *« […] Après c'est marrant parce qu'on échange quand même pas mal quand on est dans un cabinet de groupe et que tu travailles avec d'autres médecins, d'autres remplaçant… »*

M10 : *« […] j'avais discuté avec euh… un interne qui faisait médecine du sport, qui m'avait dit qu'il n'y avait aucune… euh… […] Oui… bah, c'était un co… enfin, ce n'était même pas un co-interne… c'était un étudiant qui avait fait toutes ses études avec moi, voilà… qui lui, a fait médecine générale mais un DESC de médecine du sport et en discutant, comme ça… pendant un cours euh… je ne sais plus, on avait parlé de ça comme ça… de manière informelle quoi… »*

M13 : *« […] par des discussions en groupe de pairs, parce que je fais partie de groupe de pairs et euh… et voilà, il y avait toute une discussion par rapport à ça… et puis cette lecture de l'étude italienne, et puis aussi le fait qu'aussi, je n'étais pas du tout satisfaite de faire dix flexions et de signer le papier… »*

Quelques médecins admettaient que les médias pouvaient avoir une influence indirecte sur leur façon de pratiquer :

M1 : *« pas par le biais de drames, parce que souvent c'est ça, les gens s'impliquent quand il y a un événement de mort subite, on vient dire, il ne faudrait plus que ça arrive, on est tous d'accord là-dessus mais après il faut quand même un peu rationnaliser sur tous les gens pour qui ça n'est pas arrivé… »*

M8 : *« Là, voilà le fait d'avoir eu des actualités… »*

« Oui ! on n'en entendait pas autant parler avant… enfin je ne sais pas… avant je n'étais peut-être… avant, je n'étais pas dans le milieu médical… mais je trouve qu'on en entend beaucoup parler ces dernières années. »

La littérature était également une source d'information pour certains médecins. Ils adaptaient leur pratique en fonction des différentes données bibliographiques acquises.

M1 : *« […] du coup j'avais été obligé de chercher avant la biblio et lui avait donné plutôt la version de la société de la médecine du sport. Donc la littérature est le gros truc… »*

M4 : *« en formation, en lecture de recommandations et j'ai essayé de faire un mix de tout ce qui est recommandé, praticable et au départ… »*

M9 : *« Je l'avais lu… il faudrait que je revois les tablettes, je ne peux pas te donner les références, mais je l'ai lu… »*

M12 : *« Je pense qu'au moins… si on me dit que l'étude italienne a été remise en question, ça m'avait paru très intéressant à l'époque… »*

M13 : *«[…] et puis cette lecture de l'étude italienne… »*

Pour quelques praticiens interrogés l'influence des transferts d'expérience semblait importante dans leur façon de pratiquer la consultation de délivrance d'un CACI.

M7 : *« […] c'est quand même forcément mieux… ça pourrait être toujours être quelqu'un de ta famille ou quelqu'un… […] Quand tu te mets de ce côté-là, cette personne ça pourrait être : « pas juste n'importe qui… »*

M8 : *« Bah, je me dis que c'est peut-être utile… alors peut-être parce que… euh… le Dr *******, tu sais à qui j'ai succédé… […] Elle a perdu un de ses fils voilà… sur un arrêt… un arrêt cardiaque, une mort subite… […] Je pense que… bah ouais… je me dis que… ça arrive… donc euh… donc… forcément, même si ce n'est peut-être pas le bon moyen de dépister les choses… et que… Pour ce cas-là… pour ce médecin qui a perdu son… son jeune fils… c'est… ce n'est pas forcément… ça n'aurait peut-être pas été dépister par un électro… aucune idée… mais du coup, le fait que ce soit quelque chose de réel, qu'il y ait des cas… réels, récents… bah on se dit que ça vaut le coup de se donner le moyen d'essayer. »*

M10 : *« si je me mets à sa place, de l'imaginer, triste, inquiet, incertain… parce que souvent, on ne peut pas dire exactement ce qu'il se passe… c'est… je me mets à la place du patient en me disant… […] Ouais ! C'est une histoire de transfert ! (rire) »*

Pour un des médecins, sa pratique était le fruit d'une certaine routine qui semblait avoir fait ses preuves.

M6 : *« je dirai que c'est une certaine routine mise en place qui fonctionne et je n'ai pas forcément de raison de modifier »*

b) Des praticiens confiant dans leurs compétences

Une partie des médecins interrogés étaient relativement à l'aise avec la consultation de délivrance de CACI. Cette aisance était en partie dû à leur confiance en leur capacité de mener un examen clinique satisfaisant pour délivrer ce certificat.

M3 : *« Entretien, examen physique, j'ai plutôt bonne confiance dans ce que je fais … euh… je ne remets pas trop en doute ce que je fais »*

M6 : *« Je ne me sens pas en difficultés dans ce travail-là… »*

« Euh…Pour l'interrogatoire, bon ça par contre, je n'ai aucun problème, c'est quelque chose que je domine bien, que j'ai beaucoup travaillé dans le cadre, je me suis même un peu spécialisé. […] puis pour l'examen clinique, je pense faire un examen clinique de qualité, simplement il n'est sûrement pas exhaustif, on peut toujours chercher plus… »

M7 : *« C'était quand même assez facile… c'était une situation on va dire un peu à la cool »*

M8 : *« Pour l'entretien… oui et pour l'examen… l'auscultation, je dirai que… oui… parce que je connais les patients... »*

M9 : *« Bah justement, moi j'ai toute confiance quand tous les paramètres sont au vert… »*

M10 : *« En gros, si on résume… la plupart du temps, j'ai confiance parce que la plupart des certificats qu'on signe je sais de quoi il s'agit et j'arrive avec l'interrogatoire à savoir si la personne elle en fait depuis longtemps et tout ça… souvent, les débutants ne font pas en compétition… la plupart du temps ça va… »*

M11 : *« Bah tout ce qui est physique, je maîtrise !*

Si le mec il est cul de jatte ou… On va le voir tout de suite… après tout ce qui est physique, tu vois le mec quand tu regardes la statique, tu vois s'il y a des problèmes au niveau… comment… euh… une scoliose, des pieds « comme ça », une bascule du bassin… »

c) Motivations et objectifs de la consultation

Les objectifs de consultation ont semblé varier en fonction des praticiens :

Pour quelques praticiens parmi ceux interrogés, l'objectif de la consultation est de faire de la prévention.

M5 : *« Bah moi le certificat il ne sert qu'à faire de la prévention… pour moi, c'est l'occasion de voir des gamins qu'on ne voit jamais, c'est l'occasion de parler vaccination ou voire même de contraception, d'environnement de travail… de choses comme ça… »*

M10 : *« Ça veut dire, souvent chez les jeunes, je vais leur parler un petit peu de tabac, un peu de conduite à risque sexuelle, addictive et d'autre chose comme ça… »*

D'autres médecins voyaient dans la consultation l'occasion de faire du dépistage à l'aide de l'interrogatoire

- Des profils à risques :

M7 : *« je recherche tous les problèmes cardiologiques, soit personnel soit familiaux… l'antécédents de morts subites, qui est un peu aussi pareil quoi… c'est le truc à ne pas louper pour moi… euh le tabac forcément… et puis les signes fonctionnels… tout ce que je vais rechercher pendant l'entretien »*

M8 : *« Oui… ça dépend du contexte… ceux qui fument aussi, ça peut être l'occasion de leur dire d'arrêter de fumer… voilà… »*

M10 : *« […] dans l'interrogatoire, vérifier qu'il n'y a pas de chose à faire en plus, si on un monsieur par exemple, de quarante-cinq ans qui a des antécédents chez son frère ou chez son père, d'un infarctus jeune on va prêter plus d'attention à toute la sphère cardiaque qu'un autre… »*

« Euh… ça permet quand même chez les jeunes de vérifier qu'il n'y ait pas un asthme sous-jacent, un asthme d'effort… »

M12 : *« … la reprise… vraiment la reprise d'activité… […] Moi j'ai connu la mode du squash, alors les mecs ils ne faisaient rien pendant quinze ans, ils se tapaient un infarct' pendant qu'ils jouaient au squash quoi… parce que c'est un sport vachement violent et s'ils me disent : « bon, je reprends mais je voudrais vraiment courir » ou si le mec il me dit d'entrée de jeu « c'est pour un marathon » « vous n'avez pas couru depuis quand ? » « Depuis dix ans » … je ne le laisse pas faire »*

M13 : *« je vais me dire : « attention, il est diabétique… » « attention, il est tabagique… » « attention… il a… il fait un peu de cholestérol », mais ça va être plus effectivement intuitif en fait… »*

- Identifier des drapeaux rouges et les signaux d'alarmes

M1 : *« Et finalement, je demande en gros : « Est-ce qu'il y a des plaintes ? » puisque j'ai l'impression qu'en présence de plaintes ou en absence de plaintes ce n'est pas la même chose, du coup est ce qu'il y a des plaintes de symptômes à l'effort ? […] Moi c'est mon truc, il y a des symptômes ou il n'y a pas de symptômes. Il n'y a pas de symptômes c'est du dépistage, on connait la probabilité d'avoir une maladie cardiovasculaire, voilà… »*

M2 : *« […] mais c'est clairement il y avait une notion de douleur à l'effort ou de… même chez des jeunes des fois… de douleur à l'effort ou une tension ou quelque chose qui ne va pas […] troubles du rythme déclenché par l'effort… »*

M7 : *« Evidente ! Une douleur thoracique… n'importe quand… même si c'était il y a six mois ou un truc comme ça… Tu vois, tu as des « gros » … des gros éléments en tout cas… qui te font… »*

M10 : *« Les signes fonctionnels cardio… Parce que s'il y a un des trois ou plusieurs des trois, là, je vais quand même axer sérieusement mon histoire, dans ma tête, il va y avoir : « drapeaux rouges, pas de signature » et on va axer sur ce problème-là (en tapant du doigt sur la table) »*

« […] vérifier s'il n'y a pas des drapeaux rouges à vérifier par l'interrogatoire… »

M12 : *« non mais, c'est les facteurs de risque, ça clignote »*

Pour d'autres, le dépistage s'effectuait par l'intermédiaire de l'examen physique :

- Des anomalies cardiologiques

M3 : *« Au niveau de l'examen clinique moi je cherche toujours la présence de souffle notamment, surtout chez les jeunes »*

M10 : *« […] et ensuite, l'examen clinique si on reprend par pôle… l'examen cardiaque, qui est pour moi, indispensable, je vais rechercher déjà un trouble du rythme que l'on entendrait à l'oreille ou un souffle... qui… »*

M11 : *« Alors les souffles ! Bien sûr ! Les souffles… ils ont souvent déjà été explorés, mais ça arrive que… moi je sais que… parfois, je vois des patients, je les écoute ils ont un souffle… ça me… ça ne m'interpelle pas forcément… mais le jour où ils viennent pour un certificat de sport ça m'interpelle plus ! De lui dire : « bah ouais, peut-être qu'on devrait peut-être quand même explorer le truc… »*

M13 : *« Alors au niveau cardiaque, surtout un trouble du rythme et ou un souffle, et au niveau pulmonaire bah éventuellement des crépitants, ou une insuffisance respiratoire… je leur demande s'ils ont des douleurs. A l'interrogatoire je leur demande quand même s'il y a des douleurs thoraciques à l'effort ou une gêne respiratoire. »*

- Des anomalies autres que cardiologiques *:*

M4 : *« Et donc vérifier, la croissance, l'absence de scoliose, de problème visuels ou dentaire qui seraient à dépister mais ça c'est… quasi … c'est à côté de la question que tu viens de me poser. »*

M10 : *« […] Je vérifie le poids, la taille… vérifier… voilà, qu'il n'y ait pas une obésité qui commence, ce genre de trucs… euh… et puis chez… la sphère psychologique aussi, on en profiter… « est ce que ça va bien dans tes études ? » et chez les adultes pareil… euh... c'est des consult' … je trouve… quand il n'y a que ce motif là… »*

Pour une partie des médecins interrogés, la consultation permettait d'adresser le patient vers un spécialiste, si besoin était :

M3 : *« En fait, c'est vraiment pour orienter vers le cardiologue si je retrouve des symptômes… s'il y a des symptômes »*

M8 : *« Contre indiquer ou orienter vers un médecin spécialisé »*

Pour d'autres, la consultation est l'occasion de faire un examen annuel, notamment chez les enfants

M4 : *« Si on veut être simple… euh… pff… (Cherche), ça me fait faire un à côté, c'est que ce certificat, c'est quand même excellent pour faire l'examen annuel des enfants. »*

M9 : *« Voilà, donc je dis que ça sera l'occasion de regarder un petit peu les vaccinations, regarder un petit peu le dos, les pieds tout ça… […] Donc poids taille… hein… généralement, j'essaie quand même pour euh… pour dépister les surpoids, de les mettre sur la courbe, là on a un peu plus le temps aussi, ça permet de voir si l'IMC ne s'échappe pas… euh… et puis… je… je regarde les pieds, le dos et puis un examen cardiovasculaire… »*

M10 : *« Voilà, c'est ça… mais pour les enfants je pense que c'est quand même intéressant jusqu'à 18 ans que… »*

Pour un des médecins un des intérêts de la consultation était de permettre la mise à jour des dossiers des patients *:*

M10 : *« (Silence) alors… euh… déjà, le certificat de non contre-indication, il permet de… de poser bien les choses, de… Mettre à jour le dossier, de vérifier qu'il n'y a pas de nouveaux antécédents, des traitements et ensuite… donc, déjà et ensuite, l'examen clinique si on reprend par pôle… l'examen cardiaque, qui est pour moi, indispensable, je vais rechercher déjà un trouble du rythme que l'on entendrait à l'oreille ou un souffle... qui… »*

Un médecin voyait dans la consultation une capacité à définir une aptitude. En effet, il décrivait évaluer s'il existait une adéquation entre le sport choisi et le sportif.

M5 : *« Ce n'est pas pour ça que je le fais… je n'ai pas envie… Je n'ai pas envie que mon patient prenne un risque par inadéquation entre ses capacités et ce qui va être proposée comme activité »*

« Je n'ai pas envie que mon patient prenne un risque par inadéquation entre ses capacités et ce qui va être proposée comme activité »

Des médecins expliquaient que pour eux la consultation de délivrance de CACI était l'occasion de participer à l'éducation du patient. Cela se traduisait en fait par une information donnée sur le risque lié à la pratique des sports :

M4 : *« Et ça c'est quelque chose que je fais de plus en plus… même chez les personnes qui n'ont pas de contre-indications au sport, je mise sur leur éducation à ne pas faire de « bêtises » parce que c'est un petit peu la chose que l'on craint, finalement »*

M6 : *« Et puis …. Et puis après je dirais que c'est très rare que je le refuse… parce que j'aurais plutôt tendance à dire aux gens d'adapter leur activité, à part si vraiment, quelqu'un vient en me disant j'ai envie de courir un marathon dans 2 mois, je n'ai jamais couru, je vais lui montrer clairement, que je ne vais pas signer d'aptitude à un sport qui me paraît, sans préparation. Je fais plus en sorte de dire aux gens de faire ce qu'ils ont envie sans prendre de risque »*

M13 : *« Traumato et articulaire ! Donc pareil, les gens de 40 ans qui commencent la course à pied, qui me disent : « je m'entraîne à fond pour faire un marathon », je dis : « visiblement, vous aimez beaucoup courir, donc il faudrait mieux diversifier les pratiques sportives plutôt que de courir 3-4 fois dans la semaine, une heure, parce que vous allez vous bousiller les genoux et puis un jour, et bien ça va s'arrêter »*

Seul un médecin s'est exprimé sur la capacité de la consultation à répondre à une demande de réassurance implicite du patient :

M1 : *« Des fois on sait même que c'est inutile d'examiner mais pour autant, voilà, sur la communication, sur le ressenti de la consult', on a l'impression que l'examen est important pour les gens »*

Un autre médecin a été le seul à penser que la délivrance de CACI était l'occasion de transmettre une valeur au patient.

M11 : *« Je dis… « parfois… il faut être un peu con… bon bah… Il faut avoir des exigences, et autrement on en a jamais et on fait passer… et on ne fait jamais passer un certain… une certaine rigueur… parce que la rigueur qu'on veut avoir il faut la transmettre au patient ! Savoir que lui il va respecter… »*

Pour un médecin la consultation de délivrance du CACI semblait servir à se couvrir :

M12 :

« Bah ça fait longtemps qu'on nous met en garde quand on fait des certificats médicaux… ça fait très longtemps… donc, j'ai toujours fait très attention, j'ai toujours examiné les gens… je n'ai jamais fait un certificat médical de sport… alors je le fais parfois chez les enfants que j'ai vu six mois auparavant… où ils font un nouveau sport… je regarde mes notes, il n'y avait rien… je fais… mais autrement, je n'ai jamais signé un certificat médical… même pour le yoga, je fais un examen clinique »

« Mais vraiment, c'est la mort subite…. Mais voilà, il y en a régulièrement… donc voilà, c'est dire… je ne sais pas à quel point… peut être que si le gars il ne l'a pas examiné, il ne serait pas embêté… mais je me suis toujours dit qu'il vaut mieux mettre un petit mot, comme quoi j'ai posé au moins les questions qui me paraissent essentielles. »

Pour de nombreux autres praticiens interrogés, la consultation semblait être surtout l'occasion d'aborder d'autres sujets :

M1 : *« ... mais il y a eu d'autres motifs de consultation qui venaient se greffer à ça. On a parlé beaucoup du reste et assez rapidement finalement de cette non contre-indication à la pratique du sport […] Ça permet d'essayer de replacer un peu les recommandations sur le dépistage de quelques maladies, en particulier chez les gens qui auraient plus de 50 ans, dépistage de certains cancers chez les femmes, frottis par exemple, les vaccins tout ça …*

M2 *:* *« Bah du coup on passe à côté … prévention. C'est vrai, qu'on se retrouve à voir des gens qui aussi en profitent pour… qui profitent de cet examen-là, pour poser d'autre questions, pour aborder des choses pour lesquels ils ne seraient jamais venu s'il n'y avait pas eu le sport. »*

M4 *:* *«[…] Puisqu'il faut donner une utilité à ce certificat (pause) … euh… on se rattrape quand même, ça nous permet de refaire le tour de la situation avec les patients, quand on a le temps. […] Ce sont vraiment qui sont vraiment profitables parce que ça permet vraiment de faire le point sur tout, sur la santé en général, sur les dépistages etc… ce qui finalement, n'a rien à voir avec le sport mais bon… on en profite pour notre côté médical. »*

M7 : *« Mais ça c'est plutôt… Tu vois, c'est sympa de discuter… Parce qu'au final, quand tu fais un certif, bah tu discutes d'un peu de tout… de la vie en général, des activités, après tu fais de la prévention, tu fais ton examen machin… tu vois…*

Parce que moi… Je refais un point sur les vaccins, sur … est ce que … mammo… dépistage cancer colo rectal, s'est fait ?

En fait, c'est… Et cette consultation, elle est assez typique… Limite, j'y pense plus à demander ça dans cette consultation là… que chez quelqu'un qui vient pour un renouvellement d'ordonnance »

M8 : *« Oui… ça dépend du contexte… ceux qui fument aussi, ça peut être l'occasion de leur dire d'arrêter de fumer… voilà… »*

2. Place de l'ECG dans la consultation

a) Pratique de l'ECG :

Quelques médecins ont exprimé pratiquer un dépistage par ECG au cours de la consultation

M8 : *« Pour les jeunes patients, à partir de 12 ans, je commence à faire, moi, des ECG en systématique, jusqu'à 35 ans. A partir de 35 ans, je les envoie plutôt une épreuve d'effort ou autre centre médico sportif de Granville »*

M10 : *« Sauf que je me dis, qu'il faut quand même le faire… enfin… ne pas le faire, ça ne va pas résoudre le problème non plus… donc, je le fais. »*

A contrario, d'autres médecins exprimaient le fait de ne pas réaliser de dépistage ECG

M2 : *« ECG, je ne fais pas »*

M5 *: « Oui, il avait 45 ans…Il avait l'âge pour faire un bilan, mais l'électrocardiogramme de base, je pense que ça ne m'aurait rien donné du tout… je n'ai pas fait, voilà (tape sur la table). »*

M12 : *« Ouais, ouais… éventuellement… mais toujours dans le côté… je préfère ne pas faire, que de passer à côté de quelque chose… »*

Un autre médecin s'adaptait en fait en fonction de la présence ou non d'un ECG dans le dossier

M4 : *« voire même faire un électrocardiogramme si j'ai le temps… et s'il y a besoin, s'il n'y en a pas déjà un »*

Les motifs exprimés de recours à l'ECG étaient variés :

- Booster la confiance :

M7 : *« Si j'ai un ECG… j'imagine quand même que ma confiance tout de suite, elle est encore un peu plus haute… si c'est un enfant, un jeune… »*

M9 : *« […] c'est vrai que quand on a un ECG qui est… qui est … strictement normal, déjà on n'élimine pas mal de choses, ça c'est sûr… je trouve. »*

- Pratiquer un dépistage :

M9 : *« Il se trouve que j'ai dépisté deux… euh… (rejoue avec ses clefs) deux, deux, deux… euh… des PR courts… ouais, c'est ça… »*

« Puis dans le dossier… soit, je trouve que l'électro, il n'y aucune anomalie, il n'y a pas de suspicion de quoique ce soit, soit je suis… : « tiens, il y a un truc, peut-être qu'il faudrait que je vérifie » donc, il est automatique… »

M10 : *« Chez les patients un peu plus âgés, quoique on pourrait le trouver aussi chez les plus jeunes mais chez les patients âgés ou à risque… une onde T négative, enfin… les séquelles d'une pathologie ischémique ou même une anomalie que je ne saurais pas interpréter mais qu'il faut envoyer chez le cardio quoi… »*

« […] mais pour toute la population générale qui n'a pas d'antécédents familial ou personnel pour moi c'est quand même primordial de faire un ECG tous les trois ans… pour vérifier qu'il n'y ait pas une anomalie, à laquelle on serait passé à côté… ou qu'on ne peut pas entendre à l'auscultation quoi… Voilà… c'est quand même un moyen facile l'ECG de… dépister… »

M11 *:*

- *« Moi, je pense que… l'ECG est quand même… je dirai… pour nous actuellement, l'ECG c'est quand même un passage obligé quoi…*
- *Pourquoi un passage obligé ?*
- *Non… parce que je pense qu'il y a un petit gain quand même… »*

- Faire un tri

M11 : *« Non… euh… pas vraiment euh… bah, je suis assez… comment, systématique ! C'est-à-dire que s'il y a un doute sur l'ECG, pour moi c'est : « pas de certificat et cardio ». Moi… pour moi, c'est un « tri ». Notre ECG à nous, moi, pour moi c'est un tri… »*

- Que le patient ait un ECG de référence

M 13 : *« et puis après je me suis : « bon, de toute façon il est fait et ça lui permet d'avoir une trace, si jamais il va aux urgences un jour et puis c'est quand même intéressant d'avoir un électro sur soi » donc je le donne »*

b) Rapport à l'ECG :

Des médecins exprimaient une certaine confiance dans les performances de l'ECG pour le dépistage d'anomalies cardiovasculaires

M3 : *« après il n'y a pas que la mort subite, ça n'est que par rapport à la mort subite et il y a des contre-indications, là, on cible un peu plus avec l'ECG, après l'ECG il n'y a pas uniquement des malformations, on la réalise aussi dans le cadre de dépistage donc voilà… »*

M7 : *« Alors que quand même sur l'ECG… euh… Si tu as des anomalies ça te fais quand même plus… tu te dis : « là, il faut qu'il y ait une consultation cardio il y a un truc qui ne va pas etc… »*

M8 : *« Alors je dirais que pour l'ECG, je ne suis pas… toujours bien rassurée ou confiante, mais je me dis que plus j'en fais et plus je me questionne… »*

M10 : *« On est quand même bien content d'avoir ce foutu ECG en consult' quand il y a… je ne sais pas… une anomalie, je ne sais pas… une douleur tho, une onde de Pardee… ça arrive peut-être zéro fois dans une carrière, mais ça peut arriver une ou deux fois… ces deux fois-là, il sert quand même et il y a une prise en charge qui est optimisée pour le… pour le patient »*

En revanche, des médecins ont exprimé le faible taux de confiance qu'ils avaient dans la pratique de l'ECG dans le cadre de la consultation de délivrance du CACI

M4 : *« Donc, pff… je crois que … Il existe, je crois des statiques qui montrent qu'on sauve très très peu de personnes de la mort subite avec un électrocardiogramme systématique. »*

M5 : *« Mort subite… zéro… »*

« Mais tu veux trouver quoi sur un ECG ? […] Tu vas trouver une arythmie que tu vas grosso modo découvrir à l'examen clinique, tu vas trouver des blocs… bon alors là… euh… bon, c'est imparable de toute façon… un jour, il va parler le bloc et s'il ne parle pas, c'est que c'est un BAV 1 et on s'en fout et puis voilà, et tu vas trouver un gros cœur mais… sur l'examen clinique, sur les antécédents, sur l'interrogatoire, tu vas savoir qu'il a des signes. […] C'est bien rare que l'on tombe sur quelque chose de rare, quoi… »

« (En tapant la main sur la table), l'ECG aucune confiance. […] L'ECG de repos pour moi c'est… s'il est perturbé, c'est que ce ne même plus une question d'aptitude… C'est qu'il y a une pathologie… donc ça en pratique on le connaît. »

M6 : *« très peu parce que c'est quelque chose qui est par définition un peu imprévisible ! […] il faut être très clair, aucun »*

« Limiter les risques oui mais l'éliminer sûrement pas ! »

M9 *:* *« On ne peut pas tout maitriser… hein… c'est ce que nous disait d'ailleurs le cardio… de toute façon… ok, l'ECG est strictement normal... euh… ça ne garantit pas non plus tout… »*

M10 *:* *« Pour moi, je suis… on ne peut pas dire vraiment, quand même… à l'aise… parce que je te dis, j'ai toujours quand même un peu une appréhension quand je le fais de ne pas savoir diagnostiquer mais… pour moi, c'est une fausse excuse… »*

M11 : *« Parce qu'en fait, il y en a certains qui estiment que finalement un électrocardiogramme, il a peu de chances de se modifier au cours du temps, tu vois… si on le fait tous les trois quatre cinq ans, il ne va pas nécessairement se modifier euh… par contre, l'écho, enfin ton cœur, il est susceptible de se modifier justement au cours de la pratique ! Et une pratique intensive peut modifier vraiment… Donc on devrait faire une échographie. »*

« il y a un petit gain quand même à détecter des vrais troubles du rythme… je pense que c'est très peu et par contre, autant faire l'examen clinique en même temps… »

« C'est-à-dire que je pense qu'on a… on élimine certaines choses… mais euh… je… je ne suis pas persuadé qu'on soit très performant pour euh… voilà… pour détecter des troubles qui pourraient amener à une mort subite… Sauf, depuis éventuellement… ces dernières années on a une connaissance et peut être qu'on reconnaît mieux… ça ce n'est pas la première de nos compétences mais des cardions… à reconnaître des Brugadas… il y a…. il y… allez, ils ont découvert ça il y a 10 ans »

« Donc après si on fait un ECG, en cherchant une contre-indication avant la pratique du sport… ça existe p… pour moi, c'est plus casse gueule quoi ! »

M12 *:* *« Euh parce que… je ne m'estime pas assez compétent en ECG et pour trouver des… parce que c'est quand même des trucs un peu fin qu'il faut aller chercher… c'est vraiment… à la limite… je pourrais le faire pour trouver les « gros » trucs… bon une ischémie, on a zéro chance de la trouver… ou alors le gars il serait en train de faire son infarct' et ça se saurait… »*

M13 : *« Euh… moyenne… euh… confiance moyenne »*

Un seul médecin s'est exprimé sur un des facteurs limitant la réalisation de l'ECG dans le cadre de la délivrance du CACI

M6 : *« L'ECG, je le demande souvent au cardio, pour une bonne raison d'abord c'est que le mien ne fonctionne plus depuis un petit moment (rire) depuis très longtemps… […] Et là il ne fonctionne plus »*

c) Avantages de la pratique de l'ECG :

Pour quelques praticiens, l'ECG leur donnait la sensation d'être en conformité

M8 : *« Donc là, je me dis qu'en ayant fait l'ECG ou autre… il n'y a eu aucun signe… donc je me dis que j'aurais fait mon maximum… »*

M11 : *« oui, oui ! je suis assez à l'aise maintenant… alors, je suis plus à l'aise maintenant que je suis équipé de l'électro parce que j'ai l'impression… […] En fait, je ne sais pas si je suis efficace dans mon travail en tout cas je pense être en conformité ! »*

« Ouais… bah je le fais parce qu'on me le demande et j'essaie de le faire le mieux possible… donc le fait de se mettre en conformité avec les habitudes de nos paires, enfin ce qui est recommandé par nos paires, parce que ce n'est même pas des recommandations… bah, ça me tranquillise parce que je sais que de toute façon je ne peux pas faire plus… »

Deux médecins se sont exprimés sur la sensation des patients d'être « bien pris en charge »

M8 : « *mais jusqu'ici je n'ai jamais vu d'inquiétude pour les ECG … Les gens sont plutôt rassurés finalement…*

- *Et tu…qu'est ce qui fait que ça les rassure ? Pourquoi ? parce qu'on leur découvre une anomalie….*
- *Alors déjà… on découvre très rarement une anomalie… et puis quand on en découvre une, le fait que j'adresse le fax au cardiologue, que je demande avis, que je ne me base seulement sur mes connaissances de médecin généraliste, ils savent que je vais aller au bout de mon inquiétude ou de mon doute… ça les rassure ! »*

M13 : *« c'est super, vous faites un ECG… on est content ! », même les mères… les mères elles sont super rassurées de voir que je fais un ECG… mais bon, visiblement, ça ne sert à rien (rires) »*

Un seul médecin a exprimé son impression que l'ECG permettait de diminuer le risque de mort subite

M7 : *« Bah est ce que en fait… ceux… avec des problèmes particuliers… que tu détectes à l'ECG, est ce qu'au final, c'est des gens qui peuvent vivre tu vois… »*

d) Inconvénients de la pratique de l'ECG :

Plusieurs médecins ont exprimé des difficultés liées à l'interprétation de l'ECG :

M4 : *« C'est rare, les personnes qui sont susceptibles d'en faire n'ont pas forcément de signes à l'électrocardiogramme euh… je ne suis pas sûr de réussir à le voir, s'il y en a un, donc ça comment à faire beaucoup de si… »*

