

Politique régionale de médecine sportive

Docteur Jean-Pierre FOUILLOT
Médecin du CROS Ile-de-France

Il y a 25 ans, la médecine du sport régionale avait pour acteurs :

- des médecins liés au mouvement sportif (médecins de la préparation olympique, puis des médecins de CROS, des médecins de ligue ou de comité)
- des médecins liés aux Directions régionales et départementales de la jeunesse et des sports, médecins inspecteur régionaux (MIR), médecins inspecteur départementaux (MID)

Appuyés et contrôlés par le bureau médical du MJS, les structures médicales des fédérations et du CNOSF, ces médecins affiliés au mouvement sportif pouvaient s'appuyer sur différentes structures régionales : centres médicaux sportifs et plateaux techniques, Instituts régionaux de médecine du sport, services hospitaliers de médecine du sport, formations universitaires d'enseignement et de recherche,

Les bénéficiaires de cette politique régionale étaient prioritairement les sportifs de haut-niveau, les élèves de sections sport-études puis des pôles, les sportifs pratiquant la compétition.

La pratique médicale a évolué devant l'augmentation des charges d'entraînement, des contraintes de la compétition favorisant l'émergence de technopathies du sport. Les dérives du dopage ont conduit à développer la prise en charge et la prévention du dopage.

Confrontée aux conséquences de l'évolution de la société et des pratiques d'activités physiques, la médecine du sport a élargi son champ d'action à une médecine des activités physiques impliquée dans la lutte contre la sédentarité et la prévention et des pathologies qui lui sont associées, (obésité et surcharge pondérale), l'activité physique des seniors, ou encore « adjuvant thérapeutique » dans la prise en charge des coronaropathies et de l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, et les maladies métaboliques le réentraînement des transplantés.

Face à cette extension des demandes, plusieurs facteurs ont contribué non pas à renforcer, mais à fragiliser la médecine du sport :

- Évolution défavorable de la démographie médicale,
- Faible reconnaissance de la spécificité de la médecine du sport, dont témoigne la possibilité pour tout médecin d'effectuer cet acte spécifique qu'est le certificat de non-contre-indication au sport sans que l'obligation de formation initiale et continue ait été respectée,
- Suppression des structures pérennes de formation et d'enseignement que constituaient les Chaires de Biologie et Médecine du Sport (1983),

- Déshérence des services hospitaliers et des instituts régionaux de médecine du sport, garants de la qualité de la formation et de la recherche,
- Difficulté d'émergence de spécialités transversales et généralistes face aux spécialités technologiques ou d'organes.

Face à cette évolution défavorable, l'organisation de la médecine du sport a été renforcée par l'émergence de plusieurs pôles :

- au niveau national, la lutte contre le dopage avec le CPLD puis l'AFLD, le suivi longitudinal de l'entraînement confié aux fédérations sportives dont les structures médicales ont été renforcées par des médecins des équipes et dans le futur, des directeurs médicaux,
- au niveau régional, par la nomination auprès de chaque directeur régional de la jeunesse et des sports, d'un médecin conseiller assisté des médecins inspecteurs départementaux et la création des antennes médicales de prévention du dopage.

Cette évolution favorable surtout sur le plan national a eu pour conséquence de restreindre le champ d'intervention des structures médicales régionales du mouvement sportif et de les orienter de façon prédominante vers la prévention. En dehors des ligues fortement structurées, la diminution du rôle de ces structures dans le domaine du suivi médical de l'entraînement a contribué à affaiblir leur implication. De ce fait, plusieurs ligues et comités régionaux ou départementaux ne disposent plus de médecins ni de commission médicale et dans ce cas le relais régional des structures fédérales nationales n'est plus assuré.

