

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNCIPS	Certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport
DES	Diplome d'étude spécialisé
DMG	Département de médecine générale
ECG	Electrocardiogramme
FDRCV	Facteur de risque cardio-vasculaire
MG	Médecins généralistes
MSU	Maîtres de stage universitaire

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Les caractéristiques de l'échantillon
2. Les représentations des internes
3. Le contenu de la consultation de délivrance du CNCIPS
4. Les difficultés rencontrées
5. Les besoins exprimés
6. Les apprentissages

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Résumé des résultats
2. Critique de la méthode
3. Discussion des résultats
4. Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

RÉSUMÉ

Introduction : En France, le certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport (CNCIPS) est délivré par un médecin (loi n°99.223 du 23 mars 1999). Il est fait pour prévenir le risque de mort subite au cours d'une activité physique. Cependant cette consultation pour la délivrance de ce certificat ne fait l'objet d'aucun consensus. L'objectif de cette étude est de savoir comment les internes en médecine générale en Maine-et-Loire abordent les enjeux de la consultation de délivrance du CNCIPS.

Matériel et méthode s: Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée par deux *focus group* en octobre 2014, auprès de 12 internes, interrogés à l'aide d'une grille d'entretien, en fin de stage ambulatoire de Niveau 1.

Résultats : Les internes en médecine générale considèrent cette consultation comme un moment dédié à la recherche d'une contre-indication à la pratique d'une activité physique mais aussi comme une opportunité d'en faire une consultation de médecine préventive adapté à l'âge et au sexe du patient. Ils en profitent pour aborder de multiples apprentissages appartenant à différents champs de compétence, allant du dépistage et de la prévention individuelle au développement de la communication et de la relation médecin-patient. Au cours des entretiens, il est apparu une crainte du cadre juridique, ainsi que des difficultés concernant le contenu, les spécificités de certains sports, les conseils à apporter, les pathologies musculo-squelettique mais aussi des questionnements sur la valeur de ce certificat face à certaines demandes abusives et le non remboursement de cet acte par la Sécurité sociale.

Conclusion : Ces questionnements mettent en évidence l'importance des supervisions et des groupes d'échange de pratique qui ont lieu lors du stage ambulatoire. Ce travail fait

apparaître la nécessité d'une formation complémentaire adaptée à la pratique et au modèle d'apprentissage pour améliorer l'acquisition des différentes compétences par les internes en médecine générale.

INTRODUCTION

En dix ans, le nombre de licences sportives a augmenté de 16%, passant de 15,1 millions en 2003 à 17,9 millions en 2013 (1). Pour l'obtention d'une telle licence, il est obligatoire de fournir un Certificat de Non Contre-Indication à la Pratique du Sport (CNCIPS), délivré par un médecin. Ceci est régi par la loi n°99.223 du 23 mars 1999, relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage (2).

La promotion d'une activité physique régulière fait partie du plan de Santé publique entrant dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS), initié en 2001, prolongé en 2006, et élaboré par le Haut Conseil de Santé Publique (3). La délivrance d'un CNCIPS est un motif fréquent de consultation en médecine générale.

Ce certificat a une valeur contractuelle, juridique et sa rédaction engage la responsabilité du médecin, sur le plan pénal, mais aussi civil et déontologique (4).

Un des objectifs de cette consultation est d'éliminer une contre-indication relative ou absolue à la pratique d'un sport, et de prévenir une mort subite. Une étude prospective réalisée en France entre 2005 et 2010, par une équipe de l'INSERM, sur des sujets âgés de 10 à 75 ans, a dénombré 820 cas de mort subite, liés au sport, avec une minorité de cas survenant chez les athlètes de haut niveau (5).

Il n'existe cependant aujourd'hui aucune conférence de consensus concernant le déroulement ou le contenu de cette consultation. De même des opinions divergent quant à la réalisation d'exams complémentaires entre la Société Française de Cardiologie (6) et le Collège national des généralistes enseignants (7).

Les différentes enquêtes de pratique menées ont montré une très grande hétérogénéité des pratiques en médecine générale (8), (9).

Les internes de médecine générale sont confrontés, pour la première fois à ce type de décision, lors de leur stage Praticien de niveau 1. Si la demande du patient dans cette consultation est d'obtenir un CNCIPS, l'enjeu pour le jeune médecin est plus large. En effet, cette rencontre va lui donner l'occasion de mettre en place des actions de dépistage, de prévention ciblée et individualisée, voire de soins en cas de mise en évidence d'une pathologie.

L'objectif principal de ce travail est d'explorer la manière dont les internes en médecine générale en Maine et Loire, en fin de stage Praticien de niveau 1, abordent ces consultations de délivrance de CNCIPS. Les objectifs secondaires sont de connaître leurs représentations, leurs difficultés, leurs besoins de formation et leurs apprentissages.

MÉTHODES

Une méthode qualitative avec réalisation d'entretiens collectifs, par *focus groups*, a été retenue.

Le projet a été présenté en juillet 2014, aux vingt-cinq internes réalisant leur stage Praticien (stage ambulatoire de niveau 1), en Maine-et-Loire, sur la période de mai à novembre 2014. Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat parmi les vingt-cinq internes. Deux *focus groups* ont été organisés, les 16 et 30 octobre 2014.

Une grille d'entretien a été élaborée et utilisée dans les deux *focus groups* (annexe 1).

Les questions ouvertes abordaient le déroulement de la consultation de délivrance de CNCIPS, les difficultés rencontrées, les compléments de formation que l'on peut apporter, les interrogations sur le cadre juridique, leurs représentations et celles des patients, mais aussi les apprentissages qu'ils ont réalisés lors de cette consultation.

Les *focus groups* ont eu lieu à la faculté de médecine d'Angers, et ont été animés par un modérateur, médecin généraliste et membre du Département de Médecine Générale (DMG) d'Angers. Le rôle d'observateur a été tenu par l'auteur de ce travail. L'ordre de parole, les réactions verbales et non verbales ont été notés. Après avoir rappelé l'anonymisation totale des données, les *focus groups* ont été enregistrés par un enregistreur vocal numérique, avec l'accord des participants (annexe 2 et 3). Chaque focus group a été retranscrit dans son intégralité, incluant la communication non verbale des internes.

L'analyse du contenu des retranscriptions s'est faite par codage inductif, avec une thématisation continue, au sein d'une grille d'analyse, sans triangulation des données.

RÉSULTATS

1. Les caractéristiques de l'échantillon

Le groupe de douze internes ayant participé à ce travail était constitué de onze femmes et un homme. Aux dates des focus groups, les internes avaient une expérience de plus de cinq mois de stage en ambulatoire.

Tableau I : Caractéristiques des Focus groups.

Sexe	Age (en années)	Semestre d'internat	Lieu d'externat	Formation antérieure sur CNCIPS	Pratique d'un sport personnel
H	31	4ème	Angers (uniquement pour la D4)	Aucune	Football
F	27	4ème	Bordeaux	Aucune	Fitness
F	25	2ème	Poitiers	Aucune	Course à pied, Natation, Danse
F	27	4ème	Angers	Oui (2ème cycle)	Course à pied, VTT
F	23	4ème	Reims	Oui (3ème cycle : module A prévention FDRCV)	Course à pied, Natation
F	27	4ème	Grenoble	Oui (2ème cycle)	Aucun
F	29	4ème	Paris Ouest	Aucune	Aucun

F	26	2ème	Rouen	Aucune	Aucun
F	27	4ème	Lyon	Aucune	Course à pied, Fitness
F	27	4ème	Nantes	Oui (3ème cycle: module A prévention FDRCV)	Course à pied, Natation, Danse
F	27	3ème	Nantes	Aucune	Cyclisme
F	26	4ème	Angers	Oui (3ème cycle : modume A prévention FDRCV)	Capoeira

2. Les représentations des internes

Leurs référentiels

Les maîtres de stage universitaire (MSU) :

Au début des entretiens, les internes ne différenciaient pas leurs pratiques de celle de leurs maîtres de stage : « On fait avec mes prats ».

