

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale.

**Évaluation de la consultation pour la délivrance du certificat d'absence de contre-indications à la pratique des sports équestres en compétition.
Enquête de pratique.**

MUGNIER Claire

Née le 18 mars 1992 à Dijon (21)

Sous la direction de M. le Professeur FOURNIER Henri-Dominique

Membres du jury

Pr Pierre ABRAHAM | Président

Pr Henri-Dominique FOURNIER | Directeur

Dr Maria GHALI | Membre

Dr Alice LAVOIX | Membre

Soutenue publiquement le :
11 septembre 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Claire MUGNIER
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 29 juin 2025

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETTON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent DUCANCELLE Alexandra	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine Médecine
DUVAL Olivier DUVERGER Philippe EVEILLARD Mathieu FAURE Sébastien FOURNIER Henri-Dominique FOUQUET Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE PEDOPSYCHIATRIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE ANATOMIE	Pharmacie Médecine Pharmacie Pharmacie Médecine
FURBER Alain GAGNADOUX Frédéric GOHIER Bénédicte GUARDIOLA Philippe GUILET David HAMY Antoine HENNI Samir HUNAUT-BERGER Mathilde IFRAH Norbert JEANNIN Pascale KEMPF Marie	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE PSYCHIATRIE D'ADULTES HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION CHIMIE ANALYTIQUE CHIRURGIE GENERALE MEDECINE VASCULAIRE HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine
KUN-DARBOIS Daniel LACOEUILLE FRANCK LACCOURREYE Laurent LAGARCE Frédéric LANDREAU Anne LARCHER Gérald LASOCKI Sigismond LEBDAI Souhil LEGENDRE Guillaume LEGRAND Erick LERMITE Emilie LEROLLE Nicolas LUNEL-FABIANI Françoise	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION IMMUNOLOGIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE RADIOPHARMACIE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE BIOPHARMACIE BOTANIQUE/ MYCOLOGIE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION UROLOGIE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE RHUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALE REANIMATION BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine
LUQUE PAZ Damien MARCHAIS Véronique MARTIN Ludovic MAY-PANLOUP Pascale	HOSPITALIERE HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE DERMATO-VENEREOLOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine Pharmacie Médecine Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie- Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie- Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUV AIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre ABRAHAM, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Dominique FOURNIER, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie pour vos conseils, votre disponibilité, et votre dévouement pour ce projet et pour ce sport.

Au Docteur Maria GHALI, pour avoir accepté de faire partie de ce jury, et pour toute l'aide précieuse que tu m'as apporté grâce à ton point de vue de généraliste.

Au Docteur Alice LAVOIX, pour avoir accepté de faire partie de ce jury, après avoir été ma tutrice pendant tout mon internat, pendant lequel tu m'as aidé et guidé dans ma formation, dans les bons moments comme dans les périodes plus difficiles.

A Monsieur Michel ASSERAY, ex directeur technique national à la FFE, pour m'avoir orienté sur ce projet.

A mes parents, pour leur soutien indéfectible, dans les bons moments mais aussi dans les mauvais.

A Julien, pour ton aide précieuse, pour toutes ses années d'amitié inébranlable, malgré la distance et ma légendaire rapidité de réponse au téléphone.

A Mousse, ma coloc d'amour, pour ton coup de main, sans toi j'y serais encore !

A Martin, car ton idée, bien que pas du tout adaptée initialement, a finalement débloqué toute une partie de ce travail.

A Jérôme, pour m'avoir enseigné la rigueur avec les chevaux. Tu as fait bien plus, car cette rigueur m'a suivie tout au long de mon parcours universitaire, et fait maintenant partie de mon quotidien, professionnellement et sportivement.

A Max et Steve, pour toutes ces années d'amitié, et de transmission.

A Sarah, qui s'occupe de mes protégés comme si c'était les siens, pour me permettre cette double vie.

A Florie, Mathilde C et Cam L, qui l'ont fait auparavant.

A la team Livio, parce que c'était un sacré challenge quand ça a commencé il y quelques années !

A Aymeric, mon pharma préféré, parce que même après tout ce temps, tu envoies du rêve (private joke).

A toutes les belles rencontres de ces années d'externat, d'internat et de remplacements, mais aussi de concours, il n'y a pas beaucoup de choses que je changerai si c'était à recommencer.

Liste des abréviations

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE	D
INTRODUCTION	1
1. Contexte général : sport et rôle du médecin généraliste.....	1
2. Spécificités de l'équitation : un sport répandu mais à risque	1
3. Cadre légal et problématique.....	2
4. Intérêt de l'étude et enjeux pour la médecine générale.....	3
MÉTHODES	5
1. Type de l'étude	5
2. Objectifs de l'étude	5
3. Population étudiée	5
4. Élaboration du questionnaire.....	6
5. Recueil des données	7
6. Analyse statistique	7
7. Aspect éthique.....	8
RÉSULTATS	9
1. Taux de participation.....	9
2. Caractéristiques démographiques des médecins répondants.....	10
2.1. Age et sexe.....	10
2.2. Thèse.....	11
2.3. Installation	11
2.4. Formation en médecine du sport	11
2.5. Mode d'exercice	11
3. Pratiques des médecins généralistes autour du CACI.....	12
3.1. Niveau de confort des médecins généralistes face à la délivrance d'un CACI..	12
3.2. Organisation de la consultation : dédiée ou intégrée à une autre demande ...	12
3.3. Perception du CACI comme un outil de prévention.....	14
3.4. Fréquence et expérience des médecins avec ce type de consultation	14
4. Perception des risques liés aux sports équestres	16
4.1. Les différentes disciplines équestres	16
4.2. L'équitation est-elle perçue comme un sport à risque ?	17
5. Identification et maîtrise des contre-indications médicales à la pratique des sports équestres.....	19
5.1. Analyse quantitative.....	19
5.2. Analyse qualitative.....	21
6. Pratiques d'adaptation et besoins exprimés.....	23
6.1. Présence ou absence d'un examen clinique spécifique	23
6.2. Contenu de l'examen clinique réalisé dans ce contexte	25
6.3. Besoin de supports, recommandations ou formations complémentaires	26

