

Table ronde

Exercice actuel de la médecine du sport

Premier intervenant :
Docteur Denys BARRAULT
Président du Syndicat national des médecins du sport

Il m'a été demandé d'expliciter ma vision de l'exercice actuel de la médecine du sport. Je ne vous cache pas que j'ai rapidement mesuré la complexité du sujet ce qui ne m'empêche pas de m'y essayer.

1. Un exercice de la médecine du sport extrêmement varié

Le médecin du sport peut être salarié ou libéral, spécialiste ou généraliste ; il peut travailler à temps partiel ou à temps plein, dans des structures diversifiées (club, fédération, équipe nationale, CMS, centre de santé, cabinet privés, universités, etc.)

Un médecin du sport est défini par sa qualification, laquelle est compatible avec tout mode d'exercice (généraliste ou spécialiste) après obtention du certificat d'études spécialisées en biologie et médecine du sport (DES), de la capacité d'université (qui a remplacé le CES en 1988) ou encore du DESC. La Capacité d'université est ouverte à tout docteur en médecine, et se délivre dans 18 universités en France, tandis que le DESC n'est ouvert qu'aux personnes déjà titulaire du DES *via* le nouvel internat

Il existe donc une grande variété de modes d'exercice, de formations, de niveau de stabilité d'activités, de revenus, d'ambitions et de connaissance du médecin sportif. On trouve 5 000 médecins en France qui présentent la qualification de médecine du sport.

2. Le cadre légal de la médecine du sport

Où le médecin du sport est-il indispensable ? En 1975, le certificat médical était obligatoire pour toute personne souhaitant pratiquer un sport. C'est pour cette raison que la formation en médecine du sport accueillait beaucoup de candidats, et que les médecins du sport étaient nombreux. En 1984, une nouvelle loi a décidé qu'il n'était plus nécessaire d'être médecin du sport pour délivrer un certificat médical. Tout docteur en médecine est autorisé à délivrer le certificat de non contre-indication, et la médecine du sport réduit son spectre aux sportifs de haut niveau.

La loi de 1999 a suivi, avec un arrêté publié en 2000. Le certificat médical y demeure obligatoire pour la compétition, et peut toujours être établi par tout docteur en médecine – y compris pour le haut niveau. Autrement dit, le champ médical de la médecine du sport est anéanti. Cette loi évacue les médecins du sport, dès l'article 1^{er} : « *Le médecin du sport doit se former à la prévention du dopage* ». Il est écrit dans l'arrêté d'application du 28 avril 2000 que la qualification de médecin du sport n'est plus nécessaire pour le suivi des sportifs.

Il a fallu attendre l'arrêté du 11 février 2004 pour que le médecin du sport réapparaisse, grâce aux actions coordonnées du Syndicat National des Médecins du Sport. L'examen médical doit désormais être réalisé par un médecin diplômé en médecine du sport pour les sportifs de haut niveau et pour les sportifs espoirs.

Une nouvelle loi paraît ensuite le 5 avril 2006. Elle ne modifie en rien le champ spécifique de la médecine du sport par rapport à la loi de 1999, mais elle maintient l'arrêté du 11 février 2004.

Le champ spécifique de la médecine du sport se réduit progressivement de par les lois. Anéanti pendant 4 ans, il a fait une résurrection récente mais par le biais d'un arrêté, c'est-à-dire sans pérennité. Ce champ spécifique ne concerne toutefois que l'examen médical de non contre-indication à la pratique d'un sport, or il est difficile de croire que la médecine du sport se résume à ce champ étroit.

3. Les missions de la médecine du sport

Les missions de la médecine du sport sont en effet beaucoup plus larges. Les médecins du sport doivent certes d'une part s'assurer de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, ce qui est ouvert à tout docteur en médecine, néanmoins il est des situations où la délivrance du certificat n'est pas du tout évidente. On relève d'ailleurs que beaucoup de médecins adressent alors leur patient à un médecin du sport.