Au fur et à mesure des entretiens, les internes finissaient par s'affranchir des différentes pratiques de leurs MSU, pour établir un exercice qui leur était propre : « moi j'ai vu comment faisaient mes trois prats, tout en prenant à droite à gauche (...) en prenant un peu de chaque : les questions de celui-là, l'examen de l'autre, pour me faire un truc perso ».

L'expérience personnelle :

Certains des internes s'appuyaient sur leurs expériences personnelles, que ce soit pour le contenu de la consultation, ou les conseils donnés aux patients : « Pour les troubles de la statique rachidienne, les attitudes scoliotiques (...) j'encourage, après c'est mon expérience perso, parce que...Moi j'avais une grosse scoliose et à partir du moment où je me suis mise à un sport qui sollicitait bien le dos... ».

Leurs connaissances

L'absence de consensus :

La totalité des internes connaissait l'absence de consensus concernant la consultation de délivrance d'un CNCIPS. Ce point était rapporté par les internes comme une des difficultés principales : « Et on ne sait pas quoi faire (...) il n'y a pas de consensus réel », « Donc tu n'as pas une recommandation où tout le monde est d'accord, c'est ça qui est difficile ... ».

Les différences de pratique entre praticiens en France et à l'international :

Tout au long des focus groups, les internes avaient échangé sur les différentes pratiques de chacun de leur MSU, que ce soit autour du contenu de la consultation : « J'ai un de mes prat qui est médecin du sport, donc c'est un peu différent... », de la réalisation d'actes complémentaires : par exemple de l'électrocardiogramme ou encore le test de Ruffier, ou autour de leurs représentations : « (...) moi mon prat, il me laissait quasiment que les certificats de sport, parce qu'il pensait que c'était facile. Ben, il ne se

rendait pas compte que pour moi c'était le plus dur (...) C'est ce truc-là qui était le plus flou ».

Il avait été évoqué dans les deux groupes une comparaison avec d'autres pays, notamment avec le système Nord-Américain, dans lequel le patient se déclarait lui-même apte à la pratique du sport, précisant qu'ainsi il était le seul à engager sa responsabilité : « Au Canada ou aux Etats-Unis (...) Ce sont les gens qui signent leur certificat, ils déclarent être apte au sport. Après c'est eux-mêmes qui décident. C'est leur responsabilité ».

Les caractéristiques de cette consultation

Une consultation dédiée

En premier lieu, la majorité des participants abordait cette consultation comme un temps dédié à la recherche de contre-indications à la pratique d'un sport, puis, en l'absence d'argument ils leur arrivaient dans un second temps d'ouvrir sur d'autres cadres comme celui de la prévention : « ...des patients que tu as vus il y a 15 jours-3 semaines pour complètement autre chose (...) est-ce que vous pouvez me signer le certificat. Ben voilà ; et on ne reprend pas une consultation exprès, dédiée pour ça (...) dire au patient, non c'est une consultation dédiée et il faut que vous reveniez et on va faire autre chose que la dernière fois ».

Des demandes abusives

Nombreux participants avaient avancé l'absence de justification de certains certificats, notamment pour certaines disciplines, mais aussi pour l'éducation physique et sportive

à l'école, parlant de « certificat aberrant » et ne comprenant pas le sens donné à ce certificat : « Après, il y a des certificats qui ne sont absolument pas justifiés, comme des certificats d'aptitude à la marche. Même s'il a 95 ans, il n'y a aucune contre-indication à la marche (...) Moi je trouve que ce n'est pas justifié, après on nous en demande beaucoup (...) j'avoue que là-dessus je fais assez ironiquement les certificats de yoga en compétition, moi je trouve ça absurde ».

Un remboursement justifié

Rares étaient les internes qui savaient que cette consultation restait à la charge du patient. Cette ignorance était en partie due au fait que leurs MSU passaient systématiquement la carte vitale. Une des raisons évoquées pour justifier ce remboursement, était la représentation que l'on s'en faisait. Certains la considéraient comme une consultation de prévention, voire une consultation de santé publique, puisque la Haute Autorité de Santé promouvait une activité physique régulière : « Soit tu considères que le sport c'est un loisir extérieur et que c'est privé, et que ce n'est pas à la communauté de payer ; ou alors tu considères que le sport, ça permet de privilégier la santé, et donc ... tu en fais un problème de santé publique, donc je pense que c'est la façon dont tu vois le sport. Si tu le vois comme un élément de santé, oui c'est logique de passer la carte vitale, t'es dans ton rôle de médecin... ».

Une interne avait émis l'hypothèse que le paiement du CNCIPS pourrait être inclus dans le prix de la licence sportive.

L'abord supposé, par le patient, de cette consultation

Un acte administratif

Le sentiment ressenti par les internes concernant les représentations des patients était qu'il s'agissait d'un simple acte administratif ne justifiant pas d'un examen clinique orienté à la recherche d'une contre-indication à la pratique d'un sport, certains patients demandant leur certificat par téléphone. « (...) les gens (...) ne comprennent pas, n'ont pas intégré en tout cas le certificat. C'est pas juste un bout de papier(...) Et le nombre de fois où ils nous disent ah oui mais on s'est vu il y a deux ans, c'est la même chose, je ne suis pas malade ».

Un motif secondaire de consultation

Il avait été rappelé par de nombreux internes que pour certains patients le CNCIPS n'était pas un motif principal de consultation et était souvent abordé en toute fin de consultation : « (...) il venait pour un truc quelconque et puis au final, au moment où on prend la carte vitale, « Et au faite vous me signez mon certificat ? » « Ah ben oui mais faut que je vous réexamine, parce que là j'avais juste regardé la gorge ».

Il avait également été évoqué que cela pouvait aussi servir de motif principal permettant d'aborder un motif caché ou non, mais plus difficile à mentionner pour le patient : « Ça permet aussi le fait que ce soit un simple papier. Ça permet aussi de refaire le point aussi, de rechercher des motifs cachés (...) en fait tu sais que tu peux déboucher sur autre chose ».

Une obligation paradoxale

Dans les deux groupes, les internes avaient souligné que ce certificat pouvait parfois être perçu comme un paradoxe par les patients : d'un côté une société qui faisait la promotion d'une activité physique régulière, et de l'autre une consultation qui restait à la charge du patient sans oublier le fait que la décision médicale pouvait être perçue comme une sanction : « Je pense que pour les patients , ils ne s'imaginent pas que surtout maintenant avec la propagande « il faut faire du sport » , je pense qu'ils ne se représentent pas qu'il y a des petites choses cliniques qui peuvent nous faire dire oui ou oui mais pas ce sport-là, ou pas en compétition (...) ».

Cependant tous pensaient qu'il était possible de changer les représentations grâce à l'éducation de sa patientèle ainsi qu'à l'importance et l'orientation que le médecin donnait à cette consultation : « on peut changer la représentation des gens, si toi tu mets de l'importance à la consulte ».

3. Le contenu de la consultation de délivrance de certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport

Adapté au patient

Les enfants et les adolescents

La totalité des internes des différents groupes avait rapporté un contenu de consultation différent en fonction de l'âge du patient.

Chez les enfants, l'interrogatoire portait essentiellement sur la pratique du sport en lui-même sur le nombre d'heures d'entraînement par semaine et sur la pratique ou non de compétition : « On interroge aussi sur la pratique du sport en elle-même, savoir combien de séances dans la semaine, s'il y a des matchs... ».