DISCUSSION	28
1. Rappels des objectifs et synthèse des résultats principaux	28
2. Interprétation des résultats	29
3. Apports et implications en médecine générale.....	30
4. Limites de l'étude	32
5. Perspectives et propositions.....	33
6. Proposition d'un outil d'aide à la consultation	33
6.1. Contexte et justification	33
6.2. Focus sur le rachis : un point de vigilance parfois surévalué.....	34
6.3. Proposition d'une grille clinique simplifiée.....	36
6.4. Intégration en pratique : perspectives et limites.....	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42
LISTE DES FIGURES	45
LISTE DES TABLEAUX.....	46
TABLE DES MATIERES	47
ANNEXES.....	I

INTRODUCTION

1. Contexte général : sport et rôle du médecin généraliste

La promotion de l'activité physique et sportive constitue un enjeu majeur de santé publique. Elle est aujourd'hui largement reconnue pour ses effets bénéfiques tant sur la santé physique que mentale, dans la prévention des pathologies chroniques, l'amélioration de la qualité de vie, et le maintien de l'autonomie (1). Dans ce contexte, le médecin généraliste, en tant qu'acteur de premier recours, joue un rôle central : il est régulièrement sollicité pour évaluer l'aptitude de ses patients à la pratique d'un sport, via la délivrance d'un certificat d'absence de contre-indication (CACI).

Bien que ce certificat ait perdu son caractère obligatoire pour de nombreuses activités sportives de loisir, il reste exigé dans certains cas spécifiques, notamment pour la pratique en compétition, pour les sports à risques, ou dans le cadre des licences sportives de certaines fédérations (2). Il s'inscrit ainsi dans l'interface entre prévention, sécurité et accompagnement de la pratique.

2. Spécificités de l'équitation : un sport répandu mais à risque

L'équitation occupe une place importante dans le paysage sportif français. En 2024, la Fédération Française d'Équitation (FFE) comptait plus de 640 000 licenciés (3), ce qui en fait la troisième fédération sportive française en terme de nombre de licences, derrière le football et le tennis (4). Sa pratique touche un public large, souvent jeune, avec une forte représentation féminine (3).

Pourtant, au-delà de son image de sport de loisir ou de contact avec l'animal, l'équitation est régulièrement classée parmi les sports à risques. Une étude publiée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de 2015 indiquait déjà une

accidentologie non négligeable (5), justifiant une vigilance particulière en médecine de ville.

Plus récemment, une étude américaine parue en octobre 2021 dans la revue *Trauma Surgery and Acute Care Open* s'est intéressée à l'accidentologie dans la pratique de l'équitation. Les auteurs ont comparé le nombre d'hospitalisations liées à différents sports : l'équitation arrivait devant le football, les sports mécaniques de route (auto, moto) et le ski. Les auteurs soulignent la nécessité d'une meilleure sensibilisation des pratiquants aux mesures préventives, afin de réduire le risque de blessure (6).

Certaines études classent la pratique équestre au deuxième rang des activités entraînant des lésions graves (InVS 2010) (7).

3. Cadre légal et problématique

La consultation visant à établir un CACI à la pratique sportive repose sur un cadre réglementaire en constante évolution. Depuis plusieurs années, les réformes visent à faciliter l'accès au sport tout en maintenant une évaluation médicale adaptée au contexte (2).

La loi n°2022-296 du 2 mars 2022 et ses textes d'application (8) ont introduit de nouvelles dispositions au code du sport concernant le contrôle médical préalable à la pratique. Désormais, l'obligation de présenter un CACI pour renouveler une licence sportive ne s'applique que si la fédération concernée le requiert, après décision de sa commission médicale fédérale, qui détermine les modalités et le contenu de l'examen médical à réaliser.

Chez les mineurs, l'obligation de fournir un certificat médical a été supprimée. Elle est remplacée par la présentation d'une attestation de renseignement d'un questionnaire de santé (défini par l'article A.231-2 du code du sport). Si l'une des réponses à ce questionnaire est positive, un examen médical devient nécessaire (9).

Certaines disciplines, dites « à contraintes particulières » (10), font toutefois exception : dans ce cas, le CACI annuel reste obligatoire et doit répondre aux critères définis par un arrêté ministériel spécifique. L'équitation, considérée comme à risques d'après certaines études et certains auteurs, ne figure pas dans cette liste, et aucune exigence médicale spécifique n'est donc précisée au niveau national.

Concernant spécifiquement la FFE, un CACI de moins de un an est exigé (11) :

- Pour toute première demande de licence en compétition chez les majeurs,
- Puis tous les trois ans, avec un questionnaire de santé à compléter chaque année entre deux certificats. Si une seule réponse au questionnaire est positive, un CACI devient à nouveau obligatoire,
- Et chaque année à partir de 40 ans pour les pratiquants renouvelant leur licence.

Les aides proposées par la commission médicale fédérale se révèlent limitées, se résumant à une liste non exhaustive de pathologies médicales fréquemment rencontrées chez le cavalier (12), ainsi qu'à quelques conseils généraux disponibles en ligne (11). Ce manque de recommandations médicales spécifiques au niveau national et fédéral laisse les médecins seuls responsables de l'évaluation de l'aptitude à la pratique de l'équitation en compétition, ce qui peut contribuer à une hétérogénéité importante sur le terrain.

4. Intérêt de l'étude et enjeux pour la médecine générale

Dans un contexte où l'équitation est perçue comme une discipline à risque mais non encadrée par des recommandations médicales spécifiques, il semble intéressant de comprendre comment les médecins généralistes abordent concrètement la délivrance du CACI dans cette situation.

Cette étude vise donc à explorer les pratiques actuelles, en identifiant les connaissances mobilisées, les caractères cliniques évalués, et les éventuelles incertitudes rencontrées par les

praticiens. Elle cherche également à déterminer si certains profils professionnels (formations, type d'exercice, expérience professionnelle) sont associés à une meilleure connaissance des risques ou des contres indications liés à l'équitation.