M5 : *« Et l'ECG, je ne suis pas assez bon pour voir s'il y a un… évidemment, s'il est BAV III… »*

M7 *:* *« Donc si l'ECG ne me dit pas… euh… (rires) … anomalie type « machin » … ou alors… il faudrait tu vois... J'aurai l'ECG et je me dis : « tiens, il n'est pas comme ceux que je vois d'habitude… » et que je re regarde… que je m'informe de nouveau et tout ça… »*

« Et l'ECG, franchement… je pense qu'il faudrait vraiment… que je demande aussi à mes collègues… je pense que je ne suis pas confiante… je dirais…mais c'est vraiment pas beaucoup… 50-60 % … »

M8 *:* *« Euh… non… du coup, parfois l'ECG m'inquiète alors que moi je n'étais pas inquiète, donc je regarde d'abord avant… et puis ensuite, quand l'ECG me retrouve une anomalie, alors que pour moi il n'y a rien de particulier…euh… […] Alors parfois, je re regarde … Je me dis : « hmm qu'est-ce que cette anomalie ? »*

« Voilà, les ECG ne se ressemblent pas forcément, il y a pas mal d'anomalies parfois… enfin… de différences, de variations, ça ne va pas spécialement m'inquiéter. Je ne vais pas forcément aller au bout de toutes les anomalies… parfois il y a des ano… il est écrit : « ECG anormal » même sur l'ECG…. Je… Je ne vais pas m'attarder… Je ne cherche vraiment que quelques signes flagrants… »

M10 : *« … Parce qu'on a peur de ce que l'on va trouver, ce n'est pas parce qu'on ne sait pas le faire. J'ai des bases en ECG, qu'on a appris au cours de notre cursus, on en a quand même mangé pas mal dans les stages, pendant l'internat, qu'on a fait… je sais lire, un ECG… mais après, je sais le lire comme un médecin généraliste le lit quoi… pas non plus… je ne suis pas rythmologue quoi… et donc, je cherche surtout… bien sûr, s'il n'y a pas un trouble du rythme… »*

M11 : *« mais l'ECG en lui-même, ce n'est pas quelque chose qui rend à l'aise, parce qu'en fait c'est presque plus difficile d'interpréter un ECG qui va être normal, comme dans 99% des cas et de savoir si ça représente une contre-indication au sport, plus que d'interpréter un ECG en phase d'urgence… parce qu'on sait ce qu'on recherche ! […] Parce qu'on a été formé à lire des ECG plutôt dans l'esprit de l'urgence ! »*

« C'est un peu ce que je te disais toute à l'heure, il y a toujours une incertitude pour l'interprétation de l'électrocardiogramme… c'est surtout ça… »

Beaucoup de médecins s'étaient prononcés sur leur peur de passer à côté en réalisant un ECG dans le cadre de la consultation de délivrance de CACI

M7 : *« Parce qu'il y a des syndromes tu vois, que l'on voyait quand on était étudiant… le Wolff parkinson white et tout ça… Mais moi, franchement, là tu me demandes ça ressemble à quoi… c'est… (silence) »*

M10 : *« Alors l'ECG… déjà, je prie pour qu'il soit normal (rire) »*

" Parce que… parce que je commence à en faire, je suis à l'aise sur les gros trucs notamment s'il y a une onde de Pardee ou un gros trouble du rythme, une AC/FA, des choses comme ça… Mais j'ai toujours un peu la trouille de trouver quelque chose qui n'est pas normal, mais que je ne saurais pas interpréter… ou voire, de ne pas le voir. C'est un petit peu mes limites. »

M12 *:* *« J'aurai trop peur de passer à côté… un QT long, un… un truc droit… donc, je préfère ne pas le faire. »*

Pour quelques médecins un des inconvénients de l'ECG était qu'il engageait la responsabilité du

médecin impliqué :

M12 : *« je me suis dit : « non, tu es en train de faire des bêtises parce que c'est opposable… » ; L'électro il devient opposable, si je passe à côté d'un retard droit, ou même un Wolff… de temps en temps… ce n'est pas comme dans les livres ! un QT court… pffft… ouais… »*

M13 : *« Alors, au départ, dans ma pratique je ne redonnais pas l'électro au patient, je ne donnais pas la feuille, parce que je me disais : « au moins, il n'a pas de preuve » et euh… »*

« Euh, pour moi en fait, je diminue le risque pour le patient, mais je l'augmente pour moi […] Alors en faisant l'ECG… le fait qu'il y ait une trace un jour on peut me dire : « bah voilà, attendez sur l'ECG, il y avait des signes de Brugada, vous ne l'avez pas vu, il y avait ça… et vous êtes passés à côté… »

e) Influence des « recommandations » :

Des médecins se sont exprimés sur la place qu'ils donnaient aux recommandations

M7 : *« parce que pour moi… mort subite, c'était associé à une anomalie sur l'ECG… »*

M10 : *« En fait, je vais plutôt te répondre que finalement… je ne me suis pas vraiment posé la question, que je l'ai appliqué parce qu'il y a eu des recommandations et en gros… on m'a demandé de le faire. »*

M11 : *« Ouais… c'est peut-être bien… c'est peut-être un peu trop centré sur l'ECG, mais je pense que c'est là qu'on a fait les progrès ! »*

M13 : *« j'avais comment… lu, l'étude italienne, il y a quatre cinq ans, qui apparemment avait prouvé qu'il y avait moins de mort subite quand on faisait un électrocardiogramme… »*

« je ne sais pas où ça en est, je croyais avoir relu depuis que… ce n'était pas si évident que ça, et donc, en fait, je ne sais pas quel est vraiment le bénéfice de faire un électro… ouais… si on garantit effectivement, la morbi mortalité au niveau de la pratique sportive. »

II. L'acte de certifier :

1. Objectifs de l'acte :

Pour un médecin, le certificat permettait de répondre à une demande légale :

M1 : *« Hmm (avec le sourire) pour les assurances ; pour le côté légal »*

Pour certains médecins, il s'agit essentiellement d'un moyen de prévention collective :

M5 : *« Je pense que c'est… c'est… moi je pense que… les responsables de… nos responsables de notre société, en particulier les responsables politiques… lancent l'idée d'un certificat médical… pour dire : « et bien dormez bien bonne gens, la nuit est calme » […] Mais… (cherche ses mots) euh… je pense en fait que…*

l'histoire des certificats médicaux, c'est pour protéger les gens, eux-mêmes, d'une façon générale et globale… pour leur dire : « ne faîtes pas cette connerie là, n'allez pas faire du squash à 85 ans, c'est une hérésie ! » […] C'est un rôle de prévention médicale… »

« Ça ne sert qu'à ça, ça ne sert qu'à prendre contact avec les gens… »
« Parce que pour moi, c'est de la prévention … de groupe… de masse, on dit : « mémère, tu ne feras pas la marche à pied avec tes copines, elles sont trop fortes pour toi »

M8 : *« c'est que… c'est utile pour le suivi, pour la santé publique… »*

Pour d'autres praticiens il s'agit essentiellement de délivrer à visée administrative, pour permettre une inscription.

M9 : *« Ah bah… (rejoue avec ses clefs) … il sert à ce que la personne s'inscrive dans le sport, dans son truc, c'est tout hein… »*

M10 : *« Je pense…si je me place moi en tant que patient… parce que ça m'est arrivé plein de fois, pour moi, d'avoir besoin d'un certificat, nous ce qu'il nous faut en tant que sportif, c'est le papier ! Je n'ai jamais analysé avant mes études, ce fichu truc ! Il fallait simplement le donner… je ne me suis pas dit : « Mais en fait… euh… il n'est pas sûr que je ne clamse pas, quoi… »*

M11 : *« je… je le fais, parce que sinon la personne ne va pas pouvoir faire son sport si je ne l'ai fait pas ! »*

Pour un médecin, le certificat permettait d'attester véritablement de l'absence de contre-indication.

M10 : *« […] un certificat en médecine, il doit attester de ce qu'on peut… constater ! Voilà… « je constate à ce jour qu'il n'y aucune contre-indication cliniquement décelable », c'est ce que je constate… ce jour-là… »*

Un médecin admit qu'il rédigeait ce certificat dans le but de se couvrir

M12 : *« Je sais qu'il ne vaut rien, mais je le fais d'un point de vue médico-légal ! C'est pour me défendre ! (Parlant fort) »*

Des médecins se fixaient comme objectif de répondre à leurs propres attentes :

M4 : *« Je pense que c'est que moi, j'attends de moi et euh... c'est la seule satisfaction à laquelle j'arrive. »*

M11 : *« Je dis… « parfois… il faut être un peu con… bon bah… » [..] Il faut avoir des exigences, et autrement on en a jamais et on fait passer… et on ne fait jamais passer un certain… une certaine rigueur… parce que la rigueur qu'on veut avoir il faut la transmettre au patient ! Savoir que lui il va respecter… »*

Pour quelques médecins, le certificat était surtout l'occasion de faire une consultation à orientation pédiatrique

M9 : *« […] et d'un autre côté, ce qui est dommage, c'est que justement par rapport aux (joue avec ses clefs) … pour mettre un peu à jour, le carnet de vaccination… et puis dépistage scoliose ! Moi, ça c'est un truc que je fais systématiquement… c'est… ça va vite hein… quand un gamin vient me voir pour une angine ou pour autre chose… je ne regarde pas son dos… »*

M10 : *« Voilà, c'est ça… mais pour les enfants je pense que c'est quand même intéressant jusqu'à 18 ans que… »*

2. Un vécu de l'acte :

a) Positif

M2 : *« Je le vis bien »*

M3 : *« Euh (hésite, réfléchi) … ça ne me pose pas de problèmes particuliers »*

M7 : *« Euh… qui est plutôt dans une démarche positive… ça m'enchante plutôt de lui signer… »*

M8 *: « Oui… donc c'est toujours un positif… »*

M9 : *« Donc, ce n'est pas une consultation qui génère du stress… »*

b) Négatif :

M1 : *« Non, je n'ai pas l'impression de me dire : « j'ai fait un bon boulot, et je suis content il va faire son sport sans aucun problème » Non, je n'ai pas ce sentiment-là. J'ai … »*

M9 : *« Bah je trouve ça bien parce que nous, ça va nous permettre de faire un peu autre chose, parce que c'est des périodes un peu … un peu chiante quand même… c'est toujours un peu rengaine… systématique… »*

M11 : *« […] parce que la question qu'on se pose habituellement : « alors, comment blinder le certificat ? comment faire au mieux »*

« Et on fait encore de plus en plus… alors que la vraie question c'est celle-là… c'est… à quoi ça sert ? Et pourquoi on accepte encore de le faire ? »

c) Ambivalence :

- Une consultation considérée comme inutile mais qui est l'occasion voir d'autres choses

M11 : *« On me le demande, je le fais en étant conscient et en… que c'est presque…. Je ne vais pas dire « inutile » mais voilà… moi, ça me permet de faire le point avec le patient. Bon, ça c'est utile, de faire le certificat pour moi ce n'est pas très efficace donc euh… »*

- Une utilité qu'en cas de découverte d'une anomalie :

M3 : *« La demande en tout cas et la délivrance aussi et que finalement c'est juste en cas de refus… Je n'en ai pas eu énormément mais c'est quand j'ai refusé que là vraiment je me rends compte que les gens sont à*

une « vraie » consultation. […] Eux ils disent : « ah bon, bah pourquoi ? » je leur explique et je leur dis : « bah voilà, il y a des … ce n'est pas qu'un papier qu'on signe quoi ! »

M5 : *« Là, il n'y a une décision que dans un sens… S'il n'y a pas de décision négative, ça ne sert à rien. » (geste du 0 avec sa main) .*

- Répondre à une demande

M11 : *« Donc je fais juste ce qu'on me demande. Mais moi, qu'un jour on nous demande de ne plus faire de certificat médicaux, ça ne me choquerait pas du tout. Parce que je pense qu'on a un gain très très faible. »*

d) Doute :

Certains médecins ont admis que leur examen physique présentait des limites, notamment pour la prévention de la mort subite.

M1 : *« L'on sait que rien n'est performant, pertinent pour aller chercher des contres indications »*

M2 : *« Non, je suis conscient des limites de l'examen et que l'on ne peut pas tout dépister d'une part, je suis conscient que même si tous les feux sont au vert, il peut arriver un truc sur le terrain en faisant du sport »*

« […] je suis conscient que l'on a beau avoir tout bon, enfin tout bien au niveau de l'examen et puis antécédents etc… Et il peut se retrouver avec une mort subite, donc j'y pense mais voilà… »

« […] après par rapport aux risques liés au sport, même si tout va bien le risque zéro ... ça n'élimine pas… »

M3 : *« […] au niveau de l'examen en soi, enfin… de toute façon il me semble que c'est assez faible ce qui est détecté au niveau de l'examen… »*

« […] je ne peux pas écarter vraiment la piste d'être vraiment passer à côté de quelque chose parce que je sais bien que ce soit la clinique ou les antécédents, ça ne permet pas de diagnostiquer enfin… »

M4 : *« […] notre examen même, parce que notre examen, franchement… Il est toujours normal ; C'est exceptionnel que l'on ait quelque chose à se mettre sous la dent »*

M5 : *« Tu te fais piéger…allez euh… 20 ou 30% des cas tu te fais piéger ! Ils ne te racontent que ce qu'ils veulent de toute façon… Donc tu te fais complétement rouler, tu pourras faire tous les examens que tu veux, tu passeras à côté »*

M6 : *« - on peut diminuer certains risques en découvrant certains troubles de conduction ou autres à l'électro, on peut très bien par l'interrogatoire qu'il y ait un risque familial un peu plus important mais on a tous des exemples de joueurs de très haut niveau qui sont passés dans les mains des meilleurs avec tous les examens et qui font quand même des morts subites, donc c'est quelque chose d'imprévisible, donc aucun […] Il faut être très clair, aucun »*

- *« Très bien. Mais tout à l'heure, vous parliez que le but de cette consultation, c'était d'éliminer le risque létal,*
- *Oui… autant faire que possible. Après je suis bien conscient de mes limites… »*

« moi ce qui me gêne, c'est qu'on est toujours dans cette idée de risque zéro. D'accord ?

Si on fait un électro, qui peut me dire qu'un électro normal… va prévenir quelqu'un d'une mort subite ? Personne ! Si je fais même une écho en plus cardiaque… Que j'ai une écho normale, que j'ai un électro normal, qui c'est qui peut me dire qu'il n'y aura pas une mort subite ? Et je peux faire une épreuve d'effort, je peux faire une scintigraphie myocardique et je peux avoir tous ces examens normaux et quand même

avoir une mort subite. A quel moment on s'arrête ? Quel est la diminution réelle du risque quand on fait tout ça ? Quel est le coût pour la société ? et quel est le rapport bénéfice coût ?

Personne ne me dit ça … et je le l'ai lu nulle part… »

M7 : *« (Soupire)… pfft… bah alors là, dans l'examen clinique… bah zéro en fait… zéro… […] Bah parce que… pfft… je peux… je peux… pour moi, je ne peux rien détecter en tout cas… je ne peux pas détecter les syndromes qui créent les morts subites… à part… vraiment, quelqu'un qui est vraiment… bradycarde ou quelque chose comme ça… mais… pfft… pour prévenir vraiment… »*

« Euh… parce que quand même, je pense que… euh… il y a des… quand j'examine mon patient au niveau cardiaque … bah … au final je prends quoi… le pouls ? j'écoute s'il y a un souffle et c'est un petit tout… »

M9 : *« On ne peut pas tout maitriser… hein… c'est ce que nous disait d'ailleurs le cardio… de toute façon… ok, l'ECG est strictement normal... euh… ça ne garantit pas non plus tout… »*

M10 : *« Après, pareil… la prise de tension, l'écoute du cœur… pfft… la chance de tomber sur un rythme déguelasse… c'est vraiment faible ! enfin… »*

M11 : *« Euh… le… à un moment donné, on estimait que de savoir s'il y avait une hypertension, des troubles du rythme détectable à l'auscultation, un souffle détectable à l'auscultation permettait de dire qu'il n'y avait pas de contre-indication à la pratique du sport, mais ça a toujours été… et on devrait peut-être l'ajouter, d'ailleurs… ça fait parti de certains critères… « dans la limite de nos moyens ! »*

Un des médecins a exprimé ses doutes lorsqu'il pensait décevoir les attentes du patient

M10 : *« Bah justement, comme on l'a dit la personne quand elle vient pour un certificat c'est une personne qui va bien et finalement quand tu l'as fait ressortir, c'est une personne qui ne va pas bien »*

« Ce n'est pas moi, de le dire… ça me… enfin, c'est notre travail…. Euh, c'est de me mettre à sa place. Ouais, si je me mets à sa place, de l'imaginer, triste, inquiet, incertain… parce que souvent, on ne peut pas dire exactement ce qu'il se passe… c'est… je me mets à la place du patient en me disant… […] Ouais ! C'est une histoire de transfert ! (rire) »

Un médecin doutait dans les situations où le délai d'accès aux spécialistes posait problème

M6 : *« c'est plutôt quand j'ai ce petit doute où je… je n'ai pas envie de le signer comme ça parce qu'il y a quelque chose qui m'embête, c'est de pouvoir avoir une réponse rapide. Évidemment, c'est ça qu'on aurait besoin, ce n'est pas forcément avoir deux mois de délai pour pouvoir avoir une réponse ou une écho… »*

« Mais c'est vrai que ça serait quand même plus confortable et ça éviterait que des fois on se dise : « ouais est-ce que je le signe est-ce que je ne le signe pas ? […] Si j'avais une réponse rapide, je pense qu'il y aurait certains certificats que je n'aurais pas signé et j'aurais attendu la réponse… »

Un médecin s'est posé la question de la validité des actes issus de l'apprentissage vicariant

M10 : *« Après… aussi par euh… les études de médecine pratique, en stage de premier niveau et SASPAS où bah… c'est la répétition, hein, de toute façon… c'est un peu ce que fait notre maître de stage en … voilà… si on juge que c'est bien, on le fait, voilà… peut-être ce qui n'est pas bien non plus »*

Des médecins ont expliqué que pour eux le CACI était une façon de culpabiliser le médecin en s'appuyant sur leur professionnalisme :

M11 : *« Ah bah la mauvaise conscience… c'est tout ! »*

M12 : *« Voilà, ce n'est pas du temps perdu ! Ça pourrait être vécu, dans le contexte actuel où on est complétement débordé, de dire : « ah bah super, ça va durer 5 minutes ! »*

Moi je ne suis pas capable de faire ça, en fait… »

3. <u>Acte perçu comme non adapté à la réalité :</u>

Des médecins avaient le sentiment que le certificat sous sa forme actuelle était inadapté.

M2 : *« Bah là, ils parlent en terme financier, donc ça… s'ils veulent arrêter, ils parlent d'abord « finance », après peut être en s'appuyant sur le fait qu'ils ont remarqué qu'il n'y avait pas de diminution de mort subite à cause d'un bon examen.*

Bah du coup on passe à côté … prévention. »

M4 : *« J'ai toujours eu le soupçon que c'était purement une affaire d'assurance… je n'en ai pas la certitude et je n'ai jamais été vérifié… peut être qu'avec ta thèse, on aura ça d'éclairci. »*

« Le problème c'est que quand tu signes le certificat pour l'année et qu'ils ont l'intervention en cours d'année… »

« Hmmm… Bah que c'est tordu comme situation, de faire des certificats pour la pétanque alors qu'il court tout seul à côté… C'est… c'est une situation qui n'est pas normale… et qu'il faudra un jour trouver à arranger ça. »

M5 : *« Mais ça en France, on ne peut pas parce qu'on est dans une société de victimologie… on pourrait leur dire : « Monsieur, vous ne ferez pas de rugby parce que vous avez eu un trauma… vous avez été sonner… vous avez fait un … un … choc… encéphalique… maintenant, vous voulez y retourner… démerde toi mon grand ! Moi je ne suis pas d'accord… » Et là, on envoie la responsabilité sur le patient… enfin sur le sportif… et lui, il choisit…Mais en France, on ne peut pas faire ça »*

« Là actuellement, je dis : « monsieur, je ne signe pas votre papier » et il repart… il va voir le copain, il sait très qu'il est asthmatique, donc 10 minutes avant, il va se bourrer de ventoline…il va aller voir le cabinet d'à côté qui n'est pas relié informatiquement, il n'y a rien dans son DMP et il dit : « bah je fais de la plongée depuis cinq ans, mon médecin n'a pas pu me prendre aujourd'hui et euh… » il lui raconte n'importe quoi… et donc, le gars, il signe et il se fait rouler. »

M6 *:* *« Si quelqu'un me dit : « ça fait 20 ans que je fais du vélo, je fais mes 100 kms tous les dimanches, j'ai envie de participer à la presqu'île qui fait 80 kms en groupe qui fait 180 kms en groupe », je ne vois pas trop de raison de l'emmerder pendant 2h alors que c'est une activité qu'il fait tous les jours, qu'il fait sans licence et que euh... Voilà, ça c'est simplement pour l'assurance de l'organisateur »*

M8 : *« Je dirai que l'on ne doit pas comme ça… créer des obligations pour le certificat… mais plutôt créer une obligation de consultation de dépistage… pour certains âge… on le fait, voilà pour les enfants, on a des consultations de suivi à certains mois… et bien, pour certains âges, voilà… les enfants, les ados, on devrait avoir une consultation, parce que parfois les patients viennent, ils pensent qu'on a « juste à signer le papier », c'est juste administratif… et euh … sans que ce soit une consultation à part entière… il y en a qui se rajoute à la consultation en disant : « et vous ne pouvez pas me signer mon certificat pour le tir ou euh… » alors que c'est une consultation pour un certificat pour l'enfant… c'est le papa qui vient avec son enfant, et lui il veut aussi qu'on signe son certificat… Le certificat pour certain patient c'est devenu administratif ! »*

M10 : *« Bah je leur demande quand même si … parce que souvent ils disent : « je cours aussi ! » quand on leur dit : « quel sport vous faites ? » « bah je fais de la natation ou du cyclisme et c'est pour ça que j'ai besoin du certif' et sinon je cours… » […] J'essaie d'en savoir un peu plus et s'ils ne sont pas embêtés quand… mais je ne vais pas chercher plus. »*

M11 : *« Mais moi je dis : « je fais le certificat parce qu'on me le demande ! », je dis : « ce n'est pas moi qui me demande… » « moi, vous me diriez » « est ce que je peux aller faire du sport ? » « bah de toute façon, ça va plutôt vous faire du bien que du mal… statistiquement…, mais là, c'est parce que c'est une … une… une institution, une fédération qui me demande un certificat, que je vous le fais ! » et à partir du moment… j'essaie d'expliquer ça, mais ce n'est pas toujours évident avec les patients, je dis : « moi… à partir du moment où on me demande de certifier… d'accord… donc je certifie, c'est-à-dire que si je certifie quelque chose, il faut que j'ai un minimum de sérieux derrière qui certifie que j'ai fait le maximum pour détecter… »*

Donc je fais juste ce qu'on me demande. Mais moi, qu'un jour on nous demande de ne plus faire de certificat médicaux, ça ne me choquerait pas du tout. Parce que je pense qu'on a un gain très très faible. »

M13 : *« Donc, je pense que c'était en fait pour arriver à un consensus pour toute activité sportive… Enfin, j'imagine que le législateur a peut-être vu les choses comme ça… enfin je ne sais pas. »*

Certains médecins interrogés ont notamment exprimé fait que le certificat n'éliminait pas le risque qu'il se passe un événement indésirable.

M1 : *« Voilà, il faut le faire parce qu'il faut le faire, on en profite pour voir s'il n'y a pas autre chose et puis après… arrive ce qui arrivera*

M2 : *« Oui, je ne sais pas pourquoi ils ont fait ça… à part le côté, dépistage que je trouve intéressant, après par rapport aux risques liés au sport, même si tout va bien le risque zéro ... ça n'élimine pas… »*

M4 : *« Et bien, ça tient à tout le reste… c'est que… si… il n'y a aucune logique qui tende… euh… qui sous-tend tout ce mécanisme de faire des certificats pour des fédérations, pour les assurances, pour tous ces…*

Dans quel but ?

Ça n'est pas clair, ou bien on nous fait croire pour tel but… Mais on sait que c'est faux, que l'on ne peut pas. Euh… comme on le disait, dans le but d'éviter les morts subites… Alors, il doit bien y avoir un autre but, que je veux bien essayer de… de profiter à cette occasion de voir les gens mais … pfft… »

M5 : *« Mais… (cherche ses mots) euh… je pense en fait que… l'histoire des certificats médicaux, c'est pour protéger les gens, eux-mêmes, d'une façon générale et globale… pour leur dire : « ne faîtes pas cette connerie là, n'allez pas faire du squash à 85 ans, c'est une hérésie ! » […] C'est un rôle de prévention médicale… […] Et ce n'est pas du tout un rôle médicolégal… pour moi, dans l'esprit c'est complétement différent »*

M8 : *« Quand tu dis que … oui… dans certains prétexte, les certificats ne sont pas utiles… J'en profite pour dépister autre chose… »*

M9 : *« Mais après, il n'y a pas d'autres moyens… mais bon ça ne me stresse pas… parce que sinon, on est d'un naturel plutôt pessimiste et il faut faire autre chose que de la médecine… parce que sinon on est… tu ne dors plus… et tu es là « j'ai signé un certificat à ce monsieur mais peut-être qu'il va lui arriver quelque chose »*

Donc là… je crois qu'on… il faut aussi … si on a fait un bon interrogatoire, un bon examen clinique, ECG normal… franchement… (en tapant à chaque fois sur la table) s'il arrive quelque chose on y est pour rien non plus… on ne peut pas tout… il peut aussi se planter en bagnole en sortant d'ici… »

M11 : *« Bah maintenant je dirai… en fait, c'est bête… Mais je le fais, mais je sais que ce n'est pas très utile…. Que je ne fais pas un acte de prévention très utile mais que je suis dans les clous… donc, voilà… pffft… ouais »*

« Ouais, exactement… et je ne certifie pas qu'il ne va rien lui arriver, je certifie juste que j'ai fait ce qu'il fallait pour éventuellement essayer de détecter des choses. »

Certains médecins trouvaient que la délivrance du certificat était trop banalisée par le patient. La délivrance perdait alors en importance.

M3 : *« Les examens de sport par les patients c'est banalisé et c'est vrai que les gens quand ils disent que ça fait 10 ans qu'ils font du sport de façon régulière et qu'il n'y a jamais eu de problèmes et bah nous voilà… »*

« Je ressens ça comme très banalisé par les patients, euh… comme si ça ne servait à rien, c'est pour ça que je t'ai parlé des décharges tout à l'heure »

M4 : *« Euh … ça dépend si on… de… ce qu'on vit, et ce qu'on pratique, et de ce qu'on peut s'imaginer des fois quand on lit des articles.*

Dans la pratique, c'est quelque chose qui semble presque anodin… […] En tout cas pour le patient… (silence) »

4. Acte questionnant l'engagement :

Quelques médecins interrogés se sentaient peu impliqués dans la démarche du certificat.

M2 : *« Non, ouais, je ne suis pas contre le faire… j'exprime assez facilement au patient le fait que ça n'est pas très performant, mais je peux en profiter pour une mise à jour de dossier etc…. »*

M5 : *« (Réfléchit) … à rien […] (Rires) je ne m'engage pas du tout… […] Bah ça m'engage au temps T ! le reste… pfft… non… à mon avis ça n'engage à rien, c'est un papier qui n'a pas de valeur. »*

M6 : *« ah je m'engage à pas grand-chose en fait. Je m'engage à m'occuper de mon patient comme il faut et avec les compétences que j'ai pour essayer de faire en sorte qu'il continue à aller bien… après le papier en lui-même… »*

Des médecins ont expliqué quelle forme prenait leur engagement dans la certification

- « A ce que tout se passe bien » :

M7 : *« (Silence) (tape des doigts sur la table) … bah j'esp… bah je m'engage en me disant « j'espère que… » Je ne sais pas, c'est vrai… je touche du bois (touche du bois) il n'y aura pas de problèmes cardiaques… (silence)… »*

M9 : *« (silence) à m'engager à ce que tout… tout aille bien… je n'ai pas de … […] Bah je pense m'engager à ce que le patient puisse faire son sport sans danger. Enfin…sans danger… sans dang… (silence) euh… »*

- « A avoir tout ce qui était en mon pouvoir » :

M8 *:* *« voilà… je ne mets pas… je me donne tous les moyens… mais si… voilà… si… si je n'ai pas pu le… si je n'ai pas pu dépister quelque chose ou autre… je ne mets pas la pression… je me mets juste cette obligation de moyen »*

M9 : *« non pas sans danger, puisqu'il peut se faire mal… euh… ce n'est pas mon certificat qui va l'empêcher de se casser une patte ! […] Voilà, moi c'est ce que… « c'est bon, vous pouvez y aller ! euh… si vous faîtes ce qu'on vous dit, bien dans les règles de l'art… ça devrait bien se passer. »*

M11 : *« Je pense m'engager… à avoir fait… un examen euh… (silence)… actuellement, disons recommandé et avec le plus de sérieux possible, c'est tout ce que… […] Ouais, exactement… et je ne certifie pas qu'il ne va rien lui arriver, je certifie juste que j'ai fait ce qu'il fallait pour éventuellement essayer de détecter des choses. »*

Un médecin s'est exprimé sur son impression que sa responsabilité médicale était engagée au mauvais endroit :

M3 *:* *« Je trouve ça embêtant parfois, parce qu'il y a des gens qui veulent faire des activités et en fait, toi tu mets ta responsabilité là-dedans, dans quelque chose que tu ne vas pas forcément voir, donc dire : « est-ce que je le signe ? est-ce que je ne le signe pas ? »*

5. Acte questionnant le cadre de la certification :

Pour un médecin la difficulté était liée à l'absence d'objectif claire défini encadrant la certification

M13 : *« Si ce n'est faire du dépistage ! Mais je ne pense pas que ce soit l'intention des clubs : « bah tiens on te fait signer un papier parce que je pense que ça va permettre à la population d'être dépistée ! »*

Des médecins n'ont pas réussi à définir des objectifs à ce certificat :

M4 : *« Et oui, et justement c'est la question que je me suis toujours posée, quand on te dit : « pas de contre-indications » Est-ce que ce n'est pas de contre-indications vitales ? […] Oui, moi je tiens compte du risque*

vital et je ne tiens pas compte des autres risques. Et, je ne sais pas si c'est entendu comme ça de la part des fédérations qui demandent les licences »

M12 : *« (silence)… pfft… (rire)… je ne sais pas… »*

D'autres médecins trouvaient que les objectifs donnés étaient inadaptés :

M6 : *« A la fois le rythme, à la fois l'examen complet, à la fois l'ECG systématique, voilà c'est-à-dire on est sur des demandes qui ne sont pas rationnelles, quand on travaille à 30 actes par jour et avec des fois 40 demandes de certificat dans la semaine de la rentrée […] je dirai que tout ce qui est dit, ne paraît pas illogique en terme de santé publique en terme de santé tout court… […] je ne dis pas ce qui est dedans est inintéressant hein ? Ce n'est pas du tout le propos, ce qui est demandé me paraît complètement légitime… »*

M7 : *« Donc euh… moi je… on en a un petit peu parler … Je me dis que, jeune, tous les deux ou trois ans c'est trop… c'est too much quoi… Je trouve que ça fait trop… »*

« (Silence)… C'est difficile, parce que j'ai vraiment l'impression de faire un mix des deux quand même… »

Des médecins exprimaient des difficultés liées à l'existence d'avis divergent sur la conduite à tenir.