L'évolution du cadre législatif, la volonté politique de promouvoir la santé des sportifs et de lutter contre le dopage, la mise en place de plans de prévention (Plan National Nutrition Santé, lutte contre les addictions, ...) et de réseaux de santé comme ceux visant l'obésité, la création d'un petit nombre de postes de professionnels de santé à plein temps (DRDJS, CREPS, fédérations sportives, AFLD) ou à temps partiel (AMPD, CREPS), le soutien de ces actions par des moyens de financement public (PNDS, CNDS, aides et subventions de la part des collectivités territoriales, ...etc.) et privé, témoignent de la volonté générale de soutenir la médecine du sport. Dans le cadre de la préparation des états généraux du sport, le thème du sport et de la santé a été choisi par huit régions dont l'Auvergne et l'Île-de-France, ce qui montre l'intérêt porté par le mouvement sportif à ce domaine.

Docteur Marguerite DUPECHOT
Médecin conseiller de la DRDJSVA Auvergne

Merci aux organisateurs de ces journées d'avoir invité nos deux régions, l'Île de France et l'Auvergne, à se rencontrer, pour réaliser cette présentation à deux voix.

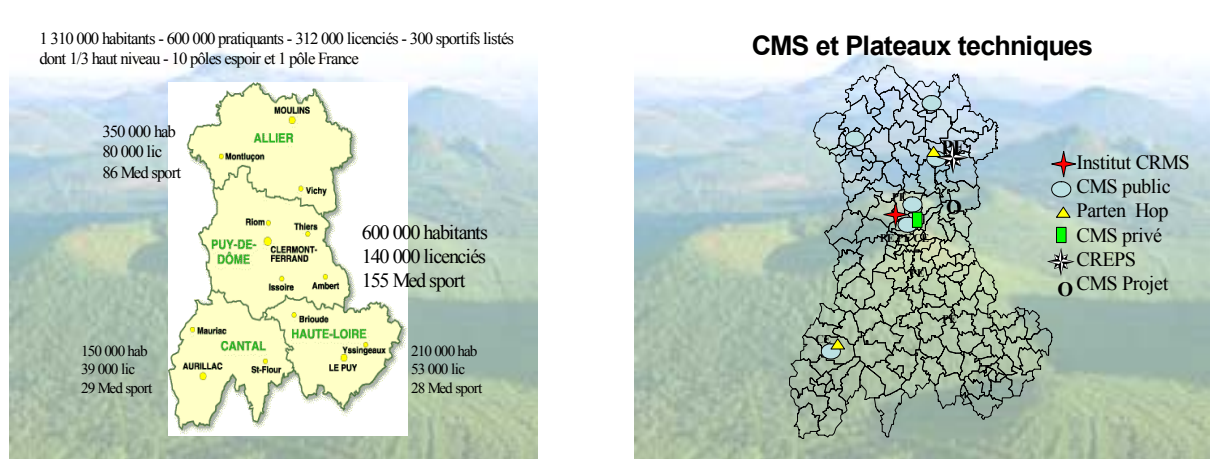
En région, la reconnaissance de la médecine du sport n'est pas toujours acquise, mais il existe des éléments favorables : le cadre législatif avec la loi sur la santé des sportifs, la création des AMPD et des postes de Médecins conseillers (Ils sont très souvent le lien entre le monde du

sport et celui de la santé). Autres éléments favorables : la mise en place des plans de prévention et de santé et leur déclinaison régionale (PRSP, PNNS, lutte contre les addictions...), la mise en place de réseaux (R santé, R obésité...), le DESC, le dynamisme des sociétés régionales de médecine du sport (tout au moins en Auvergne) et l'orientation des CROS vers le sport santé.

Les moyens financiers existent avec le PNDS et le CNDS mais aussi des budgets de l'Etat Sport, Santé, Assurance maladie, des aides et subventions des collectivités territoriales, des mutualités, voir des financements privés.



L'Auvergne compte 1 310 000 habitants, 600 000 pratiquants, 312 000 licenciés, 300 sportifs listés dont 1/3 haut niveau, 10 pôles espoirs et 1 pôle France et près de 300 médecins qualifiés en médecine du sport (155 pour le Puy de Dôme, 86 pour l'Allier, 29 pour le Cantal, 28 pour la Haute-Loire). Ce nombre doit être modulé. Les professionnels de santé réellement impliqués en médecine du sport sont en petit nombre et leurs moyens limités. Toutes les ligues et les comités sportifs n'ont pas de médecins et les organisateurs de manifestations sportives en recherchent régulièrement. Le CREPS de Vichy par exemple ne parvient pas à en recruter et son service médical est tenu à bout de bras par l'infirmière et un médecin retraité vacataire.