Les internes orientaient leurs examens en priorité sur l'auscultation cardio-pulmonaire, à la recherche d'un souffle cardiaque ou d'une arythmie : « Chez les enfants tu peux détecter des souffles... détecter tout ce qui est extrasystole ... ou même les arythmies que tu découvres de façon fortuite » ; ainsi qu'une prise de la tension artérielle ; avec cependant un point de désaccord quant à l'âge pour effectuer la première prise tensionnelle ; une prise de la fréquence cardiaque, mais aussi la prise des mensurations (poids, taille). De manière secondaire, ils s'intéressaient à l'examen ostéo-articulaire, notamment à la recherche de scoliose.

Certains internes profitaient de cet examen pour contrôler la vue, l'audition, les différentes vaccinations : « on vérifie le dos pour les scolioses, après la vue de loin, l'audition et puis les vaccinations ».

Une des internes intégrait dans cette consultation le dépistage d'une souffrance psychologique de l'enfant à l'école : « chez les enfants, j'essaie d'évaluer, en fait de dépister, s'il y a une souffrance particulière à la maison ou à l'école ».

Lors de cette consultation chez les adolescents, de nombreux internes interrogeaient les jeunes filles sur les premières menstruations et certains en profitaient pour rechercher un retard pubertaire : « (...)pour les filles, je leur demande si elles sont réglées (...) Savoir comment ça se passe... ». Beaucoup évoquaient la contraception, certains essayaient d'élargir sur d'autres sujets, notamment la sexualité et les conduites à

risque : « (...) savoir chez l'ado, s'il boit, s'il prend des cuites, s'il consomme du cannabis ».

Les adultes

Les internes mettaient plus en avant l'interrogatoire chez les adultes. Ils recherchaient des facteurs de risque cardio-vasculaire (y compris le tabac et l'alcool), une symptomatologie à l'effort, des antécédents personnels et réévaluaient un éventuel traitement : « Sinon on va refaire le point sur le poids, les facteurs de risque cardio-vasculaire, notamment s'il fume, et puis prise de tension, fréquence cardiaque, voilà. Moi dans la pratique, l'examen est quand même moins poussé chez l'adulte que chez l'enfant ».

L'examen clinique comprenait pour la majorité des internes une prise de la tension artérielle, la fréquence cardiaque, l'auscultation cardio-pulmonaire. Seulement quelques internes réalisaient un examen ostéo-articulaire chez les adultes.

Pour les rares internes qui avaient été confrontés à la délivrance d'un certificat de contre-indication à la pratique de la plongée, ils examinaient les tympans : « un patient (...) voulait faire de la plongée (...) il y a pas mal de choses à vérifier : les tympans, l'expiration, qu'il arrive à bien faire la manœuvre de Valsalva... ».

A noter qu'un seul interne estimait que cette consultation n'était pas faite pour ouvrir sur un autre sujet, hormis la prévention des facteurs de risque cardio-vasculaire : « Moi je ne fais jamais deux-trois consultations en une, c'est sport, je parle pas d'autres choses ».

Le bénéfice d'une activité physique régulière avait été évoqué dans les deux focus groups : « faut pas les décourager, parce que c'est important de faire du sport ». La

majorité des internes estimait que la consultation de délivrance de CNCIPS était un moment opportun pour prendre les mensurations du patient en priorité le poids :« en plus, par rapport au sport, je trouve que ça a encore plus sa place dans la consultation ». Une des participantes rappelait au patient l'intérêt d'une alimentation variée. Il avait été signalé durant le premier focus group que les patients qui consultaient pour la délivrance d'un certificat dans le but de pratiquer une activité physique avaient une hygiène de vie plus saine, à l'inverse des patients sédentaires.

Certains interrogeaient les femmes sur leur contraception ainsi que sur la date de leur dernier frottis cervico-vaginal :« Chez les jeunes femmes (...) c'est à ce moment-là(..) que je leur dis d'avoir un suivi gynéco tous les ans et un frottis tous les trois ans ».

Intérêt de réaliser d'autres actes complémentaires

Test de Ruffier

Les participants avaient discuté du test de Ruffier Dickson. Une interne avait partagé une de ses expériences. Elle expliquait comment le test de Ruffier replaçait le patient dans les conditions d'un effort physique et permettait ainsi de faire en sorte qu'une patiente évoque une symptomatologie à l'effort, qu'elle n'avait pas signalée lors de l'interrogatoire.

La majorité des internes ne réalisait pas ce test, en expliquant que, même si le résultat indiquait un manque d'adaptation à l'effort, cela n'influencerait pas leurs décisions quant à la délivrance ou non du certificat, la solution étant d'avoir une activité physique régulière. L'intérêt, décrit par les rares internes qui le faisaient, était de remettre les patients dans des conditions d'effort et ainsi d'évoquer des difficultés possibles : une symptomatologie à l'effort mais aussi l'importance de l'échauffement : « c'est un test

intéressant, juste pour voir la capacité de récupération (...) est-ce que ça va déclencher des symptômes à l'effort (...) mais ça ne va pas me contre-indiquer, même si on voit qu'il n'a pas une bonne récupération ».

Une interne ne connaissait pas ce test. Il avait aussi été évoqué que, pour certains patients, ce test était une partie intégrante de cette consultation : « une patiente (...) me l'a demandé(...) elle avait l'impression qu'en faisant juste un examen au repos, ce n'était pas adapté à la consultation pour un certificat de sport ».

L'Electrocardiogramme (ECG)

L'interrogation sur la réalisation d'un ECG avait été abordée dans les deux groupes. Les questions posées étaient les mêmes. Aucun d'entre eux ne réalisaient un ECG dans le contexte d'une délivrance de CNCIPS. Certains avaient évoqué les recommandations de la Société Française de Cardiologie quant à la réalisation d'un ECG tous les 3 ans entre 12 et 20 ans, puis tous les 5 ans entre 20 et 35 ans pour la pratique d'un sport en compétition, tout en critiquant la difficulté de la réalisation dans la pratique courante. Beaucoup ne se sentaient pas aptes ou pas assez formés à la lecture d'un ECG: « Après moi je me posais la question de l'ECG, je ne l'ai pas vu faire. Moi ça ne semble pas aberrant de ne pas le faire. J'aurais plus peur de faire un ECG et de ne pas dépister un trouble du rythme ».

Il avait été évoqué que l'électrocardiogramme, fait au cabinet, était réalisé au repos, et ne permettait pas de détecter des troubles du rythme à l'effort : « Faut s'équiper mais après c'est toujours pareil, on peut avoir un ECG, là qui est normal et à l'effort ça va être différent ». Quelques internes ne connaissaient pas les recommandations de la Société Française de Cardiologie : « Et l'ECG à partir de 13 ans, vous avez vu ça où ? ».

4. Les difficultés rencontrées

La responsabilité

Une des principales difficultés rapportées par tous les internes était de ne pas savoir quelle responsabilité la délivrance de ce certificat impliquait. Aucun des participants présents ne connaissait le cadre juridique qui entoure ce certificat, beaucoup se demandant quelles étaient les conséquences pour le médecin si un patient avait un accident grave lors de la pratique de son sport, notamment en étant victime d'une mort subite : « On délivre des certificats. C'est une responsabilité. Enfin on met, on signe des choses et finalement, on ne sait pas trop ce que nous on risque en tant que médecins. Quels risques on fait prendre ? En même temps, on est dans une société où l'on met des lois partout. Tout le monde veut se protéger ».