M7 : *« En fait, ça nous rassure, parce qu'on est un peu paumé… tu vois. […] Il n'empêche que d'un côté les cardio nous disent… alors bien sûr il faut faire un ECG tous les tant… nananana… les généralistes, eux ils disent : « on n'a pas le temps… ça prend trop de temps… on n'a pas la machine… », c'est vrai, il y a plein de cabinet où je bosse où ils n'ont pas l'ECG… alors comment je fais ? »*

M8 : *« Je n'aurais pas fait ce congrès et les principaux signes à rechercher, on m'aurait dit : « obligation de moyen et pas de résultats », je n'aurais pas fait… je n'aurais pas l'électro… […] Parce que justement, je me dirais… : « je le fais, mais qu'est-ce que je recherche ? », voilà… […] Je me dis qu'on a tous des pratiques différentes… et qu'il n'y a rien qui… On ne peut pas comparer une pratique à une autre, on essaye tous de faire au mieux, chacun à sa façon […] Je n'aurais pas fait ce congrès et les principaux signes à rechercher, on m'aurait dit : « obligation de moyen et pas de résultats », je n'aurais pas fait… je n'aurais pas l'électro… […] Parce que justement, je me dirais… : « je le fais, mais qu'est-ce que je recherche ? », voilà… […] Je me dis qu'on a tous des pratiques différentes… et qu'il n'y a rien qui… On ne peut pas comparer une pratique à une autre, on essaye tous de faire au mieux, chacun à sa façon. »*

M13 : *« Ah bah leurs arguments ne sont pas les bons… […] Parce que si les arguments sont le temps et la faisabilité… plutôt qu'ils disent que les études ne servent à rien… mais moi avec notre appareil, c'est une ceinture, ça va en bluetooth sur l'ordi… ça prend très peu de temps ! […] Ce n'est pas le problème ! Qu'ils avancent plutôt comme argument que visiblement, ça ne sert pas à grand-chose. Bah là, en fait il y a des arguments qui s'opposent mais qui ne sont pas les mêmes… »*

Un seul des médecins interrogés a évoqué la notion d'inégalité dans la répartition des informations

M1 : « *« c'est-à-dire que ça n'est pas une information loyale et puis il y a le côté aussi un peu assurantiel, où le côté légal a pris beaucoup de place là-dedans avec le poids des sociétés savantes. »*

a) Un cadre de certification qui se décharge sur des médecins / Impression d'un report de responsabilité sur le médecin :

M1 : *« les assureurs et fédérations intègrent finalement cette inutilité et qu'ils acceptent de prendre le risque ; Il faut qu'ils le prennent le risque, le un sur un million il faut qu'ils le prennent, de toute façon ils le prennent même avec le certificat*

Donc peut-être que c'est à eux de mettre moins la pression sur les gens pour le certificat. »

M2 : *« Juste parce que sur le plan légal, parce que comme c'est encore, pour l'instant obligatoire … […] c'est pour reporter la responsabilité, qu'il y a eu ça justement »*

« Oui, c'est un peu injuste […] Intuition non… une sensation… L'impression d'être utilisé pour décharger sa responsabilité. »

M5 : *« Ils veulent se couvrir, mais ils ne savent pas ce qu'ils font ! »* :

« Et ce n'est pas du tout… c'est que des gens qui… que des gens qui veulent se couvrir et la plupart du temps ils ne savent pas pourquoi… »

« Moi j'ai coutume de dire que bientôt dans les crèches, il va falloir un certificat pour les enfants de douze mois pour savoir ils ont le droit d'apprendre à marcher, parce que c'est exactement la même chose. […] Oui … Mais oui… Mais enfin… c'est des gros tarés ! Surtout qu'en plus… ça ne … ça ne retire en rien ou ça n'ajoute rien à leur responsabilité civile. Ils ne sont pas responsables du malaise… […] Et ils racontent à tous leurs… leurs (en tapant du doigt sur la table) … leurs affiliés que c'est une question d'assurance ! […] Mais l'assurance, ça n'a rien à voir… l'assurance, à mon sens… c'est surtout des assurances de groupe donc tout le monde est au même risque, c'est comme la mutuelle dans une grosse entreprise… tu as quelques hommes clés dans une entreprise, les dirigeants… cela on va leur dire que c'est un sport à risque, donc ils ont une assurance particulière… tous les autres… les 500 000 employés de chez Bouygues, ce sont tous les mêmes ils ont tous la même mutuelle… et on ne regarde pas leurs âges, on ne regarde pas leurs antécédents, on ne regarde rien… voilà »

M6 : « Je pense qu'elles font comme tout le monde, elles se couvrent pour ne pas avoir d'histoire avec la justice, c'est légitime… »

M7 : *« Euh… (Silence)… C'est vraiment pour euh… je trouve que ça souligne vraiment, tu vois « contre-indication » … c'est-à-dire… vraiment… j'ai l'impression que c'est pour mettre un coup sur la tête du médecin en disant : « vraiment, vous avez bien checké… le cœur, les articulations… tout fonctionne bien » (en tapant du poing sur la table) … tu vois ? »*

M8 : *« (Silence rapide) … c'est pour se couvrir eux… je ne sais pas… ouais… je ne sais pas… […] Ouais, c'est pour se couvrir eux… […] Se couvrir s'il y a un éventuel incident parmi leurs licenciés… […] Ouais… Je ne me suis jamais posé la question (rires)… »*

M11 : *« Toute façon, elles, elles vont toujours chercher un responsable… quelque part les assurances, et justement, le fait de nous faire faire un certificat ça nous rend immédiatement responsable du truc… et c'est une des raisons pour lesquelles je te dis il ne faudrait pas que ça existe parce qu'on certifie un truc qui est incertifiable »*

« Euh… bah ils… ils… je pense qu'ils se couvrent à peu de frais et nous font porter le chapeau euh… […] C'est juste que je pense que ça les couvre vis-à-vis de leurs propres assurances etc… et qu'ils peuvent se retourner contre le médecin s'ils ont besoin de se retourner contre quelqu'un quoi… »

M12 : *« Ils ont obligé de faire ça pour leur assurance et pour leur tranquillité. Donc, tout le monde reporte sa responsabilité sur ce coup-la… »*

M13 : *« Oh bah… ils se déchargent au maximum, je pense ! Ils se protègent au maximum… […] Eh bien… (silence)… et bien peut-être qu'on pourrait leur reprocher de ne pas avoir exigé, voilà… un ECG ou un ECG d'effort, en cas de sport à haut niveau et qu'il y ait une mort subite.*

Au moins, ils disent « bah voilà, nous on a pris des garantis, tous les examens étaient bons, donc on n'est pas responsable de ce qu'il s'est passé. »

b) Un avis divergent sur l'implication de la responsabilité

M5 : *« Et ce n'est pas du tout un rôle médicolégal… pour moi, dans l'esprit c'est complétement différent […] Parce que pour moi, c'est de la prévention … de groupe… de masse »*

c) Un rapport à la société ambigu et un rôle des cadres de la certification à définir

M1 : « […] *enfin je trouve que c'est vraiment un poids de la société que l'on essaye de chercher une responsabilité et que l'on essaye de … j'ai l'impression que c'est plus une culture sociétale d'aller chercher… »*

« (Silence, réflexion, pas très convaincu) Je réponds à une demande de la société, et puis voilà, ça fait partie du rôle du médecin de répondre à ça , après je n'ai pas de… »

« On a je pense une croyance que l'examen est utile, et les législateurs, les assurances le croient aussi, ou en tout cas on peut l'imaginer. »

M4 : *« Et bien, ça tient à tout le reste… c'est que… si… il n'y a aucune logique qui tende… euh… qui sous-tend tout ce mécanisme de faire des certificats pour des fédérations, pour les assurances, pour tout ces… »*

M6 : *« c'est légitime... La population a de plus en plus la dent, d'aller chercher des bénéfices secondaires, un peu d'argent si on peut au tribunal donc ils font comme on doit faire nous aussi, c'est-à-dire se protéger pour éviter de se retrouver dans des difficultés. »*

M12 : *« Hmmm… Moi, je ne veux rien d'eux mais je sais que pour eux… voilà, je suis juste… ils se servent… ils se servent de nous quoi ! »*

d) Un désaccord quant à l'attitude vis-à-vis du remboursement par la SECU :

M7 : *« Bah moi je ne trouve pas ça normal tu vois … Je ne trouve pas ça normal de facturer cette consultation de sport ! on n'arrête pas de dire : « faites du sport ! allez-y, faites du sport ! c'est bon pour la santé, plus vous faites du sport moins on aura de cancer de ceci de cela… » bah… en fait, je trouve que ce n'est pas logique !*

Ça ne va pas… tu vois… Je trouve que la SECU, elle veut économiser sur plein de trucs, sur le tabac, le machin et tout mais tu vois… quelqu'un qui reprend du sport, il se rend compte que… (fait mine d'être essoufflée) il n'arrive plus à respirer… Bah ça va lui donner envie d'arrêter de fumer … ainsi de suite… tu vois…

Il y a plein de trucs qui en découle… et donc je ne comprends pas, tu vois, pourquoi ils devraient payer cette consultation de leur poche, plutôt qu'une autre consultation. »

M9 : *« Ça… je ne sais pas… si on décide que la prévention ne doit pas être remboursée… OK… mais ça n'a jamais été dit… voilà… mais dans une consultation, là on parle du certificat… mais on fait aussi beaucoup de prévention… donc euh… il faudrait vraiment clarifier les choses… c'est vrai que normalement… logiquement, on ne doit pas faire de feuille de soins… les gens ne sont pas remboursés… voilà… bon, je sais qu'il y a des collègues c'est : « ah non… hors de question que l'on fasse une feuille de soins » …*

M10 : *« Euh… normalement, le certificat n'est pas remboursé par la SECU… (Silence)… pour moi, il y a du bon et du moins bon, parce qu'effectivement la SECU n'a pas à payer pour les loisirs des français non plus… mais la plupart du temps, on fait de la prévention, du dépistage et du suivi de croissance… donc, il y a un intérêt quand même. »*

M12 : *« Je pense que ça va un peu tousser, parce que la SECU ne le prend pas en charge parce que c'est du préventif, donc il faut prévoir si c'est une décision de société… on finit par le prendre en charge… tsss… mais voilà, le frein… »*

M13 : *« Oui… alors, moi j'y pense du temps, mais comme dans toutes mes consultations donc comment euh… donc, le fait de faire un ECG et que la consultation soit cotée trente-neuf et quelques… je trouve que c'est correct, par contre quand je ne fais pas d'ECG, parce que j'en fais tous les trois à cinq ans, vingt-cinq euros pour trente minutes je trouve que c'est un peu juste… troisième réflexion, normalement, on n'est pas censé faire un remboursement et moi je me suis toujours dit qu'en fait ça pouvait être un frein pour un refus d'ECG… je l'ai vu en fait… en disant : « non non, en fait je ne suis pas intéressé… » ou justement pour faire cette consult'… donc moi, j'ai toujours fait remboursé ; »*

e) Un désaccord avec l'espacement pour la délivrance des certificats :

M7 : *« Bah moi… Les fédérations qui disent tous les trois ans, bah moi je t'ai dit que moi ça me… eux… tu vois… j'ai l'impression que je suis un peu gripsou quand je dis ça mais… non ! ça, ça m'embête… »*

M9 : *« Oui… voilà… c'est ça… après, euh… je dis ça… mais à partir de 2020 on ne fera plus… il n'y aura plus de certificats, ils n'auront pas forcément des ECG les gamins… […] »*

f) Avis sur l'obligation de délivrance de certification pour la pratique du sport

- Un des médecins se pose la question de qui d'autre que des médecins pourrait singer le certificat

M10 : *« Je le signe, « alea jacta est » … avec euh… parce que je me dis : « qui est ce qui pourrait ? »… Le contre indiqué ? Il n'y a rien… et à qui je vais demander ? On ne va pas aller lui faire toute une batterie d'examens… je ne sais même pas ce qu'il faudrait faire… »*

- Impression d'une certaine utilité, car dans l'intérêt du dépistage :

M7 : - *« Il n'y a pas de problème aigu quoi… donc, moi ça ne me choque pas du tout, en fait.*

- Très bien, donc le côté « obligatoire », c'est même plutôt un avantage…

- Ouais… mais carrément… mais euh… vraiment, je te dis à 100%... »

M8 : *« Je pense que l'obligation elle est fondée sur … certains points parce que ça permet de dépister pleins d'autres choses, voilà… sans parler du cardiovasculaire »*

M12 : *« Ouais je pense… ouais… je pense que ça peut amener, ça peut aider et puis… donner conscience… ouais faire prendre conscience aux gens »*

- Impression d'une inutilité :

M1 : *« c'est une obligation non fondée sur les données scientifiques, que c'est une obligation inutile »*

M5 : *« Bah… J'ai répondu hein … ça ne sert à rien… »*

M9 : *« Bah ça c'est un peu gonflant quand même… ce n'est pas toujours indispensable… »*

M11 : *« Ouais… Bah moi je trouve que ça, ça devrait être aboli ! parce que ça nous met dans une situation, qui nous oblige à délivrer un certificat, qui est faux… voilà. »*

M13 : *« Bah que ça n'a aucun intérêt »*

- Doute sur l'utilité :

M6 : *« je pense que quelque part, quelque part pour certains sports, c'est quand même abusif parce que ce n'est pas plus grand que les risques qu'on prend dans la vie de tous les jours en allant faire ses courses… Ce risque, il est quand même très très limité par rapport à certains sports… »*

M10 : *« L'obligation… (silence) Bah, j'avoue que je n'ai pas tellement d'avis par rapport à ça. Euh… pareil, sur le nombre qu'on voit, combien on a trouvé de trucs péjoratifs… si on se pose vraiment… sans se poser la question de l'histoire qu'on en profite pour faire de la prévention et tout ça… si on… vraiment, on est en tant que médecin qui doit délivrer le certificat… euh… hmmm… L'obligation, finalement, je ne sais pas si ça apporte quelque chose. »*

- Impression d'être piégé

M2 : *« L'obligation pour nous ça implique le côté juridique c'est-à-dire des fois que l'on peut se sentir un peu piégé »*

M4 : *« Hmmm pfff (souffle) … Une contrainte de plus… je… non, je ne sais pas quoi en penser… »*

6. <u>Parade</u>

a) En remplissant le dossier médical :

M6 : *« Si le patient vient seul, je fais ce que je veux, si je lui signe le papier sans l'examiner et sans rien faire d'autre et je lui prends 25 euros, personne ne le saura jamais et moi je ne saurais pas bien avec moi-même. […] Donc le fait, c'est important d'un point de vue médico-légal que tout soit fait, qu'il y ait un acte de consultation le jour où on l'a fait et qu'il apparaît dans la comptabilité, dans le dossier, qu'il y ait un mot dans le dossier en mettant un minimum de choses quand même… et puis…. Que les gens partent avec leur papier après être passé.*

Voilà c'est tout, c'est ça pour moi le côté médico-légal. Après s'il y a un pépin, bien sûr qu'on ira beaucoup voir… plus loin, ce que j'ai fait exactement… comment ça s'est passé. Mais le pépin, je veux dire il peut arriver. Ce n'est pas parce qu'il m'ait jamais rien arrivé »

b) En utilisant une formule de rédaction réduisant la portée du certificat :

M7 : *« Et c'est vrai que c'est oui ou non … je délivre ou pas… mais je ne vais pas remettre le certificat en disant, voilà… tu vois… c'est … après, on note vraiment… c'est « médicalement » … « à ce jour »*

M10 : *« Bah… on met… « ceinture et bretelle » mais voilà… c'est… au final, on met ça, c'est vrai que c'est un peu réducteur de notre consultation. »*

III. L'incertitude

1. <u>Liée au risque de mort subite :</u>

a) Pour certains des médecins interrogés la notion de risque liée au sport semblait relative.

M1 : *« Il y a le risque médical, mais je n'ai pas l'impression que le sport vient augmenter le risque médical, sauf peut-être pour des sports un peu extrême »*

M3 : *« Mais après j'en informe le patient pour que lui soit au courant, le but c'est pas qu'il lui arrive quelque chose […] Je préfère qu'il soit au courant… Comme ça, il sait que nous on y a pensé à ça… Lui il est au courant aussi… il sait ce qu'il doit faire pour ne pas que ça se produise et donc voilà… après… s'il le fait, après… »*

M6 : *« moi je vois plus de bénéfice que de risque pour être tout à fait honnête. Voilà et… après ce sont les risques de blessure, ce sont les risques d'accident, d'incident, qui existent dans la vie de tous les jours et qui existent dans la pratique sportive et qui font partie de la vie »*

M12 *: « Ouais… ouais… je leur dis quand même qu'il n'y a pas de bénéfice à faire du sport… »*

Un médecin pensait au risque de survenue de mort subite, mais n'abordait pas le sujet avec le patient.

M7 :

- *« Ça peut être ça… qu'est-ce que ça peut être d'autre comme risque ? euh… bah… ça peut être que le malade… il ne s'en remette pas… t'imagines, il fait vraiment un infarctus, il ne s'en remet pas… Bah…*
- *Et ça tu l'abordes un peu avec lui ?*
- *Et bien non, je n'en parle jamais avec eux…*
- *D'accord…*
- *Je n'en parle jamais… Je… mais vraiment jamais… tu vois… c'est question… non… vraiment… »*

Un médecin abordait le sujet de la mort subite avec ses patients.

M9 : *« je leur dis : « ça existe » … c'est pour ça qu'on fait du dépistage… […] On ne peut pas tout maitriser… hein… c'est ce que nous disait d'ailleurs le cardio… de toute façon… ok, l'ECG est strictement normal... euh… ça ne garantit pas non plus tout… »*

« Ça ne m'est jamais arrivé, je touche du bois… (touche la table) … tant mieux… oui… c'est bien pour ça… c'est ce que j'explique aux gens aussi, hein… j'… je dis : « ce n'est pas parce que j'ai signé votre certificat, qu'il ne va rien arriver à votre gamin… ou à vous… mais euh… »

b) En cas de mort subite

Au cours de l'entretien les médecins interrogés étaient amenés à imaginer leurs réactions en cas de survenue d'un épisode mort subite chez un de leurs patients.

Des médecins acceptaient cet événement en rationnalisant.

M1 : *« Choisir de faire du sport alors qu'on a peut-être une cardiopathie à risque de mort subite, mais quel est le risque de faire du sport ? Parce qu'il a une chance sur dix, une chance sur deux ou une chance sur un million de mourir avec cette maladie-là. Si tu ne connais pas cette donnée c'est pas facile de choisir. »*

M5 : *« (Silence) euh… je suis… (cherche ses mots) … ça ne m'est jamais arrivé donc… je n'imagine même pas… statistiquement, ça ne devrait même pas m'arriver… »*

M6 : *« eh bien je n'en suis pas sûr de changer grand-chose pour autant parce que… […] à moins que l'on me démontre que dans ma manière de faire il y a un oubli important qui nuit à mon patient et dans ce cas je suis prêt à me remettre en cause et puis à faire autrement. »*

« ça fait partie du risque normal que je prends tous les jours quand j'exerce avec ma conscience et de passer à côté de quelque chose et de ne pas être à la hauteur et de voir quelque chose qui se passe mal, ça fait partie du risque de mon métier »

M9 : *« Mais après, il n'y a pas d'autres moyens… mais bon ça ne me stresse pas… parce que sinon, on est d'un naturel plutôt pessimiste et il faut faire autre chose que de la médecine… parce que sinon on est… tu ne dors plus… et tu es là « j'ai signé un certificat à ce monsieur mais peut-être qu'il va lui arriver quelque chose » […] Donc là… je crois qu'on… il faut aussi … si on a fait un bon interrogatoire, un bon examen clinique, ECG normal… franchement… (en tapant à chaque fois sur la table) s'il arrive quelque chose on y est pour rien non plus… on ne peut pas tout… il peut aussi se planter en bagnole en sortant d'ici… »*

M13 : *« Bah parce qu'en fait, je pense que le risque de faire… euh… un accident, une mort subite sur un sport voilà, tranquille… est beaucoup moins important, et puis aussi, il y a l'âge… c'est-à-dire qu'à soixante-dix ans, l'enjeu n'est pas le même qu'à l'âge de quinze ans… qui va faire du rugby… »*

Un médecin comparait sa pratique à celle des confrères

M2 : *« Bien, peut être que je sais que certains font d'autre chose, les électros… mais, jusqu'à présent je n'ai jamais fait… Depuis que je suis installé en tout cas … et je ne pense pas avoir eu des patients qui ont d'évènement particuliers par rapport aux confrères »*

Un médecin relativisait en admettant qu'il ne pouvait pas tout prévenir malgré un examen complet.

M10 : *« mais au moins je l'aurais en tout âme et confiance… s'il arrive quelque chose, bon bah voilà… on ne*

peut pas tout prévenir… »

Quelques médecins ont exprimé des sentiments de culpabilité

M3 : *« donc si vraiment l'ECG, je ne l'ai pas fait euh… là, oui je me dirai que c'est ma faute… […] enfin… « c'est ma faute » (en se reprenant) … j'aurai quand même un gros sentiment de culpabilité de ne pas avoir « poussé » les choses. »*

M6 : *« Après si par malheur c'était un jour où j'étais de mauvais poil, que j'étais à la bourre, que j'étais fatigué, je n'ai pas fait mon examen complet, et que ça arrive, ça oui je m'en voudrais… je m'en voudrais d'avoir été négligeant… »*

M10 : *« Je pense de la culpabilité ! […] Oui… mais voilà… Quand on est le dernier médecin qui l'a vu, nous on l'a vu en forme… qu'est ce qui explique qu'il soit décédé ? »*

Des médecins ont évoqué la possibilité de vérifier le dossier médical du patient :

M4 : *« Ça serait, je pense, dans un but très égoïste de savoir si j'ai « foiré » quelque part… […] Si ça aurait pu être évitable… et si … euh… Et si on a raté quelque chose… mais… c'est encore du fantasme… je sais qu'après… ça c'est le premier réflexe… »*

M8 : *« Euh… (silence, cherche ses mots) … Bah, je pense que comme tout accident… que ce soit un accident vasculaire ou un infarctus ou autre chose… on se remet en question… on essaie de voir… comment… les diff… les anciennes consultations, de regarder dans le dossier ce qu'il s'est passé… euh… »*

M11 : *« Bah…euh… vérifier qu'on… moi je vérifierai tout de suite qu'on a … si j'ai tout fait, qui pouvait éventuellement… »*

Certains se remettaient en question.

M1 : *« Euh, changer ma pratique non ; Je me poserai la question : « est ce que je n'ai pas raté quelque chose ? »*

M6 : *« ah je pense que ça me ferait quelque chose comme à chaque fois qu'il y a un problème avec mes patient… non pas quelque chose en disant qu'est-ce que j'ai loupé, qu'est-ce que voilà, pourquoi ? »*

« […] Après oui ça m'interrogerait de savoir à quel moment j'aurais peut-être pu faire autrement pour ne pas que ça arrive mais je...et puis voir ce que je peux améliorer dans ma pratique pour ne pas que… ça puisse survenir... »

Quelques médecins ont admis qu'ils ressentiraient de la tristesse

M6 : *« mais ça m'embêterait simplement parce que j'ai généralement des gens que j'apprécie et que quand il se passe quelque chose et bien forcément ça fait mal… »*

M7 : *« Bah je ne sais pas… bah vraiment… ouais ça me ferait beaucoup culpabilisé… vraiment beaucoup*

beaucoup… et pourquoi je m'impose ça… pffft… bah t'imagines quand même… un mort quoi… ça doit être…

Oui mais il y a des morts dans d'autres situations, des fins de vie, des cancers…

Ouais mais des fins de vie… tu l'as vu venir… t'as pu discuter avec la famille… t'as pu t'entretenir… »

M10 : *« (petit cri) oulalala… euh.. bah déjà de la tristesse parce que euh… les patients on les aime bien ! Euh… bien sûr ! »*

Deux médecins déclaraient que ces situations auraient pu mettre fin à leur pratique de la médecine générale

M7 : *« Non mais c'est vrai… parce que vraiment tu me dis… moi je te jure, franchement… ça m'arrive… je pense que je fais autre chose quoi…*

Mais pourquoi ?

Ah je ne sais pas … ça me … je pense que c'est quand même un traumatisme énorme, c'est quelqu'un que tu as suivi pendant… Je ne sais pas… de tout petit à là… »

« La deuxième situation… J'imagine que j'ai signé un certificat un vendredi soir, à 20h00 où… euh… soit, j'ai eu … vraiment pas le temps de faire l'ECG parce que j'étais débordé, en consultation libre et c'était mon 34e patient de la soirée… ou tout simplement parce qu'il n'y pas d'ECG… ou parce que je n'ai pas eu envie de le faire. […] Donc tu vois, dans cette situation là… je n'ai ni ECG, ni euh… je ne sais pas, je n'ai pas de bilan cardiaque… qui a été fait auparavant… […] Franchement là… si ça m'arrive… je me dis… « là c'est bon, je vais faire boulangère… »

M13 : *« Euh, je pense que je n'aurai pas pu continuer à exercer mon boulot… je pense que je n'aurai pas réussi à continuer… ouais… ouais… »*

Des médecins ont fait la distinction entre deux situations. Dans la première où leur examen a été fait comme ils le souhaitaient et dans la seconde situation, la délivrance du certificat aurait été bâclée.

M6 : *« à moins que l'on me démontre que dans ma manière de faire il y a un oubli important qui nuit à mon patient et dans ce cas je suis prêt à me remettre en cause et puis à faire autrement.*

Après on en revient à ce que l'on disait tout à l'heure, malheureusement on peut avoir tout fait bien comme il faut et ça arrive quand même. Après si par malheur c'était un jour où j'étais de mauvais poil, que j'étais à la bourre, que j'étais fatigué, je n'ai pas fait mon examen complet, et que ça arrive, ça oui je m'en voudrais… je m'en voudrais d'avoir été négligeant… »

M7 :

- *« Alors… on va choisir la solution un où chez ce monsieur-là, et bien … récemment il était passé chez le cardiologue, il avait eu son épreuve d'effort, son ECG et puis bah… il n'y avait rien… donc, bah moi… j'avais signé le truc. Donc, bah forcément c'est hyper choquant, ça m'attriste… la première chose qu'on fait, j'imagine, c'est qu'on appelle la famille, qu'on essaie d'expliquer euh…*
- *Mais expliquer quoi ?*

- *(Silence)… alors expliquer… Bah… expliquer pas grand-chose, en effet… En disant qu'il y avait surement un problème au niveau du cœur qu'on a pas su détecter auparavant et que ça a entraîné cette mort… Après, c'est plus… tu vois… si tu veux, l'accompagnement… expliquer, donner… pour qui, pour quoi, comment…*
- *Mais pourquoi tu dis « qu'on n'a pas su » ?... C'est qui le « on » ?*
- *Euh… le cardio et moi… quand je dis « on »*
- *Ok… Et la deuxième situation alors…*
- *La deuxième situation… J'imagine que j'ai signé un certificat un vendredi soir, à 20h00 où… euh… soit, j'ai eu … vraiment pas le temps de faire l'ECG parce que j'étais débordé, en consultation libre et c'était mon 34e patient de la soirée… ou tout simplement parce qu'il n'y pas d'ECG… ou parce que je n'ai pas eu envie de le faire.*
- *D'accord…*
- *Donc tu vois, dans cette situation là… je n'ai ni ECG, ni euh… je ne sais pas, je n'ai pas de bilan cardiaque… qui a été fait auparavant… Franchement là… si ça m'arrive… je me dis… « là c'est bon, je vais faire boulangère… »*

M13 : *« Ah oui ! Il y a peut-être aussi deux cadres différents… Une mort subite, si effectivement… il y a différent… alors si sur l'ECG tout est nickel, voilà, je pense que je me dirais : « bah là, je n'y peux rien euh… c'est comme ça… euh voilà », si derrière voilà, on se rend qu'il y a une anomalie sur l'ECG euh… là, ça serait beaucoup plus difficile en fait… […] Et par contre, là pour moi il y a erreur médicale… […] de ne pas l'avoir mis et de ne pas l'avoir dit, je l'ai vu il y a six mois et lui signer sur l'âtre de la cheminée, comme on peut être tenté de faire de temps en temps quand on est débordé »*

Des médecins s'étaient exprimés sur le fait que leur pratique s'adapterait probablement

M2 : *« Mais… je pense qu'au début on devient plus frileux et plus prudent […] Trop d'examens complémentaires, plus prudent, plus de trucs systématiques, mais est-ce que ça changerait quelque chose ? Je ne suis pas sûr… »*

M4 : *« Euh oui… enfin … Je ne sais pas… parce que je n'ai pas été confronté à ça… mais j'imagine que ça serait assez traumatisant et que ça risquerait de faire changer ma pratique… pas forcément de façon rationnelle d'ailleurs… »*

M10 : *« Si j'entends quelque chose, je suis assez : « action réaction » … peut-être que je fais à la limite, des examens par excès ou des consultations ou des avis par excès… voilà, après c'est peut-être aussi notre manque d'expérience… je suis jeune… »*

2. <u>Liée au patient :</u>

a) Fonction des dires du patient :

M2 : *« Non je suis conscient qu'il peut y avoir des fois des omissions des mensonges mais je me base sur l'examen et puis le feeling. »*

M4 : *« Donc « l'interrogatoire est souvent notre clé » sur laquelle on s'appuie pour dire : « ok, je signe » mais ça d'après leurs dires à eux… et je pense qu'ils peuvent nous raconter ce qu'ils veulent. »*

M5 : *« Parce que sur le sport, ils ne disent jamais, parce qu'ils viennent pour que tu signes. »*

M11 : *« Cela dit… Cela dit… il y a aussi une notion de responsabilité de la part du patient ! Lui aussi… c'est aussi à lui d'assumer le fait, qu'il cache des choses ou pas ! Parce que nous on voit toujours ça un peu comme des flics, on dit : « ouais, mais lui… il ne m'a pas dit qu'il était asthmatique etc… bon bah moi, je n'y peux rien s'il a fait une crise d'asthme en plein milieu du champ de foot… » et euh… on ne pense pas que dans ces cas-là, c'est aussi la responsabilité du patient ! »*

b) Fonction du profil du sportif :

M3 : *« on leur renouvelle en sachant très bien que potentiellement il peut y avoir des risques quand même, donc justement c'est une question de confiance c'est-à-dire que si jamais il y a tel symptôme bah il faut s'arrêter parce que voilà, il y a des risques et que voilà … donc, on les autorise quand même mais après voilà…il faut des contrôles quand même réguliers… mais il ne faut pas non plus… »*

« Nous on avait prévenu en tout cas qu'il fallait qu'il ralentisse voilà, ce genre de chose… Donc après on le contre indique pas, c'est toujours là l'ambiguïté ; […] Parce qu'on sait que si par exemple, sur une activité modérée il pourrait être stable, très bien … mais que s'il va trop loin, des choses peuvent survenir. »

M4 : *« Oui, sachant que ça dépend aussi de la pratique de la personne, il y en a qui font le vélo « cool », il y en a qui font le vélo « à fond », donc ceux-là il faut les repérer et puis faire très très attention à eux »*

M5 : *« […] il y a deux trois tarés qui sont sous endorphines là… mais… de toute façon ceux-là… tu leur contre indiques le squash, ils vont faire 12 km en apnée pour faire monter… »*

M12 : *« Je me méfie aussi de tous les mecs qui font de l'ultra, qui font beaucoup de marathons, les triathlètes en général ils finissent par aller faire leur épreuve d'effort… »*

c) Liée à la méconnaissance des sports ou de la façon dont le sportif va pratiquer l'activité

M4 : *« Bah on ne connait pas les contraintes des sports ! on nous demande de savoir s'il y a des contre-indications ou pas mais onn' a pas la science infuse, comment on peut savoir les contre-indications de tel ou tel sport ? Ils ont des exigences mais on ne sait pas lesquels »*

M10 : *« Et ce qui est dur, effectivement comme tu l'as dit… c'est les sports que je ne connais pas et les sports à haute intensité. »*

« Ah oui ! il y a aussi les sports où je n'y connais rien ! »

d) Liée à l'absence du degré d'implication de la signature

M4 : *« et que s'il se passe quelque chose et bien…. Qu'est-ce que ça va impliquer pour moi ? »*

e) Liée à la responsabilité du patient

Certains médecins ont exprimé le souhait d'avoir des patients qui sachent être responsables d'eux-mêmes.