Il est donc nécessaire, pour développer une politique régionale d'évaluer les besoins et de tenir compte des spécificités de la région, de s'appuyer sur les compétences et les bonnes volontés, de fédérer et mutualiser les moyens. Des temps de concertation comme les états généraux du sport existent et des tremplins occasionnels peuvent se présenter. Il faut savoir les saisir et les utiliser. « Sport, activité physique et santé » est un des 13 programmes du PRSP en Auvergne. Il devrait aider à la mise en application des consensus, des recommandations et des bonnes pratiques.

Concernant la surveillance et le suivi médical des pratiquants, l'identification d'un médecin pour chacun des 10 pôles espoirs permet la structuration du suivi médical et l'existence d'un relais régional sur lequel peuvent s'appuyer les fédérations. Un vrai suivi diététique et psychologique est également organisé pour les sportifs en filière depuis plusieurs années, correspondant à un réel besoin (beaucoup de sportifs réclament des compléments alimentaires sans connaître les bases de l'équilibre alimentaire et sans savoir si leur demande peut être justifiée).

Les centres médico-sportifs, structures de proximités et de maillage du territoire font bien plus que les visites de non contre-indication à la pratique. Ils réalisent, au quotidien, un véritable travail de prévention et d'éducation à la santé. Une politique régionale de médecine sportive peut permettre de les aider, de suivre, de valoriser leurs actions et de les orienter vers de nouvelles missions.

Le Centre Hospitalier Universitaire redécouvre sa mission de prévention. Il a de plus un devoir d'éducation thérapeutique. Il se donne actuellement les moyens de développer un véritable service de médecine du sport, attendu de tous comme un centre ressource et tête de réseau fédérateur pour la région.

La lutte contre le dopage et son volet prévention a besoin d'intervenants et de personnes relais. Le rapprochement DRDJS, AMPD, Mouvement sportif, DRASS de l'association « Auvergne Promotion Santé » (association ressource et de coordination régionale en éducation à la santé) permet une démarche cohérente et une culture commune.

Le volet répressif repose sur les contrôles antidopage, les commissions de lutte contre les trafics mais aussi sur les rappels à la loi, le rôle et les obligations de chacun. Ainsi, par exemple, pour chaque équipement sportif nouveau ou rénové est posé la question du local de CAD.

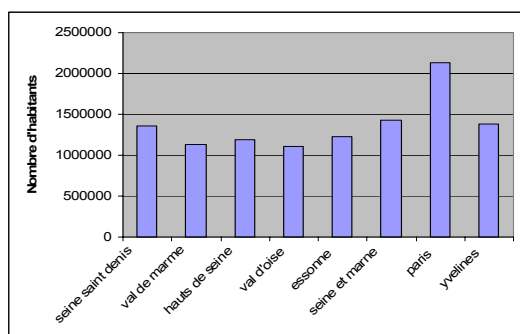
Des éléments positifs et des facteurs d'évolutions existent pour aider à la mise en place d'une politique régionale de médecine du sport même s'il demeure encore beaucoup d'interrogations. Les décideurs et les financeurs doivent être convaincus.

Les difficultés de la médecine du sport dans la région Île-de-France

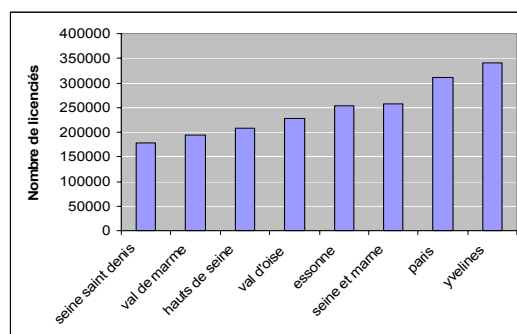
Docteur Jean-Pierre FOUILLOT



La population de l'Île-de-France atteignait au début de cette décennie, 10.949.274 habitants. Avec 1 968 754 licenciés, la région Île-de-France est relativement « sportive » puisque le pourcentage de licenciés atteignait 18 % de la population totale dont quatre départements (Yvelines, Essonne, Seine-et-Marne et Val-d'Oise) avec un taux de licenciés compris entre 20 et 25 %.