S'agissant du suivi médical des sportifs de haut niveau, les médecins du sport sont concernés deux fois par an et ils travaillent avec les plateaux techniques. Quant à la protection de la santé de tous les sportifs, celle-ci est placée sous la responsabilité des fédérations. Souvent, les présidents de fédération font appel aux médecins fédéraux pour organiser cette protection.

Quant à la médecine d'expertise sur les sujets touchant à la médecine et au sport, il est fait très souvent appel à des personnalités très spécialisées en sciences, médecine du sport, et de plus en plus à des spécialistes en pharmacologie et sport, en particulier pour délivrer des autorisations d'usage thérapeutique, nommées AUT, gérées par l'Agence Française de Lutte contre le Dopage.

L'épidémiologie est une des missions de la médecine du sport. Beaucoup de fédérations ont déjà résolu des sujets qui les concernaient directement à l'aide d'universitaires et de spécialistes.

Une autre mission est celle des soins aux sportifs. Il est nécessaire de soigner les sportifs dans des structures de soin, et de distinguer le soin de l'expertise (article 105 du Code de Déontologie). Un même médecin ne peut être, pour un même sportif, médecin-traitant et médecin-expert. Par ailleurs, le médecin du sport doit être doté d'une assurance en responsabilité civile professionnelle adaptée à sa pratique.

Le Syndicat National des Médecins du Sport a conclu différents contrats avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il est ainsi prévu depuis 2002 un contrat spécifique aux médecins des équipes et des clubs, qui sont reconnus comme ayant une mission de soin.

Une autre mission est la couverture des compétitions sportives (qui ne sont pas réservées aux médecins du sport) c'est-à-dire la médecine de toutes les urgences, aussi bien pour le sportif que pour le public. Un contrat-type a d'ailleurs été établi avec le CNOSF afin de protéger le médecin. La responsabilité civile professionnelle doit être élargie à la médecine de terrain et de compétition en fonction de l'importance des compétitions.

Je citerai également la prévention des pathologies dans le sport, ou par le sport. Vous avez tous eu vent de la campagne de communication ayant pour slogan « Bouger c'est la santé » (organisée par la Direction Générale de la Santé et ses satellites) ou « Pour votre santé, bougez » (organisée par l'OMS).

Enfin, une mission en cours de développement est la thérapeutique par les activités physiques et sportives, qui peut avoir lieu dans toutes les structures de soins. Une conférence nationale de consensus a eu lieu à Nancy récemment, et a affirmé un certain nombre de réalités scientifiques concernant ces thérapeutiques ; je vous invite à vous y référer.

La médecine du sport est fragilisée par la grande diversité des médecins du sport, dont les préoccupations sont variées ; par la réduction progressive de son champ spécifique (qui relève d'un consensus politique depuis dix ans) ; par le désengagement du Ministère des sports, qui a supprimé le bureau médical de coordination de la Médecine du sport ; par la formation initiale, convenable pour l'établissement d'un certificat de non contre-indication mais totalement inadaptée s'agissant des autres missions.

Les forces de la médecine du sport sont en revanche sa présence, grâce à sa diversité justement, dans de nombreux domaines. Cette diversité permet de changer facilement de mode d'exercice, et d'exercer des fonctions variées dans le monde du sport. Le suivi des sportifs est renforcé par le parcours de soins qui a été mis en place par les structures de santé. La médecine du sport est portée par toutes les structures de santé, les médecins du sport deviennent de plus en plus des correspondants des médecins traitants. Des médecins du sport se retrouvent dans de nombreuses structures de santé, spécialistes ou non. Le domaine de la thérapeutique par le sport semble offrir un horizon illimité.

La médecine du sport ne se conçoit plus en termes corporatistes, ni même par rapport aux structures du Ministère de la Jeunesse et des Sports, ni même par rapport aux sportifs compétiteurs, mais s'inscrit dans toutes les composantes de la santé et pour tous les pratiquants du sport. C'est cela, l'avenir de la médecine du sport.