En parallèle, elle interroge les comportements d'adaptation mis en place par les médecins se déclarant moins à l'aise avec cette consultation, tels que le recours à un support d'aide.

Enfin, sur la base des résultats de l'enquête et des données issues de la littérature, cette thèse propose une piste de structuration pratique de la consultation, sous forme d'outil clinique simplifié, pour contribuer à une démarche médicale plus homogène et plus sécurisante.

MÉTHODES

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive et transversale, réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire en ligne.

L'étude s'inscrit dans une approche quantitative majoritaire, complétée par une analyse qualitative des réponses libres.

2. Objectifs de l'étude

Cette étude vise à évaluer et analyser les pratiques des médecins généralistes lors de la consultation pour la délivrance du CACI pour la pratique des sports équestres en compétition. Elle cherche également à identifier si certains profils de praticiens sont associés à certaines pratiques et à une meilleure connaissance des risques et des contre-indications spécifiques.

En parallèle, l'étude explore les comportements d'adaptation adoptés ou non par les médecins se sentant moins à l'aise avec cette démarche, tels que l'utilisation de supports d'aide.

Enfin, elle vise à proposer une piste d'outil simplifié à visée pratique susceptible d'accompagner cette consultation, réalisée à partir des constats recueillis et des données issues de la littérature.

Cette approche repose sur l'hypothèse que, en l'absence de recommandations spécifiques, les pratiques sont susceptibles d'être hétérogènes, et que certains profils professionnels ou attitudes adaptatives pourraient être associées à une meilleure adéquation clinique face aux risques spécifiques de l'équitation.

3. Population étudiée

Cette thèse portait sur une enquête de pratique réalisée auprès des médecins généralistes en activité, exerçant dans les départements de Maine-et-Loire, de Mayenne et de Sarthe.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste, thésé ou non, remplaçant ou installé, exerçant dans les départements de Maine-et-Loire, de Mayenne et/ou de Sarthe.

Les critères de non inclusion étaient : le refus de participer à l'étude, la non réponse ainsi que les réponses incomplètes au questionnaire.

4. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été conçu spécifiquement pour cette étude. Il a été élaboré à partir des objectifs, de la littérature, ainsi que d'un retour de terrain (une première version a été testée pour vérifier la clarté des questions, la faisabilité et le temps de remplissage).

Ce questionnaire était en trois parties. La première recensait les caractéristiques socio-démographiques des médecins répondants. La deuxième partie abordait des questions d'ordre général sur le CACI. Et enfin la dernière partie traitait des questions concernant le CACI pour la pratique des sports équestres. Certains items étaient évalués avec l'aide d'une échelle de Likert, permettant ainsi de nuancer la réponse.

Il y avait au total entre 17 et 20 questions (18 questions fermées à choix unique ou multiple, et 2 questions ouvertes). Certaines questions étaient conditionnées par la réponse à la question précédente.

La durée nécessaire pour répondre à la totalité du questionnaire était court (moins de 10 minutes), afin de favoriser la participation des praticiens.

Le questionnaire (dont le contenu est rapporté dans l'annexe II) a été mis en ligne sur la plateforme Lime Survey le 26 juin 2024.

5. Recueil des données

Le questionnaire a été diffusé via la plateforme LimeSurvey, un outil de création de formulaires en ligne permettant le recueil et l'analyse des réponses.

La distribution du lien de réponse s'est faite par voie électronique, avec l'appui des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) des départements de Mayenne, de Sarthe et du Maine-et-Loire, contactés pour la première fois le 27 juin 2024.

Le CDOM de Mayenne a transmis le questionnaire aux médecins généralistes du département le 1^{er} juillet 2024. Une relance pour les praticiens a été effectuée le 9 septembre 2024.

Le CDOM de Sarthe, après plusieurs sollicitations (relance par mail le 8 juillet, appels téléphoniques les 24 juillet et 2 septembre), a relayé le lien auprès des médecins généralistes libéraux du département le 9 septembre 2024.

Le CDOM du Maine et Loire a refusé la diffusion directe par mail, mais a accepté de publier le lien du questionnaire sur son site internet à partir de la mi-septembre 2024, à la suite d'une relance effectuée le 15 aout 2024.

La participation était volontaire, anonyme et non rémunérée. Le recueil des données s'est poursuivi jusqu'à saturation, et a été clos le 24 octobre 2024.

6. Analyse statistique

Les données issues du questionnaire ont été exportées et traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel pour la saisie, le nettoyage et les premières analyses descriptives.

Les comparaisons entre groupes ont été réalisées à l'aide du site en ligne BiostaTGV en utilisant principalement le test du χ^2 (Chi2) d'indépendance. Lorsque les conditions d'applications n'étaient pas remplies (effectifs faibles), le test exact de Fisher a été utilisé. Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p<0,05$).

Pour faciliter l'analyse statistique, certaines variables recueillies sous forme d'échelles de Likert à quatre modalités ont été regroupées en deux catégories :

- Les réponses positives (« totalement » et « plutôt oui »), (« tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord ») ;
- Les réponses négatives (« pas du tout » et « plutôt non »), (« pas du tout d'accord » et « plutôt pas d'accord »).

Les questions ouvertes ont été analysées comme des variables qualitatives, par une analyse inductive.

7. Aspect éthique

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles éthiques encadrant la recherche non interventionnelle. Le questionnaire ne comportait aucune donnée nominative ni élément permettant d'identifier les participants. La participation était volontaire, anonyme et non rémunérée.

Conformément à la législation en vigueur, ce travail ne relevait pas de la recherche impliquant la personne humaine au sens de la loi Jardé. Aucune autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était donc requise.

RÉSULTATS

L'ensemble des données recueillies a ainsi permis d'explorer les pratiques déclarées des médecins généralistes dans le cadre de la délivrance du CACI pour la pratique des sports équestres en compétition.

Les résultats présentés dans cette section rendent compte de la diversité des pratiques observées, des connaissances et perceptions exprimées, ainsi que des stratégies d'adaptation mises en œuvre par certains praticiens face à l'absence de recommandations spécifiques.