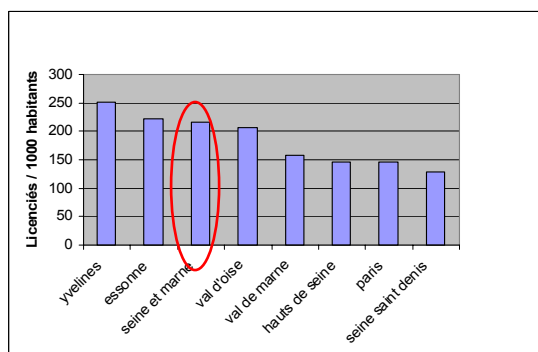


Nombre d'habitants : 10.949.274



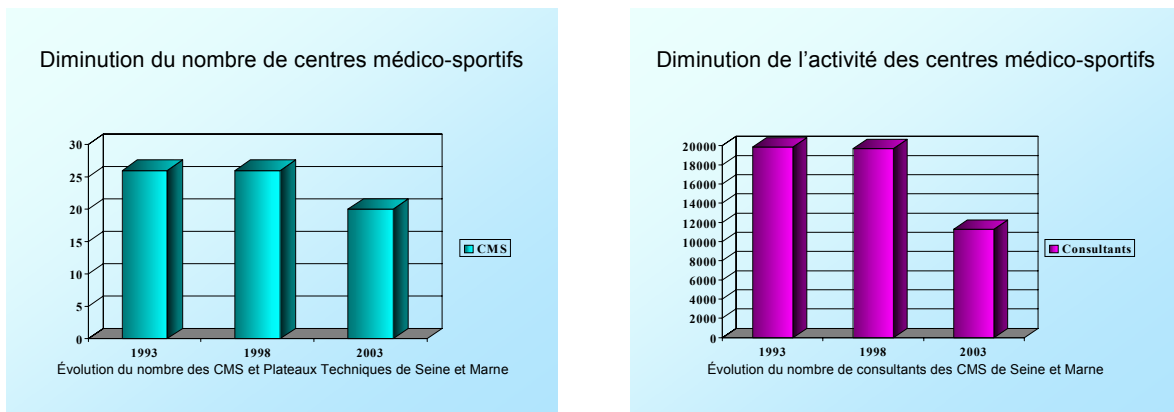
Nombre de licenciés sportifs : 1.968.754

La Seine-et-Marne offre l'exemple d'un département relativement sportif puisque le taux de licenciés est de 21 %, plutôt bien pourvu en équipements médico-sportifs avec 15 centres médico-sportifs et 5 plateaux techniques.

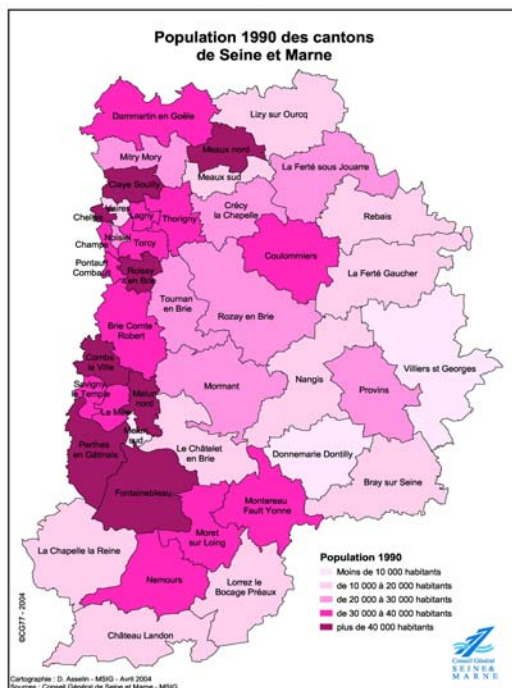


184 licenciés pour 1.000 habitants

Cependant, cette situation apparemment favorable par rapport à d'autres départements ne doit pas faire illusion. Le nombre de centres médico-sportifs et de plateaux techniques est passé de 26 à 20 en l'espace de cinq ans, et le nombre de sportifs examinés est passé de 19 942 en 1998 à 11 270 en 2003.