M2 : *« enfin, si on part l'idée que le certificat n'est pas nécessaire pour faire du sport … c'est à chacun de connaître là… de savoir à quoi on s'expose quand on fait un sport et puis … ou club… éventuellement. »*

M4 : *« Quand ils se sentent responsables, je pense que ça arrive… Il y a moins de problèmes et donc il faut les re-responsabiliser lors de la consultation de sport »*

M10 : *« Ouais… enfin je ne sais pas comment on pourrait définir ça… mais les majeurs pas sous tutelle ou curatelle, pas les majeurs protégés… Les majeurs « classiques », à la limite c'est leur responsabilité quoi… »*

« Je ne m'étais pas posé la question… ils vont se dire : « celle-là, elle est vraiment scolaire, elle fait ce qu'on lui dit » … mais non, je ne m'étais pas forcément posé la question mais effectivement… c'est leur responsabilité aussi ! »

M13 : *« Ouais ! Oui... oui, oui… ; Bah oui, parce que c'est toujours compliqué pour moi de les récupérer après, ils me disent : « bah, il faut soigner mon épaule ! », « bah oui, oui… mais bon, voilà, vous n'arrêtez pas votre sport, vous en faîtes trop, il y a un moment il faut être cohérent aussi avec soi-même. « Vous n'êtes pas une machine et ne me demandez pas l'impossible ! »*

Des médecins avaient l'impression qu'en signant le certificat le patient se déresponsabilisait de ses agissements.

M3 : *« ils ont le droit d'être responsables de ça mais ce qu'il faut c'est que les gens soient informés et donc quand tu fais le certificat, c'est toi le responsable du certificat »*

« On n'est plus sûr de la médecine où l'on décide pas pour les gens, on ne décide pas à leur place, on est là pour s'occuper d'eux avec eux, si les gens on les informe du risque et qu'ils ne sont pas… pour moi, ils auraient le droit de pouvoir faire leur activité même s'il y a un risque … On ne peut pas… euh… […] Donc pour moi c'est totalement superflu et pour une comparaison… black mirror… C'est comme si quelqu'un qui avait du diabète quand il allait faire ses courses et qu'il passe à la caisse on lui disait : « bah non vous avez du diabète, ça vous n'avez pas le droit, ça vous n'avez pas le droit » donc, tu laisses tout et tu passes que ce tu as le droit… Et en gros, non ce n'est pas comme ça […] Tu choisis ce que tu as envie »

« Oui bah il y a ça et puis bien sûr ce que tu engages c'est… il y a le côté du patient et que lui il dit : « bah le médecin est ok, c'est qu'il n'y a pas de risques » … ça revient à parler un peu des risques mais il y a certaines personnes à partir du moment où ils ont le certificat c'est qu'il n'y a aucun risque à leur pratique si ça n'a pas été abordé dans la consultation. »

« C'est un peu comme nous, comme quand on demande un avis auprès d'un spécialiste, après on va dire : « le spécialiste a dit que » et donc voilà, on suit un peu l'avis du spécialiste et bah je pense que chez

certains patients, c'est un peu la même chose, une fois qu'ils ont leur certificat « le médecin a dit que c'était ok bah c'est ok »

M4 : *« c'est que les gens fassent n'importe quoi parce qu'on leur signe comme une décharge : « allez-y faites n'importe quoi, c'est bon vous pouvez » et il y en a qui poussent le bouchon un peu trop loin, qui vont au –delà de leurs capacités et c'est comme ça que les « choses » arrivent »*

« Bah … je pense que la consultation les déresponsabilise […] Parce qu'en France, on complique tellement les choses mais en fait, il n'y a rien de plus bête. Les… La question ne devrait même pas se poser ! les gens sont capables ou pas capables de faire telle chose. S'ils se sentent capables, ils font, s'ils ne sentent pas capables, ils ne font pas mais il n'y a pas besoin de prendre l'avis du médecin traitant. »

M13 : *« Ah bah moi je suis effaré de voir en fait que chacun se déresponsabilise, et je pense qu'à un moment, il faut savoir prendre ses responsabilités ! »*

« Ah bah moi je suis effaré de voir en fait que chacun se déresponsabilise, et je pense qu'à un moment, il faut savoir prendre ses responsabilités ! Je fais du sport, donc oui je sais que je fais une mort subite ; Ou je fume et voilà… ou je vais aller courir après 40 ans et je vais m'engager dans des marathons… Bah oui… Ce n'est pas… comment, ce n'est pas au club de sport, ce n'est pas au médecin d'endosser cette responsabilité-là quoi… C'est vrai que j'ai beaucoup de mal. »

3. Incertitude liée à l'influence du risque médicolégal dans la pratique :

a) Epouvantail médico-légal :

Un grand nombre des médecins interrogés avaient conscience de l'existence du risque médicolégal et du risque de plainte

M1 : *« Voilà, on a l'impression qu'il y a le côté responsabilité qui est au premier plan et moi je préfère remettre de côté… »*

« Hmm (avec le sourire) pour les assurances ; pour le côté légal, enfin je trouve que c'est vraiment un poids de la société que l'on essaye de chercher une responsabilité et que l'on essaye de … j'ai l'impression que c'est plus une culture sociétale d'aller chercher… »

M2 : *« donc oui, je suis conscient qu'il peut y avoir des conséquences euh… juridique… si il se passe quelque chose »*

« Euh oui, je suis conscient… de toute façon, c'est pour reporter la responsabilité, qu'il y a eu ça justement, donc oui, je suis conscient qu'il peut y avoir des conséquences euh… juridique… si il se passe quelque chose ; »

M3 : *« J'engage ma responsabilité … (sourit) […] Après … bah … alors là… »*
« […] et donc finalement la responsabilité se retrouve sur le dos alors que… le patient finalement il sait très bien ce qu'il risque et le patient nous, on est obligé de lui faire confiance dans ce qu'il dit »

« Bah après que… que les gens, s'il y a un souci éventuel, ils peuvent se retourner contre toi : « tu as fait un certificat de non contre-indications et finalement il y avait une contre-indication » donc, voilà, qu'ils peuvent porter plainte contre toi, se retourner contre toi… »

« Mais après j'en informe le patient pour que lui soit au courant, le but c'est pas qu'il lui arrive quelque chose et qu'il ne dise pas : « vous m'avez pas dit que… »

M4 : *« Je ne sais pas … »*

« Et dans l'imaginaire, on peut se demander s'il n'y a pas un vrai risque à signer ce genre de papier, et s'il y a un problème, est ce que l'assurance va se retourner contre nous, la famille contre nous. Je ne sais pas, c'est ce que l'on peut lire parfois… et c'est ce qui fait que l'on est pas tranquille. »

M6 : *« - Vous parlez régulièrement du risque médico-légal, c'est vraiment quelque chose…*

- C'est quelque chose de très important et c'est quelque chose qu'on doit vraiment prendre en compte si on veut faire une carrière sereine… […] Tous nos certificats nous engagent et les certificats qu'on nous demande comme ça eh bien c'est quelque chose à laquelle je fais très attention aussi »

« Oui parce que, après moi ça ne me pose pas de problème. On prend des risques dans sa vie de tous les jours, euh, je serais embêté devant la justice éventuellement pour un risque létal… pour le reste il y a peu de chance. »

« Tous nos certificats nous engagent et les certificats qu'on nous demande comme ça eh bien c'est quelque chose à laquelle je fais très attention aussi »

« Donc le fait, c'est important d'un point de vue médico-légal que tout soit fait, qu'il y ait un acte de consultation le jour où on l'a fait et qu'il apparaît dans la comptabilité, dans le dossier, qu'il y ait un mot dans le dossier en mettant un minimum de choses quand même… et puis…. Que les gens partent avec leur papier après être passé.

Voilà c'est tout, c'est ça pour moi le côté médico-légal. Après s'il y a un pépin, bien sûr qu'on ira beaucoup voir… plus loin, ce que j'ai fait exactement… comment ça s'est passé. Mais le pépin, je veux dire il peut arriver. Ce n'est pas parce qu'il m'ait jamais rien arrivé »

M7 : *« Moi quand tu me dis : « risque » … c'est que, en gros… le patient il fasse un énorme malaise cardiaque et qu'il me dise… : « bah docteur… vous me l'aviez signé le papier… hein ? » (En secouant une feuille de papier, représentant un certificat) »*

M8 : *« je me donne tous les moyens… mais si… voilà… si… si je n'ai pas pu le… si je n'ai pas pu dépister quelque chose ou autre… je ne mets pas la pression… je me mets juste cette obligation de moyen […] Quand on est accusé… je ne sais pas… on pourrait être accusé… du coup… la responsabilité civile euh… et médicale… tout ça pourrait rentrer… je ne sais pas s'il y a déjà des médecins qui ont été accusé pour euh… pour un certificat médical qui aurait été délivré et finalement, il se serait produit un incident… »*

M11 : *« Mais si par exemple, un de mes patients, faisait un accident sur le terrain de foot, je serai beaucoup plus embêté par le fait que… comment… (hésite)… que je vais être amené à me justifier devant la justice mais je serai plus à l'aise pour me justifier devant la famille je crois. Devant la famille, je serai capable… enfin capable… je leur expliquerai que ça a toujours été dans les limites de nos possibilités, que voilà, bah tiens… J'ai fait, je l'ai vu… j'ai fait ci, j'ai fait ça… plus ou moins ce qu'on nous recommande de faire, parce qu'on ne peut pas faire plus pour l'instant »*

« Mais si on nous demande… si on nous demande de… si un jour on nous disait… si le certificat devenait réellement, comment on dit ? « Opposable » ! Je pense que j'en arriverai à arrêter de les faire. »

M12 : *« Bah les défauts… je ne sais pas s'il y a quelqu'un qui fait une mort subite sur un marathon, si on va voir le médecin et qu'il n'y pas de dossier médical… (bruit de bouche) tss… je pense qu'il va avoir des ennuis ce médecin… »*

« Ouais… dans le médico-légal, il y a aussi cette espèce de plus ou moins de « serment » avec le patient avec voilà : « j'ai fait mon boulot, s'il arrive quelque chose tout en ayant fait mon travail… bah… »

« Bah… mon certificat m'engage… oui, c'est vrai, j'en ai tout à fait conscience et c'est pour ça que je fais toute cette procédure-là, et que je la fais systématiquement. […] Ouais… dans le médico-légal, il y a aussi

cette espèce de plus ou moins de « serment » avec le patient avec voilà : « j'ai fait mon boulot, s'il arrive quelque chose tout en ayant fait mon travail… bah… »

M13 : *« Bah c'est-à-dire qu'en fait, on a toujours l'arrière-pensée médico légale et qu'euh… je vais plus facilement me protéger, me bétonner si je pense que derrière voilà… il peut… »*

Un médecin a exprimé ses impressions sur l'existence de fausse croyance entourant le risque médico-légal.

M5 : *« De … De nulle part, c'est juste… (rires) … mais non… il y a une croyance sur le médicolégal, en médecine, de toute façon il y a plein de gens qui pensent qu'ils vont finir en prison… Ils iront un jour ou l'autre mais peut-être pas pour ça. »*

« Je n'ai jamais vu… et pourtant j'en fais des expertises, des accidents dans lesquels les assureurs ont demandé le certificat médical (en tapant du doigt sur la table) »

- *« Donc pour toi, cette idée que l'assurance peut justement… se défausser et rejeter la responsabilité sur le médecin…*
- *Hmm… 99 fois sur 100 c'est faux.*

  Et de toute façon, sur le médecin jamais !
- *Pourquoi ?*
- *Parce qu'ils perdent toujours ! Parce que le médecin il dit : « en fonction des éléments que j'avais (tape du doigt sur la table), de son interrogatoire et de son examen clinique, comme les examens complémentaires ne sont pas obligatoires… sauf exceptions… saufs sports à contraintes etc… »*

Quelques médecins se sont exprimés sur l'implication des ECG au niveau médico-légal

M7 : *« Mais je me serais dit : « bah je n'ai pas fait mon maximum pour ce patient … […] mais imagine il a 24 ans… si je n'ai pas fait d'ECG, alors qu'il n'en a jamais eu de toute sa vie… (silence)… Là, vraiment pour moi… c'est … une faute de ma part, quoi. »*

M8 : *« Oui, il y a des choses marquantes en ce moment… on se pose la question ! Il y en a qui vont dire : « moi je ne fais pas l'ECG parce que je ne suis pas capable de le lire…. Donc, si je ne le lis pas correctement, c'est répréhensible et donc du coup d'un point de vue médicolégal, ça peut se retourner contre moi… »*

M12 : *« Donc, du coup en médecine du sport… je ne le fais pas… je ne le fais pas ! ça m'est arrivé de la faire et… je l'ai fait pendant une période et je me suis dit : « non, tu es en train de faire des bêtises parce que c'est opposable… » ; L'électro il devient opposable, si je passe à côté d'un retard droit, ou même un Wolff… »*

M13 : *« Euh… je suis consciente de ma prise de risque, dans la mesure où je fais un électrocardiogramme et qu'il y a une trace puisque je redonne l'électro… […] Alors en faisant l'ECG… le fait qu'il y ait une trace un jour on peut me dire : « bah voilà, attendez sur l'ECG, il y avait des signes de Brugada, vous ne l'avez pas vu, il y avait ça… et vous êtes passés à côté… »*

b) Mécanisme de gestion :

Les médecins interrogés se sont également exprimés sur leurs façons de gérer leurs incertitudes liées à l'existence du risque médico-légal.

Certains médecins ont évoqué la possibilité de ne pas prendre de décision seul mais d'en partager la responsabilité.

M3 : *« C'est ça, c'est ça… BAM, « cardiologie, ECG : ok ». Donc, finalement tu as ta responsabilité sur l'examen physique et l'interrogatoire, le cardiologue qui met sa responsabilité sur l'ECG et avec ces deux choses-là tu dis : « ok, c'est validé » Bah du coup tu te détaches un peu de cette responsabilité. »*

M6 :

- *« Qu'est-ce que ça vous apporte à ne pas prendre la décision tout seul ?*
- *ah ça c'est une excellente question à laquelle je vais répondre très facilement, c'est simplement que je partage la responsabilité du certificat… »*

  «[…] j'ai tendance à aller maintenant, beaucoup à les envoyer au cardiologue si j'ai un petit doute. »

  « Par exemple si je demande à un confrère, c'est aussi la réassurance de ne pas prendre une décision tout seul, c'est de dire à près tout c'est mon idée à moi mais est-ce que quelqu'un qui a les mêmes compétences que moi, qui voit les choses un peu différemment, a le même point de vue sur ce cas-là ou pas et si on tombe tous les deux d'accord sur un truc ou au contraire si on n'est pas d'accord, ça sera forcément profitable de pouvoir en discuter ! »

M7 :

- *« Ok… et tu parles… tout à l'heure tu parlais de « on » … là c'est vraiment…*
- *Alors là, ça ne serait que moi, parce que je n'ai plus… parce que je n'ai personne pour me dédouaner d'eux en fait… »*

  « Matériellement déjà… un ECG, dans ton cabinet… un truc dont tu sais te servir, pas avec des vieilles électrodes de mathusalem… donc, déjà ça… donc tu as le matériel ! Après tu as le… l'ECG qui sort… moi je le regarde, le truc qui me rend super à l'aise, c'est je prends une photo, je l'envoie à un « ami » cardio… »

  « (Silence)… Que… Arf… en fait, c'est de manière globale… c'est vrai que je dis « dans ce cas-là » mais au final… Si quelqu'un vient pour une ACFA… je pense que je vais quand même tu vois… pour euh… que je dis « tiens, pour moi c'est une ACFA… » … Je vais quand même… Je vais quand même aimer confirmer tu vois… »

M11 : *« Alors ceux qui sont suivis… alors on est bien content quand ceux qui sont suivi par un cardiologue, bah au moins il y a eu le cardiologue… et ceux, qui n'ont pas vu de cardiologue depuis longtemps ou jamais ! Est-ce que c'est une raison pour les envoyer ? »*

Des médecins préféraient relativiser l'existence de ce risque, en prenant de la distance.

M2 : « Oui, on ne peut pas tout maitriser. »

M3 : *« Et bah oui, l'erreur elle est humaine, ça peut arriver mais il faut vivre avec ça, le fait de pouvoir se tromper … malgré tout, au moins je suis sûr de mes capacités ; »*

M5 : *« C'est bien rare que l'on tombe sur quelque chose de rare, quoi… »*

« Voilà… par définition, ça arrive oui… »

M6 : *« ça fait partie du risque normal que je prends tous les jours quand j'exerce avec ma conscience et de passer à côté de quelque chose et de ne pas être à la hauteur et de voir quelque chose qui se passe mal, ça fait partie du risque de mon métier »*

M7 : *« Après nous on est médecin, donc dès que l'on peut sauver une vie… bah oui, forcément il faut essayer de le faire malgré tout »*

M9 : *« Bah c'est-à-dire que… on ne peut pas tout éviter ! (Joue avec ses clefs) c'est ça… si… si… après la mort subite, c'est souvent dû à des problèmes cardiaques… bon, à priori… ouais, je ne sais pas comment… on fait… […] mais au moins je l'aurais en tout âme et confiance… s'il arrive quelque chose, bon bah voilà… on ne peut pas tout prévenir… »*

M10 : *« Bah oui…, euh… là, je ne sais pas… j'ai tendance à dire que je suis assez scolaire et s'il y a des études fiables, de haut niveau de preuve qui disent que finalement… ça sert aussi à ça la science… on fait, on nous dit de faire et finalement, si sur ce qui a été fait on reprend les choses… si finalement, ça ne sert pas à grand-chose, on ne va pas faire… »*

« Non… non… je ne suis pas si… je ne suis pas alarmiste comme ça ! En plus, la mort subite on peut la faire en montant quatre à quatre ses escaliers hein ! sans que … et ça, je ne valide pas aux gens s'ils peuvent courir derrière leur bus ou leur train. »

Pour certains des médecins interrogés, l'impression de répondre aux exigences de « l'obligation de moyens » leur permettait de gérer les incertitudes liées au risque médico-légal.

M3 : *« Après, si j'ai fait l'ECG euh… bon… je… il y a moins… je me dirai que j'ai fait les choses, pour moi (insiste), comme il fallait mais euh… »*

M8 : *« Mais … voilà, au congrès on nous dit qu'il n'y a pas de recommandations à dire : « il faut à tout prix un ECG mais le médecin il a cette obligation de moyen » … Donc comme j'ai acheté l'ECG pour le dépistage des AC/FA … enfin, voilà… pour autre chose… Je me dis, « voilà, il est là cet ECG donc… euh… donc, du coup je peux me donner le moyen de faire ça lors de ces consultations »*

Un des médecins avait fait le choix d'impliquer le patient dans la délivrance du certificat en lui faisant signer un document.

M12 : *« Je me couvre… comme ça ce n'est pas que déclaratif, c'est ils l'ont signé, je l'ai scanné, je vais le broyer après… comme ça, j'ai ça dans mon dossier, là j'ai un peu arrêté depuis six mois parce que je suis un peu passé à autre chose… »*

Ce médecin remplissait systématiquement un dossier médical, dans le but d'avoir une trace.

M12 : *« Ouais, tout est important et je le fais vraiment aussi pour… bah, voilà… noter, je le marque d'ailleurs… je mets : « pas de signes cardiovasculaires à l'effort et à la récupération », sur mon dossier, tout est noté…*

antécédents, je mets : « néant » … Tout est noté… […] C'est noté… c'est défendable… (rires) »

Il avait également pris la décision d'arrêter de pratiquer l'ECG dans le cadre de la délivrance du CACI, car il devenait ainsi « opposable »

M12 : *« […] je l'ai fait pendant une période et je me suis dit : « non, tu es en train de faire des bêtises parce que c'est opposable… » ; L'électro il devient opposable, si je passe à côté d'un retard droit, ou même un Wolff… de temps en temps… ce n'est pas comme dans les livres ! un QT court… pffft… ouais… »*

Quelques médecins ont exprimé vivement leur désaccord face à ces situations. Le risque médico-légal générait chez eux une certaine forme de consternation.

M4 : *« Et ce n'est même pas un an, ce n'est même pas trois mois, ce n'est même pas trois jours ! Si le lendemain, il se casse la figure ! Il n'est plus apte ! or tu auras fait le papier et il va quand même être considéré comme apte, alors à quoi ça rime ? […] Parfois oui, quand on voit les absurdités aux quelles ça nous mène… Hmmm je peux ressentir un genre de colère. »*

« Parce qu'en France, on complique tellement les choses mais en fait, il n'y a rien de plus bête. Les… La question ne devrait même pas se poser ! les gens sont capables ou pas capables de faire telle chose. S'ils se sentent capables, ils font, s'ils ne sentent pas capables, ils ne font pas mais il n'y a pas besoin de prendre l'avis du médecin traitant. »

M5 : *« Ce qui m'énerve dans « l'affaire » de la contre-indication… […] Donc, tout temps qu'il n'y a pas un dossier centralisé, par fédé ou par je ne sais pas quoi…etc… ça ne sert à rien ! »*

« J'attends juste qu'un jour on soit obligé de faire un électro… « obligé ! » …et là… j'arrêterai de faire des certificats. »

- *« Ah bah non, ça ne fonctionne pas !*
- *Donc s'il ne fonctionne pas, quelle utilité ?*
- *Bah… (fait le signe zéro avec sa main) »*

M6 : *« - Ce que j'ai dit d'abord, qu'on m'impose à faire les choses comme on a envie qu'on les fasse et pas forcément comme j'ai idée de les faire. Déjà ça. Je n'aime pas qu'on me contraigne…*

- d'accord…

- je crois que c'est tout le monde en fait…

- donc ça c'est la liberté du médecin généraliste

- ouais la liberté de tout le monde, la liberté de faire comme on pense devoir faire. »

M11 : *« Oui parce que de toute façon il est forcément faux ce certificat puisqu'on pourra jamais certifier que quelqu'un est apte à faire à une activité […] Bah parce que ça n'existe pas de certifier que quelqu'un est apte à faire quelque chose ! ça n'existe pas ! c'est… c'est … »*

M12 : *« C'est insoluble… c'est insoluble de toute façon. Quand je vois maintenant, qu'on fait même des certificats pour le yoga quoi… j'en ai parlé tout à l'heure mais pffft… c'est-à-dire… […] Bah… totalement ubuesque ! »*

Des médecins préféraient aborder avec humour ces situations.

M2 : *« Là … Là… si on veut maitriser tout, il faut faire de la psychothérapie ! (rire) »*

M5 : *« Et bah tu causes… (rires) »*

M6 : *« le certificat c'est plus une corvée qu'autre chose pour moi, il n'a pas grand intérêt.[…] parce que c'est un papier de plus à faire. (Rire) »*

M10 : *« Je le signe, « alea jacta est » … avec euh… parce que je me dis : « qui est ce qui pourrait ? »… le contre indiqué ? Il n'y a rien… et à qui je vais demander ? On ne va pas aller lui faire toute une batterie d'examens… je ne sais même pas ce qu'il faudrait faire… à la limite j'aimerai qu'il aille voir un médecin du sport celui-ci »*

M11 : *« Oh non non … sûrement pas… non non… (joue avec ses clefs) …je … je… Quand c'est des petits je leur dis… « alors qu'est-ce que tu en penses ? »… Je les fais un peu… (sourit) alors je dis toujours… parce qu'il y a pas mal de filles maintenant qui font du foot… »*

M12 : *« Non. Non, non… c'est moi qui suit totalement parano… (rire) »*

M13 : *« (Rire) je ne sais pas ! Il y a des choses que je ne maîtrise pas… »*

Des médecins admettaient qu'ils éprouvaient systématiquement une certaine forme de distanciation, de méfiance.