1. Taux de participation

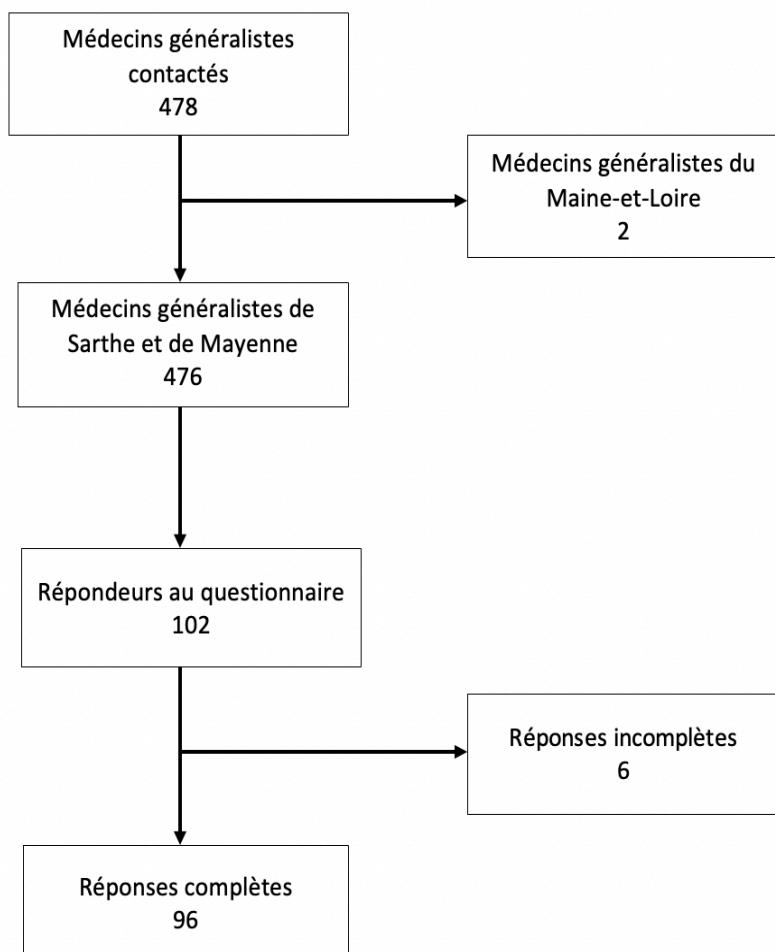


Figure 1. Organigramme de flux de la population de l'étude

Le lien de réponse au questionnaire a été transmis par mail à 170 médecins généralistes de Mayenne et à 306 médecins généralistes de Sarthe, soit un total de 476 praticiens contactés dans ces deux départements.

Dans le Maine-et-Loire, le questionnaire n'ayant été diffusé que via le site internet du CDOM, et en l'absence d'indicateurs permettant d'en évaluer la visibilité, les deux réponses reçues ont été exclues de l'analyse. De plus, les six questionnaires incomplets ont été écartés de l'échantillon final.

Au total, 96 réponses complètes ont été exploitées : 43 provenant de Mayenne, 53 de Sarthe, ce qui correspond à un taux de participation global de 20,16%.

2. Caractéristiques démographiques des médecins répondants

2.1. Age et sexe

Parmi les 96 médecins généralistes répondants, 49 sont des femmes et 47 sont des hommes, soit une répartition globalement équilibrée entre les deux sexes.

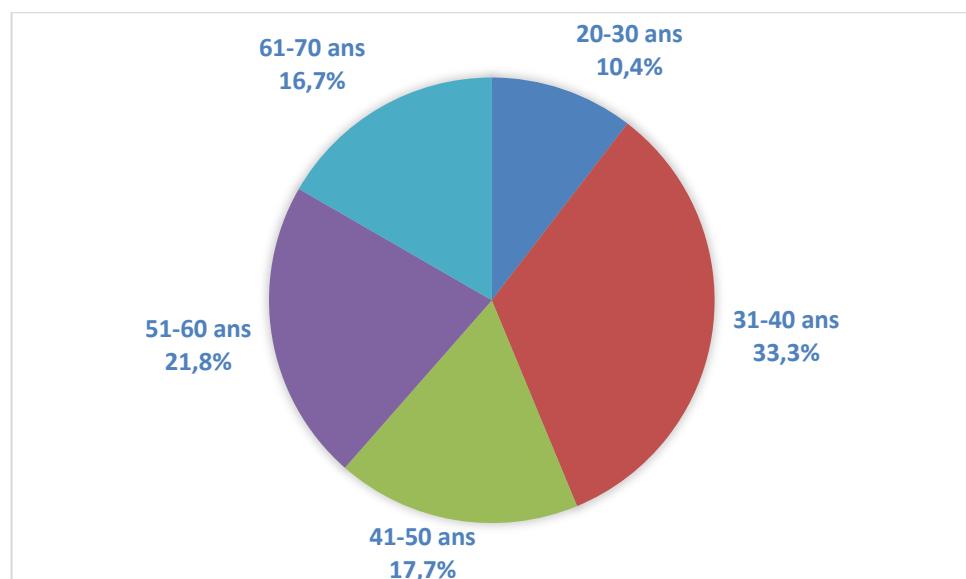


Figure 2. Répartition des 96 médecins répondants par classe d'âge

La classe d'âge la plus représentée parmi les répondants est celle des 31-40 ans (33,3%), suivie des 51-60 ans (21,8%). Les médecins de plus de 60 ans constituent 16,7% de l'échantillon, tandis que les moins de 30 ans sont minoritaires (10,4%).

2.2. Thèse

La totalité (100,0%) des 96 médecins répondant au questionnaire est thésée.

2.3. Installation

Au total, 88 médecins répondants (91,7%) sont installés en cabinet, dont un médecin du sport. Les huit autres praticiens (8,3%) exercent en tant que médecins remplaçants (8,3%).