La répartition des centres médico-sportifs est inégale, la moitié Est de la Seine-et-Marne étant pratiquement dépourvue de toute structure médico-sportive. Le nombre de sportifs ayant la possibilité d'accéder à un centre médico-sportif dans leur canton est de 45 209, alors que le nombre de sportifs issus de cantons dépourvus de centres médico-sportifs est de 93 842.



Les structures médicales du mouvement sportif dans la région Île-de-France constituent une autre source de préoccupation, car 42 ligues sur 75 déclarent disposer d'au moins un médecin, et donc 33 ligues sont dépourvues de toute structure médicale.

Ces deux exemples montrent les difficultés rencontrées par les collectivités territoriales, les services délégués de l'État et le mouvement sportif pour répondre aux besoins médicaux des sportifs et faire face aux nouveaux besoins accompagnant le développement des activités physiques pour la promotion de la santé.

Malgré ces difficultés, le CROS Île-de-France et sa commission médicale, en collaboration avec la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports ont tenté de répondre à cette dernière problématique, au travers de l'Agenda 21, déclinaison nationale et régionale de l'Agenda 21 du Comité International Olympique, adaptée au contexte français, et proposant aux fédérations, CROS et CDOS de lancer des initiatives liées au développement durable afin de « satisfaire les besoins de la génération actuelle sans compromettre les possibilités des générations futures à satisfaire les leurs ».

Parmi les 21 objectifs, six concernent la santé et impliquent le C.N.O.S.F., les C.R.O.S. et les C.D.O.S. dans le domaine de la santé, du sport et de la médecine du sport

- Objectif 6 :

Combattre l'exclusion sociale par la pratique du sport en adaptant les pratiques sportives et les équipements aux besoins spécifiques des populations des zones les plus démunies ou marginalisées et en adaptant la formation des encadrants à ces différentes populations. Deux actions entrent dans cet objectif, l'organisation de l'action « sport en filles » destinées à lutter contre l'exclusion de la pratique des activités physiques des jeunes filles issues de milieux défavorisés, et la participation au programme de prévention de l'obésité, en faisant la promotion de l'accueil des jeunes obèses dans les clubs sportifs, d'un suivi médical personnalisé dans la phase de réentraînement initial, et de la formation des encadrants à la prise en charge de cette population.

- Objectif 7 :

Renforcer le rôle du sport au service de la protection et de la promotion de la santé des personnes, en développant des programmes d'hygiène et de santé par le sport en coopération avec les organisations sanitaires publiques ou privées, pour toutes les personnes et notamment les personnes âgées, en portant une attention particulière à la pratique sportive des enfants, en contribuant activement aux campagnes de santé et de sécurité (obésité, maladies cardiovasculaires ..), en apportant un soin particulier à la sécurité des pratiques, la prévention des risques et l'organisation des secours.

- Objectif 8 :

Intensifier la lutte contre le dopage, en appliquant les réglementations publiques et sportives en matière de lutte contre le dopage, en travaillant à leur actualisation permanente, en conseillant les pouvoirs publics pour qu'ils définissent et mettent en place les mesures de contrôle et de répression adéquates, en montrant à travers ses décisions, ses interventions, l'adhésion pleine et entière du mouvement sportif à la lutte contre le dopage, en condamnant et réprimant en son sein tout manquement aux règles relative au dopage, en accordant une attention particulière à la santé de l'athlète dans son activité physique et sportive (adaptation des calendriers d'entraînements et de compétition, temps de récupération et soin, suivi médical, formation des entraîneurs en matière de santé), en développant des campagnes d'information et de prévention en direction de tous les sportifs, notamment les athlètes de haut

niveau et les jeunes, les parents, les dirigeants, les éducateurs, les entraîneurs, les professionnels du secteur médical et paramédical.