Une interrogation avait été évoquée par quelques participants se demandant si le CNCIPS n'avait pas été élaboré pour dégager les « clubs » de toute responsabilité. Cela était justifié par le fait que tous les établissements (salle de fitness, piscine...) n'exigeaient pas un certificat pour la pratique d'une activité physique : « Je voulais savoir si certains ont déjà posé la question pourquoi certains le demandent et d'autres pas ? (...) Ben parce qu'après il y en a certaines où c'est toi qui signes une décharge. S'il t'arrive quelque chose, tu n'engageras pas de responsabilité, de poursuites contre l'établissement ».

Rôle et place du médecin lors de cette consultation

Une autre difficulté soulevée lors des focus groups était la place et le rôle du médecin pendant cette consultation. L'objectif principal pour les internes en tant que médecins

était d'identifier des contre-indications absolues ou relatives à la pratique d'un sport, tout en s'interrogeant sur la notion de contre-indication absolue : « Quelles sont les contre-indications absolues ? Quelqu'un qui vient et qui dit qu'il y a un antécédent de mort subite, un cousin, ou un oncle qui est mort d'une crise cardiaque ... Enfin je veux dire y a-t-il vraiment des contre-indications absolues ? ». Un autre rôle du médecin a été évoqué : orienter le patient vers un sport adapté à sa condition, mais aussi de le pratiquer dans les meilleures conditions possibles : « Je le vois bien avec les jeunes femmes, après leurs grossesses, qui venaient pour faire de la zumba, qui n'étaient pas au courant que c'est très mauvais pour le périnée », avec cependant un point de désaccord sur le fait que le sport pratiqué a peu d'importance : « je partageais pas trop le même avis. Moi je refuse assez rarement des certificats(...)L'activité physique est plutôt bonne pour la santé (...) une femme qui vient d'accoucher qui veut, ou à qui ça fait plaisir de faire de la zumba, je lui refuserai pas, même si je n'avais pas cette notion sur le périnée ».

Questionnement sur la durée de validité et la valeur du certificat

L'interrogation concernant la durée de la validité du certificat avait été soulevée dans les deux groupes, avec notamment l'intitulé du certificat : « l'examen clinique, ce jour. Or la validité est d'un an, ce qui signifie que le jour de l'examen aucune contre-indication n'a été décelée mais pouvait être décelée quelques mois après », « Alors d'une part tu dis ne présente aucune contre-indication. , vous mettez "ce jour" et d'autre part, vous dites "un an" ». L'hypothèse d'une protection juridique pour le médecin quant à l'intitulé du certificat « ne présente aucune contre-indication ce jour » avait été évoquée par certains internes.

La valeur de ce certificat avait été un questionnement pour tous : pour qui et pourquoi ce certificat était-il obligatoire pour l'obtention d'une licence ? L'idée n'était pas de critiquer la nécessité de dépister une contre-indication à la pratique d'un sport, mais de rechercher à savoir qui, en termes de responsabilité, la rédaction de ce certificat protégeait-il ? Etait-ce pour le club ? Les assurances ? Ont été également évoqués les certificats de non contre-indication qui étaient, selon eux, non justifiés pour des activités physiques peu intenses, comme la marche, la pétanque, le billard...

Questionnement sur le surclassement et la notion de compétition

Nombreux étaient ceux à avoir abordé la question du surclassement, beaucoup ignoraient cette notion avant de débiter les consultations de délivrance de CNCIPS, et s'étaient renseignés auprès des patients pour l'explication de cette notion, ne sachant qu'en faire : « La notion de surclassement. On la fait, on ne la fait pas. Quand est-ce qu'on doit la faire ? ». Certains internes se refusaient de la signer, d'autres acceptaient dans certaines conditions, notamment dans les milieux ruraux, où le nombre de sportifs dans certaines catégories d'âge n'était pas suffisant pour former des équipes.

Dans le deuxième focus group, la question sur la définition exacte de la compétition avait été soulevée, avec comme difficulté, de faire la différence entre la compétition et le sport de haut niveau, mais aussi ce que cela impliquait pour le contenu de la consultation (pratiquer ou non des examens complémentaires) : « Je n'avais jamais fait ça auparavant, je connaissais pas la compétition, ni le surclassement(...) Malgré que ça reste flou, c'est quand même plus clair qu'au début ».

5. Les besoins exprimés

Une formation théorique adaptée à la pratique

Savoir quand adresser aux spécialistes

Les internes avaient tous rapporté un besoin de formation complémentaire, sous forme théorique dans un premier temps, avec notamment les motifs incitant à adresser les patients aux spécialistes que ce soit cardiologue, rhumatologue, ORL ou encore médecin du sport. Beaucoup avaient évoqué la découverte d'un souffle ou d'une anomalie du rythme cardiaque conduisant à orienter le patient vers le cardiologue. La question de la réelle nécessité de cette consultation pour la découverte d'un souffle s'avait été posée, tout en rappelant que la majorité des souffles chez l'enfant étaient fonctionnels et sans conséquences. De plus, un dernier point a été soulevé : le fait de rédiger ou non le certificat dans l'attente de cette consultation dont le délai peut-être variable : « (...) une formation par les cardiologues qui eux ont les patients qu'ont leur envoie, (...) nous dire ça c'est bien, il faut nous les envoyer. Des messages plus clairs par le cardiologue ». Une interne avait rappelé la possibilité de faire des journées auprès des soignants paramédicaux, comme des kinésithérapeutes, lors des stages ambulatoires.

Formation sur les pathologies musculo-squelettiques

Il avait été souhaité par la majorité des internes une formation sur les principales pathologies musculo-squelettiques. En effet, les internes se retrouvaient souvent désarmé lors de telles consultations, tant en terme de diagnostic, de prise en charge, que de conseils à apporter aux sportifs. Certains avaient émis le souhait de récits de médecins du sport, mais aussi des paramédicaux comme des kinésithérapeutes ou des

podologues : « un cours du module B axé sur tout ce qui peut être tendinopathies ou troubles statiques , qui ne porteraient que sur ça , parce que qu'on en voit vraiment beaucoup, beaucoup », « Finalement j'aurais aimé avoir l'avis d'un médecin du sport sur tout ce qui est appareillage ou toutes les personnes qui ont fait des entorses de cheville et qui disent « est-ce que je dois strapper ma cheville pendant l'effort? ». Je trouve qu'il y a des questions comme ça ou on répond par ce qu'on a entendu ou parce qu'on a vu des petites choses comme ça et on ne sait pas finalement ce qu'il faut faire ».

Sources valides

Quelques internes avaient abordé la nécessité de sources valides, accessibles et adaptées à l'exercice de la médecine générale : « on pourrait dégager des noms, là ce n'est pas le but d'aujourd'hui, mais dégager des noms de sites à peu près bien. Et le fait d'avoir cette liste de sites ou d'endroits où on sait que c'est bien, actualisée ou mise à jour comme d'autres choses, ça pourrait nous permettre si on a problème sur le coup ». Une interne avait mentionné le nom d'un site internet qu'elle consultait pour apporter des conseils à ses patients : « Il y a des sites qui sont super bien faits : médecine des arts, c'est super bien fait. C'est des danseurs(...) Ils proposent des conseils de kiné et même des petits exercices personnels, pour l'aponévrosite, d'étirements, de faire rouler une boule sous le pied ; des choses hyper-simples à faire tout seul... ».

Information sur les différents sports

Les internes avaient abordé le souhait d'avoir une formation adaptée à leur exercice avec des informations pratiques sur les différents sports, sur leurs contenus, sur les

nouveaux sports, peu connus, mais aussi les spécificités de l'examen clinique pour certains sports : « Moi j'étais en difficulté par exemple avec un patient d'une quarantaine d'années qui voulait faire de la plongée. En fait il y a tout un examen particulier à faire, et je ne le savais pas du coup. Et ben je l'ai reconvoqué (...) je trouve que là-dessus, je manquais un peu de formation... ».