2.4. Formation en médecine du sport

Sur les 96 médecins répondants, six déclarent avoir reçu une formation en médecine du sport (6,3%). Ces formations se répartissent comme suit : une formation de médecine militaire, deux formations individuelles, deux formations médicales continues, et une formation universitaire.

2.5. Mode d'exercice

Tous les modes d'exercice sont représentés. 38 des médecins répondants exercent en milieu rural (39,6%), 21 exercent en milieu semi-rural (21,9%), et 31 en milieu urbain (32,3%). Six médecins, parmi les médecins remplaçants, ont répondu avoir un exercice dit « variable » (6,3%).

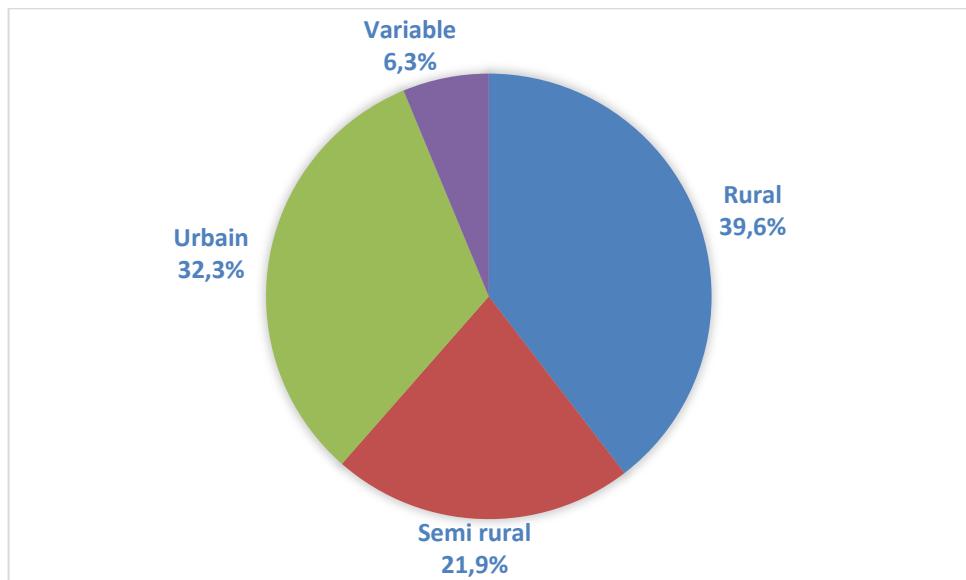


Figure 3. Répartition des médecins répondants en fonction de leur type d'exercice

3. Pratiques des médecins généralistes autour du CACI.

3.1. Niveau de confort des médecins généralistes face à la délivrance d'un CACI

Une large majorité des médecins interrogés (87,5%) ont déclaré se sentir à l'aise avec la consultation pour la délivrance d'un CACI en règle générale (c'est-à-dire peu importe le sport en question), tandis que 12,5% ont exprimé une certaine difficulté dans cet exercice.

La réalisation du test statistique du χ^2 ne met pas en évidence de lien significatif entre le niveau d'aisance pour la consultation de délivrance d'un CACI (de façon sport indépendante) et le sexe ($p=0,0759$), l'âge ($p=0,7709$), le département d'exercice ($p=0,3934$), le mode d'exercice ($p=0,5449$), l'installation ($p=0,6413$) ou la réalisation d'une formation en médecine du sport ($p=1$). Les résultats sont exprimés dans l'annexe III.

3.2. Organisation de la consultation : dédiée ou intégrée à une autre demande

Un peu plus de la moitié (56,3%) des médecins généralistes répondants ($n =54$) réalisent de façon systématique une consultation dédiée uniquement à ce motif de consultation lors de la demande de délivrance d'un CACI à la pratique d'un sport par un patient. Ils sont 20,8%

(n=20) à le faire lors de la première demande mais pas systématiquement lors d'une consultation dédiée pour le renouvellement. Enfin 22,9% des médecins (n =22) ont répondu coupler la délivrance d'un CACI à un autre motif de consultation dans la majorité des cas.

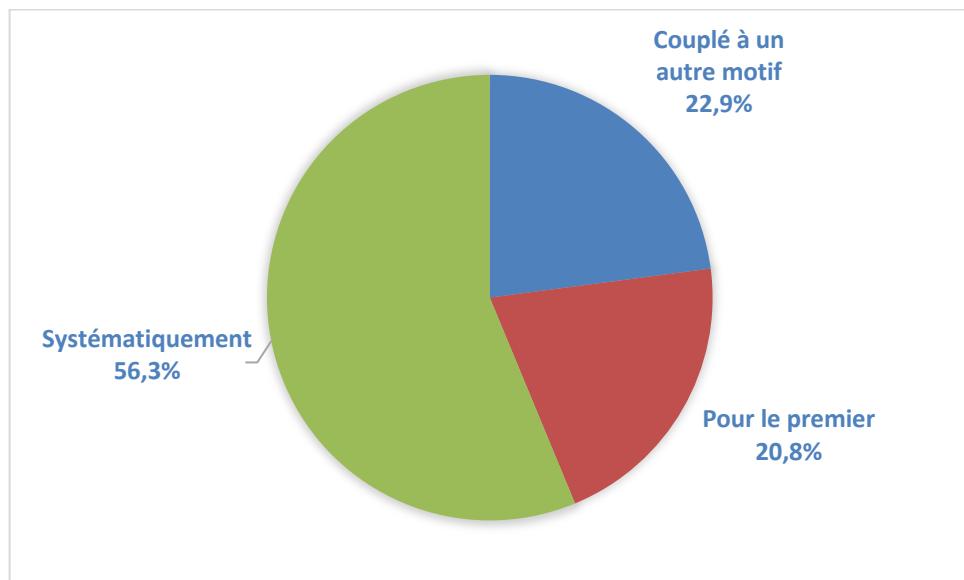


Figure 4. Répartition des médecins réalisant une consultation dédiée à la délivrance d'un CACI

Les caractéristiques démographiques ne semblent pas avoir d'influence sur l'organisation de la consultation, de même que le fait d'être à l'aise ou non avec la délivrance d'un CACI (l'ensemble des résultats est disponible dans l'annexe IV). Toutefois une tendance non significative mais proche du seuil de significativité ($p=0,066$) est observée pour la variable âge, suggérant une possible influence de l'expérience professionnelle dans la manière d'aborder cette consultation. Les médecins de moins de 30 ans sont sous représentés parmi ceux qui réalisent une consultation spécifiquement dédiée à la délivrance d'un CACI, tandis que les praticiens âgés de 31 à 60 ans semblent, au contraire, plus enclins à structurer ce temps médical comme une consultation à part entière.