M5 : *« Avec toujours l'idée, qu'à priori les gens mentent… »*

M8 : *« Mais pas de résultats… donc comme si… si un accident survient… bah j'aurais fait l'examen, j'aurais posé toutes les questions, j'aurais fait l'ECG… mais si ça survient, et qu'il n'y a pas eu voilà… de doutes particuliers auparavant… voilà… je ne mets pas… je me donne tous les moyens… mais si… voilà… si… si je n'ai pas pu le… si je n'ai pas pu dépister quelque chose ou autre… je ne mets pas la pression… je me mets juste cette obligation de moyen »*

M10 : *« Voilà ! En veille ! Exactement ! Vigilante ! donc du coup, surtout pour ces choses-là, je ne laisse pas un truc… »*

M12 : *« Bah ça fait longtemps qu'on nous met en garde quand on fait des certificats médicaux… ça fait très longtemps… donc, j'ai toujours fait très attention… »*

« Moi sur ça, je me suis dédouané très vite de ça… voilà, on est obligé de toute façon… Il faut être… euh… c'est l'inverse… comment on dit (cherche)… il faut être empathique mais pas sympathique… ça c'est la base. »

4. Une procédure de dépistage qui ne fait pas l'unanimité :

a) Une absence de consensus :

Quelques médecins se sont exprimés sur l'importance qu'ils donnaient au dépistage

M9 : *« Bah c'est toujours pareil… si on n'en dépiste jamais… qu'on en fait pendant dix ans et qu'on ne dépiste rien, bah oui… on va dire : « ils ont raison » mais il suffit d'en dépister un ou deux… mais au moins, on l'a fait quoi… »*

M10 : *« On fait l'autruche ! Si on ne fait pas l'ECG parce qu'on ne sait pas le faire… […] S'il y a quelque chose de « mal », on l'analyse, si on ne sait pas l'analyser bah… on l'envoie au cardio et on résout le problème quoi… »*

Certains médecins avaient un avis moins tranché sur la place du dépistage :

M1 : *« Je peux le justifier donc c'est conforme à ce qui devrait être fait, on peut l'imaginer et quand il y a une incertitude, il y a une incertitude … On fait ce qu'on veut, mais là il n'y a pas tellement d'incertitude, on sait que ça n'est pas efficace, pas efficient … je n'ai pas trop de scrupules à ne pas faire d'électrocardiogramme en disant voilà « on va me le reprocher »*

« J'ai l'impression que c'est plus une culture sociétale d'aller chercher… de penser que le dépistage est forcément bien et qu'il n'a pas d'effet secondaire, et qu'il est forcément efficace... Alors que les données de la littérature ne le montrent pas. On le voit pour la mammo, pour le dépistage du cancer de la prostate »

M5 : *« Non mais on va … si on fait des examens complémentaires, on va trouver des trucs… sauf que par définition, un examen complémentaire c'est un examen… complémentaire… il vient conforter ou infirmer une idée… On ne va pas à la pêche à la ligne en médecine ! […] s'il n'y a pas de corrélation… donc… il ne faut pas faire de la pêche à la ligne en médecine… c'est tout ce qu'il faut pour faire… donner… faire des catastrophes. […] Le sport ce n'est pas un « faisceau d'éléments ! »*

b) Les limites décrites des procédures de dépistage :

Des médecins avaient la notion que les examens complémentaires étaient peu performants

M1 : *« Et pour moi, pour l'instant la balance bénéfice risque d'aller dépister une cardiomyopathie elle est … elle est mauvaise, comme un dépistage de cancer ! »*

« On n'a pas d'examen qui soit suffisamment pertinent pour bien screener les gens, on va avoir énormément de faux positifs et je me suis posé la question de : « des faux positifs donc ok, on fait plein d'examens, ça à un coup pour la société mais à combien on va devoir interdire de faire du sport pour en sauver un ? […] donc on va trouver beaucoup de malade mais ils ne vont pas forcément tous en mourir, et il y a pleins de gens que l'on va étiqueter malade, alors qu'ils n'en seraient jamais morts. »

M6 : *« Si on fait un électro, qui peut me dire qu'un électro normal… va prévenir quelqu'un d'une mort subite ? Personne ! Si je fais même une écho en plus cardiaque… que j'ai une écho normale, que j'ai un électro normal, qui c'est qui peut me dire qu'il n'y aura pas une mort subite ? Et je peux faire une épreuve d'effort, je peux faire une scintigraphie myocardique et je peux avoir tous ces examens normaux et quand même avoir une mort subite. A quel moment on s'arrête ? Quel est la diminution réelle du risque quand on fait tout ça ? Quel est le coût pour la société ? et quel est le rapport bénéfice coût ?*

Personne ne me dit ça … et je le l'ai lu nulle part… »

M10 : *« […] voilà, j'avais vu cette recommandation, voilà, donc je l'ai suivi, mais voilà… quand on se pose la question du bénéfice… comme je te l'ai dit, enfin on ne peut pas faire une étude sur un autre truc mais je n'ai pas vu de… de bénéfice ; à la limite je leur dis : « bah écoutez, ça va bien, l'ECG… je n'y vois pas d'anomalie mais voilà… ça n'apporte rien… »*

M11 : *« Ah non… ah non, parce que je sais que ce n'est pas dans nos possibilités actuellement d'écarter… même du coup, voilà, tu fais un scanner, tu fais un body scan, tu fais une IRM, tu fais pleins de trucs… on va forcément laisser passer des choses quand même ! »*

La prise en charge des faux positifs était également une des préoccupations de quelques médecins

M1 : *« donc on va trouver beaucoup de malade mais ils ne vont pas forcément tous en mourir, et il y a pleins de gens que l'on va étiqueter malade, alors qu'ils n'en seraient jamais morts. »*

M5 : *« (Acquiesce) parce qu'en fait… euh… je … je… On arriverait à une escalade… et à partir du moment où tu ouvres cette boîte de pandore, on arrive à une escalade d'examens complémentaires qui sont couteux, c'est une chose… mais qui peuvent être délétère parce que la multiplicité des examens complémentaires… déjà, chez un patient qui a une maladie… c'est déjà à mon avis assez délétère mais chez quelqu'un qui n'a rien, c'est pire que tout »*

M8 : *« J'avais un doute sur un Brugada… finalement, ça n'en était pas un… euh parce que voilà c'était un patient… parce que ce n'était pas une anomalie significative, pour le Dr *****… après il y avait une autre anomalie, où finalement, là c'est en cours d'exploration avec le Pr ****** mais euh… et finalement cette anomalie ne sait jamais retrouvée sur les autres ECG. […]Oui, en arrêt de sport total… parce que même le Dr **** **** s'était inquiété pour ça, mais finalement il n'y a pas de… contre-indications. »*

M10 : *« C'est ça… parce que, par exemple, pour prendre l'exemple du cancer colo rectal, les gens sont quand même soumis, quand il y un faux positif, parce que ça revient quand même à ça… quand il y a un faux positif, il y a quand même du stress, des examens avec une anesthésie locale ou générale, des risques de perforation colique… ce n'est quand même pas anodin, alors que c'est simplement, je n'en sais rien, un micro… c'est pas de chance, et ça va leur bousiller pendant un moment leur qualité de vie et… voilà, mais c'est toujours les dangers du dépistage ! »*

c) En apprenant que le dépistage pré-participatif est peu performant :

M2 : *« Je pense que je garderais ce que je fais … déjà, juste parce que sur le plan légal, parce que comme c'est encore, pour l'instant obligatoire … je garderais, et puis ça peut être parfois l'occasion de voir d'autres choses ou d'aborder d'autre sujet. »*

M3 : *« Hmm… bah ça ne change rien, et bien je ne changerai pas ma façon de faire. Je dirai… hmm ça fait pas longtemps que je suis là, mais après il n'y a pas que la mort subite, ça n'est que par rapport à la mort subite et il y a des contre-indications, là, on cible un peu plus avec l'ECG »*

M7 : *« Après on ne peut pas le faire malgré tout… tu vois… »*

M8 : *« Bah oui… finalement, c'est intéressant ce que tu dis… moi, je me vois évolué, je ne suis pas figée dans cette pratique là… […] Je ne vais pas à l'avenir, continuer de faire un ECG, si euh… voilà… m'obstiner de faire cet ECG pour éventuellement trouver quelque chose… si … de façon systématique comme ça… si euh… comme tu dis, c'est prouvé qu'il n'y a pas vraiment d'intérêt… »*

M10 : *« (silence)… ça voudrait dire que ça ne sert pas… qu'on n'a pas plus de bénéfice à le faire… […] Bah oui…, euh… là, je ne sais pas… j'ai tendance à dire que je suis assez scolaire et s'il y a des études fiables, de haut niveau de preuve qui disent que finalement… ça sert aussi à ça la science… on fait, on nous dit de faire et finalement, si sur ce qui a été fait on reprend les choses… si finalement, ça ne sert pas à grand-chose, on ne va pas faire… [..] Moi jusqu'à cet entretien, j'étais favorable à ce qu'il y ait un ECG tous les trois ans pour les jeunes de douze à trente-cinq ans mais je n'avais pas connaissance non plus, de cette histoire belge.»*

« Après, pratiquement… moi, je pense que c'est bien d'avoir un ECG, pas pour les trucs du sport, mais pour l'avoir en consultation plutôt pour la pathologie. A ce moment-là, quand on l'a sous la main, dans ma tête moi je me disais : « ça ne coute pas grand-chose, de faire un ECG » mais effectivement si on ne trouve rien, ça n'a pas d'intérêt »

M13 : *« Avant, je pensais donner peut-être un petit plus en terme de dépistage d'anomalie quoi… je pensais… mais visiblement, ça ne change rien… donc euh… pfft… […] Bah ça serait d'arrêter de faire un ECG pour arrêter de prendre des risques inutiles pour moi ; »*

IV. Des médecins force de proposition

1. Propositions portant sur le cadre de la certification :

a) Production de recommandations officielles :

Certains des médecins interrogés souhaiteraient que les objectifs de la consultation de délivrance de CACI soient définis par des recommandations.

M1 : *« Il faudrait que l'on se mette d'accord sur les objectifs. C'est-à-dire, il faudrait que l'on se mette d'accord sur : « Qu'est-ce que l'on veut faire ? » Dépister une cardiopathie ou une mortalité indexée sur la qualité de vie ? »*

M13 : *« […] le problème c'est que… c'est pareil, ça peut-être tellement variable ce qu'on met dans une consultation de certificat d'un généraliste à l'autre, si c'est juste signer un papier, ça n'a aucun intérêt mais si c'est justement l'occasion d'aborder différents aspects chez la personne, chez l'ado, chez l'enfant…*

Parmi les sujets interrogés certains ont souhaité qu'il y ait une production de recommandations officielles.

M1 : *« Bah, il y a des questions éthiques là-dedans, il faut que l'on se positionne. »*

M8 *: « d'autres conférences, ou de vraies recommandations … »*

M10 : *« enfin, je n'ai pas trouvé de recommandations, enfin, il me semble qu'il y en a, j'avais vu passé ça mais peut-être que je n'ai pas pris le temps de lire non plus… »*

D'autres ont exprimé la nécessité de la mise en place d'un consensus au sein des avis des experts :

M7 : *« mais peut-être que ça serait bien que les généralistes nous donnent vraiment leur avis là-dessus »*

M8 : *« Claires… sur ce qui est à faire et pas à faire… parce que là finalement, les avis sont mitigés… certains congrès, on va dire ce qu'on m'a appris, dans d'autres, on va dire autre chose… »*

Un des médecins interrogés s'est dit même en faveur de la non utilisation des avis d'experts et des sociétés savantes :

M1 : « […] *pas des avis, pas des jurisprudences, pas du légal, pas Du : qu'est -ce qu'il s'est passé ? »*

b) Repositionnement des fédérations et des organismes d'assurances :

Un médecin s'est exprimé sur le fait que les institutions encadrant le certificat devaient assumer leurs responsabilités :

M12 : *« Donc il faudrait peut-être que ce soit à prendre en compte au niveau des médecins nationaux des compagnies d'assurances …parce que c'est ça qui fait la première marche et qui met tout… qui actionne tout ce qui en découle… […] Et qu'ils prennent des assurances collectives, qu'ils prennent le fourre-tout, qu'il y ait des antécédents ou pas… d'ailleurs c'est ce qu'ils font… c'est ce qu'ils font… »*

Deux médecins ont souhaité que les fédérations fournissent les listes de contre-indications pour le sport pratiqué :

M5 : *« il faudrait que sur chaque demande de licence il y ait les grandes contre-indications »*

M10 : *« Après, je pense que ce n'est pas très clair aussi, je pense que ça serait bien pour les médecins généralistes qu'on ait vraiment la liste de ce qu'on a le droit de faire et de ce que l'on a pas le droit de faire et que ce soit vraiment publiquement… […] Et que ce soit écrit en gros sur le truc : « A signer par un médecin spécialisé dans la fédération ou un médecin… » je n'en sais rien moi… »*

c) Maintien d'une consultation de dépistage et de prévention :

Des médecins se sont exprimés sur la nécessité de maintenir une consultation de surveillance annuelle

M2 : *« Pour les enfants, le reste, on peut en profiter pour voir tout, les dents, les oreilles poids taille etc… pour les grands, c'est vrai que ça va être plutôt cardiovasculaire et puis vaccination quand même »*

M4 : *« (Acquiesce) hmm hmm… oui, ça pourrait être, non pas une consultation pour le sport… mais un bilan annuel ou chez quelqu'un qui est suivi, quelque chose que l'on repère à un moment où à un autre »*

M8 : *« Je dirai que l'on ne doit pas comme ça… créer des obligations pour le certificat… mais plutôt créer une obligation de consultation de dépistage… pour certains âges… on le fait, voilà pour les enfants, on a des consultations de suivi à certains mois… et bien, pour certains âges, voilà… les enfants, les ados, on devrait avoir une consultation, parce que parfois les patients viennent, ils pensent qu'on a « juste à signer le papier », c'est juste administratif… et euh … sans que ce soit une consultation à part entière… »*

« Oui… ouais… que ce ne soit pas seulement un papier à signer… »

M13 : *« Mais par contre, 200% d'accord pour euh… pour des consultations de prévention, que je fais déjà quand je signe les certificats… »*

« Bah je pense qu'il ne faut surtout pas élargir la durée pour signer les certificats quoi… il faut les garder à un an… »

Un des médecins interrogés proposait de réaliser un dépistage annuel par un médecin spécialiste avec la réalisation d'examen complémentaire interprété :

M2 : *« Que les gens aillent faire un électro avant chez un cardio et qu'ils viennent avec… ECG fait, et interprété, par un cardio ou quelqu'un qui fait ça tous les jours, plusieurs fois par jour »*

Des médecins se sont exprimés que dans le cadre d'une consultation de prévention, ils évoquaient la possibilité de faire rembourser la consultation par la SECU

M9 : *« Ça… je ne sais pas… si on décide que la prévention ne doit pas être remboursée… OK… mais ça n'a jamais été dit… voilà… mais dans une consultation, là on parle du certificat… mais on fait aussi beaucoup de prévention… donc euh… il faudrait vraiment clarifier les choses… c'est vrai que normalement… logiquement, on ne doit pas faire de feuille de soins… les gens ne sont pas remboursés… voilà… bon, je sais qu'il y a des collègues c'est : « ah non… hors de question que l'on fasse une feuille de soins » …*

M13 : *« bah oui, moi je pense que c'est… à moins qu'on évolue peut-être des consultations gratuites en tiers payant, une fois par an, pour chaque individu… »*

2. Propositions pour aider les médecins :

a) De nouveaux apports scientifiques :

Une partie des médecins interrogés proposait de passer par la formation des praticiens

M1 : *« Pourquoi pas des ateliers, ou l'intervention de plusieurs spécialistes qui donneraient leur avis… »*

M7 : *« Bah oui oui oui… carrément, tu vois, au final… c'est notre génération, je pense qu'il faut vraiment que l'on soit dans la formation en continue et tout… mais c'est un truc qui est… (silence) qu'il faut vraiment qu'on fasse. »*

M10 : *« (Silence court) … bah j'aimerai bien avoir une formation là-dessus… euh… Parce que finalement, c'est des choses où… […] sur ce qu'on doit faire exactement comme euh… parce que je te dis, moi je fais l'examen neurologique mais c'est… en te le disant, je me rends compte, en fait, c'est idiot !»*

« Mais par exemple, je ne vérifie pas la vue… à mon avis il faut… il y a des sports, où c'est bien d'examiner la vue, l'ouïe… euh… par exemple, les sports à voile… si le gars, par exemple, il n'est pas capable d'entendre euh… enfin je pense qu'il y a des choses… Mais ouais, je pense qu'une petite formation, ou un petit séminaire, je n'en sais rien sur ce que doit faire un médecin, ça permettrait de faire ce qu'il faut et de ne pas faire ce qu'il ne faut pas. »

Un seul médecin s'est exprimé sur la nécessité d'avoir des outils de prévention plus performant.

M1 : *« […] d'outils plus performant pour bien screener les gens. Je veux bien aller faire quelques examens inutiles, qu'il y ait plein de faux positifs mais pas de trop quand même, et du coup j'aurai besoin de ces données là pour dire qu'elle est le couple entretien/ examen / examen complémentaires, performant pour bien screener les gens, qu'il n'y ait pas trop de faux positifs et que l'on en loupe pas non plus puisqu'on est sur de la mort subite, donc on va essayer de ne pas trop les louper mais surtout pas trop de faux positifs en échange de bien dépister les gens.»*

Parmi les sujets interrogés, certains ont exprimé la nécessité de réaliser de nouvelles études épidémiologiques autour de la question de la certification.

M1 : *« des données épidémiologiques, des vraies données… »*

M12 : *« Je pense qu'au moins… si on me dit que l'étude italienne a été remise en question, ça m'avait paru très intéressant à l'époque donc je m'étais dit : « bah tiens, ce serait bien de faire un électro ! »*

(Inspiration) moi, s'il y a des études…, moi je suis assez étude… donc… c'est vrai que je n'ai pas relu mais si je lis des études… qui montrent qu'il n'y a pas de besoin de faire l'électro, que ce n'est pas rentable, pas d'un point de vue financier, mais pour les patients !

Voilà… je me conforte à des études, c'est pour ça moi je suis lecteur Prescrire, parce qu'en général je n'ai pas les compétences pour juger de la qualité statistique des études, donc je me réfère à Prescrire… Ils nous le « démiette (?) », en disant c'est fiable, ce n'est pas fiable… moi je suis. »

M13 : *« J'aimerais en fait, avoir la certitude, qu'il y ait des études qui montrent que les généralistes qui font des ECG, en fait, bah… on a un gain, en terme de dépistage… et de mortalité… ouais… »*

b) Repenser la consultation de délivrance d'un certificat d'absence de contre-indication :

Un médecin a évoqué la possibilité d'orienter le patient consultant pour un certificat d'absence de contre-indication vers le médecin du sport, lorsqu'il s'agissait de sport à contraintes.

M10 : « *Que les patients soient vraiment bien orientés vers le bon médecin quand euh… […] Quand c'est des sports avec contraintes »*

Un autre médecin a proposé de limiter la délivrance au médecin traitant uniquement :

M11 : *« Ouais… moi… d'ailleurs, on devrait peut-être exiger du certificat qu'il soit délivré par le médecin traitant !* »

Le cinquième médecin interrogé a proposé de créer un dossier centralisé, qui permettrait à tous les médecins prenant en charge un patient de contrôler ses antécédents :

M5 : *« Ce qui m'énerve dans « l'affaire » de la contre-indication… c'est que pour moi… si je pouvais produire un document… de contre-indication… et que ce document soit accessible à l'ensemble des médecins qui sont sollicités pour faire des certificats… ça ne me dérangerait pas. […] Si on imagine qu'il y ait un dossier centralisé par fédé ou par je ne sais pas quoi… tu vas voir que : « Monsieur Machin… il a fait un malaise en jouant au rugby, il s'est pris un coup dans la gueule » […] alors que s'il y avait un dossier centralisé, obligatoire… pour toutes fédés… tu sais tous les évènements et là quand tu mets : « Monsieur Machin… interdit de rugby… » et bah là, c'est marqué [..] Avec des arguments… et s'il y a un gars derrière, qui veut signer sa licence de rugby, il va falloir qu'il argumente. Il va dire, on l'a exploré, on lui a fait une IRM, on a vu qu'il n'y avait pas de cisaillement de je ne sais quoi… enfin bref… […] Donc, tout temps qu'il n'y a pas un dossier centralisé, par fédé ou par je ne sais pas quoi…etc… ça ne sert à rien ! »*

« Alors on pourrait s'appuyer sur un DMP ou sur je ne sais pas quoi… il faudrait… comme on est très loin, même pour les médecins sportifs, de connaître tous les sports… il faudrait que sur chaque demande de licence il y ait les grandes contre-indications »

Plusieurs médecins ont évoqué la possibilité de réaliser un certificat d'existence de contre-indication en remplacement d'un certificat d'absence de contre-indications.

M4 : *« Est-ce qu'il faudrait dans ce cas qu'ils viennent pour que l'on fasse des contre-indications temporaires au sport ? Ça serait le complément obligatoire dans ce cas-là ? »*

M5 : *« Négatif… mais centralisé, parce que sinon ça ne sert à rien […] mais encore une fois, je crois que le certificat ne protège que l'usager… s'il était un certificat négatif »*

M11 : *« Exactement ! ouais voilà… alors, autant une inaptitude au sport elle est objective… »*

Un des médecins interrogés rapportait avoir recours à l'utilisation de de certificats circonstanciés :

M9 *: « Alors moi, ce que j'aime bien c'est faire le certificat médical circonstancié… ça j'aime bien ça… [..] J'avais trouvé un modèle… c'est en fait, euh… un certificat médical qui n'autorise pas tout et qui (tape de la main, sur la table) … il faudrait que… je dois l'avoir quelque part… ou en fait, on ne fait pas une dispense totale… (tape de manière répétée la tranche de la main sur la table) … par exemple, un gamin qui a mal au genou… il va pouvoir peut-être faire de la natation mais pas d'athlétisme ou de choses comme ça… ou il pourra faire d'autre sport (continue à taper avec la main sur table, à chaque nouvelle proposition) … donc euh… j'avais… j'avais trouvé ça, je ne sais plus où… mais je l'ai toujours sur mon bureau… et donc… en fait, c'est membre inférieur, membre supérieur… euh…[…] Et donc… je fais ça… parce que je trouve dommage, qu'un enfant, ne fasse pas du sport du tout (tape sur table pour appuyer ses mots) … parce qu'il a un petit handicap mais qu'il pourrait en faire un peu… et souvent à l'école, c'est : « bon, on le met de côté… » […] Voilà, il ne fait plus rien… donc euh… ça m'arrive de faire ça… […] Une sorte de parade… »*

Un autre médecin a proposé de limiter la portée de ses futurs certificats d'absence de contre-indications.

M11 : *« donc, il faut vraiment qu'on limite, qu'on limite la portée de notre certificat… et… Mais je vais réfléchir à ça d'ailleurs, parce que je pense que je vais limiter la portée de mon certificat en apportant des… en apportant, disons une note… qui porte plus sur les limites de l'examen clinique. »*

Une partie des médecins avaient soumis l'idée de réaliser une consultation d'information. Elle pourrait être associée à la délivrance d'un certificat d'information

M3 : *« Pour moi, à la limite s'il y avait quelque chose à faire il faudrait qu'il existe « un certificat d'information aux risques encourus si on ne délivre pas un certificat comme ça » […] C'est-à-dire qu'en gros ton patient, tu dis à la fédé : « il présente des risques, il présente des contre-indications mais qu'il a été informé des risques encourus, en notant les risques encourus, et de dire que… […] Mais il a été informé et que ça pourrait servir pour faire l'activité »*

M4 : *« Euh … si on devait modifier ce qui est fait actuellement… euh… plutôt que la délivrance d'un certificat je dirai que ça serait une consultation de : « mise au point, de conseils et de recommandations au patient » euh… Qu'ils viennent nous voir, qu'il nous dise : « voilà, je vais faire tel sport » et on lui dit : « bah oui mais avec ça et ça, il faudra être prudent à ne pas faire ça et ça » qu'il redise : « ah bah oui je fais déjà ça… » « ok, pas de problèmes, vous faîtes bien »*

« Un échange et des conseils… Sachant que c'est ce qu'il me semble… pour moi le plus important et essayer de faire une pratique sportive raisonnée. »

M11 : *« Bah que ce ne soit pas un certificat… que ce soit un avis, éventuellement ou un certificat qui… qui… qui certifie juste qu'on a délivré une information au patient… toujours dans les limites de l'examen mais au moins qui ne serait pas un certificat d'aptitude, mais que c'est juste un certificat qui dit qu'on a vu le patient et qu'il a été informé éventuellement des risques qu'il prenait et puis voilà… »*

« Bah ça va rejoindre la proposition que j'ai fait toute à l'heure, ils peuvent éventuellement recommander… même pas forcément l'obliger, recommander au patient de consulter son médecin pour discuter des facteurs de risque et non pas de la compatibilité avec la pratique du sport… Masi des facteurs de risque, notamment cardiovasculaire… de calculer son score et de… que ce soit juste même une recommandation, qu'on n'ait même pas de papier à délivrer qui certifie qu'on lui à délivrer une information… »

M12 : *« Alors ce que je fais quand même de temps… je le faisais… j'ai tendance à un peu moins le faire, comme je suis passé un peu à autre chose, j'avoue… mais, j'ai en pdf, le questionnaire de la fédération française de médecine du sport où je leur faisais inscrire tous les signes négatifs. »*

Des médecins ont suggéré de supprimer la démarche de demande de certificat :

M4 : *« Bah … Pas de certificat… »*

M11 : *« Bah moi, ça ne me choquerait pas qu'un jour on ne demanderait plus de certificats médicaux… »*

M13 : *« Eh bien, du coup, qu'on arrête… que j'arrête de signer des certificats puisque ça ne sert à rien… »*

c) Majorer l'assurance des praticiens de médecine générale :

Un médecin expliquait qu'il faudrait lutter contre l'isolement du médecin généraliste :

M13 : *« (Silence long…) en cas d'incertitude… euh... Bah d'un avis cardio rapide sauf qu'on n'a pas cette possibilité-là, d'avoir en fait… et c'est toute la problématique de notre boulot actuellement, c'est-à-dire qu'en fait… on n'a pas accès… on n'a plus accès au spécialiste facilement et je trouve qu'on est très seul en médecine générale. »*

D'autres praticiens interrogés expliquaient qu'un accès rapide à spécialiste permettrait de les rassurer :

M7 : *« Matériellement déjà… un ECG, dans ton cabinet… un truc dont tu sais te servir, pas avec des vieilles électrodes de mathusalem… donc, déjà ça… donc tu as le matériel ! Après tu as le… l'ECG qui sort… moi je le regarde, le truc qui me rend super à l'aise, c'est je prends une photo, je l'envoie à un « ami » cardio… […] Euh… parce que l'avis du cardiologue qui est spécialiste là-dedans…. Ça me conforte en tout cas dans la lecture de l'ECG… »*

M10 : *« Donc moi… est ce que si on avait un accès à un ECG avec euh… interprétation d'un cardiologue à distance, rapide… Pourquoi pas mais je… euh... je me forcerai quand même à les lire, je pense, pour ne pas perdre la main. »*

M13 : *« Et moi, pareil je fais beaucoup de gynéco et quand j'ai un souci, je n'arrive pas à avoir un référent qui va m'aider qui dit : « bon attend, je prends ta patiente, je regarde ce qu'il se passe » et là c'est pareil enfin… […] Ouais… Et de nous : « on n'est que généralistes » et bah en fait, en cas de doute moi j'aimerais avoir un cardio qui dit : « bah attend ton patient, je le vois dans une semaine, je vois ce qui te gêne sur l'ECG, ce qui te fait tiquer et puis je lui signe son papier…* »

3. Formation du patient :

a) A aborder la notion de risque :

Parmi les médecins interrogés, un certain nombre ont évoqué la possibilité de changer le regard du patient sur la consultation d'absence de contre-indication :

M4 : *« Ça n'est pas perdu, à condition que l'on te laisse le temps. Il y a beaucoup de patient qui ne te laisse pas le temps de faire ça, qui ne viennent pas pour ça, et qui te rajoutent ça en fin de consultation. »*

M5 : *« les examens de sport par les patients c'est banalisé et c'est vrai que les gens quand ils disent que ça fait 10 ans qu'ils font du sport de façon régulière et qu'il n'y a jamais eu de problèmes et bah nous voilà… »*

M8 : *« […] on devrait avoir une consultation, parce que parfois les patients viennent, ils pensent qu'on a « juste à signer le papier », c'est juste administratif… et euh … sans que ce soit une consultation à part entière…*

il y en a qui se rajoute à la consultation en disant : « et vous ne pouvez pas me signer mon certificat pour le tir ou euh… » alors que c'est une consultation pour un certificat pour l'enfant… c'est le papa qui vient avec son enfant, et lui il veut aussi qu'on signe son certificat… Le certificat pour certain patient c'est devenu administratif ! »

M11 : *« voilà, il y a des patients, parfois qui ont l'air de dire : « bah dites donc… vous faîtes bien du foin pour euh… pour un certificat… moi je vous demande juste de… signer »*

De nombreux médecins ont émis l'idée que les patients choisissent de pratiquer leurs activités en connaissant les risques mais en assumant les conséquences. Certains ont également proposé de mettre en place une décharge que le patient aurait à signer pour attestant qu'il a pris connaissance des risques auxquels il pourrait s'exposer.

M2 : *« Non, faire dans ce cas-là, comme dans certains sports, où l'on fait signer … par les… ceux qui vont faire le sport, faire signer un papier en disant que : « je déclare ne pas avoir de maladie particulière etc… et être conscient que je pourrais voir un médecin pour avoir un examen, machin mais que j'estime que je n'ai pas besoin ». Moi je verrai plus un truc comme ça, qui responsabilise aussi le patient »*

M3 : *« Les gens devaient juste signer une décharge qui disait que l'organisation n'était pas responsable s'il y avait un souci médical et c'est vrai que moi je me disais que, quand j'ai vu ça, je me disais que c'était quelque chose que je trouvais assez intéressant en soi »*

« Bah je me dis : « autant que le patient signe une décharge pour qu'il puisse faire leur course, en connaissance des risques bien sûr », c'est juste par principe […] Mais il a été informé et que ça pourrait servir pour faire l'activité »

M4 : *« Donc, ça serait presque plus normal que l'on fasse comme avec les touristes, c'est-à-dire qu'ils signent un « papier », qu'ils disent et qu'ils certifient que, ils n'ont pas de douleur dans la poitrine, qu'ils n'ont pas de signes à l'effort, qu'ils n'ont pas d'antécédents particuliers, que dans la famille il n'y a pas de mort subite*

Et donc autant qu'ils signent comme dans certaines fédérations, que ça soit eux qui remplissent un papier, qui dise : « voilà, je ne présente pas de problèmes à l'effort, je suis capable de faire ça, je signe et s'il y a un changement je le dis. »

M5 : *« Ceci étant dit…euh… on peut aussi prévenir les gens … (silence) … que nous, on n'est pas d'accord pour qu'il fasse tel sport… […] Mais… moi ça ne me dérange pas…de… ça ne me dérange pas que le gars il dise : « bah vous m'emmerdez ! je joue au rugby parce que c'est ma passion… » « ok … seulement tu es prévenu »*

« Mais ça en France, on ne peut pas parce qu'on est dans une société de victimologie… on pourrait leur dire : « Monsieur, vous ne ferez pas de rugby parce que vous avez eu un trauma… vous avez été sonner… vous avez fait un … un … choc… encéphalique… maintenant, vous voulez y retourner… démerde toi mon grand ! Moi je ne suis pas d'accord… »

M11 : *« Ouais parce qu'on pourrait très bien responsabiliser les gens en disant : « bah voilà, vous avez telle ou telle chose… euh… bah j'ai un doute là-dessus, je vais vous faire un électro quand même et puis après bah vous faîtes comme vous voulez… » je dis… c'est à eux de décider : « bon, vous avez si… ou ça... »*

« c'est une démarche qu'il doit faire et euh… que ce soit le patient, qui signe lui-même une décharge, comme quoi s'il lui arrive quelque chose… Je ne sais pas… ça serait peut-être à lui de dire euh… de dire que… il fera cette démarche auprès du médecin ou pas, mais c'est lui qui prend la responsabilité de faire du sport ! Et euh… »

Deux médecins ont émis l'idée que la société pourrait modifier sa perception du risque

M6 : *« moi ce qui me gêne, c'est qu'on est toujours dans cette idée de risque zéro. D'accord ? »*

« S'il y a le moindre problème, les gens à 80 % vont aller faire une démarche judiciaire pour au moins avoir des sous… »

M13 : *« Je fais du sport, donc oui je sais que je fais une mort subite ; Ou je fume et voilà… ou je vais aller courir après 40 ans et je vais m'engager dans des marathons… Bah oui… Ce n'est pas… comment, ce n'est pas au club de sport, ce n'est pas au médecin d'endosser cette responsabilité-là quoi… C'est vrai que j'ai beaucoup de mal. »*

b) A savoir interpréter les données scientifiques :

Un seul médecin avait évoqué la possibilité de former les patients à savoir mettre de côté les effets médiatiques pour utiliser les données scientifiques. Il abordait aussi la possibilité d'informer le patient sur l'impact réel des démarches entreprises dans le cadre des procédures de dépistage.