6. Les apprentissages

Autonomisation et acquisition de sa propre pratique

Ces consultations de délivrance de certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport avaient permis selon tous les internes d'acquérir une certaine autonomisation et un certain regard critique sur les différences pratiques entre leurs maîtres de stage et même entre eux, jusqu'à s'approprier leur propre pratique. De part le fait de l'absence de conférence de consensus, les internes étaient seuls face à leur prise de décision, que ce soit sur le contenu qu'ils souhaitaient pour cette consultation ou sur la délivrance ou non du certificat : « Moi ça m'a appris (...) à voir comment de quelque chose qui paraît assez flou et dont chacun fait un peu ce qu'il veut, comment chacun amène sa propre rigueur et avoir ce qui va être plus ou moins important pour chacun et sur quoi insister (...) c'est nous qui ajustons notre propre pratique et on voit déjà se dessiner différentes orientations, rien qu'autour de la table là».

Apprendre à dire non

La majorité des internes avait évoqué ce qui pour certains avait été une difficulté à surmonter, mais ce qui pour tous avait été un apprentissage assez spécifique de cette

consultation : apprendre à dire non aux patients : « Après je pense que même plus tard, c'est difficile de dire "non" ou de dire "non pas maintenant", parce qu'ils arrivent en disant "ben mon inscription c'est demain"... ».

Développement de la communication

Beaucoup d'internes avaient évoqué la facilité de communication avec le patient dû au fait que les patients n'étaient pas malades, et qu'ainsi ils étaient plus à l'écoute des messages que le soignant voulait délivrer. De plus l'interne se sentait plus libre pour ouvrir la consultation dans le but de la rendre plus agréable : « Du coup, on est un peu plus ouvert, pour prendre le temps avec le patient. On est plus libéré, pour pouvoir discuter plus tranquillement que dans les épisodes aiguës », « (...) tu les vois quand ils ne sont pas malades, ce qui est sympa aussi... ».

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Résumé des résultats

Les internes en stage Praticien de niveau 1 abordaient cette consultation avec de multiples représentations. Ils la considéraient à la fois comme un moment agréable dédié à la recherche d'une contre-indication à la pratique d'une activité physique régulière, mais aussi comme l'occasion d'avoir une approche globale du patient justifiant alors un remboursement par la sécurité sociale. Les internes avaient le sentiment que leurs représentations étaient différentes de celles des patients qui pouvait voir cette consultation comme un simple acte administratif, passant souvent au second plan, et perçu comme un paradoxe en raison du caractère obligatoire du certificat et la promotion d'une activité physique régulière.

Ils étaient conscients de l'absence de conférence de consensus, ainsi que des différences de pratique chez les praticiens et à l'international. Ils se servaient de leurs expériences personnelles et de leurs maîtres de stage comme référentiels. Cependant tous s'accordaient sur le fait que cette consultation était différente en fonction de l'âge du patient.

Les internes intégraient cette consultation en premier lieu dans le cadre de prévention des facteurs de risque cardio-vasculaire, mais s'en servaient aussi pour ouvrir vers une prévention et un dépistage adapté à l'âge et au sexe du patient.

Ils avaient tous rapportés de nombreuses difficultés, avec comme principale interrogation, la responsabilité engagée par la délivrance de ce certificat, en partie dû au manque de formation et d'information sur le cadre légal et le contenu. D'autres

questionnements avaient été soulignés, comme la place du médecin lors de cette consultation, la valeur et la durée de la validité de ce certificat mais aussi la notion de surclassement et de compétition. Toutes ces difficultés ont permis aux internes d'exprimer leurs besoins en matière de formation qu'ils souhaiteraient adaptée à leurs pratiques, afin de répondre à leurs interrogations. De plus, ils souhaiteraient que leur soient apportées des informations pratiques, sous forme de sources valides sur les pathologies musculo-squelettiques et les différents sports.

Enfin, les internes avaient abordé la question de leurs apprentissages avec l'acquisition d'une autonomie progressive et du développement de la communication et de la relation différente médecin-patient. Un autre apprentissage, évoqué par les internes comme étant assez spécifique de cette consultation, était de ne pas toujours répondre de façon favorable à la demande des patients.

2. Critique de la méthode

Ce travail a été mené sous la forme d'une enquête qualitative par focus group. Cette méthode semblait la plus adaptée au recueil des informations sur la manière dont les internes abordent la consultation de délivrance de CNCIPS. Elle leur permettait de s'exprimer librement tout en étant guidés par les questions de la grille d'entretien.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat des internes, en fin stage Praticien de niveau 1. Ils avaient donc l'habitude de discuter entre eux lors des groupes d'échange de pratique qui ont lieu toutes les deux semaines, pendant ce stage, à la Faculté de médecine d'Angers. Ils ont pu partager des idées sur ce thème avant la réalisation des focus group.

Le modérateur des deux focus groupe était un médecin généraliste et un membre du département de médecine générale, ce qui a pu engendrer un désir de donner des réponses justes. Il a donc été rappelé, en début de séance, aux participants la confidentialité et le but de cette étude, afin de limiter ce biais.

L'absence de triangulation des données a pu induire un biais d'interprétation, principal risque de la méthode qualitative.

3. Discussion des résultats

Une consultation de prévention

Les internes voient cette consultation comme un moment dédié principalement à la recherche de contre-indication à la pratique d'un sport, mais aussi une possibilité d'y ajouter, ou non, d'autres éléments de leurs choix. De nombreux internes ouvrent cette consultation sur la prévention et le dépistage, la prévention des FdRCV, la contraception, la vaccination ou encore le dépistage de la souffrance psychologique à l'école ou au travail.

Une étude quantitative de 2015, réalisée auprès de 60 médecins généralistes de Champagne-Ardenne, a montré que 96,7% des médecins interrogés utilisent l'opportunité que leur offre la consultation de CNICPS pour effectuer de la médecine préventive, hors du dépistage de cardiopathies à risque de mort subite ou de pathologie contre-indiquant la pratique du sport souhaité (10). Lors de cette étude, les thèmes abordés en médecine préventive par les Médecins Généralistes (MG) sont :

- Lutte contre les facteurs de risques cardio-vasculaires pour 90% des médecins ayant répondu
- La vaccination pour 86,7%
- L'alimentation pour 76,7%
- Les addictions et/ou le dopage pour 66,7%
- Le dépistage de difficultés pouvant nuire à la scolarité pour 28,3%
- Les problématiques de la vie sexuelle et affective pour 23,3%

Une étude transversale descriptive a été menée en 2012, basée sur un questionnaire, auquel 352 médecins généralistes de Charente-Maritime ont répondu. Elle a apporté la conclusion que cette consultation de délivrance du CNCIPS n'était pas considérée par les MG comme un acte administratif, mais comme une véritable consultation longue et utile sur le plan de la prévention, qui n'est toujours pas valorisée (11).

Ceci s'inscrit dans l'évolution du système de santé français qui accentue ses efforts sur la prévention, avec la loi du 9 août 2004 qui fait apparaître la notion de « consultation de prévention » en intégrant les professionnels de santé libéraux dans sa mise en œuvre, mais dont le contenu reste encore à définir (12).

Une responsabilité redoutée

Une des difficultés, largement soulignée dans les deux focus groups, est la crainte du cadre juridique autour de cette consultation.

Ceci est en partie dû au manque de connaissance sur ce cadre, mais aussi sur la peur et la culpabilité de ne pas détecter une contre-indication.

Le CNCIPS engage différentes responsabilités.