3.3. Perception du CACI comme un outil de prévention

La grande majorité des médecins interrogés (97,9%) perçoivent la consultation pour la délivrance d'un CACI comme une opportunité d'exercer un rôle de prévention, en réintégrant une approche globale du patient au-delà de la seule aptitude à la pratique sportive. Cette consultation représenterait une occasion privilégiée de revisiter l'état de santé du patient dans son ensemble, d'aborder d'éventuels facteurs de risque et de renforcer la démarche de prévention en médecine générale. Seuls 2,1% des médecins interrogés ne partagent pas cette vision.

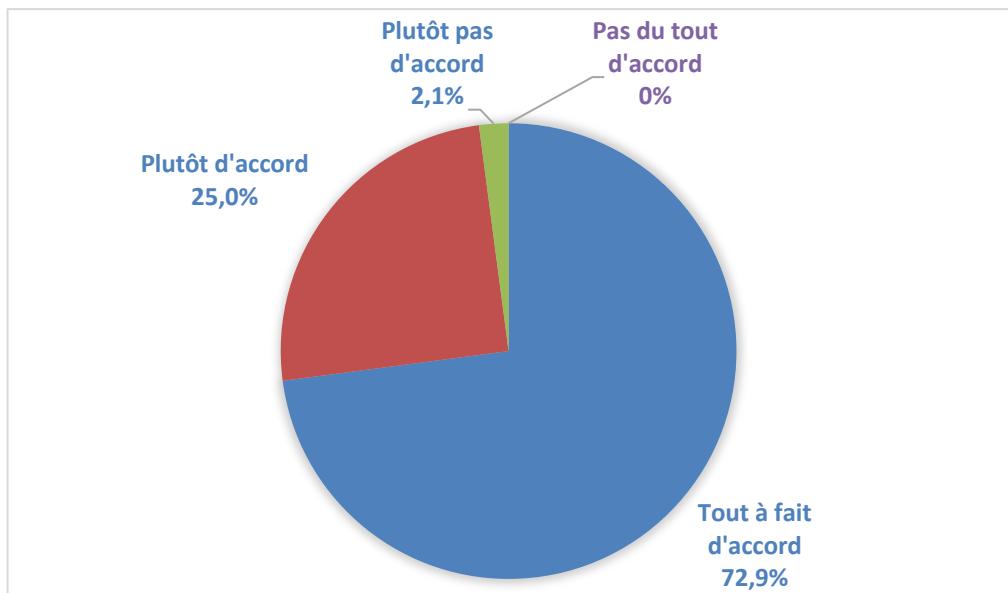


Figure 5. Répartition des médecins considérant cette consultation comme un acte de prévention en médecine générale

3.4. Fréquence et expérience des médecins avec ce type de consultation

Parmi les médecins généralistes interrogés, 63,5% (n=61) déclarent avoir déjà été sollicités au moins une fois pour la délivrance d'un CACI dans le cadre de la pratique des sports équestres. A l'inverse, 36,5% (n=35) n'ont jamais rencontré ce motif de consultation dans leur exercice.

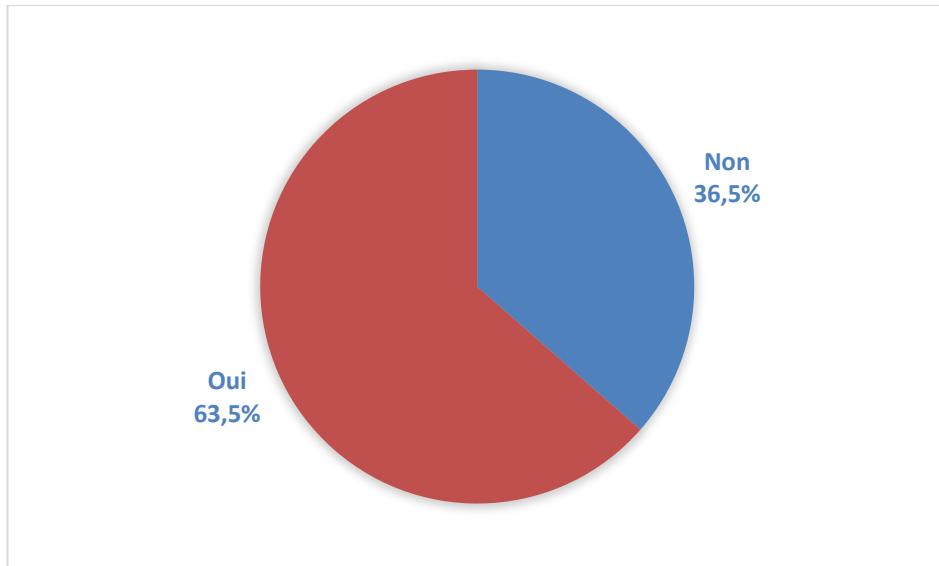


Figure 6. Médecins ayant déjà réalisé une consultation pour la délivrance d'un CACI pour les sports équestres

Parmi les médecins concernés, la fréquence de ce type de demande apparaît globalement faible. En effet, 26,0% des praticiens ($n=25$) déclarent être sollicités moins d'une fois par an en moyenne, 27,0% entre une et cinq fois par an ($n=26$), et seulement 8,3% ($n=8$) entre cinq et dix fois par an. Seuls 4,2% des répondants ($n=4$) indiquent être confrontés à plus de dix demandes par an. Ces données soulignent le caractère relativement marginal de cette consultation dans la pratique quotidienne, pouvant être en lien avec leur type d'exercice ou la patientèle des praticiens (figure 7).