Nous contribuons en collaboration avec l'AMPD Ile de France, le médecin conseiller de la DRDJS et la cellule anti-dopage à assurer une veille sanitaire de l'utilisation de produits nouveaux, à aider le sportif sous le coup de sanctions disciplinaires par l'information sur les risques pour la santé de l'usage de produits dopants et en favorisant la visite de réintégration par l'AMPD. Nous cherchons à développer un partenariat entre le mouvement sportif et les organismes de soin, prévention, enseignement, recherche, dans le cadre de la prévention de la fatigue et du surentraînement, l'aide à la logistique du suivi médical, l'aide à l'organisation de formations actualisées. Sur ce point, en partenariat avec l'AMPLD, les Universités Paris 11 et Paris 13, nous participons à trois niveaux de formation, l'information ciblée des pratiquants sportifs et des encadrants, la formation de relais d'information (1 à 2 jours), la formation de formateurs (Diplôme d'Université de protection du sportif contre les conduites dopantes).

- Objectif 9 :

Favoriser la pratique sportive des personnes handicapées, en aidant à l'intégration des personnes handicapées dans les compétitions, stages et manifestations de personnes valides et à l'adaptation des matériels et équipements sportifs aux besoins spécifiques des personnes handicapées. Un programme de facilitation de la pratique de l'équitation par les personnes handicapées est en cours.

- Objectif 10 :

Promouvoir l'accès des femmes à la pratique sportive en adoptant une approche méthodologique de l'entraînement et de la compétition respectueuse de la spécificité féminine. Le programme « sport en filles » et la prévention de la triade de l'athlète féminine (comportement alimentaire, aménorrhée, ostéoporose) en sont des exemples.

- Objectif 18 :

Promouvoir une utilisation des moyens de transport économes en énergie et faiblement polluants par la promotion de l'utilisation de modes de déplacement « propres » (vélo, rollers, marche). Cet objectif constitue un challenge d'autant plus important qu'il rejoint l'objectif d'augmentation de l'activité physique dans le cadre de la prévention de la surcharge pondérale.

En conclusion, le développement d'une politique régionale de médecine du sport souffre de handicaps (démographie et disponibilité médicale diminuée, reconnaissance insuffisante de la médecine du sport, fragilité voire absence de structures régionales pérennes), mais dispose de nombreux atouts (cadre législatif, plans et orientations nationales, volonté politique au niveau national et territorial, volonté du mouvement sportif au niveau national et régional, volonté commune des décideurs et des financeurs), qui amènent à s'interroger sur les autres facteurs indispensables à la réalisation d'une bonne adéquation entre la médecine du sport et les besoins exprimés par le mouvement sportif et les collectivités territoriales.

Il y a des moyens, il y a des hommes, il y a un cadre globalement favorable, mais chaque entité mène sa propre réflexion, la concertation avec les autres entités ne se faisant que lors de la répartition des fonds du C. N. D. S., ou lors de la réunion d'états généraux.

L'évaluation des besoins en fonction des spécificités de la région, la réflexion et la concertation sur les propositions d'actions à mener, nécessite de fédérer les compétences et de mutualiser les moyens.

Des régions telles que la région Midi-Pyrénées démontrent la vitalité de la médecine du sport. Celle-ci repose en région Midi-Pyrénées sur une cohésion très développée entre la formation d'enseignement, de recherche, de soins et de prévention du professeur Rivière à Toulouse, de la société régionale de médecine du sport, du médecin conseiller de la D. R. D. J. S., les collectivités territoriales et le mouvement sportif. La mutualisation et la fédération des compétences est donc indispensable, mais si l'on veut persister au-delà de la bonne volonté des hommes qui ont constitué cet ensemble, il est indispensable de disposer d'une structure pérenne comprenant un pôle universitaire associé aux professionnels de santé, le mouvement sportif, les collectivités territoriales, les services déconcentrés de l'État. Seul cet ensemble permettra de progresser et de maintenir une médecine du sport forte. Nous appelons de tous nos vœux une structure régionale qui permette véritablement d'appuyer la médecine du sport.