Deuxième intervenant :

Docteur Jacques PRUVOST **Médecin conseiller de la DRDJSVA de la région PACA**

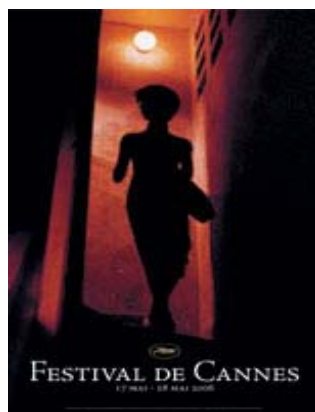
Le schéma régional de médecine du sport, c'est à dire l'évaluation et la structuration d'un réseau de médecins du sport dans les régions, a été une mission prioritaire pour les médecins conseillers dès leur nomination au milieu de l'année 2000. Dans une grande région sportive comme la région PACA, le médecin conseiller a un rôle essentiel dans l'harmonisation des pratiques médicales, l'animation et la coordination d'un réseau de médecine du sport autour des centres de médecine du sport, des professionnels de santé exerçant dans les pôles, des médecins préleveurs et des commissions médicales des ligues.

L'identité de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur

La région PACA jouit d'une forte identité touristique, mais il faut savoir que, sur les 36 millions de touristes qui s'y rendent l'été, environ 20% souhaitent avant tout pratiquer une activité physique et sportive pendant leurs congés. De plus, si la méditerranée attire à juste titre toutes les activités nautiques, trois départements de la région sont des départements alpins et 67 stations de ski y sont dénombrées.



Plages et tourisme



Culture et festivals



Pétanque et pastis...

Si la moyenne d'âge de la population de la région PACA est élevée, il faut faire disparaître l'idée reçue concernant son inactivité sur le plan sportif. Ainsi, la ville de Cannes, surtout réputée pour son festival de cinéma, compte 24 000 licenciés sportifs sur un total de 70 000 habitants. Dans le Var 25% des sportifs qui consultent le centre médico-sportif de Hyères en vue de l'obtention d'une licence ont plus de 55 ans.

Certaines réalités sociales sont à prendre en compte pour mettre en place différentes actions de prévention dans le sport. Ainsi la région PACA est en première ligne pour les conduites à risque chez les adolescents. Les enquêtes nationales ESCAPAD classent malheureusement les jeunes de la région PACA en première place pour l'usage régulier de cannabis et l'expérimentation de cocaïne à 17 ans. La surmortalité par accident de transports est de 10 % pour les 15-24 ans par rapport aux autres régions.

L'organisation du sport de haut-niveau et les centres de médecine du sport

Treize centres de médecine du sport sont « reconnus » par la DRJS en tant que plateaux techniques de médecine du sport (PTMS). Les sportifs sur listes ministérielles peuvent y consulter pour pratiquer les épreuves d'effort maximales avec mesure de la VO2 Max directe. Cette forte concentration de centres de médecine du sport bénéficiant d'un plateau technique s'explique par un dispositif de subventions coordonnées et complémentaires de la part de l'Etat (Contrat de Plan Etat Région 2000-2006, CNDS), du Conseil Régional PACA (Contrat de Plan Etat Région 2000-2006), des Conseils Généraux et des différentes Municipalités.

Le sport de haut niveau est fortement représenté puisque la région compte au total 1000 sportifs sur liste espoir et 560 sportifs sur liste de haut-niveau, 56 pôles France et Espoir pour 32 sports différents. Le CREPS PACA héberge 26 pôles et 30 pôles sont situés hors CREPS. Les pôles en CREPS sont plutôt des pôles France consacrés aux sportifs sur liste de haut-niveau et les pôles hors CREPS plutôt des pôles espoirs. Dans tous ces pôles, mettre en place un accompagnement médical et paramédical est une priorité pour la prévention et la prise en charge des blessures, des conduites à risque, des conduites dopantes et des troubles psychologiques. Sachant que seul 10 % des sportifs espoirs accéderont au haut niveau, nous avons souhaité, en accord avec les différents responsables de pôles, imposer un accompagnement psychologique en priorité dans les pôles Espoirs. Médecins, kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues qui interviennent régulièrement sur ces pôles sont dédommagés soit directement par des vacations, soit indirectement par des subventions (CNDS, BOP Sport) réparties annuellement par la Direction Régionale Jeunesse et Sports PACA.