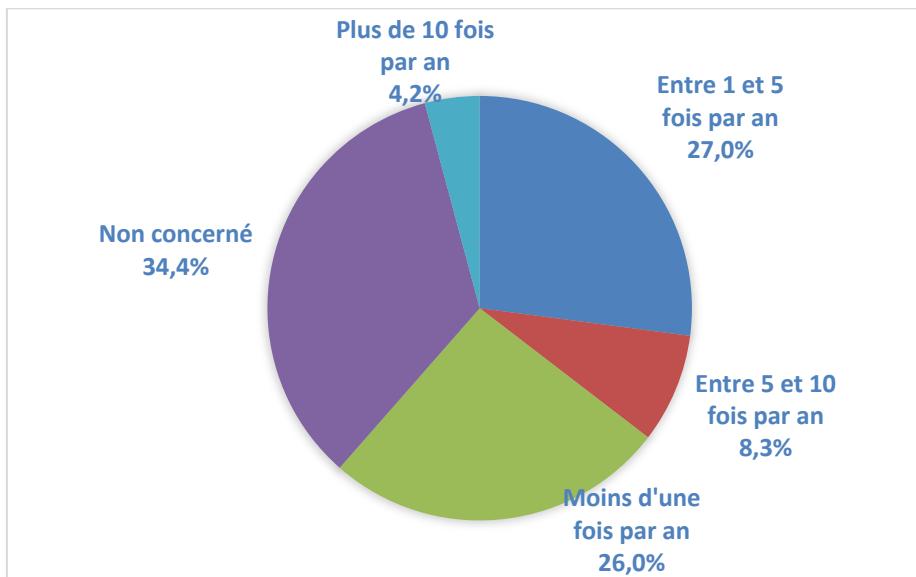


Figure 7. Répartition des médecins selon leur estimation du nombre annuel de consultations pour la délivrance d'un CACI lié aux sports équestres

Ces données illustrent à la fois une expérience hétérogène des médecins face à ce type de demande et une faible exposition globale à la délivrance de CACI pour les sports équestres, ce qui peut en partie expliquer les écarts de pratiques ou de connaissances observées dans le reste de l'étude.

4. Perception des risques liés aux sports équestres

4.1. Les différentes disciplines équestres

Une large majorité de 80 médecins généralistes interrogés (83,3%) déclarent avoir déjà entendu parler des différentes disciplines équestres. A l'inverse, seuls 16,7% ($n=16$) affirment ne pas en avoir connaissance. Ces chiffres témoignent d'une certaine familiarité d'ordre générale avec ce domaine, bien que des disparités peuvent subsister quant à la profondeur réelle de cette connaissance.

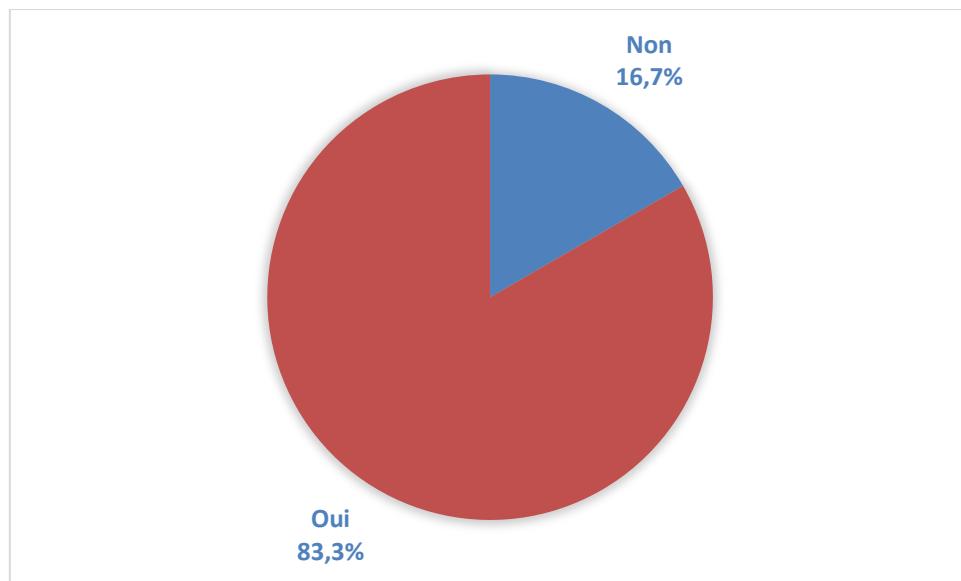


Figure 8. Répartition des médecins selon leur connaissance déclarée des différentes disciplines équestres

4.2. L'équitation est-elle perçue comme un sport à risque ?

Une majorité de 89,6% des médecins ($n=86$) considèrent les sports équestres comme un sport à risques contre 10,4% des médecins ($n=10$) d'avis contraire.