La responsabilité pénale prévoit de réprimer les délits d'homicide involontaire par imprudence et de blessures involontaires (articles 221-6 et 222-19 du code Pénal). Ces délits peuvent être sanctionnés d'une peine de prison et d'une amende. La rédaction d'un faux certificat est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende (article 441-7 du code Pénal). La responsabilité civile est engagée s'il existe une faute, un préjudice et un lien de causalité entre ces deux entités. Elle est sanctionnée par les paiements d'indemnités. Pour tout médecin, il existe une responsabilité ordinale,

entrant dans le code de déontologie. Elle s'applique notamment en cas de rédaction de certificat de complaisance, avec, pour sanction, un blâme, une suspension ou une radiation. Ces différentes peines sont cumulables (13).

Ces responsabilités sont engagées en cas de signature, mais aussi en cas de non signature de ce CNCIPS.

Un cas de jurisprudence a eu lieu en 2000 à Caen, pour lequel deux médecins ont été condamnés. Le premier étant le médecin généraliste qui, après la découverte d'un souffle cardiaque chez un enfant de 15 ans, avait refusé de signer le CNCIPS, l'adressant au cardiologue qui avait retrouvé une hypertrophie ventriculaire gauche pour laquelle un bilan complémentaire avait été demandé, et pour lequel il refusait à son tour de délivrer le CNCIPS. Le patient décéda entre temps lors d'une séance d'activité physique au collège. Aucun des deux n'avait rédigé de dispense d'activités sportives. Les deux médecins ont été condamnés pour manque à leur obligation d'information et de conseil.

Ce certificat doit être rédigé en connaissance des données actuelles de la science. A Paris, en 2006, un médecin a été condamné pour la rédaction d'un certificat de non contre-indication pour la pratique de la boxe, chez une patiente atteinte de myopie supérieure à 3,5 dioptries et qui a présenté un décollement de rétine un an plus tard. Or, dans le règlement médical de la fédération française de boxe, une telle myopie entraîne une inaptitude (14).

L'article L. 231-5 du code du sport rappelle que les fédérations sportives veillent à la santé de leurs licenciés et prennent à cet effet les dispositions nécessaires (15).

Des apprentissages importants

Les apprentissages faits par les internes au cours de ces consultations de délivrance de CNCIPS s'intègrent parfaitement aux différentes compétences définies par Le Collège National des généralistes enseignants, mises en forme dans un schéma appelé « marguerite des compétences » (16). Cette consultation permet d'aborder de nombreux champs de compétences tels que l'éducation en santé, le dépistage, la prévention individuelle, l'approche centrée sur le patient mais aussi le développement de la communication et de la relation médecin-patient. Tout ceci participant à l'acquisition progressive du professionnalisme.

La création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale en 2004 a permis de modifier fondamentalement la formation initiale des médecins généralistes. L'enseignement, lors des deux premiers cycles des études médicales, est dédié à l'acquisition du savoir. La finalité du 3^{ème} cycle est d'acquérir des compétences utiles à la pratique de son futur métier. Le modèle d'apprentissage actuellement mis en place au cours de ce 3^{ème} cycle met l'apprenant dans le rôle d'acteur principal. En effet, il le place dans des situations où naissent des problématiques à résoudre, à partir desquelles le formé recherche puis sollicite des ressources afin de construire des savoirs propres. Ainsi l'enseignant est un facilitateur d'apprentissage. Il ne possède pas forcément tout le savoir, mais sait guider l'apprenant vers les ressources nécessaires (17). Ceci justifie l'importance des supervisions avec les MSU lors des stages ambulatoires, mais aussi des groupes d'échange de pratique qui permettent, plus aisément que la simple formation théorique, l'acquisition d'une compétence par la mise en situation et la réflexion autour d'un problème donné.

Lors du stage chez le Praticien de niveau 1, les internes sont confrontés pour la première fois aux consultations de médecine générale avec leurs propres prises de décision, en autonomie. Il est donc important, lors des supervisions avec leurs MSU, de pouvoir échanger sur les facteurs facilitants, mais surtout sur les difficultés rencontrées par ces prises de décisions.

Une étude qualitative réalisée en 2015 auprès de 11 internes et de jeunes médecins tourangeaux, a eu pour objectif d'étudier l'influence de la supervision sur les prescriptions médicamenteuses des internes en stage ambulatoire de niveau 1 (18). Au cours de ce travail, il apparaît que l'impact du stage ambulatoire de niveau 1 sur la professionnalisation est important et durable et qu'il faut donc rester vigilant sur les risques liés à l'usage du modèle et de la supervision afin que ces deux outils ne soient pas contre productifs et qu'ils aient l'impact pédagogique recherché. Pour éviter une installation durable et néfaste de ces freins, la position d'apprentissage apparaît être la stratégie à adopter. Elle favorise les internes dans l'application de leur démarche de prescription médicamenteuse, en les impliquant activement dans leurs apprentissages et en les stimulant à la réflexivité.

Une autre étude qualitative, réalisée auprès de 15 internes lyonnais, sur l'expérience et le vécu des premières consultations de médecine générale en autonomie, au cours du stage chez le Praticien de niveau 1, a mis en évidence des points positifs rapportés par les internes, tels que l'autonomisation progressive, la satisfaction et l'enthousiasme face à de nouveaux apprentissages ainsi que les échanges avec leurs MSU. Ceci est à nuancer par les difficultés ou par certains ressentis négatifs des internes : l'appréhension (sur la charge de travail, l'inconnu des différentes situations), des

lacunes de formation spécifiques à la MG (notamment des certificats médicaux), un sentiment de malaise (peur d'être jugé), et parfois un sentiment de déception/frustration (manque de temps, idéalisation de la MG) (19).

L'un des apprentissages évoqué est celui du développement de la communication médecin-patient. Cet apprentissage est considéré souvent comme un "parent pauvre" des cursus médicaux, comme le décrit l'article paru en Mai 2004, dans la revue internationale francophone d'éducation médicale, sur l'apprentissage de la communication par les médecins (20). Les auteurs expliquent cela par le fait que cet apprentissage est effectué en France, sans référence à un modèle étayé, en dehors d'une approche pédagogique basée sur des résultats de recherche dans les champs de l'éducation et de la communication mais aussi en raison d'une absence d'évaluation sanctionnelle. Ils ont ainsi établi une liste d'éléments essentiels à l'apprentissage de la communication médecin-patient :

- 1 .Un référentiel basé sur les données scientifiques probantes
- 2 .Une pratique des habiletés avec une rétroaction spécifique
- 3 .Un cursus cohérent et longitudinal
- 4 .Un processus d'évaluation des apprentissages
- 5 .Des activités de « découverte de soi »
- 6 .Des cliniciens, modèles de rôle

Les outils décrits par les auteurs, servant de référence, tels que la grille de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale (21), ont été utilisés dans d'autres travaux.

Une étude qualitative, réalisée auprès de maîtres de stages de l'Université de Poitiers en 2014, visant à proposer un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo (SODEV) dans cet apprentissage, a démontré que l'association de la SODEV et de l'utilisation de la grille de Calgary-Cambridge améliore l'apprentissage de la communication en médecine générale (22).

Une obligation de formation

Certains internes ont exprimé leur manque de connaissance sur la responsabilité engagée par le médecin, sur le non remboursement de cette consultation mais aussi sur la notion de surclassement (23).

Au cours de l'étude, de multiples difficultés sont apparues, pas seulement dues à l'absence de consensus en France ou même à l'international (24), ni même au désaccord des différentes sociétés savantes. En effet ces dernières étaient en partie dues à des questionnements sur le cadre légal, sur les différents sports existants ainsi que sur les pathologies musculo-squelettiques les plus fréquentes.

Tous les internes ont exprimé leur besoin de formation pour répondre à ces questions, sous la forme de cours mais aussi de sources valides facilement accessibles.