M1 : *« […] pas par le biais de drames, parce que souvent c'est ça, les gens s'impliquent quand il y a un événement de mort subite »*

« de reprendre un petit peu les données de la science et de s'impliquer mais pas sur des paroles d'experts, pas par le biais de choses… il ne faudrait plus que ça arrive, on est tous d'accord là-dessus mais après il faut quand même un peu rationnaliser sur tous les gens pour qui ça n'est pas arrivé et donc d'avoir … ouais que la société civile se pose des questions sur l'impact réel sur la santé de ces démarches-là.

c) A se responsabiliser :

Deux médecins parmi ceux interrogés ont proposé d'aider le patient à prendre conscience que le sport s'intégrait dans une « démarche de vie » dont il était le responsable

M2 : *« Bah pour moi le sport c'est vraiment inclus dans une démarche de vie de … de « je veux aller loin, donc je me fais du bien » par parce… Pour moi le médecin il est dans l'assiette … donc c'est un tout […] c'est vraiment inclus dans une philosophie de vie et de : « je suis responsable de mon corps » dans le sens où j'inclus le sport dans mon « traitement » on va dire entre la diététique et puis tout le reste. »*

« ce que j'aimerai bien c'est qu'ils soient plus responsables et conscients qu'il n'y a pas forcément besoin (du certificat) … […] D'être conscient « j'ai envie de faire un sport, je prends soins de ma santé », enfin déjà de se responsabiliser à la base (en comptant sur ses doigts) « je fais du sport régulièrement, je mange bien, je ne fume pas, je vis biens mes émotions, etc… » Déjà de se prendre en charge à la base dans tout. […] parce que de plus en plus les parents ont lâché un peu l'affaire… dans beaucoup de domaines et ça peut être bien aussi de… faire prendre conscience »

M4 : *« […] et que c'est à LUI de considérer, ça n'est pas une fois par an chez le médecin, c'est tout au long de l'année, tout au long de sa pratique. »*

Un seul médecin a insisté sur le fait que le patient devait réussir à s'autogérer :

M4 : *« Et puis qu'il connaisse aussi… les choses qu'il faut considérer… […] Et ce que l'on veut c'est que ça se passe bien tout le temps et que lui sache ce qu'il faut faire et ne pas faire. »*

« Et ça ne me semble pas indispensable, ça pourrait simplement pour les gens qui veulent ! »

« […] et que c'est à LUI de considérer, ça n'est pas une fois par an chez le médecin, c'est tout au long de l'année, tout au long de sa pratique.

En fait, plus que de responsabiliser le patient moi je dirais que c'est qu'il apprenne à « se sentir » et à apprécier lui-même ses limites… Oui et ce n'est pas une histoire de responsabilité que ça soit civile, aux assurances ou autres… c'est vraiment que… c'est au patient de faire comme il le « sent ».

Il ne doit pas aller trop loin… il doit connaitre ses limites et ne pas les dépasser. Oui. « J'ai mal au bras… je ne lève pas le bras » « je suis trop essoufflé, je lève le pied »

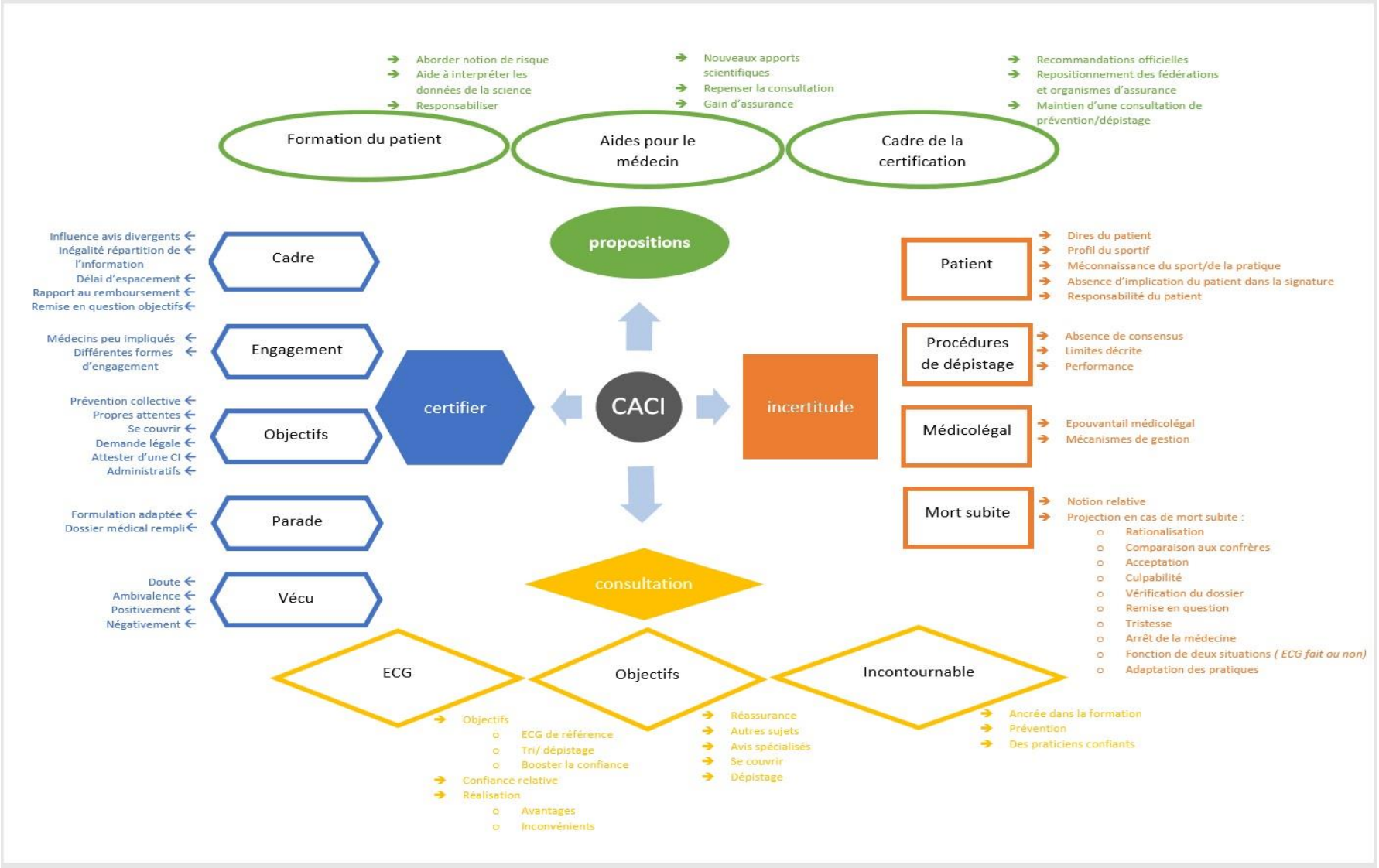


Figure 4 : Représentation graphique et non proportionnelle des résultats principaux

Quatrième partie : Discussion

Les résultats principaux de notre travail montrent que la consultation pour la délivrance du CACI est un moment privilégié pour les médecins généralistes et que ses objectifs varient en fonction des praticiens. La prévention de la mort subite est une préoccupation centrale qui pousse des praticiens à réaliser des examens complémentaires qui ne font pas l'unanimité. En ce qui concerne la certification, les médecins éprouvent des difficultés à percevoir son utilité. En revanche, ils se sentent responsables de leurs patients. D'ailleurs ils peuvent avoir l'impression qu'il existe un report de responsabilité de la part des institutions encadrant la délivrance du certificat. Les principales incertitudes liées à délivrance du CACI pour les sports sans contraintes particulières sont liées au rapport à la mort subite, à la confiance au patient, à l'influence du risque médico-légal, et à la remise en question des politiques de dépistage systématique. Pour autant, les médecins restent une source importante de propositions permettant de faire avancer la problématique du CACI en remettant en question le rôle des institutions et la place du patient mais également en questionnant les données de la science.

I. Validité de l'étude :

1. Forces de l'étude :

- Le choix du sujet :

L'intérêt que porte les médecins généralistes quant à ce sujet est un élément en faveur de la qualité de cette étude. En effet, l'ensemble des médecins généralistes interrogés sont concernés par les situations de délivrance du CACI et le sujet est une source d'interrogations fréquentes. De plus, aborder la problématique du CACI du point de vue de l'incertitude a permis de porter un regard nouveau sur la question. A l'issue des entretiens, tous ont fait part à l'investigateur de leur envie de connaître les résultats du projet. Il s'agit d'un travail original sur cette thématique, aucun travail n'ayant auparavant mis en lien les concepts d'incertitude et de certification pour le sport. L'absence de consensus encadrant la consultation de délivrance de CACI a pu aider les médecins interrogés à se sentir libre d'aborder leur pratique respective sans peur de comparaison par rapport à une recommandation officielle. Les entretiens ont permis de mettre en lumière leurs motivations et leurs attitudes.

- La qualité des entretiens ressenties par l'investigateur et les participants :

La durée des entretiens est également un autre élément qui a servi positivement cette étude en permettant d'établir un lien de confiance avec l'investigateur. Les entretiens ont permis le recueil de réactions authentiques des interviewés (expression de rire, de jurons, convictions personnelles). L'ensemble des questions ouvertes ont permis de laisser une grande latitude de réponse. Les relances de l'investigateur avaient pour objectif d'éclaircir des thématiques nouvellement abordées ou d'expliciter des propos émis par le médecin interrogé. Les entretiens se sont déroulés dans des cadres choisis par les médecins. Tous les participants ont pu dégager des créneaux dédiés à l'entretien sans qu'il n'y ait eu d'interruption. Ces conditions idéales ont permis d'augmenter la qualité des échanges.

- Le respect des critères de validité en recherche qualitative :

Les critères de validité des procédures de notre étude ont été détaillées précédemment. Ainsi, la saturation de données a bien été obtenue à l'issue de nos entretiens. Les retranscriptions écrites sont disponibles. Elles n'ont pas été ajoutées en annexe mais elles sont rendues disponibles sous format PDF, CD et USB au besoin. Le codage ouvert correspond à la première analyse. Une seconde analyse a été réalisée permettant d'éviter de passer à côté de notions que le principal investigateur aurait occultées ou mal interprétées. Cette triangulation des

données a également permis de mettre en évidence que les analyses effectuées entre les deux investigateurs ne présentaient pas de grande divergence significative quant à la compréhension des données issues des entretiens. En ce qui concerne la fidélité et la fiabilité de notre étude, la méthode a été expliquée afin que les données puissent être utilisables par un autre chercheur.

- La recherche des *aprioris* avant d'aborder le sujet :

L'investigateur a procédé à une analyse approfondie de la littérature abordant les thématiques de la certification et de l'incertitude dans le cadre du sport. Les articles utilisés sont tirées de travaux récents. La bonne connaissance de la thématique par l'investigateur a permis de répondre aux interrogations des participants. Un travail sur les hypothèses avant la conduite de l'étude a été réalisée afin d'en prendre conscience et de contaminer au minimum les échanges avec les participants.

2. Les faiblesses de l'étude :

- Influence des convictions :

Un premier élément préjudiciable à l'étude a été l'implication de la subjectivité de l'investigateur. Cette subjectivité a pu être ressentie par les médecins participants lors des entretiens. Un double codage des données a permis de limiter cette influence dans l'analyse.

- Une discussion entre deux professionnels de santé :

Un autre élément ayant pu intervenir est que l'investigateur soit également praticien de médecine générale. Cela a pu, nous le supposons donner l'impression à l'interviewé d'être jugé par un de ses pairs, limitant leur degré d'expression. Il s'agit là d'un biais d'investigation.

- Absence de formation à l'entretien semi dirigé :

L'absence de formation de l'investigateur aux techniques d'entretien a pu lui faire poser des questions possiblement en dehors de la thématique, ayant pour effet d'écarter les sujets interrogés de leur réflexion initiale, aboutissant possiblement à une perte de données. Afin de limiter les effets à l'inexpérience de l'investigateur, un premier entretien a été réalisé puis analysé afin de former l'enquêteur aux techniques d'investigation dans l'objectif de diminuer à nouveau ce biais d'investigation.

- Biais d'information :

Les interviewés étaient informés lors du premier contact. Ceci constitue un éventuel biais d'information. Ce biais est possiblement limité par le fait que notre question s'intéresse plus à recueillir un ressenti global que d'évaluer un niveau de connaissance.

- Biais de véracité :

Les entretiens ne se reposent que sur les propos des médecins interrogés sans vérification concrète de leurs actes. Les médecins généralistes interrogés, peuvent alors, par peur d'un jugement négatif, venir « gonfler » leur pratique qui ne collerait alors pas avec leur pratique habituelle.

II. Les résultats principaux :

1. Des médecins qui subissent de multiples incertitudes :

a) Un rapport ambigu avec la notion de mort subite : première source d'inconfort

Lors des interrogatoires, les médecins interrogés recherchent les antécédents familiaux de mort subite. Ils réalisent un examen physique à orientation cardio vasculaire. Certains réalisent des ECG de dépistage comme le préconisent les sociétés savantes de cardiologie. La notion de risque de mort subite au cours de la pratique sportive n'est généralement pas abordée avec leur patient. Parmi les praticiens interrogés certains ont expliqué qu'ils ne voient pas l'intérêt « d'effrayer » le patient en leur exposant leur risque de mourir subitement au cours de leur activité (M9). Pour d'autres, l'explication de ce risque serait contre-productive et limiterait la pratique de l'activité physique aux patients par crainte de l'évènement (M3, M6, M7, M9). En revanche, les praticiens interrogés justifient la réalisation d'un examen cardio vasculaire, ou de l'ECG, par le dépistage d'anomalie cardiaque pouvant aboutir à la survenue d'évènements cardiaques sur le terrain. Exposer le risque de mort subite aux sportifs lors de la consultation pour la délivrance d'un CACI a donc semblé être un acte inutile pour une grande partie des praticiens interrogés. Selon eux, ce risque est perçu de manière implicite par le sportif. Les médecins interrogés n'ont pas semblé à l'aise à l'idée d'évoquer un point « négatif » à l'issue d'une consultation dont la perception est plutôt positive (M3 M6 M7 M11). Une étude réalisée en 2011 suggère l'importance de la phase pré hospitalière dans le cadre de la mort subite et évoque la possibilité de création de programmes de formation aux premiers secours associée à la mise en place de défibrillateurs dans les lieux publics (23). Parallèlement, devant l'absence de preuve d'efficacité des démarches de dépistage ECG dans la prévention de la mort subite, le CNGE conseille de former la population aux gestes de premier secours (45). Pour gérer son incertitude le médecin pourrait chercher à obtenir le consentement éclairé du sportif en lui distribuant une information claire et loyale sur le risque de survenue d'une mort subite. Pour Gigerenzer, le consentement éclairé ne signifie pas de faire signer un formulaire mais correspond à une communication sur la survenue du risque (58). Dès lors, la possibilité de former et d'informer le patient sur le risque de mort subite pourrait correspondre à un moyen simple de gestion de l'incertitude du praticien, en plus d'être une piste intéressante à envisager pour diminuer la mortalité liée à ces événements survenant sur des terrains de sport.

b) Le rapport à la responsabilité : seconde source d'inconfort

La problématique de la responsabilité semble préoccuper de nombreux médecins. Il s'agit là, d'une préoccupation centrale dont tous les praticiens interrogés ont conscience. La crainte du médico-légal est sans doute liée à l'impression des médecins généralistes de pouvoir passer à côté d'un élément important pendant l'examen. Cela peut se traduire alors par la réalisation d'examens complémentaires dont les ECG. En effet, pour une grande partie des médecins interrogés la crainte principale est liée aux reproches qui peuvent leur être fait en cas de survenue d'un évènement cardiovasculaire indésirable chez le sportif (M7). Un seul médecin (M5) ne semble pas du tout inquiet de ce risque médico-légal, qu'il explique par l'absence de valeur du certificat dans le cas d'une procédure judiciaire. Plusieurs médecins ne sont pas à l'aise avec l'idée de devenir responsable de l'activité du sportif à l'issu de la signature du CACI (M3 M4 M6 M11). En effet, pour certains praticiens il est paradoxal qu'un sportif ait besoin d'un certificat pour la pratique d'une activité de faible intensité en club (pétanque) alors qu'il peut pratiquer sans contrôle et de de manière autonome une activité d'intensité plus importante (vélo, course à pied…) (M3 M4 M6). De plus, pour certains médecins la signature du certificat pourrait pousser le patient à avoir une conduite déraisonnable au cours de son exercice sportif et le mettrait ainsi en danger. L'idée d'un *« sésame donnant droit à faire n'importe quoi »* est revenu plusieurs fois chez ces médecins, ajoutant que cette façon de procéder pourrait infantiliser les sportifs (M4 M5 M6). De plus un travail de l'université de Louvain rappelle que les médecins ont une obligation contractuelle qui consiste en une obligation de moyen et non en une obligation de résultat. Il relève également que le médecin prescripteur n'engage sa responsabilité que s'il n'a pas mis en œuvre les moyens adéquats et pertinents selon les données acquises de la science et aux règles consacrées à la pratique médicale pour dépister les potentielles contre-indications à la pratique du sport. Ce travail conclue que *« se tromper sur un point controversé ne constitue pas nécessairement une erreur médicale si le choix thérapeutique est raisonnablement justifié »*(59). Par ailleurs

dans son travail de thèse, Lorphelin met en évidence que 54.9% des internes demandent plus facilement des avis spécialisés ou auprès des séniors ce qu'elle explique en partie par *« la peur de la mise en cause judiciaire qui pousse certains médecins à adresser en première intention les patients à leurs confrères ».* Lorphelin met ce phénomène en lien avec le besoin des internes de se rassurer mais évoque aussi la possibilité de « partager les torts en cas de mise en cause » (60) Nos entretiens mettent en évidence l'existence de comportement d'adaptation des médecins pour gérer l'incertitude liée à l'engagement de leur responsabilité, qui peut se traduire par la réalisation d'examen complémentaires, ou la demande d'avis à un spécialiste afin de partager ou diluer leur responsabilité (nous reviendrons sur cette hypothése)

c) La multiplicité des avis d'experts : troisième source d'inconfort

Une part de l'incertitude des médecins interrogés est générée par la multiplication des propositions de prise en charge. Les données bibliographiques sur la façon de mener une consultation pour la délivrance d'un CACI sont nombreuses et sujettes à débat (24). La polémique autour de la pratique de l'ECG, l'absence de recommandations claires sur le déroulement de la consultation, l'influence de la transmission des paires par apprentissage vicariant et l'expérience personnelle constituent des sources de confusion. Des médecins vont être plus enclins à vouloir appliquer les recommandations des sociétés savantes (SFC, ESC) et d'autres vont rechercher les recommandations des autorités de médecine générale (CNGE) et la Haute autorité de santé (HAS) qui véhiculent un message allant en opposition avec ces sociétés savantes, en préconisant de ne réaliser des examens complémentaires qu'en cas de point d'appel clinique (45) (46). L'abondance d'avis divergents concernant la certification et la réalisation d'examens de dépistage peuvent être source de stress pour les médecins. Or, le paradigme du choix ou de la décision décrit par Brehm, nous apprend que la possibilité de choisir est génératrice de dissonance incitant le sujet à justifier son choix. En effet, le possibilité de choisir entre deux propositions implique de renoncer aux avantages de l'une des deux (61). Ainsi, dans notre situation, pour réduire la dissonance provoquée par la multiplicité des choix finalement équivalents, le médecin cherchera à justifier à posteriori sa décision en maximisant les avantages de la proposition retenue et en minimisant ceux de celle rejetée.

d) Un défaut de confiance dans la relation avec le patient : quatrième source d'inconfort

Une grande partie des médecins interrogés soulignait que la base de la délivrance du CACI reposait sur les déclarations du patient. Pour plusieurs médecins (M3 M4 M5 M6 M12), cette relation est par nature « biaisée ». Selon eux, le patient vient pour obtenir son certificat, ce qui peut entraîner des omissions volontaires dans ses déclarations. Le fait de connaître le patient est d'ailleurs un grand vecteur de confiance pour la délivrance du CACI. En revanche, l'absence d'antériorité rend les médecins plus vigilants notamment sur les données de l'interrogatoire. L'ensemble des médecins soulignent les limites de la certification liées à la véracité des propos des sportifs consultant pour l'obtention du CACI, et plusieurs d'entre eux déclarent qu'ils préfèreraient faire signer des décharges, remplir des certificats d'information ou d'existence de contre-indication pour ne pas avoir à assumer cette responsabilité. L'étude américaine de Gurmankin et Scherer, publiée dans le JAMA en 2018 met en évidence que plus de 60% des patients rapportent avoir déjà omis de déclarer des informations importantes à leurs médecins. Les thèmes évoqués sont le régime alimentaire, la pratique sportive, la régularité de la prise du traitement, l'adhésion à un protocole thérapeutique, etc. Les sondés justifient leur comportement entre autres, par la peur d'être jugés ou d'être sermonnés par le médecin, la peur de passer pour un mauvais patient, la peur de faire perdre du temps au médecin ou ils estiment que l'information n'a pas d'importance (62). L'absence d'accès à l'ensemble de l'information concernant le patient peut donc nuire à sa prise en charge et semblerait être une source d'inconfort pour les médecins interrogés. Il pourrait alors être utile que lors de la

consultation pour la délivrance du CACI, le médecin rassure le patient et lui explique l'importance d'avoir accès à l'ensemble des informations le concernant.

2. Des médecins qui gèrent leurs incertitudes tant bien que mal :

a) En restant à l'écoute des attentes de la société et de leurs patients :

L'idée de délivrer de principe un certificat pour ne pas freiner le patient dans activité physique est revenue chez quelques médecins (M6, M9, M11). En effet, il semble pour eux plus avantageux de ne pas freiner le patient dans cette démarche plutôt que de lui refuser de délivrer un certificat dont ils ne maitrisent pas les implications. La plupart des médecins interrogés admettent que même en trouvant la certification peu utile ils la délivrent pour ne pas mettre le patient en difficulté. Par conséquent, pour répondre au besoin du patient, le médecin se conforme à son exigence (M9) et ce rôle est inscrit dans notre culture médicale. En effet, cette notion de service pourrait se rapprocher de celle des devoirs du médecin envers les patients exposée dans l'article 32 du code de déontologie médicale (63). Ainsi, en France, le « contrat de soins » constitué lorsqu'un médecin accepte de soigner une personne l'engage par une entente tacite à assurer des soins de qualité auprès de son patient. Nos recherches bibliographiques n'ont pas mis évidence de travaux portant sur ce sujet mais la résolution de l'incertitude par le sens du devoir pourrait être une notion intéressante à explorer, en particulier sur ses origines : est-ce un sentiment intrinsèque au médecin, son professionnalisme imprégné de déontologie, ou la résultante d'une demande sociétale forte et culpabilisante ?

b) En justifiant leurs comportements ou leurs attitudes au décours des entretiens :

Certains médecins justifient leur façon de pratiquer par une nécessité de faire le maximum pour permettre la pratique sportive en toute sécurité du patient. Ces médecins sont très en faveur de la pratique des examens complémentaires comme nous l'avons vu plus haut et comme le recommandent les sociétés savantes (ESC, SFC). Un de ces médecins explique que si la possibilité de dépister existe : « *ça serait faire l'autruche de ne pas le réaliser »* (M10). Ils sont conscients que la consultation est imparfaite mais c'est pour eux le rôle du médecin que d'en assumer les risques. *« Et de toute façon, qui d'autres pourraient le faire ? » (*M10). En s'impliquant au maximum dans la prévention du patient (examens complémentaires) ces médecins semblent apaiser une angoisse. M7 l'exprime en déclarant que si une mort subite survenait chez un de ses patients qui n'a pas eu d'ECG, cela pourrait aboutir à lui faire changer de profession. Ainsi pour ces médecins, faire pratiquer au sportif des examens complémentaires leur permet de gérer plus sereinement l'inconfort lié à la responsabilité qu'incombe la délivrance du certificat comme vu plus haut.

De plus, M3 M7 M8 et M10 admettent être rassurés lorsqu'un ECG se trouve dans le dossier médical du patient, pour autant tous expriment des difficultés à les interpréter. Il se pourrait alors que pour ces médecins, la réassurance s'obtienne par la réalisation de l'ECG et non par son interprétation, ce qui est paradoxal. Notre hypothèse est qu'il peut sembler plus légitime de demander avis à un tiers lorsqu'ils disposent d'un examen complémentaire dont l'interprétation est reconnue comme difficile plutôt que d'assumer seul la responsabilité de ne pas avoir fait un examen dont les performances sont remises en question. Il s'agirait là d'un biais cognitif concernant la place de l'ECG dans leur pratique probablement lié à un effet d'ambiguïté (64).

D'autres médecins développent un phénomène similaire lorsqu'ils demandent un avis spécialisé à l'issue de la consultation. En effet, parmi les interviewés un certain nombre évoquent le fait d'être rassuré par le recours à un deuxième avis (M2, M3, M6, M7, M8, M9, M10, M11 et M13). Lorsque ces médecins ont un doute, ils ont recours à l'avis d'un cardiologue ou à un médecin du sport pour venir confirmer ou infirmer la délivrance du CACI. Cette attitude peut aboutir au processus de « collusion de l'anonymat » et serait liée à la nécessité du

médecin, dans une situation d'inconfort, de ne pas être le seul responsable de la prise de décision. Dans son travail de thèse, Bousquet explique que ce comportement s'exprime d'autant plus que les conséquences sont importantes (risque de mort subite) (61) (58) (65). Ce phénomène décrit initialement par Balint, explique comment, lorsque des médecins s'occupent d'un patient en se l'adressant, une décision est prise sans que personne ne s'en sente responsable. Il s'agit là aussi d'un phénomène de dilution des responsabilités lié à la peur de passer à côté d'une pathologie grave (65) (66).

En revanche, d'autres médecins font preuve de détachement vis-à-vis de la consultation pour la délivrance du CACI et donnent l'impression soit de nier l'existence du risque soit de le relativiser. Pour M5 et M6, cette attitude est le fruit de leurs expériences personnelles *(« Il ne m'est rien arrivé en 30 ans d'exercice, il n'y a pas de raison que ça m'arrive maintenant »)*. Pour M1, c'est en procédant à une revue de la littérature scientifique problématique réelle de la mort subite dans le cadre de la prévention en médecine générale. Dans le cas de la dénégation du risque, cette attitude est décrite en psychologie comme étant en lien avec un phénomène de trivialisation. L'individu face à une situation dissonante avec mise en place d'un comportement jugé problématique (l'absence d'équipement pour réaliser un ECG ou l'absence d'utilisation de l'équipement) aura tendance à minimiser les conséquences de cette attitude.