S'agissant des médecins préleveurs, 38 médecins préleveurs agréés, assermentés et opérationnels sont recensés en région PACA. 26 médecins préleveurs sont diplômés en médecine du sport. Au total, 821 sportifs ont été contrôlés en PACA en 2005. Ces médecins préleveurs étant en grande partie des médecins libéraux, ils sont aussi partie prenante de notre dispositif régional de prévention du dopage.

La région PACA se distingue par l'existence de deux Comités Régionaux Olympiques et Sportifs : un CROS Provence-Alpes et un CROS Côte d'Azur. Ainsi pour un total de 141 ligues dans ces deux secteurs, 40 médecins de ligue ont été recensés et identifiés au début de l'année 2005. Mais seulement 29 médecins de ligue sont réellement actifs et plus de la moitié sont aussi médecins de CMS, médecins de pôle ou médecins préleveurs.

Médecine du sport et formations médicales

En région PACA, comme probablement dans toutes les autres régions, très peu de médecins ont un exercice exclusif en médecine du sport. Mais l'enseignement, la recherche et les

formations sont extrêmement vivantes, variées et actives. La capacité de médecine du sport organisée à Marseille forme tous les ans une bonne vingtaine de médecins. Les responsables de l'antenne médicale de prévention du dopage de Marseille s'appêtent à mettre en place une attestation d'étude 2007 intitulée « *Aptitude au sport et dépistage des conduites dopantes* ».

Des journées de formation sont organisées annuellement et sont autant de repères pour les nombreux médecins du sport qui apprécient la qualité des différentes interventions. Nous citerons les rencontres de traumatologie du sport de Marseille, les Journées Raphaëloises de médecine du sport, le week-end annuel de formation des médecins préleveurs, la conférence interfédérale de l'association des médecins du triathlon.

Exercice médical : quels conseils à un jeune médecin du sport ?

Sport intensif et sport de haut niveau. Au vu du chiffre de 1 million de licenciés pour 4,5 millions d'habitants en région PACA, un jeune médecin du sport peut vouloir s'installer en choisissant un exercice de la médecine du sport s'orientant plutôt vers l'accompagnement de sportifs de haut niveau ou de sportifs professionnels. Pourtant dans ce domaine très particulier ou le médecin du sport doit se positionner comme expert, les potentialités existent mais elles sont restreintes et ciblées.

Sport intensif et sport de compétition

- Population importante : 1 M de licenciés,
- Moyens d'action existants mais ciblés,
- Positionnement : expert



Sport loisir et tourisme sportif. Dans cette région favorisée par le climat, le sport loisir est un phénomène très important. Ainsi, le nombre d'habitants de la région attiré en priorité par les loisirs actifs est supérieur au nombre de licenciés et évalué à près de deux millions de pratiquants. S'ajoute à cette population, au moins 6 millions de touristes sportifs qui passent leurs vacances d'été en région PACA. Le bon positionnement pour le médecin sera celui de l'évaluation et du conseil.

Sport loisir

- Population très importante : 1 M de pratiquants minimum + 6 M de touristes sportifs,
- Population « solvable »,
- Positionnement : évaluation et conseil



Les activités physiques et sportives pour la santé concernent une population différente, importante en nombre et plutôt vieillissante. Les moyens d'actions existent à travers les partenaires sociaux : DRASS, DASS, Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP), Conseils Généraux, mutuelles. Les relais associatifs sont très différents des fédérations sportives que nous connaissons dans le sport intensif. Il s'agit des fédérations et associations sportives qui s'orientent exclusivement vers les APS pour la santé : Fédération Française de la Retraite Sportive (FFRS), Fédération Française de l'Éducation Physique et de la Gymnastique Volontaire (FFEPGV), Fédération Française de l'Éducation Physique dans le Monde Moderne (FFEPMM).