Une étude qualitative sur les représentations des pratiques concernant le CNCIPS a été réalisée auprès de 9 médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique, sous la forme d'entretiens semi-dirigés (25). Les résultats mettent en évidence que l'enseignement de la médecine du sport est considéré comme insuffisant ou inadapté à la pratique de la médecine générale et que les médecins souhaitent une amélioration de la formation. De plus cette consultation est ressentie comme difficile pour la majorité des médecins, en

raison d'un manque de recommandations cardio-vasculaires chez les plus de 40 ans, mais aussi d'un manque de connaissances du sport et de ses contraintes, sans oublier d'une banalisation de cette consultation par les patients et des demandes de certaines associations sportives, pouvant être perçues comme abusives.

De plus une autre enquête portant sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sportif en compétition a été réalisée en 2015, à travers un questionnaire adressé à des MG de manière aléatoire, sur tout le territoire français. Au total, 120 personnes ont participé à cette étude (26). Les résultats ont montré que 50% des MG se déclarent peu ou pas du tout en phase avec la prise en charge du sportif en compétition.

Les raisons évoquées sont :

- Le dopage en premier lieu : du fait de l'absence de formation. 55% des MG de l'étude ne demandent jamais, ou peu souvent, aux patients si ceux-ci participent à des compétitions et cela même quand ils prescrivent des substances dopantes.

Seulement 8 % des médecins interrogés connaissent la liste des substances et médicaments dopants.

60% des participants ne connaissent aucun site où ils pourraient trouver cette liste facilement.

- Une gêne à la délivrance de ce certificat est ressentie par 43% des MG : du fait du manque de connaissance des sports, des compétitions, des exigences physiques et leurs contre-indications respectives.

- Le manque de temps : souvent demandé en fin de consultation, en période de début de saison.

- Le problème de non remboursement.
- Le doute sur la fiabilité : l'examen réalisé est-il assez pertinent pour éliminer une contre-indication ?

Les propositions d'amélioration au cours de ce travail étaient, pour 61% des participants des informations sur le dopage (avec des brochures, des sites internet de références), pour 62% des informations sur la nutrition, et pour 42%, une meilleure coopération avec la médecine fédérale.

Une formation paraît indispensable puisque le médecin généraliste est en première ligne, lors des consultations, pour repérer des pathologies orthopédiques sportives. Une étude épidémiologique a été menée dans un cabinet médical dans les Vosges, en 2014, sur une période d'un mois, impliquant 335 patients (27). Elle a démontré que 64,7% des consultations pour les pathologies orthopédiques sportives sont faites auprès d'un MG, contre 25% auprès d'un chirurgien orthopédique, 5,1% auprès d'un urgentiste, 3,5% auprès d'un médecin du sport et 1% auprès d'un rhumatologue. Lors de cette étude, la pathologie orthopédique aiguë identifiée comme la plus fréquente est l'entorse. La pathologie orthopédique chronique la plus fréquente est la tendinite.

A noter que l'enseignement relatif au sport, lors du deuxième cycle des études médicales (D.C.E.M) se limite à un item (sport et santé, n°111), soit un seul item sur 345 existants (28).

Une étude transversale descriptive déclarative des connaissances en médecine du sport par questionnaire téléphonique sur deux populations d'internes en médecine générale, à

des niveaux de formation différents, a été réalisé en 2013. 908 internes ont été impliqués dans cette dernière. Le questionnaire a regroupé 10 items sur les principaux thèmes de médecine du sport qu'un médecin généraliste peut être amené à rencontrer (29). Ce travail a mis en évidence que l'ensemble des participants a mal répondu sur plus de la moitié des questions posées. On peut donc établir que les connaissances théoriques en médecine du sport chez les internes en médecine générale sont faibles.

4. Conclusion

La consultation de délivrance de CNCIPS est fréquente en médecine générale. Les internes appréhendent la complexité lors de leur stage praticien de niveau 1.

Les internes abordent cette consultation avec leurs propres représentations, mais aussi celles de leurs MSU et des patients. Mais tous s'accordent à dire que l'importance qu'eux même portent à cette consultation et à la promotion de l'éducation en santé des patients permettent de faire évoluer ces représentations.

Ainsi ils utilisent l'opportunité que leur offre la consultation de CNCIPS pour effectuer de la médecine préventive.

De nombreuses difficultés, notamment la crainte du cadre juridique de cette consultation et l'absence de connaissances de certaines notions, telles le surclassement, les conseils à donner aux sportifs, les pathologies musculo-squelettiques, ont été soulignées lors de cette étude.

Plusieurs études ont montré que la majorité des médecins généralistes éprouvaient des difficultés, ou faisaient face à des questionnements lors de cette délivrance de CNCIPS et souhaitaient un complément de formation et une revalorisation de cette consultation.

Ce travail a mis en évidence la nécessité d'une formation complémentaire, adaptée à la pratique de la médecine générale, mais aussi intégrée au modèle d'apprentissage mis en place lors du 3ème cycle des études médicales. Cette dernière mettrait l'accent sur l'importance de la supervision avec les MSU et les groupes d'échanges de pratiques dans l'acquisition des compétences.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee - Conditions de vie-Société - Licences sportives et autres titres de participation en 2012 [Internet]. [cité 24 mai 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef05401
2. Code du sport. | Legifrance [Internet]. [cité 24 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006167042&cidTexte=LEGITEXT000006071318>
3. PNNS_2011-2015.pdf [Internet]. [cité 21 janv 2016]. Disponible sur: http://www.mangerbouger.fr/content/download/3928/113964/version/1/file/PNNS_2011-2015.pdf
4. Certificat médical de non-contre-indication au sport et responsabilité | Droit-medical.com [Internet]. [cité 21 janv 2016]. Disponible sur: <http://droit-medical.com/perspectives/variations/787-responsabilite-certificat-medical-non-contre-indication-sport>
5. Marijon E, Tafflet M, Celermajer DS, Dumas F, Perier M-C, Mustafic H, et al. Sports-related sudden death in the general population. Circulation. 9 août 2011;124(6):672-81.
6. Contenu du bilan cardiovasculaire de la visite de non contre indication à la pratique du sport en compétition entre 12 et 35 ans — Site de la Societe Francaise de Cardiologie [Internet]. [cité 27 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.sfcardio.fr/recommandations/sfc/contenu-du-bilan-cardiovasculaire-de-la-visite-de-non-contre-indication-a-la-pratique-du-sport-en-competition-entre-12-et-35-ans/>

7. 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]. [cité 27 mai 2014]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/visite_de_non_contre_indication_la_pratique_du_spo/
8. Borderie M. Le certificat de non contre indication à la pratique du sport en médecine générale: enquête de pratique chez l'adolescent de 13 à 17 ans en région Limousin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2012.
9. Redon C, Coudreuse J-M, Pruvost J, Viton J-M, Delarque A, Gentile G. Le médecin généraliste face au certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive : à propos d'une enquête de pratique. Sci Sports. avr 2013;28(2):65-74.
10. Foyou Kelojouo S. Certificat de non contre-indication au sport et prévention [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2015.
11. Pidoux J. Le médecin généraliste considère-t-il la consultation de non contre-indication à la pratique du sport comme un acte administratif et/ou un acte de prévention?: A propos d'une enquête de pratique en Charente-Maritime [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2012.
12. Colombet I, Ménard J. Consultation de prévention en médecine générale : Quel cahier des charges ? Médecine. 1 févr 2007;3(2):79-82.
13. CERTIFICATS D APTITUDE ASPECTS MEDICO LEGAUX PRUDENCE ET JURISPRUDENCE [Internet]. [cité 7 mars 2016]. Disponible sur:

<http://docplayer.fr/7582804-Certificats-d-aptitude-aspects-medico-legaux-prudence-et-jurisprudence.html>

14. Olivier Buhart JD. Non contre-indication à la pratique de la boxe [Certifmed] [Internet]. 2014 [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.certifmed.fr/certificat-7-77-i.html>

15. FEDERATION FRANCAISE DU SPORT UNIVERSITAIRE - Règlement médical [Internet]. [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.sport-u.com/index.php?page=reglement-medical>

16. laura.hot. Les compétences à acquérir [Internet]. 2016 [cité 29 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.univ-angers.fr/fr/acces-directs/facultes-et-instituts/ufr-sante/medecine-generale/pedagogie.html>

17. exercer, La Revue Française de Médecine Générale [Internet]. exercer, La Revue Française de Médecine Générale. [cité 17 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr>

18. Couton C, Renoux C. Evaluation formative des internes de médecine générale en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) à la faculté de médecine de Tours: bilan de l'expérimentation de deux outils. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2015.