Ces différents comportements ou éléments de discours pourraient constituer des processus de réduction d'un phénomène de dissonance, comme décrit par Festinger en 1957 et résumée par Vaidis *: « la théorie de la dissonance cognitive propose une modélisation des conflits pouvant intervenir entre deux ou plusieurs éléments incompatibles »* (61). Dans notre situation, notre hypothèse serait que la dissonance apparait lors de la prise de conscience de l'incertitude liée à l'acte de réaliser un CACI et l'absence de possibilités d'écarter totalement le risque de mort subite. Cette incertitude serait elle-même générée au décours des entretiens de notre étude. Cette dissonance provoquerait un malaise que ces médecins réduisent en temps réel pendant les entretiens en ayant notamment recours à des processus de rationalisation cognitive (choisir de citer des recommandations en faveur d'un comportement afin de le justifier) ou, en autres, de trivialisation (simplification du raisonnement : « ne jamais faire d'ECG parce qu'il n'est jamais rien arrivé »). Dans le cas du participant qui analyse la littérature afin de définir une conduite à tenir, il est difficile de savoir s'il s'agit d'un processus de résolution de problème devant l'émergence d'une incertitude ressentie au décours d'une consultation ou la rationalisation à posteriori d'un comportement de non-réalisation d'un ECG pendant notre entretien. Pour étudier et valider cette hypothèse phénoménologique de dissonance, il serait intéressant d'observer à distance la manière dont les comportements s'adaptent réellement lorsque les médecins prennent connaissance d'une opinion officielle inverse à leur pratique : « maintiennent-t-ils leurs comportements ? Analysent-t-ils la source émettrice de l'opinion inverse ? Modifient-t-ils leur comportement ?

c) En raisonnant et en remettant en question le système :

c-1 critique du système assurantiel

Une partie des médecins interrogés dénonce les structures utilisent le professionnalisme des praticiens**.** Les médecins semblent appliquer les demandes des différentes structures (fédérations, associations, assurances…) encadrant la certification malgré une difficulté à déterminer l'utilité réelle de la démarche. Par la réalisation de ce certificat, les médecins ont l'impression que les fédérations et les associations sont dans une démarche de protection ce qui semble être une attitude allant en opposition avec la loi. En effet, à partir du moment où un sportif exerce un sport dans le cadre d'une structure, celle-ci doit se doter d'une assurance couvrant automatiquement, par le biais de sa licence, le nouveau pratiquant en cas de dommage à autrui. La structure doit également indiquer la possibilité au sportif de souscrire à une assurance couvrant les dommages à soi-même par soi soi-même (67). Dans ces démarches, le CACI n'intervient pas. Certains médecins interrogés ont alors l'impression qu'en se basant sur le flou législatif encadrant la réalisation d'un certificat, les structures associatives et les fédérations se déresponsabilisent et reportent ainsi sur le médecin la responsabilité des

actions du sportif au sein de leur structure. En cas d'implication judiciaire il semble complexe d'impliquer la responsabilité d'un praticien dans la survenue d'un évènement indésirable chez un sportif, la base de la démarche médicale reposant sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Finon expose d'ailleurs dans son travail de thèse que *« l'acte médical n'est pas un service classique, il dépend beaucoup de la relation médecin/patient, une notion que le juge ne peut guère intégrer dans son jugement »* (68). Parmi les médecins interrogés, plusieurs admettent qu'ils ne prennent pas le risque de procéder à la délivrance d'un certificat sans procéder à un examen physique. Par conséquent, par professionnalisme ou par crainte médico-légale, les praticiens interrogés réalisent un examen clinique, que la justice ne pourra jamais « concrètement » juger (M5). Aucun élément de bibliographie n'a été retrouvé sur ce fait en France, et le travail de thèse portant sur les procès médicaux en lien avec les certificats de Flick et Chamagne ne mettait pas en évidence de procès en lien avec la délivrance d'un CACI (69). Il semble donc que le praticien ne puisse pas être réellement inquiété par la justice à l'issu de la délivrance d'un CACI. Ainsi, en se basant sur l'examen clinique médical, les structures sportives semblent faire passer leur risque d'implication judiciaire d'un niveau « existant » à un niveau où il n'a plus de valeur légale et limiteraient ainsi alors les implications assurantielles des dommages subis par le sportif.

c-2 Critique sociétale sur le risque zéro

Certains médecins remettent en question la volonté de notre société à vouloir vivre dans le risque zéro. Plusieurs médecins interrogés sont en désaccord avec la vision actuelle de la notion de « risque » par la société. L'incapacité de notre société à accepter que « la vie soit risquée » (M1 M6 M11 et M13) leur semble irrationnelle. De plus, pour M6 et M13 la rédaction puis la délivrance du CACI n'élimine pas le risque de survenue d'un évènement indésirable lors de la pratique sportive. Par conséquent, ils leur semblent illusoire que le certificat ou encore tout autre démarche (examens complémentaires) prémunisse le sportif de la survenue de tout évènement. Le besoin de la société de vivre dans un monde de garanties se traduirait par des attitudes dont la légitimité est discutable au nom du principe de précaution (70). Les exigences de la société actuelle peuvent pousser certains de nos médecins interrogés vers un choix de mode de pensée : le premier serait d'accepter le principe de précaution et l'appliquer à l'extrême en cherchant à ne plus réaliser d'actes à risque (M12), le second serait de mettre de côté le principe de précaution quitte à avoir une attitude de défiance quasi-totale vis-à-vis du risque. Dans un billet publié sur son blog, le Dr Etienne Loïc rapporte que ces deux attitudes sont l'une comme l'autre extrêmes et absurdes. Selon lui, la problématique du risque zéro trouve son origine dans l'organisation de nos institutions de santé et dans les progrès des méthodes prévention. *« La santé étant un droit que l'on paye chèrement, tout ce qui pourrait rompre son fragile équilibre est à éliminer, tout risque doit disparaître »* (71). Nos entretiens permettent de se rendre compte que les praticiens sont concernés aussi par cette approche du risque. Ils mettent en évidence plusieurs profils de médecins en fonction de leur propre perception du risque zéro. On retrouve des médecins ayant un rapport au risque raisonnable et qui rationnalisent leurs démarches au cours de la consultation. C'est le cas de M5 qui explique qu'il cherche à estimer le niveau d'adéquation entre l'état du sportif et l'intensité du sport choisi et que pour lui, réaliser un certificat pour la pétanque semble donc superflu. M1 semble également avoir une approche plus rationnelle vis-à-vis de la notion du risque zéro et ce d'autant qu'il ne réalise aucun examen complémentaire sans point d'appel clinique. Il base son expertise sur les données de la littérature scientifique et sa connaissance statistique du risque. A l'opposé, certains médecins multiplient les examens complémentaires dans le but de prévenir la survenue de complication chez le patient (réalisation d'un ECG pour la prévention de la mort subite par exemple) (M3, M8, M9, M10, M11). Une solution serait alors d'initier un changement de paradigme culturel pour que la société puisse accepter la notion d'absence de « risque zéro ». Au cours du cursus de formation médicale, un enseignement des statistiques et de la lecture critique d'article (LCA) est réalisé auprès des étudiants de premier cycle et de second cycle. Dans son ouvrage Gigerenzer évoque la difficulté des soignants à interpréter les données statistiques des études scientifiques malgré leur formation (58). On comprend alors à quel point il peut être complexe pour des patients non formés à la lecture de données de la science de s'attarder sur l'interprétation des données statistiques. Une solution pourrait être de ne plus limiter ces formations aux premières années d'étude médicales mais de l'étendre sous forme de formation continue aux médecins généralistes qui disposeraient alors de connaissances suffisantes pour éduquer leurs patients, par

effet de ruissellement. L'accès à l'information éclairée du patient lui permettrait de connaître les risques véritables auxquels il s'expose. Le médecin en obtenant ainsi le consentement éclairé du patient serait alors à même de mieux gérer les incertitudes liées à ces situations (58).

c-3 Critique des procédures de dépistage

Quelques médecins remettent en question les procédures de dépistage mises en place. Selon eux, une première problématique est liée à la prise en charge des faux positifs et des conséquences des examens complémentaires sur la qualité de vie de leurs patients (M1 M5 M6). La notion des faux positifs est liée à celle de la prévalence de la maladie. M5 explique ainsi « *qu'il était bien rare détecter une maladie rare »,* faisant intuitivement écho à la prévalence faible de l'évènement mort subite du sportif lié au sport (23). La seconde problématique est liée à la nature même de l'évènement de mort subite qui est subi (M3 M6 M11) et probablement peu anticipable. Ces propos rejoignent les articles mettant en évidence que les politiques de dépistage mises en place pour prévenir la mort subite n'ont pas fait les preuves de leur efficacité (41) (22). Le troisième point est soulevé par M1 qui se pose la question du coût de ces politiques de dépistage en se référant aux recommandations du KCE de Belgique mettant en évidence que le rapport bénéfice/coût est en défaveur de ces politiques de dépistage (43).

c-4 Critique du système de remboursement par les caisses

Une partie des médecins remet en question l'absence de remboursement de la consultation pour la délivrance du CACI par l'organisme de sécurité sociale. Les médecins interrogés portent en effet, un attachement particulier à une consultation de prévention, surtout dans la population pédiatrique (M1 M2 M8 M9 M10 M11 M13). La délivrance du CACI est l'occasion pour les médecins interrogés de voir des enfants habituellement peu malades (jeunes adolescents). Actuellement, l'organisme de sécurité sociale ne rembourse pas la consultation pour la délivrance d'un certificat de sport : *« Un assuré ne saurait prétendre au remboursement par la sécurité sociale de consultations médicales ayant pour objet de satisfaire à une obligation administrative dans le but d'exercer une activité ou de bénéficier d'une autorisation ou d'un droit. La rédaction des certificats médicaux, qui est une des fonctions des médecins en application de l'article 47 du code de déontologie médicale, ne constitue pas un acte de soins et n'est donc pas en tant que tel une prestation remboursable par l'assurance maladie. »* (72). Pour la sécurité sociale, il s'agit là d'un pôle de dépense conséquent, motivant les modifications des modalités de délivrance du CACI (11) ce qui paraît difficile à comprendre pour plusieurs médecins (M2 M9). En effet, selon eux au vu de leur utilité dans le suivi du patient, ces consultations devraient être remboursées par les services de sécurité sociale puisqu'améliorant l'état de santé du patient. Le travail de thèse de Guyon et Ronflet soulevait le fait que la prévention était un des axes que les patients souhaitaient aborder à l'issue de la consultation pour la délivrance du CACI (33). Le travail d'Andriamirado vient confirmer l'idée que les actes de prévention sont réalisés par les médecins au cours de cette consultation (32) et l'étude de Fournie publiée en 2009 sur la place de la prévention en médecine générale soutient l'idée que les médecins de premier recours sont attachés à ces actions de prévention (73). En plus de cela, le choix de l'organisme de sécurité sociale de ne plus rendre nécessaire la délivrance du CACI pour les enfants à partir de 2020 ; a notamment surpris un médecin (M2) le faisant se questionner sur les réelles motivations de la caisse. Enfin pour un autre médecin la consultation de prévention ne devrait pas être intimement liée à la délivrance du CACI (M4). Ainsi, des messages ressentis comme paradoxaux parviennent aux praticiens les poussant à faire de la prévention et du dépistage auprès des patients (74), tout en ne se sentant pas soutenus financièrement. Ces choix semblent ne pas être toujours respectés par les praticiens, et l'intégralité des médecins interrogés rédigent des feuilles de soins à l'issue de la consultation.

d) En remettant en cause l'utilité du certificat :

d-1 objectifs difficiles à définir

Les médecins éprouvent des difficultés à établir les objectifs à la réalisation de leur CACI. Parmi les médecins interrogés, certains ne parviennent pas à définir l'objectif de la certification d'absence de contre-indication (M3 M7 M10). Une autre partie trouve que les objectifs demandés par les structures exigeant le CACI sont inadaptés (M4 M5 M6). M5 évoque l'idée que le certificat est essentiellement un moyen de réaliser de la prévention de masse. Pour M9 M11 M12 M13 le CACI sert à se protéger en imposant la réalisation d'un examen physique comme le conseille le conseil national de l'ordre des médecins (75). M1 est le seul médecin qui évoque l'absence de bénéfice du CACI en matière de prévention de la mortalité totale, se référant aux données des recommandations belges (43). Dès lors, il reconnait l'inutilité de la démarche et évoque l'hypothèse, comme d'autres médecins (M5 M6), qu'il s'agisse uniquement d'un processus administratif. Au cours de son entretien, M11 se pose la question de l'intérêt des médecins à poursuivre cette démarche si elle est inutile, sans pour autant savoir donner de réponse. Nous évoquons l'idée qu'il puisse parfois y avoir un conflit d'intérêt sous-jacent, lié à la réalisation de l'acte. En effet, la consultation pour la délivrance du CACI représente des recettes non négligeables pour le praticien libéral en période d'inscription. D'ailleurs la thématique de la rémunération n'est pas abordée par les praticiens, laissant penser qu'il existe un tabou sur le sujet. Pour défendre les intérêts financiers des médecins, un syndicat de médecine libéral propose que l'organisme de sécurité sociale reconnaisse le rôle de prévention des vingt consultations obligatoires prévues depuis 2019 dans le parcours de santé/prévention des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans et qu'elle procède ainsi à une majoration des cotations (10) (11). Le rôle de la sécurité sociale pose également question. En effet, il est légitime de se poser la question de l'intérêt qu'à la caisse à rembourser une consultation dont l'utilité est discutée en termes de prévention d'un événement rare, pour un patient non malade et dont les avantages financiers vont aux assurances privées.

d-2 Un accès inégal à l'information

Une consultation rendue inutile par un accès à l'information inégal. M1 explique que l'utilité de la consultation est faible car « l'information donnée » au patient ne l'est pas fait de manière loyale. On peut alors penser notamment au risque de mort subite qui n'est que très peu évoqué avec le patient alors qu'il est un des enjeux majeurs de ces consultations. Le fait que le sportif n'est pas sensibilisé aux performances de l'examen clinique et des examens complémentaires pour prévenir la mort subite constitue également des biais d'information. Dans son ouvrage, (76) Kahneman explique qu'une « *incertitude extrême est paralysante dans les situations dangereuses et l'aveu que l'on est simplement en train de jouer à pile ou face est d'autant plus inacceptable quand les enjeux sont élevés ; La solution consiste alors souvent à prétendre que l'on sait ».* On comprend alors que si le médecin admet à son patient sportif que la démarche en cours n'est pas efficace pour prévenir d'un risque quelconque cela générerait éventuellement un stress inutile chez son patient. Enfin le fait que le sportif ne soit pas informé de l'implication des assurances et fédérations dans ces démarches participe aussi à ce qu'il continue d'ignorer les enjeux réels de ces consultations. Dans son ouvrage sur l'incertitude, (58) Gigerenzer explique que le patient peut être amené à préférer maintenir chez lui une illusion de certitude pour ignorer, inconsciemment, les évènements qui le placeraient dans une situation d'inconfort (prendre conscience de sa propre mortalité, ou de sa fragilité). M5 évoque d'ailleurs cette problématique en expliquant que selon lui le certificat est surtout un moyen pour nos politiques de nous donner l'impression que tout est sous contrôle et que nous sommes en sécurité. Il utilise d'ailleurs une formule : *« et bien dormez bien bonne gens, la nuit est calme »*.

e) En étant forces de propositions :

Si l'ensemble des médecins interrogés semblent à l'aise avec leurs modes actuels de délivrance du CACI, tous émettent des propositions de changement pour améliorer leur rapport avec cet acte.

e-1 Le médecin et le certificat

Une première partie des propositions concernent le rapport des médecins avec le certificat. La plupart des médecins envisagent de continuer à se former pour être à l'aise avec modalités de délivrance du CACI (M3 M7 M8 M10). Quelques-uns pensent qu'il serait nécessaire de réaliser des études valides pour établir des recommandations claires sur la conduite à tenir pendant la consultation (M1 M4 M8 M10 M12 M13) et M1 explique qu'il faudrait disposer d'outils scientifiques plus performant pour avoir un impact sur la prévention de la mort subite. Une autre façon d'aborder la question de l'adaptation de la consultation est de donner de nouveaux fondements à la consultation. Ainsi, quelques médecins souhaitent que le certificat ait des conséquences réelles pour le patient. M3 et M4 proposent de réaliser des certificats « négatifs » d'existence de contre-indications : le patient serait alors considéré comme apte à toutes les activités qu'il choisirait et il en porterait seul la responsabilité. En revanche en cas de pathologie, il aurait la possibilité de consulter son médecin pour l'obtention d'un certificat qui attesterait de l'existence d'une contre-indication empêchant la réalisation de l'activité. Un des interviewés suggère de créer une base de données centralisée, associée au DMP (dossier médical partagé) ou au dossier des fédérations, qui permettrait d'éviter au sportif ayant été contre indiqué pour un sport par un praticien d'aller en voir un autre en adaptant son discours (M5). Un autre médecin se proposait de modifier la formulation de ses certificats actuels pour chercher à limiter leur portée notamment au niveau médico-légal (M11). Plusieurs praticiens suggèrent d'accepter l'idée que le certificat dans sa forme actuelle n'est pas efficace mais qu'il pourrait être intéressant d'en changer sa nature et d'en faire une consultation d'information du patient sportif avec délivrance d'un certificat d'information à l'issue de la consultation (M3 M4 M11). Trois médecins émettent l'idée de supprimer le certificat puisque selon eux, il ne sert pas d'un point de vue médical (M4 M11 M13). L'idée de partager la responsabilité avec un autre intervenant médical, est revenue régulièrement. La place du spécialiste de cardiologie semble primordiale dans la démarche de la délivrance du CACI. Le fait d'avoir un confrère ou un système d'accès à un spécialiste, sur lequel les médecins interrogés peuvent se fier semble être une source de réassurance majeure ; En effet, disposer d'un autre avis leur permet de mieux vivre ces situations. Enfin à défaut de spécialiste, un des médecins interrogés explique qu'il demande à ses patients de signer une attestation qu'il garde ensuite dans le dossier médical informatisé (M12).

e-2 le patient et le certificat

Des propositions portent aussi sur le patient. Il semble important pour les médecins interrogés de responsabiliser le patient sportif dans sa pratique. En effet, certains praticiens ont l'impression que le patient n'accorde pas d'importance à la consultation. Pour plusieurs des médecins interrogés, le rapport du patient sportif avec la consultation de délivrance est d'ailleurs une des causes de son inutilité. En effet, selon eux, la consultation est trop banalisée par le patient sportif. Cela leur donne l'impression qu'il s'agit d'une démarche purement administrative notamment parce que le patient peut avoir l'impression que le certificat lui ait dû lorsqu'il paye une consultation. Pour améliorer la gestion de ces situations, deux médecins suggèrent de réaliser des consultations basées sur le volontariat du patient (M3 M4). Il s'agirait d'une consultation de prévention au cours de laquelle le médecin informerait le patient des risques auxquels il s'expose lors de la réalisation de l'activité choisi. Au terme de la consultation, le médecin délivrerait un certificat signé par le patient et attestant qu'il est bien informé des risques qu'il encourt, permettant ainsi l'inscription à son activité. Pour M3 M4 M5 et M11 la consultation ne semble utile que lorsqu'elle est négative, c'est-à-dire lorsqu'ils sont amenés à ne pas délivrer le certificat et à en expliquer les raisons au patient. Par ailleurs, des médecins ont émis l'idée de ne plus réaliser de certificat ce qui amènerait le patient à assumer seul ses décisions (M4 M11). Enfin, pour M1 il serait intéressant de former le patient à l'analyse des données scientifiques. Il lui semble en effet important que le patient ne fonctionne pas avec son émotion mais avec sa capacité de raisonnement. Dans son ouvrage, Kahneman explique qu'il existe deux modes de pensée. Le système 1, automatique, rapide, intuitif et le système 2 plus lent, et dont le rôle est d'assurer le contrôle de soi pour surmonter les impulsions du système 1. Pour Kahneman notre société actuelle base son fonctionnement sur les réactions intuitives du système 1 notamment au travers de nos médias et la capacité de rationaliser du système 2 est moins sollicité. (76). Prendre le temps

d'analyser les données parait alors être une proposition intéressante pour moins subir les impulsions du système 1 et apprendre à rationaliser avec le système 2.

e-3 Le cadre de la certification

Des propositions portant sur le cadre de la certification. La production de recommandations officielles, cohérentes et adaptées à la réalité du terrain, concernant la conduite à tenir pendant la consultation est une des idées les plus souvent émises par les médecins interrogés. Cela leur permettrait de bénéficier d'un référentiel qui leur éviterait de réaliser une consultation à la carte et permettrait d'alléger le stress notamment au niveau médico-légal. L'obligation du CACI pour la pratique du sport sans contraintes est également remise en question par quelques praticiens (M1 M4 M5). Par contre certains soulignent qu'il pourrait être utile de créer une consultation de dépistage régulière (M3 M4) même si selon un des médecins interrogés ces démarches de dépistage n'ont pas fait les preuves de leur efficacité(M1). En revanche, aucune donnée bibliographique n'a été retrouvée sur le sujet de l'efficacité des consultations de prévention systématique. Par ailleurs, plusieurs interviewés proposent que les fédérations sportives prennent leurs responsabilités vis-à-vis de leur sportif (M1 M3 M4 M5). Certains évoquent la possibilité que les fédérations fournissent les listes de contre-indications aux médecins délivrant les certificats. D'autres proposent que les fédérations assument jusqu'au bout le certificat et réalisent elles-mêmes les consultations ou la lecture des examens complémentaires (M3). Deux médecins ont expliqué que pour eux les organismes d'assurances devaient prendre leurs responsabilités en assumant les conséquences des évènements indésirables survenant chez leur sportif (M1 M5). La problématique assurantielle semble être un réel problème pour les médecins qui ont l'impression que les structures sportives se déresponsabilisent totalement. Talbot explique dans son article que sous prétexte de la loi Kouchner, les assurances des fédérations peuvent prétendre demander aux médecins d'avoir accès aux informations du patient (77) De plus, dans un article de 2019 il expose le fait que certaines associations exigent encore des CACI annuel et ce malgré l'arrêté du décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 abrogeant la nécessité d'un certificat. Mais certaines ont exprimé leur droit de refuser ces nouvelles modalités de délivrances. Selon lui, il évoque l'existence de lobby pouvant faire pression sur les autorités politiques et sanitaires, se référant par exemple au changement régulier d'attitude des politiques en matière de certification pour les sports à risques (rugby par exemple)(10). M5 explique d'ailleurs que ces structures sont couvertes par des assurances de groupe couvrant la population sportive par le biais de la licence et qu'en cas d'accident à l'issu du sport, c'est cette assurance qui couvre le dommage. Dans les faits, lors d'un accident survenant sur le terrain, une grande majorité des patients consultent chez leur médecin traitant et l'organisme de sécurité sociale prend en charge la pathologie car le sportif est alors considéré comme malade.

Propositions	Littérature
En rapport avec le médecin :	
Formation continue (congrès, stages, formation lecture ECG…)	Maitriser les compétences professionnelles (60)
Apport d'études scientifiques	Etude rétrospective de 2015 sur le modalités de délivrance de CACI dans d'autres pays (78)
Outils scientifiques plus performants	Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine sur la mort subite (79)
Dossier de données centralisées	Dossier médical partagé (DMP) (80)
Rédaction d'un formulaire à portée limitée	«pas d'anomalie cliniquement décelable ce jour »
Partage de responsabilité avec le spécialiste	Télétransmission des ECG (81), pas d'autres travaux
En rapport avec le patient et la certification :	
Certificat de contre-indication	0
Certificat d'information	0
Suppression du certificat	PLFSS (11) pratique similaire à d'autres pays UE (25)
Signature d'une attestation de décharge	Fourni par les organisateurs d'évènements sportifs
Responsabiliser le sportif	Maintenir un niveau élevé de communication et d'information (60)
Améliorer la capacité de rationaliser	Gigerenzer (58)
En rapport avec le cadre de la certification :	
Production de recommandations officielles	Rester dans les recommandations (60)
Prise en charge du sportif par les structures sportives	0
Liste des contre-indications fournies par les structures sportives	Fourni par quelques fédérations
Responsabilité assumée par les assurances	Assurances des sports extrêmes (82)
Acceptation de l'inutilité du certificat	Recommandations du KCE (43)

Tableau 4 : Résumé des propositions des médecins interrogés, comparaison avec les données de la littérature

III. Perspectives de recherche et suites de travail ?

Notre travail a été réalisée dans une seule région, sur un effectif de quelques médecins généralistes. Explorer les thématiques soulevées sur une nouvelle population de plus grande envergure permettrait de savoir si les facteurs d'incertitudes mises en évidence par notre étude sont le fruit de problématique isolée ou un réel problème de gestion médicale. La question de la certification pour les sports sans contraintes est un sujet faisant débat au sein de la communauté médicale européenne, chaque pays ayant ses propres protocoles. Ce débat pose question sur les politiques de prévention et de dépistage, qui sont des sujets auxquels les médecins généralistes français sont attachés. Nous avons vu que les attitudes vis-à-vis de la pratique du sport varient d'un pays européen à un autre. Il pourrait alors être intéressant de faire une étude indexée sur les données de mort subite liée au sport au sein de la communauté européenne pour estimer quel pays promeut au mieux le sport, avec un taux de mort subite le plus faible, si tant est que l'on peut avoir une action sur ce taux. On pourrait alors penser qu'appliquer ce modèle permettrait un gain d'efficacité en matière de prévention de la mort subite et ces données pourraient permettre d'adapter nos pratiques médicales, de réduire l'incertitude liée à ces pratiques et bénéficier ainsi au patient.

Cinquième partie : Conclusion

La lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique sont des démarches courantes proposées par les praticiens de premier recours pour favoriser l'amélioration de la santé. Le sport est une activité qui bénéficie d'une aura positive, présentée comme saine mais dont la pratique au sein de structures est subsidiaire de la présentation d'un certificat d'absence de contre-indication délivré par un médecin. Ce travail de thèse avait pour but de répondre la question : « Comment les médecins généralistes gèrent-ils les incertitudes liées à la délivrance du certificat d'absence de contre-indications pour les sports sans contraintes particulières ? »

Notre travail met en évidence que la consultation pour la délivrance du CACI est probablement perfectible. De nombreuses sources d'incertitudes interviennent au cours de la consultation telle que le rapport qu'entretient le médecin avec la notion de mort subite, la crainte du risque médico-légal, la confiance dans le patient, et la multiplicité des avis d'experts. Elles génèrent chez le praticien un phénomène de dissonance, d'inconfort qu'il va ensuite chercher à réduire. Ainsi, les médecins gèrent tant bien que mal ces situations en gardant à l'esprit de rendre avant tout service au patient et à la société. Ils font également l'effort de s'adapter, quitte à assumer des responsabilités qui les dépassent au risque d'entretenir des processus délétères (risque d'infantiliser le patient, surenchère d'examens complémentaires, report de la responsabilité de structures sportives). Pour mieux vivre l'inconfort généré au décours des entretiens, certains des médecins vont justifier leurs attitudes en développant ce qui s'apparente à des processus de réduction de dissonance cognitive. La remise en question du système de santé constitue également un système de rationalisation permettant aux praticiens de mieux vivre ces situations d'inconfort. C'est également en faisant émerger de nouvelles idées portant sur les sciences médicales, le rapport au patient ou des questionnements sur le rôle des institutions que les médecins arrivent à réduire les dissonances liées à la délivrance du certificat d'absence de contre-indication. Notre étude montre que la consultation pour la délivrance du CACI dans le cadre de la pratique de sport sans contraintes particulières est susceptible d'évoluer. Nous pensons effectivement qu'une refonte du modèle actuel de certification est nécessaire, avec une orientation plus dirigée vers l'autonomisation du patient comme le prévoit la Kouchner du 4 mars 2002 ainsi que la remise en question des pratiques de dépistage systématique en faveur des politiques de formations aux gestes de premier secours. Une étude plus vaste sur les réelles performances des différents pays européens en matière de prévention de la mort subite liée au sport pourrait aider à établir de nouveaux protocoles de prise en charge des sportifs notamment en France et pourrait ainsi amener à diminuer les incertitudes ressenties par les médecins généralistes.

Bibliographie :

1. OMS. Santé [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/mental_health/fr/

2. Exercice physique [Internet]. OMS. Disponible sur: https://www.who.int/topics/physical_activity/fr/

3. Hermann D. Votre santé cardio-vasculaire Prévention Quel mode de vie au quotidien ? Quelle activité physique ? Fondation recherche Cardio-Vasculaire, Institut de France.

4. Schnell F. ECG du sportif : distinguer le normal du pathologique. La presse médical. 2019;48(12):1393-400.

5. Grimaldi L, Pr Cornuz J, Pr Giovani F, Pr Bengt K. Pas de meilleur médicament que l'activité physique [Internet]. Le matin dimanche / planète santé; 2019. Disponible sur: https://www.planetesante.ch/Magazine/Sport-loisirs-et-voyages/Bouger-pour-sa-sante/Pas-de-meilleur-medicament-que-l-activite-physique

6. AMELI.fr. Être actif pour préserver sa santé et se sentir mieux [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.ameli.fr/manche/assure/sante/themes/activite-physique-sante/preserver-sante-sentir-mieux

7. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019, priorité à l'alimentation, la nutrition, l'activité physique [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/article/2019-priorite-a-l-alimentation-la-nutrition-l-activite-physique

8. Rieu M. La santé par le sport : une longue histoire médicale. La revue pour l'histoire du CNRS. 2010;p 30-35.

9. Thomas F. Les lois sur le sport [Internet]. Wikiterritorial; 2018. Disponible sur: https://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/bin/view/vitrine/Les%20lois%20sur%20le%20sport

10. Talbot R. La saga des certificats de non contre-indication (au sport). 19 juill 2019; Disponible sur: https://www.fmfpro.org/la-saga-des-certificats-de-non-contre-indication-au-sport.html

11. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'économie. Projet de loi financement de la sécurité sociale (PLFSS) - Dossier de presse [Internet]. 2019. Disponible sur: https://minefi.hosting.augure.com/Augure_Minefi/r/ContenuEnLigne/Download?id=14E005C0-18A4-4C3B-87A9-DD2FBB06BC3F&filename=DossierPresse_PLFSS2020.pdf

12. Université de Genève. Qu'est-ce qu'un médecin de premier recours ? janv 2002;(02). Disponible sur: https://www.medecine.unige.ch/enseignement/information/med/spip.php?article29

13. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnieliewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale [Internet]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 20123. Disponible sur: https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20théoriques/Outils%20pédagogiques/Séminaires%202013/S1/Biblio/2013%20Définition%20compétences%20MG%20Compagnon%20Exercer%20108.pdf

14. Legifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 219 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=35DD3892A8A45DE060EC2FF56AD191B2.tplgfr28s_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&idArticle=LEGIARTI000031916638&dateTexte=20160128

15. Legifrance. Articule L131-6 [Internet]. Code du sport. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=86BAD100AF7716A5333AEED3F2227365.tplgfr28s_1?idArticle=LEGIARTI000006547537&cidTexte=LEGITEXT000006071318&dateTexte=20191207

16. Légifrance. Article D231-1-5 [Internet]. Code du sport, Décret n°2017-520-art. 2 avr 10, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000034417463&cidTexte=LEGITEXT000006071318&dateTexte=20170413

17. Conseil national de l'ordre des médecins. Rédiger un certificat médical [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/rediger-certificat-medical

18. Brion R, Carré F. Recommandations de la Société française de cardiologie Le bilan cardiovasculaire de la visite de non-contre-indication à la pratique du sport en compétition entre 12 et 35 ans. Archives des maladies du coeur et des vaisseaux PRATIQUE. nov 2009;15(182):41-3.

19. Waldmann V, Bougoin W, Karam N, Albuisson J, Cariou A, Jouven X, et al. Mort subite de l'adulte : une meilleure compréhension pour une meilleure prévention. Annales de cardiologie et d'angéiologie. sept 2017;66(4):230-8.

20. Dr Amoretti R. Mort subite du sportif : bientôt un ECG pour tous [Internet]. 2012. Disponible sur: https://destinationsante.com/mort-subite-du-sportif-bientot-un-ecg-pour-tous.html

21. Département de médecine générale Paris Diderot, Exercer. Visite médicale de non-contre-indication à la pratique sportive : évaluation des compétences des internes [Internet] [Analyse qualitative]. [Paris]: Paris Diderot; 2014. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/depot/3036_Visite_medicale_de_non-contre-indication_a_la_pratique_sportive_-_Exercer_2014.pdf

22. Marijon E, Tafflet M, Celermajer DS, Dumas F, Perier MC, Jouven X. Sports-Related Sudden Death in the General Population. Circulation. 9 août 2011;124(6):672-81.

23. Marijon E, Jouven X. Mort subite du sportif (sportif occasionnel inclus). John Libbey Eurotext [Internet]. 10 2016;28(5). Disponible sur: https://www.jle.com/fr/revues/stv/e-docs/mort_subite_du_sportif_sportif_occasionnel_inclus__308086/article.phtml

24. Pr Carré F, Pr Mabo P. Sport de compétition : pour ou contre l'ECG systématique de dépistage ? [Internet]. 2014. Disponible sur: https://francais.medscape.com/voirarticle/3600551_1

25. Sport et citoyenneté. Le certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive en France et en Europe [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.sportetcitoyennete.com/wp-content/uploads/2016/12/Note-de-synthèse-Certificat-médical-Think-tank-Sport-et-Citoyenneté.pdf

26. Dr Griffet V. L'électrocardiogramme du jeune sportif : ce qui peut être pathologique [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.realites-cardiologiques.com/2015/01/19/lelectrocardiogramme-du-jeune%e2%80%afsportif%e2%80%89-ce-qui-peut-etre-pathologique/

27. Hamish MacLachlan, Drezner JA. Cardiac evaluation of young athletes: Time for a risk-based approach? wiley online library [Internet]. 3 avr 2020; Disponible sur: https://doi.org/10.1002/clc.23364

28. L'équipe. David Ginola a présenté «un syndrome de mort subite». Internet [Internet]. 20 mai 2016; Disponible sur: https://www.lequipe.fr/Football/Actualites/David-ginola-a-presente-un-syndrome-de-mort-subite/678368

29. Emilie Cailleau. Les morts subites chez les sportifs. L'express. 23 janv 2009;

30. Mort subite : «Beaucoup de sportifs ignorent les alertes». Le Figaro santé [Internet]. 16 avr 2012; Disponible sur: https://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/04/16/17996-mort-subite-beaucoup-sportifs-ignorent-alertes

31. Rédaction numérique de RTL. Paris-Roubaix : ce que l'on sait de la mort du cycliste Michael Goolaerts. Internet [Internet]. 9 avr 2018; Disponible sur: https://www.rtl.fr/sport/autres-sports/paris-roubaix-ce-que-l-on-sait-de-la-mort-du-cycliste-michael-goolaerts-7792942386

32. Le Dauphiné. Ils sont morts sur un terrain. Internet [Internet]. 2016 47apr. J.-C.; Disponible sur: https://www.ledauphine.com/sport/2016/05/07/mort-du-camerounais-patrick-ekeng-les-precedents-deces-de-sportifs-sur-le-terrain

33. Guyon A, Ronflet T. La consultation pour le certificat de non contre-indication à la pratique du sport : analyse qualitative des représentations qu'en ont les patients [Internet] [Analyse qualitative]. [Université Grenobles-Alpes]: Grenobles-Alpes; 2017. Disponible sur: file:///C:/Users/xavie/Desktop/Thèse_XQL/Bibliographie/La%20consultation%20pour%20le%20certificat%20de%20non%20contre%20indication%20à%20la%20pratiquer%20du%20sport_%20analyse%20qualitative%20des%20représensations%20qu'en%20ont%20les%20patients.pdf

34. Asif I, Drezner JA. Sudden Cardiac Death and Preparticipation Screening: The Debate Continues—In Support of Electrocardiogram-Inclusive Preparticipation Screening. Progress in cardiovascular diseases. avr 2012;54(5):445-50.