Questions-réponses avec l'amphithéâtre

Patrick MAGALOFF

Je remercie les cinq intervenants pour la qualité de leur exposé. L'ensemble de leurs propos a été de bon aloi et si j'ose dire politiquement correct. Il me semble qu'il serait bon que nous abordions également les sujets qui fâchent et c'est pourquoi je vous propose de vous "lâcher" un peu si vous en exprimez le besoin....

Jean-Marc VANDERPOTTE

Quel est le salaire offert au médecin qui acceptera de travailler au CREPS de la région Auvergne ?

Docteur Marguerite DUPECHOT

Le médecin du CREPS de Vichy est vacataire avec des plages horaires et une rémunération peu attractives, d'où le manque de postulants et la fragilité du système.

Jacques ROUSSEL

L'opposabilité au plan de santé publique est un maillon fort qu'il nous faut utiliser, ainsi que vous l'avez indiqué.

Jean-Louis LLOUQUET, médecin fédéral de la FF de Boxe

La commission médicale du comité olympique et les médecins fédéraux n'ont pas attendu la naissance de l'IRMES pour se préoccuper de prévention et d'épidémiologie.

Philippe LE VAN, médecin fédéral de la FF d'Haltérophilie

Il est écrit dans les contrats des médecins auprès des CREPS qu'ils ne doivent pas réaliser de soins, or cela représente 90 % de leur activité en CREPS. Comment se positionner vis-à-vis de cette loi ?

Denys BARRAULT

Un CREPS n'a jamais été conçu pour être une structure de soins – en revanche, il peut accueillir une infirmerie - d'où notre souci de créer un dispensaire de soins à l'INSEP. Vous avez eu raison d'évoquer ce problème important.

Gilles EINSARGUEIX, médecin DSB2, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de Vie Associative

Je vous rassure, une clause législative a été ajoutée précisant que les médecins en CREPS ont le droit d'effectuer des soins gratuitement.

Philippe LE VAN

Certes, mais la codification des actes restreint cette possibilité.

Véronique MEYER, médecin DSB2, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

Je relève la pointe d'humour de Denys BARRAULT lorsqu'il a évoqué le « dopage thérapeutique » : il est bien entendu que les sportifs malades à qui on donne la possibilité de pratiquer leur sport même en compétition ne bénéficient pas du droit de se doper ! C'est vraiment le but des AUT.

Guy LAPORTE

Existe-il un comité d'expert délivrant les AUT ?

Gilles EINSARGUEIX

Non, pas encore. Cela sera effectif dès la sortie du texte qui permettra à l'AFLD de valider son comité d'experts.

Alain FREY

Si les conditions de rémunération actuelles en CREPS et pour les couvertures de compétitions, se maintiennent à leur niveau actuel, il est vraisemblable que, dans les 5 à 10 ans à venir, plus personne ne voudra travailler dans les fédérations. Nos prétentions sont un minimum de 45 à 55 euros de l'heure pour la surveillance de compétitions.

Je suis vraiment très préoccupé par l'évolution de la démographie médicale. Bientôt nous n'arriverons plus à disposer de médecins.

François RENAUDIE, médecin conseiller de la DRDJSVA Rhône Alpes

Dans notre CREPS, le médecin peut être prescripteur en toute légalité. Par contre, nous ne pouvons pas financer un taux horaire de 55 euros de l'heure, mais tout au plus la moitié.

François DUCHESNE DE LAMOTTE, médecin fédéral de la FF de Vol Libre

Nous traitons une population vulnérable où le dopage est présent. Notre tarification est très basse, et le nombre de médecins n'est que de 3 pour 20 000 licenciés. Comme si cela ne suffisait pas, notre subvention a été supprimée il y a deux ans pour des raisons inconnues. Pourtant, les médecins qui travaillent avec moi le font quasiment gratuitement, et moi-même je travaille bénévolement. Je voudrais donc connaître les raisons pour lesquelles ma subvention a été supprimée.