19. Maurice J, Farge T. Expérience et vécu des premières consultations de médecine générale en autonomie au cours du stage chez le praticien (niveau 1): étude qualitative auprès de quinze internes lyonnais. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.

20. Millette_2004_5_p110-126.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: http://www.unige.ch/medecine/udrem/files/7314/2678/6048/Millette_2004_5_p110-126.pdf
21. Grille-Calgary-modifiée-2013.doc [Internet]. [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2013/10/Grille-Calgary-modifi%C3%A9e-2013.doc
22. Jongh N de, Audier P, Gomes J, Audier P, Roblot P, Migeot V, et al. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative auprès de maîtres de stage. France; 2014.
23. Le site au coeur de la médecine du sport. [Internet]. La médecine du sport. 2009 [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.lamedecinedusport.com/le-surclassement-dage-des-regles-specifiques-selon-les-federations/>
24. Jullien 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 à un mode de vie proche de celui de la France. Revue systématique de la littérature. 2015.
25. Miel M, Goronflot L. Le certificat de non contre-indication au sport: analyse qualitative des représentations qu'ont les médecins généralistes de leur pratique en Loire-Atlantique. France; 2011.
26. Daniel F, Renard J-F. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sportif de compétition. 2015.

27. RISSER Bertrand - BUMED_T_2014_RISSER_BERTRAND.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_RISSER_BERTRAND.pdf
28. Bulletin officiel n°22 du 7 juin 2007 [Internet]. [cité 15 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>
29. Escudier G. Bilan des connaissances en médecine du sport chez les internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2013.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Caractéristiques de l'échantillon

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	6
RÉSUMÉ.....	8
INTRODUCTION.....	10
MÉTHODES.....	12
RÉSULTATS.....	13
1. Les caractéristiques de l'échantillon	
2. Les représentations des internes	
3. Le contenu de la consultation de délivrance du CNCIPS	
4. Les difficultés rencontrées	
5. Les besoins exprimés	
6. Les apprentissages	
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	31
1. Résumé des résultats	
2. Critique de la méthode	
3. Discussion des résultats	
4. Conclusion	
BIBLIOGRAPHIE.....	45
LISTE DES TABLEAUX.....	50
TABLE DES MATIÈRES.....	51
ANNEXES.....	I

ANNEXE 1

Grille d'entretien « focus group » sur les enjeux de la consultation de délivrance d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport pour les internes en fin de stage praticien de niveau 1.

- 1. Comment faites-vous pour conduire cette consultation de délivrance de certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport, d'après vos propres expériences ?**
- 2. Qu'est-ce qui vous paraît nécessaire et utile de faire lors cette consultation ?**
- 3. Avez-vous rencontré des difficultés ? Si oui lesquelles ?**
- 4. Qu'est-ce qui en terme de formation pourrait vous faciliter la prise de décision quant à la délivrance ou non du certificat ?**
- 5. Avez-vous des questionnements quant au cadre juridique engageant la responsabilité du praticien, lors de la délivrance ou non de ce certificat ?**
- 6. Pensez-vous en tant que soignant avoir les mêmes représentations de cette consultation, que vos patients ?**
- 7. Quelles sont les apprentissages que vous faites de ces consultations ?**

ANNEXE 2

Enregistrement audio du Focus group n°1

ANNEXE 3

Enregistrement audio du focus group n°2

Les enjeux de la consultation de délivrance du certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport pour les internes en fin de stage praticien de niveau 1.

RÉSUMÉ

Introduction : En France, le certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport (CNCIPS) est délivré par un médecin (loi n°99.223 du 23 mars 1999). Il est fait pour prévenir le risque de mort subite au cours d'une activité physique. Cependant cette consultation pour la délivrance de ce certificat ne fait l'objet d'aucun consensus. L'objectif de cette étude est de savoir comment les internes en médecine générale en Maine-et-Loire abordent les enjeux de la consultation de délivrance du CNCIPS.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée par deux *focus group* en octobre 2014, auprès de 12 internes, interrogés à l'aide d'une grille d'entretien, en fin de stage ambulatoire de Niveau 1.

Résultats : Les internes en médecine générale considèrent cette consultation comme un moment dédié à la recherche d'une contre-indication à la pratique d'une activité physique mais aussi comme une opportunité d'en faire une consultation de médecine préventive adapté à l'âge et au sexe du patient. Ils en profitent pour aborder de multiples apprentissages appartenant à différents champs de compétence, allant du dépistage et de la prévention individuelle au développement de la communication et de la relation médecin-patient. Au cours des entretiens, il est apparu une crainte du cadre juridique, ainsi que des difficultés concernant le contenu, les spécificités de certains sports, les conseils à apporter, les pathologies musculo-squelettiques mais aussi des questionnements sur la valeur de ce certificat face à certaines demandes abusives et le non remboursement de cet acte par la Sécurité sociale.

Conclusion : Ces questionnements mettent en évidence l'importance des supervisions et des groupes d'échange de pratique qui ont lieu lors du stage ambulatoire. Ce travail fait apparaître la nécessité d'une formation complémentaire adaptée à la pratique et au modèle d'apprentissage pour améliorer l'acquisition des différentes compétences par les internes en médecine générale.

Mots-clés : Certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport ; Internes ; Médecine générale ; Formation ; Apprentissages.

The issues of medical non contraindication certificate to sports practice by general practice interns

ABSTRACT

Introduction : In France, medical non contraindication certificate to sports practice (MNCCSP) is delivered by a doctor (bill 99-.223 of March 23rd, 1999). It aims to prevent sudden death risk during sport practice. However, there is no consensus existing about the concerned consultation. The goal of the present study is to know how general practice interns in Maine-et-Loire, France, approach the issues of MNCCSP medical consultation.

Patients and method : qualitative study based on 2 focus groups performed in october 2014 with 12 interns, using an interview guide, by the end of their first ambulatory care internship.

Results : general practice interns consider this consultation as a dedicated time to search for a contraindication to sports practice but also as an opportunity to make it a preventive health-care consultation appropriate to the patient's age and sex. They use this time to approach several learnings belonging to different fields of competence, from screening and individual preventive actions to communication and doctor-patient relationship development. During interviews, a fear of the legal framework appeared, as well as difficulties about the content, some sports particularities, advice to bring, musculoskeletal disorders, but also questionings about this certificate's legal value facing with improper requests and about the non reimbursement of this medical act by the Social Security.

Conclusion : these questionings highlight the importance of supervisions and practice groups happening during ambulatory care internships. This work shows the need for further training, appropriate to practice and learning model, to improve acquiring of competences by general practice interns.

Keywords : Medical non contraindication certificate to sports practice, Interns, General practice, Training, Learnings