35. Jaussi A, Favrat B. Faut-il encore ausculter les patients et enseigner l'auscultation à l'ère de l'échocardiographie ? [Internet]. Rev Med Suisse; 2001. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2001/RMS-2337/21191

36. Corrado D, Basso C, Pavei A. Trends in Sudden Cardiovascular Death in Young Competitive Athletes After Implementation of a Preparticipation Screening Program. JAMA. 4 oct 2006;1593-601.

37. Dupire L, Pr Lacroix D, Dr Bacquaert P. Le prix d'une vie ; Dépistage de la mort subite chez le jeune sportif en France, analyse médico-économiqu [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.irbms.com/wp-content/uploads/2018/08/these-loic-dupire-2016-depistage-mort-subite-du-sportif-en-france.pdf

38. Gaubert C. La mort subite de l'adulte, une défaillance cardiaque souvent inexpliquée. Coeur et cardio [Internet]. 6 avr 2018; Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/coeur-et-cardio/mort-subite-de-l-adulte-la-piste-genetique-est-examinee-pour-expliquer-la-defaillance-cardiaque_122855

39. Schmied C, Borjesson M. Sudden cardiac death in athletes. Journal of Internal Medicine [Internet]. 18 déc 2013;275(2). Disponible sur: https://doi.org/10.1111/joim.12184

40. Andriamirado F. Le médecin généraliste face au certificat d'absence de contre-indication à la pratique du sport chez le sportif amateur de 12 à 35 ans [Internet] [Thèse]. [Rouen]: Normandie Université; 2017. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01663765/document

41. Pr Jouven X, Pr Collet JP. Mort subite chez le sportif: que nous apprennent les études de suivi? [Internet]. 2019. Disponible sur: https://francais.medscape.com/voirarticle/3605212

42. Steinvil A, Tamar Chundadze, Zeltser D. Mandatory Electrocardiographic Screening of Athletes to Reduce Their Risk for Sudden Death Proven Fact or Wishful Thinking? [Internet]. [Israel]; 2010. Disponible sur: http://www.onlinejacc.org/content/57/11/1291.full

43. Desomer A, Gerkens S, Imgard V, Christian L. FAUT-IL UN DÉPISTAGE CARDIAQUE POUR LES JEUNES SPORTIFS ? [Internet]. 2015. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_241Bs_depistage_cardiaque_sportifs_Synthese.pdf

44. Dr Usdin JP. Jeunes footballeurs : peut-on prévenir une mort subite par un meilleur dépistage ? [Internet]. 2019. Disponible sur: https://francais.medscape.com/voirarticle/3604409

45. Conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants. Visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans : rien de nouveau depuis septembre 2012 - Mars 2014 [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/visite_de_non_contre_indication_la_pratique_du_spo/

46. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

47. Définition du Larousse de l'incertitude. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/incertitudes/42223

48. Gallois P. Gérer l'incertitude de la pratique médicale. Société française de documentation et de recherche en médecine générale. mars 2010;6(3):124-6.

49. Lancry A. Incertitude et stress / Le travail Humain [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2007-3-page-289.htm

50. Lorenzo M. Supporter le doute Tolérance à l'incertitude en médecine générale [Internet] [Article]. [publié dans la revue EXERCER]; 2014. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4688_2014_Exercer_(suppl)_-_Gelly_et_al.pdf

51. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M. Introduction à la recherche qualitative [Internet]. Exercer; 2008. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf

52. Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative [Internet]. Kinésithérapie, la Revue; 2015. Disponible sur: http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/critères-COREQ.pdf

53. Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation [Internet]. Revue des sciences de l'éducation; 2012. Disponible sur: https://www.erudit.org/fr/revues/rse/2012-v38-n1-rse0675/1016748ar/

54. Brito O, Paris Ouest Nanterre, la Défense. La théorie « ancrée » ou grounded theory [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.jacques-pain.fr/jacques-pain/Rech_Methodo_La_theorie_ancree.html

55. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie [Internet]. (Recherche en soins infirmiers; vol. 3). Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm

56. Savoir-Zajc L, D. P. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? [Internet]. Recherche qualitatives / Hors série / 5; Disponible sur: http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf

57. Touboul P, CNGE Nice. GUIDE METHODOLOGIQUE POUR REALISER UNE THESE QUALITATIVE [Internet]. 2013. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf

58. Girgenzer G. Penser le risque : apprendre à vivre dans l'incertitude. Markus Haller. 2009. (Condition Humaine).

59. Scavée V. À PROPOS DE QUELQUES IMPLICATIONS LÉGALES DU CERTIFICAT DIT D' « APTITUDE AU SPORT » [Internet]. Louvain Médical; Disponible sur: https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/revue/pdf/novembre_2015.pdf#page=11

60. Lorphelin-Martel H. Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie: vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale? [Internet]. Faculté de médecine et de pharmacie de rouen; 2014. Disponible sur: https://pdfs.semanticscholar.org/6fee/913fb2a1ba64f93988d1234cdebd78612abf.pdf

61. Vaidis D, Halimi-Falkowicz S. La théorie de la dissonance cognitive : une théorie âgée d'un demi-siècle. Revue électronique de Pyschologie Sociale. 2007;(1):9-18.

62. Gurmankin Levy A, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fargelin A. Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians. JAMA Network [Internet]. 30 nov 2018; Disponible sur: doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.5293

63. Légifrance. Code de la santé publique - Article R4127-32 [Internet]. août 8, 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912894&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808

64. Frisch D, Baron J. Ambiguity and rationality [Internet]. 1988. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bdm.3960010303

65. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Internet]. [Faculté de médecine Pierre et Mari Curie]: Université Pierre et Marie Curie (Paris 6°; 2013. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/margnat-bousquet_these.pdf

66. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. PAYOT. 1996. 430 p. (Bibliothèque scientifique payot).

67. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Assurances pour le sport [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2143

68. Finon M. Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire [Internet]. Paris Descartes; 2015. Disponible sur: https://core.ac.uk/download/pdf/52192977.pdf

69. Flick D, Chamagne E. Identification et analyse des motivations de plaintes ordinales en lien avec des certificats médicaux à l'encontre des médecins généralistes en Rhône-Alpes de 2008 à 2016 [Internet]. [Grenoble]: Université Grenobles Alpes; 2018. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01961703

70. David G, Nicolas G, Sureau C. La médecine et le principe de précaution. oct 2001;126(8):731-3.

71. Etienne L. L'illusion du risque zéro [Internet]. Zeblog Santé. Disponible sur: http://www.zeblogsante.com/lillusion-du-risque-zero/

72. Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Non-remboursement du certificat médical délivré pour une licence sportive [Internet]. JO Sénat févr 26, 2004 p. 483. Disponible sur: http://www.senat.fr/questions/base/2003/qSEQ031109946.html

73. Fournier C, Buttet P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Baromètre santé médecine [Internet]. 2009; Disponible sur: http://peidd.fr/IMG/pdf/Reseaux_et_MG.pdf

74. AMELI.fr. ROSP du médecin généraliste dans la polpulation pédiatrique [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.ameli.fr/manche/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant

75. Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Rédiger un certificat médical [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/rediger-certificat-medical

76. Kahneman D, Clarinard R. Système 1 et Système 2: Les deux vitesses de la pensée [Internet]. Flammarion. 2016. (Clé des champs). Disponible sur: https://www.decitre.fr/livres/systeme-1-systeme-2-9782081307827.html#resume

77. Dr Talbot R. Secret médical et assurances [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.fmfpro.org/secret-medical-et-assurances.html

78. Julien C. ÉTAT DES LIEUX DES RECOMMANDATIONS ET PRATIQUES CONCERNANT LE CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE DU SPORT DANS LES PAYS DONT LA POPULATION A UN MODE DE VIE PROCHE DE CELUI DE LA FRANCE. REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE. [Internet]. 2015. Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20126753/2015MCEM5099/fichier/5099F.pdf

79. Bulletin de l'academie nationale de médecine sur la mort subite. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. juin 2010;194(6):983-95.

80. Assurance Maladie. DMP [Internet]. Disponible sur: https://www.dmp.fr/

81. Jamet X. Freins et intérêts des médecins généralistes creusois sur la création d'un réseau public de télé-expertise des ECG [Internet]. [Limoges]: Limoges; 2015. Disponible sur: aurore.unilim.fr

82. Fleureau D. L'assurance des sports extrêmes [Internet]. 2012. Disponible sur: http://bel.uqtr.ca/id/eprint/963

Annexes :

Annexe 1 : Notice d'information donnée aux participants

Notice d'information

Objet : Comment les médecins généralistes gèrent-ils leurs incertitudes dans l'acte de certifier de l'absence de contre-indication à l'activité sportive pour les sports sans contraintes ?

Etudiant en médecine à l'université de Caen, je réalise ma thèse sur **le vécu de l'incertitude des médecins généralistes dans l'acte de certifier l'absence de contre-indication à l'activité sportive pour les sports sans contraintes**. A ce titre, je me permets de vous solliciter pour participer à ce travail de recherche par le biais d'entretien individuel.

Ce document vous renseigne sur les modalités de déroulement de ces entretiens.

Contexte du projet :

La délivrance du certificat d'absence de contre indication au sport peut être génératrice de difficultés pour le médecin qui la réalise. Nous cherchons à identifier les comportements et les motivations adoptés par les praticiens pour gérer ces situations.

Objectif de l'étude :

Recueillir le ressenti des médecins généralistes ainsi que d'identifier les mécanismes adoptés pour gérer leurs incertitudes dans les situations de certification de l'absence de contre-indication à la pratique du sport sans contraintes particulières.

Déroulement :

L'enquête ne requiert aucun acte clinique spécifique

Chaque participant effectuera un entretien d'environ 30 minutes dans le lieu de leur choix, et sera enregistré avec un dictaphone. Au cours de l'entretien plusieurs questions ouvertes vous seront posées. Avant le début de l'entretien votre consentement oral sera recueilli. L'enregistrement audio sera ensuite retranscrit sur fichier informatique puis analysé. Toutes les données personnelles seront rendues anonymes puis ensuite détruites. Le participant peut interrompre à tout moment l'entretien s'il le souhaite.

Traitement informatique des données personnelles : Cette étude sera réalisée conformément aux dispositions de la *loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés* modifiée par la *loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*, de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Consentement :

Je soussigné, …….. déclare avoir été informé et avoir compris la nature et le motif de ma participation au projet de recherche entrant dans le cadre de la formation en médecine générale de l'université de Caen Normandie. Par conséquent, j'accepte librement de participer au projet et j'autorise Mr QUERUAU LAMERIE Xavier, à effectuer un enregistrement audio de l'entretien. Je reconnais également, avoir été informé de la destruction de la bande audio après retranscription écrite.

Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à votre médecin traitant et/ou à vos proches pour avis.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons de bien vouloir signer le formulaire de consentement ci-joint.

Fait à : Le :

Signature :

ANNEXE 2 :

Guide d'entretien :

Comment les médecins gèrent-ils leurs incertitudes dans l'acte de certifier de l'absence de contre-indication à l'activité sportive pour les sports sans contraintes ?

Thème 1 : Pratique habituelle :

- Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez été amené à certifier de la non contre-indication à une activité sportive sans contrainte spécifique ?
- Quel est selon vous le rôle de l'examen clinique (entretien et examen physique) ?
- Quels éléments vous ferez refuser de certifier de l'absence de contre-indication à la pratique du sport pour les sports sans contraintes spécifiques

Thème 2 : Confiance dans l'entretien et l'examen clinique :

- Quelle confiance avez-vous dans votre entretien, votre examen ou la réalisation d'un ECG pour la rédaction du certificat d'absence de contre-indication à une activité physique ? Sur quels éléments repose cette confiance ?
- Quelle confiance avez-vous dans votre entretien, votre examen clinique et de la réalisation d'un ECG dans leur capacité à écarter une mort subite, quel pourcentage de confiance lui accorderiez-vous ? et sur quels éléments repose cette confiance ?
- Quelle place pensez-vous donner à votre intuition dans la prise de décision ?
- Comment en arrivez-vous à cette pratique ? Qu'est ce qui a fait que vous faîtes ça maintenant ?
- En cas d'anomalie mise en évidence lors de cette consultation, quelle attitude adoptez-vous et sur quels éléments vous basez-vous ?

Thème 3 : Perception des risques

- Comment vivez-vous le fait de certifier l'absence de contre-indication ?
- Comment abordez-vous la notion de risque avec le patient ?
- Selon vous quels sont les risques liés à la pratique d'une activité sportive ?
- Comment ressentez-vous la délivrance du certificat d'absence de contre-indication ?
- Comment imaginez-vous votre attitude en cas de survenue d'un événement indésirable comme une mort-subite chez un de vos patients ?
- A quoi vous engagez vous en certifiant d'une absence de contre-indications ?

Thème 4 : Vécu par rapport au cadre de certification

- Quelle est votre avis sur les différentes recommandations actuelles en matière de certification pour la pratique sportive sans contrainte ?
- Comment situez-vous votre pratique par rapport aux recommandations actuelles ?
- Que pensez-vous de la position des institutions à propos de cet acte ? (tutelles, fédérations)

Thème 5 : Propositions de changement

- En cas d'incertitude, de quoi auriez-vous besoin pour être plus à l'aise avec la délivrance du certificat d'absence de contre-indications ?
- Que pensez-vous de l'obligation de délivrance du CACI pour la pratique sportive sans contraintes ?
- Quelle place accorderiez-vous à la société civile dans cette démarche ? (patient, sportif, assurance…)

ANNEXE 3 : Grille d'analyse utilisée pour la réalisation du codage ouvert

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS (deux premiers niveaux)

- Comportement
    - Acceptation
    - Attitude de protection
    - Consternation
    - Culpabilité
    - Demande de réassurance
    - Distanciation et méfiance
    - En apprenant que l'entretien, l'examen clinique et l'ECG ne sont pas efficaces
    - Humour
    - Rationalisation
    - Remise en question et questionnement
- Origine de la pratique
    - Cours et formation
    - Expérience personnelle
    - Interrogations personnelles et échanges informels
    - Littérature
    - Routine
- Propositions de changement
    - Définir les objectifs
    - Données scientifiques
    - Lutter contre l'isolement du médecin généraliste
    - Paradigme culturel
- Vision de la certification d'absence de contre-indication
    - Avis sur le fait de certifier
    - Avis sur l'obligation de délivrance du CACI
    - Engagement dans la certification
    - Justification des contre-indications
    - Les raisons de la certification
    - Objectifs du certificat d'absence de contre-indication
    - Utilité du certificat si une contre-indication existe

    - Vécu du médecin
- Vision de la confiance
    - Confiance dans l'ECG
    - Confiance dans l'entretien et l'examen clinique
    - En cas patient inconnu
    - Importance de connaitre le patient
    - Place de l'intuition
- Vision de la consultation
    - Attitude
    - Avis sur les performances de l'ECG
    - Avis sur les performances de l'examen clinique
    - Déroulement de la consultation
    - Facteurs limitant la réalisation de l'ECG
    - Impression dégagée à l'issue de la consultation
    - Objectifs de la consultation
    - Rôle de l'entretien, examen clinique et ou ECG
- Vision de la contre-indication
    - Contre-indication relative et temporaire
    - Raison de la contre-indication
- Vision de la pratique du sport
    - Avis sur la pratique hors du cadre du certificat
    - Avis sur l'interdiction de pratiquer le sport et ses conséquences
    - Influence du sport et du sportif
- Vision de la responsabilité
    - Avis sur la responsabilité
    - Avis sur la responsabilité partagée
    - Responsabilité du médecin
    - Responsabilité du patient
    - Responsabilité du patient, du club et de la fédération
- Vision de la société
    - Avis du médecin généraliste sur le point de vue du patient et du sportif
    - Avis sur les positions des institutions
    - Influence des médias

- Vision de l'incertitude
    - Adaptation de la pratique
    - En cas de mort subite
    - Existence d'une incertitude
    - Influence du médico-légal
    - Mécanisme de gestion
- Vision des recommandations
    - Avis sur les pratiques des autres pays
    - Avis sur les recommandations
    - Etat des lieux des connaissances
    - Influence de l'ambivalence des points de vue
    - Positionnement par rapport aux recommandations
    - Pratique en accord avec les recommandations
    - Pratique par rapport aux autres praticiens
- Vision du cadre de la certification
    - Rôle de l'assurance
    - Rôle des fédérations
- Vision du risque
    - Evaluation des connaissances du patient sur le risque
    - Existence du risque
    - Information sur le risque
    - Information sur le risque de mort subite
    - Information sur les limites des examens de dépistage
    - L'échelle de l'évaluation du risque
    - Questionnement du patient
- Vision sur la balance bénéfice risque
    - Lié au dépistage cardiologique pré-participatif
- Vision sur la place du spécialiste
    - Pour réalisation d'un bilan et réassurance
    - Pour réaliser l'ECG
- Vision sur le dépistage et la prévention
    - Avis sur les avantages du dépistage
    - Avis sur les limites du dépistage et faux positifs

- Impacts sur la qualité de vie

ANNEXE 4 : verbatim des médecins interrogés sur leur avis vis-à-vis du cadre de la certification :

M1 : *« […] les assureurs et fédérations intègrent finalement cette inutilité et qu'ils acceptent de prendre le risque ; Il faut qu'ils le prennent le risque, le un sur un million il faut qu'ils le prennent, de toute façon ils le prennent même avec le certificat*
Donc peut-être que c'est à eux de mettre moins la pression sur les gens pour le certificat. »

M3 : « *Non non , pour moi, avec le médecin qui gère »*

M4 : « *J'ai toujours eu le soupçon que c'était purement une affaire d'assurance… je n'en ai pas la certitude et je n'ai jamais été vérifié… peut être qu'avec ta thèse, on aura ça d'éclairci ».*

« Bah c'est ce que je t'ai dit, c'est du pipeau complet… ce n'est pas l'idée !

L'idée c'est de faire de la prévention auprès des gens… »

« Et ce n'est pas du tout… c'est que des gens qui… que des gens qui veulent se couvrir et la plupart du temps ils ne savent pas pourquoi… »

« Ils veulent se couvrir, mais ils ne savent pas ce qu'ils font ! »

M6 : *« Je pense qu'elles font comme tout le monde, elles se couvrent pour ne pas avoir d'histoire avec la justice, c'est légitime… »*

M7 : *« Bah moi… Les fédérations qui disent tous les trois ans, bah moi je t'ai dit que moi ça me… eux… tu vois… j'ai l'impression que je suis un peu gripsou quand je dis ça mais… non ! ça, ça m'embête… »*

« Ça m'embête, je ne suis pas d'accord avec ça… »

« Parce que eux nous disent justement que le certificat médical ne doit pas être pris en charge par la SECU en fait… les patients doivent venir, payer leur consultation et que tu leur fasses une facture et voilà quoi… »

« Donc en gros, il faudrait qu'il débourse… c'est vrai quoi, c'est vingt-cinq euros quand même… »

« Bah moi je ne trouve pas ça normal tu vois … Je ne trouve pas ça normal de facturer cette consultation de sport ! on n'arrête pas de dire : « faites du sport ! allez-y, faites du sport ! c'est bon pour la santé, plus vous faites du sport moins on aura de cancer de ceci de cela… » bah… en fait, je trouve que ce n'est pas logique ! »

« Ça ne va pas… tu vois… Je trouve que la SECU, elle veut économiser sur plein de trucs, sur le tabac, le machin et tout mais tu vois… quelqu'un qui reprend du sport, il se rend compte que… (fait mine d'être essoufflée) il n'arrive plus à respirer… Bah ça va lui donner envie d'arrêter de fumer … ainsi de suite… tu vois… »

« Il y a plein de trucs qui en découle… et donc je ne comprends pas, tu vois, pourquoi ils devraient payer cette consultation de leur poche, plutôt qu'une autre consultation. »

M8 : *« (Silence rapide)… c'est pour se couvrir eux… je ne sais pas… ouais… je ne sais pas… »*

« Ouais, c'est pour se couvrir eux… »

« Se couvrir s'il y a un éventuel incident parmi leurs licenciés… »

« Ouais… Je ne me suis jamais posé la question (rires)… »

- *« Je ne sais pas… peut-être que je serai amené à être… comment est-ce qu'on dit ? Bah, quand il y a des cas de… ça y est… je ne sais plus le nom (rires)*
- *(rires)… il est tard…*
- *Oui, il est tard… Je ne sais pas … quand c'est médicolégal, enfin… on pourrait être… ça y est, j'ai perdu le mot (rires)… quand on est accusé ! »*

M9 : *« Oui… voilà… c'est ça… après, euh… je dis ça… mais à partir de 2020 on ne fera plus… il n'y aura plus de certificats, ils n'auront pas forcément des ECG les gamins… »*

« On va revenir comme avant (tape du poing sur la table) … donc, c'est un peu… »

« Ça… je ne sais pas… si on décide que la prévention ne doit pas être remboursée… OK… mais ça n'a jamais été dit… voilà… mais dans une consultation, là on parle du certificat… mais on fait aussi beaucoup de prévention… donc euh… il faudrait vraiment clarifier les choses… c'est vrai que normalement… logiquement, on ne doit pas faire de feuille de soins… les gens ne sont pas remboursés… voilà… bon, je sais qu'il y a des collègues c'est : « ah non… hors de question que l'on fasse une feuille de soins »

M10 : « *Euh… normalement, le certificat n'est pas remboursé par la SECU… (Silence)… pour moi, il y a du bon et du moins bon, parce qu'effectivement la SECU n'a pas à payer pour les loisirs des français non plus… mais la plupart du temps, on fait de la prévention, du dépistage et du suivi de croissance… donc, il y a un intérêt quand même.*

Les enfants ont les voit, mais les pré ados, ados… c'est ceux-là qu'il faut voir… et on voit souvent… ils ont passé toutes leurs histoires de maladie de gamin… et c'est là qu'on les voit… surtout qu'en contexte de maladie aiguë, ils ne sont pas à même de parler du… de la sexualité, de l'alcool, de ces choses-là… Le certif', ça permet de faire ça aussi… et pour moi ça, c'est mille fois remboursable, donc je passe les… (cartes vitales) »

M11 : *« Mais moi je dis : « je fais le certificat parce qu'on me le demande ! », je dis : « ce n'est pas moi qui me demande… » « moi, vous me diriez » « est ce que je peux aller faire du sport ? » « bah de toute façon, ça va plutôt vous faire du bien que du mal… statistiquement… , mais là, c'est parce que c'est une … une… une institution, une fédération qui me demande un certificat, que je vous le fais ! » et à partir du moment… j'essaie d'expliquer ça, mais ce n'est pas toujours évident avec les patients, je dis : « moi… à partir du moment où on me demande de certifier… d'accord… donc je certifie, c'est-à-dire que si je certifie quelque chose, il faut que j'ai un minimum de sérieux derrière qui certifie que j'ai fait le maximum pour détecter… »*

« Donc je fais juste ce qu'on me demande. Mais moi, qu'un jour on nous demande de ne plus faire de certificat médicaux, ça ne me choquerait pas du tout. Parce que je pense qu'on a un gain très très faible. »

« Mais bon… moi, je n'ai… je n'ai jamais… je ne mets jamais… mes statistiques au-dessus des statistiques plus larges, parce que ça justement, je pense que c'est la maladie de la médecine un petit peu… c'est que chacun fait son idée dans son coin et puis… »

« Toute façon, elles, elles vont toujours chercher un responsable… quelque part les assurances, et justement, le fait de nous faire faire un certificat ça nous rend immédiatement responsable du truc… et c'est une des raisons pour lesquelles je te dis il ne faudrait pas que ça existe parce qu'on certifie un truc qui est incertifiable. »

« Non, donc je pense que les assurances elles devraient juste assurer le risque qui existe de toute façon et qui elle aussi de toute façon, on les voit de temps en temps, les assurances font des calculs un peu bizarres mais je pense que si elles font un calcul… euh… hmmmm… de couverture du risque avec ou sans certificat, il ne va pas y avoir de différence énorme au bout du compte. »

M12 : *« Je pense que ça va un peu tousser, parce que la SECU ne le prend pas en charge parce que c'est du préventif, donc il faut prévoir si c'est une décision de société… on finit par le prendre en charge… tsss… mais voilà, le frein… »*

M13 : *« Oui… alors, moi j'y pense du temps, mais comme dans toutes mes consultations donc comment euh… donc, le fait de faire un ECG et que la consultation soit cotée trente-neuf et quelques… je trouve que c'est correct, par contre quand je ne fais pas d'ECG, parce que j'en fais tous les trois à cinq ans, vingt-cinq euros pour trente minutes je trouve que c'est un peu juste… troisième réflexion, normalement, on n'est pas censé faire un remboursement et moi je me suis toujours dit qu'en fait ça pouvait être un frein pour un refus d'ECG… je l'ai vu en fait… en disant : « non non, en fait je ne suis pas intéressé… » ou justement pour faire cette consult'… donc moi, j'ai toujours fait remboursé »*

« Oh bah… ils se déchargent au maximum, je pense ! Ils se protègent au maximum… »

« Eh bien… (silence)… et bien peut-être qu'on pourrait leur reprocher de ne pas avoir exigé, voilà… un ECG ou un ECG d'effort, en cas de sport à haut niveau et qu'il y ait une mort subite. »

« Au moins, ils disent « bah voilà, nous on a pris des garantis, tous les examens étaient bons, donc on n'est pas responsable de ce qu'il s'est passé. »

« Si ce n'est faire du dépistage ! Mais je ne pense pas que ce soit l'intention des clubs : « bah tiens on te fait signer un papier parce que je pense que ça va permettre à la population d'être dépistée ! »

« Ah bah moi je suis effaré de voir en fait que chacun se déresponsabilise, et je pense qu'à un moment, il faut savoir prendre ses responsabilités ! »

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

A faire signer ici par votre Président de Thèse avant de nous remettre le 1er exemplaire unique 3 semaines + 3 jours avant la soutenance

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : Xavier QUERUAU LAMERIE

TITRE DE LA THÈSE : Comment les médecins généralistes gèrent-ils les incertitudes liées à la délivrance du certificat d'absence de contre-indications (CACI) pour les sports sans contraintes particulières ?

RÉSUMÉ :

Introduction : L'inscription dans une structure sportive ou la participation à une compétition nécessite pour le patient de présenter un certificat d'absence de contre-indications (CACI). Pour les sports sans contraintes particulières, la délivrance peut être assurée par le médecin généraliste mais le déroulement de la consultation fait actuellement débat au sein de la communauté médicale. L'objectif de notre travail était d'identifier les sources d'incertitudes liées à la délivrance de ces certificats et les comportements adoptés pour les gérer. **Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de treize médecins généraliste délivrant des CACI pour les sports sans contraintes particulières. **Résultats :** Les objectifs de consultation variaient en fonction des attentes des praticiens. L'acte de certifier interrogeait et était perçu comme un moyen de reporter les responsabilités sur le médecin. Le rapport du médecin à la notion de mort subite, l'implication de la responsabilité, la multiplicité des avis d'experts, le défaut de confiance dans la relation avec le patient mais également l'inconfort généré par la mise en exergue de ces incertitudes ont été sources de dissonance cognitive chez les praticiens. Cependant ils gèrent ces incertitudes en restant à l'écoute de leurs patients, en adaptant leurs comportements, en remettant en question le système et en étant forces de propositions. **Conclusion :** Ces incertitudes doivent pousser à faire évoluer la consultation pour la délivrance du CACI notamment en allant vers une remise des politiques de dépistage et en favorisant une autonomisation des patients.

MOTS-CLÉS : Sport, Incertitude, Dépistage médical, Certificat, certification, certifier, Dissonance cognitive, Certificat d'absence de contre-indication, Mort subite, Prévention, Médecin généraliste

THESIS TITLE : How do general practitioners manage the uncertainties linked to the issuance of the certificate of absence of contraindications (CACI) for sports without particular constraints ?

ABSTRACT :

Introduction: Registration in a sports club or participation in a competition requires the patient to present a *Certificate of Absence of Contraindications* (CACI in French). For sports without specific restraints, this certificate can be issued by the general practitioner but the unwinding of this medical consultation is a current debate within the medical community. The purpose of our work was to identify the origins of this uncertainty related to the issue of these certificates and the behaviours adopted to manage them. **Method:** Qualitative study by semi-directed interviews with thirteen general practitioners delivering *CACI*s for sports without specific restraints. **Results:** The consultation's objectives varied depending on the practitioners' expectations. The act of delivering the certificate interpellated and was perceived as a way to shift the responsibility to the doctor. The doctor's report to the notion of sudden death, the implication of responsibility, the variety of expert opinions the lack of confidence in the relationship and the discomfort generated by the highlighting of these uncertainties have been sources of cognitive dissonance among practitioners. However, practitioners manage these uncertainties by remaining attentive to their patients, by adapting their behaviour, by questioning the system and by being proactive. **Conclusion:** These uncertainties should encourage amendments to the *CACI* consultation, such as questioning screening policies and promoting patient empowerment.

KEY WORDS : Sport, uncertainty, Médical screening , Cognitive dissonance, Certificate conforming the absence of contraindications with regards to sport, Sudden cardiac death, Prevention, General practionner