Jean-Luc REGIS, médecin du CDOS du Tarn

Je suis également médecin fédéral et je suis surpris de la tarification qui vous est appliquée. Au SAMU, la rémunération d'une couverture médicale de compétition est comprise entre 150 et 250 euros de l'heure. N'importe quel médecin ne peut pas assurer la sécurité car un minimum de savoir-faire en réanimation est requis. J'ai pour ma part repris un centre médico-sportif municipal à Castres, et nous avons triplé le nombre de visites médicales.

Nous rencontrons toutefois des difficultés à recruter des médecins pour assurer les visites. Cette année, nous dénombrons 15 à 20 % de médecins généralistes de moins pour une population qui elle, est demeurée stable. De plus, 35 % des généralistes ont plus de 58 ans.

Patrick MAGALOFF

Pour autant que vos remarques sur les problèmes financiers ne me surprennent pas, je suis étonné de n'entendre aucune réflexion sur la question du statut professionnel du médecin du sport dans les textes en préparation.

Gérard NICOLET, médecin de la FF de Cyclisme

Je suis inquiet du découpage de la médecine du sport en un nombre excessif de sous-catégories : médecine d'aptitude, médecine de travail, médecine des soins, etc. Désormais, un médecin de pôle ne pourra pas exercer seul car il devra être assisté d'un minimum de trois collègues. Autrement dit, on augmente les besoins en postes de médecins alors que le nombre de médecins diminue. Une solution urgente doit être trouvée à cette contradiction.

Joëlle JACQUIN, médecin du CDOS des Alpes Maritimes

Je voudrais ajouter un témoignage concernant les "avantages" financiers. Pour une journée de 13 heures en surveillance d'une compétition internationale de trampoline, nous sommes rémunérés au total 120 euros, soit en moyenne bien moins bien que 12 euros de l'heure. Face à ces conditions décourageantes et devant la diminution des effectifs des jeunes médecins, bientôt plus personne n'acceptera de laisser son cabinet fermé plusieurs jours pour surveiller les compétitions. D'autant plus que la couverture en matière de responsabilité civile de la MACIF (à laquelle je suis associé) n'inclut plus le suivi des sportifs de haut niveau.

Patrick MAGALOFF

Je voudrais faire passer un message. On observe que l'argent consacré au médical et géré par le bureau de la Protection du Public, de la Promotion de la Santé et de la Prévention du Dopage n'est pas toujours dépensé dans sa totalité. Cela signifie que les présidents de fédérations ne demandent pas forcément dans leurs conventions d'objectifs, l'intégralité des sommes qui pourraient leur être allouées. Il semble également que, dans certaines autres fédérations, l'argent consacré au médical soient utilisé autrement ! Devant ces constatations, la vigilance des médecins, présidents de commission médicale doit s'exercer.

Armand MEGRET, médecin fédéral de la FF de Cyclisme

Les fédérations ayant une délégation de service public, elles doivent obéir à la loi qui interdit de cumuler les fonctions de médecin de plateau technique ou d'évaluation avec celle de médecin de soins. Si les autres catégories de sportifs sont soumises à des règles classiques, toute une réglementation spécifique s'adresse à la surveillance et au suivi des sportifs de haut niveau. Ainsi, les médecins de sélection doivent être des médecins de soins alors que ces derniers ne peuvent exercer des responsabilités dans la médecine d'aptitude.

En 2005, 15 contre-indications médicales ont été prononcées à l'encontre de cyclistes professionnels suite à la découverte d'anomalies, et cela sans aucune violation du secret médical. La surveillance médicale cible bien une partie de la population. La médecine réglementaire permet de prendre des décisions de contre-indication, la médecine de soins prend en charge le suivi du sportif et les plateaux techniques sont des prestataires de services qui ont pour mission de répondre aux questions venant de la médecine de soins ou réglementaire. Cette division des tâches me satisfait personnellement, même si elle n'est pas parfaite.

Denys BARRAULT

Les témoignages des uns et des autres sont forts intéressants, car complémentaires, et nous permettent de brosser un panorama de la médecine du sport actuelle. Cela devrait, je l'espère, nous permettre d'aboutir à des décisions concrètes.