Pour les patients qui souhaitent découvrir les bienfaits de l'activité physique, le médecin du sport aura alors un positionnement ressource. Il devra aussi, pour développer des projets intéressants et pérennes, savoir rechercher des subventions auprès de différents partenaires sociaux, un domaine où, c'est vrai, il n'a pas l'habitude d'aller.

Troisième intervenant :

Docteur Philippe DEMYE
Médecin des Equipes de France de la FFA



L'athlétisme de haut niveau est un sport à la croisée des chemins entre l'amateurisme et le professionnalisme. Les résultats sont difficiles à obtenir mais une médiatisation incroyable se

produit lorsqu'ils surviennent. Le vécu de la réussite, ou de l'échec, peut provoquer une perte des repères psychosociaux.

1 L'enjeu de la santé dans le haut niveau en athlétisme

L'athlétisme est un sport multidisciplinaire, avec au moins un médecin par spécialité. Les blessures sont fréquentes, et signifient un échec total (puisque le sportif ne fait pas partie d'une équipe) en vue des compétitions. L'investissement pour le sportif est maximum. Le sportif peut passer très rapidement du statut de star à celui d'anonyme. La porte du dopage est ouverte et ne demande qu'à être poussée. Les athlètes éprouvant des difficultés à atteindre le haut niveau qu'ils convoitent représentent également une frange vulnérable pour le dopage.

Nous disposons d'une Commission médicale, d'un réseau de podologues, de médecins de pôle et de médecins de ligue dont le rôle est très difficile. Le médecin de la FFA a un rôle de suivi médical obligatoire de soins ou d'équipe c'est à dire qu'il intervient en cas de blessures ou lors d'actes de prévention. La Fédération souhaite que l'athlétisme soit un sport propre et éthique, avec une capacité d'intervention médicale rapide en cas de blessure.



2 L'organisation de la surveillance médicale

La surveillance médicale a été mise en place après les dérapages connus d'autres sports. Je signale d'ailleurs que les prescriptions, qui sont envoyées pour des examens communs, pourraient représenter une mine d'or en termes d'exploitation pour des études épidémiologiques.



La visite médico-sportive n'est trop souvent qu'un moment consacré à signer les résultats des examens en l'absence des autres intervenants. Le plus important est donc le suivi réalisé en pôle. Le but de la surveillance médicale est avant tout de protéger la santé. La notion fondamentale depuis 2006 est celle de non contre-indication médicale à toute pratique sportive, pour laquelle un certificat doit être délivré au président de la fédération, qui peut le cas échéant décider de suspendre la licence. La mention de cette contre-indication ne donne en aucun cas les raisons. Le pouvoir et la responsabilité du médecin sur l'avenir du sportif sont donc considérables.

Le dopage révélé par le suivi est-il une contre-indication à toute pratique sportive ? Même s'il l'est en tout cas sur le plan légal, s'il n'y a pas de risque pour la santé du sportif, il ne peut y avoir de contre-indication. Le problème est de savoir quels sont les risques urgents réels pour la santé et peut-être d'utiliser le principe de précaution ! Le suivi d'expertise et le suivi de soins sont incompatibles car les relations patient-médecin sont alors parasitées. Le médecin chargé du suivi est mandaté par le Président pour cette expertise et lui doit en retour des résultats. Le médecin de soins exerce dans les normes habituelles du secret professionnel et la relation patient/médecin.



Il est important de se donner les moyens de fournir un diagnostic précis, ce qui implique un accès privilégié à un réseau de correspondants spécialistes et par-médicaux. Les soins doivent être validés et l'empirisme doit être évité.

3 La dualité incompatible entre soins et surveillance médicale

Il existe une dualité incompatible entre soins et surveillance médicale. Il est nécessaire de protéger la santé du sportif mais également de pouvoir réagir en cas de nécessité. Je tiens au concept d'indépendance d'exercice, quelque peu mis à mal depuis la modification du DTM.

Questions-réponses avec l'amphithéâtre

(Voir après les deux intervenants suivants)