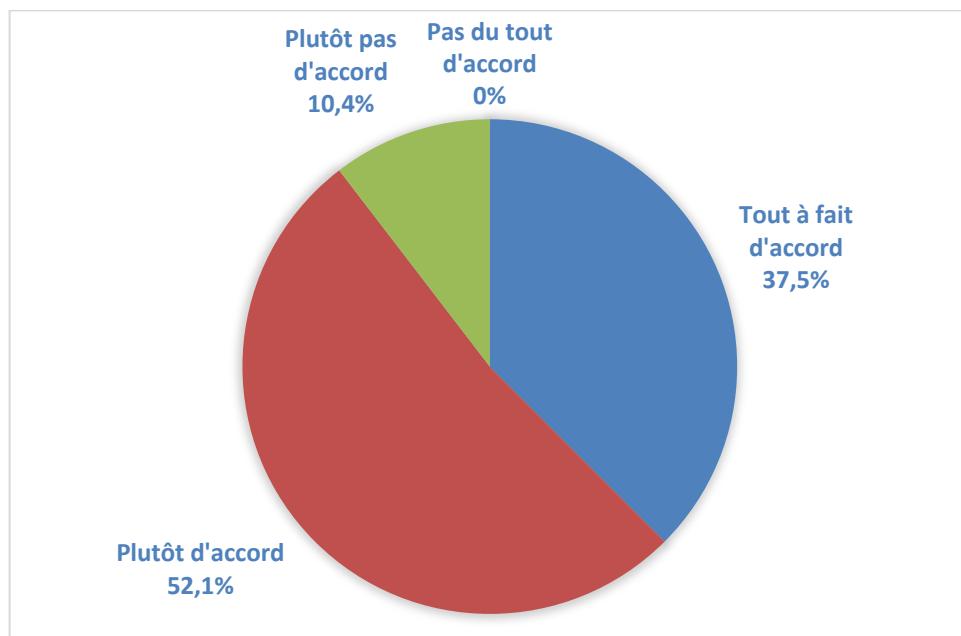


Figure 9. Répartition des médecins considérant l'équitation comme un sport à risques

Une analyse statistique a été réalisée afin d'évaluer une éventuelle association entre le profil démographique des médecins et leur perception des sports équestres en tant que sport à risques. Le test du χ^2 d'indépendance a été appliqué aux différentes variables démographiques pour comparer les médecins considérant les sports équestres comme un sport à risques et ceux ne les considérant pas comme tels.

Les résultats indiquent qu'une seule variable présente une différence statistiquement significative : le lieu d'exercice. Une association significative a été observée entre le type de zone d'exercice (urbaine, rurale, semi-rurale) et la perception du risque ($p=0,0057$). Aucun médecin exerçant en zone urbaine ne considère les sports équestres comme non risqués, ce qui suggère une influence du contexte géographique sur la perception du risque. En revanche, aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée pour les autres variables étudiées ($p=0,5196$ pour le sexe ; $p=0,2983$ pour l'âge ; $p=1$ pour le département d'exercice, le statut professionnel ainsi que pour la formation en médecine du sport). Ces résultats sont exprimés dans l'annexe V.

Ainsi, le profil démographique global des médecins ne semble pas fortement lié à leur perception du risque dans les sports équestres, à l'exception du lieu d'exercice qui pourrait refléter une différence d'exposition ou de sensibilité liée au contexte professionnel.

De plus, l'expérience des médecins avec le CACI pour les sports équestres ne distingue pas significativement ceux qui perçoivent mieux les risques spécifiques de l'équitation ($p=0,7422$). Ces résultats laissent supposer une conscience générale du caractère potentiellement dangereux de ce sport, indépendamment de l'exposition directe des médecins à ce type de consultation.

5. Identification et maîtrise des contre-indications médicales à la pratique des sports équestres.

5.1. Analyse quantitative

Lorsqu'il leur est demandé s'ils connaissent les contre-indications médicales à la pratique des sports équestres, 53,1% des médecins répondants ($n=51$) estiment ne pas les connaître. Cette proportion regroupe les réponses « plutôt non » et « pas du tout ». A l'inverse, 46,9% ($n=45$) considèrent en avoir une certaine maîtrise, incluant les réponses « plutôt oui » et « totalement ».

Dans le détail, la majorité des répondants se positionnent de manière nuancée : 34,3% déclarent « plutôt ne pas » connaître ces contre-indications ($n=33$), tandis que 18,8% ($n=18$) les ignorent complètement (« pas du tout »). Seul 1,0% des répondants (ce qui correspond à un seul médecin de l'échantillon) affirme les connaître totalement, enfin 45,9% se disent « plutôt à l'aise » avec ce champ de connaissance ($n=44$).

Les réponses ont été regroupées par pôle (positif/négatif) afin de faciliter l'analyse statistique.

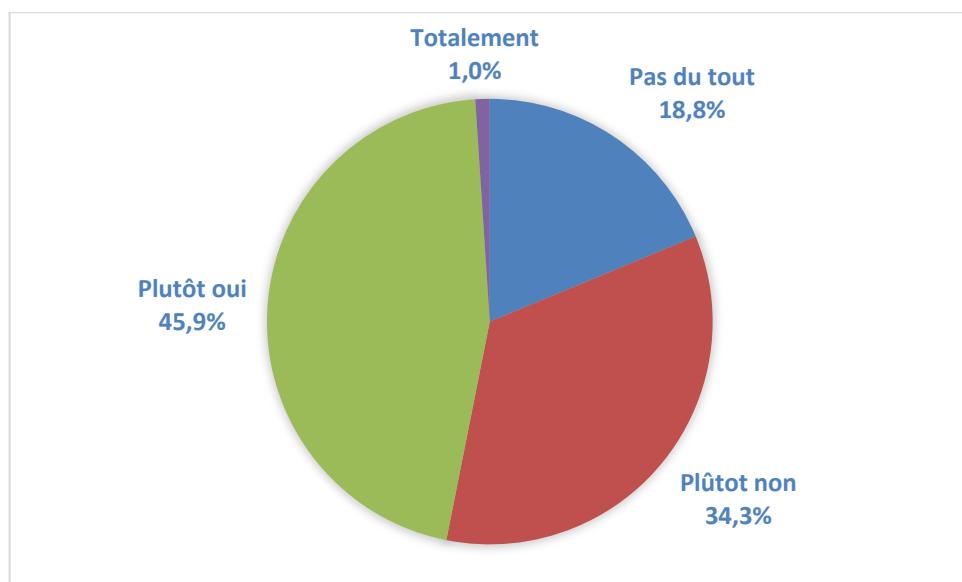


Figure 10. Répartition des médecins répondants en fonction de l'appréciation de leur niveau de connaissance des contre-indications à la pratique des sports équestres

Parmi les variables étudiées, plusieurs éléments apparaissent significativement associés à une meilleure connaissance des contre-indications médicales à la pratique des sports équestres. Tout d'abord, les médecins installés présentent une meilleure connaissance des contre-indications que les médecins remplaçant ($p=0,0176$). De même, ceux ayant suivi une formation en médecine du sport sont significativement plus nombreux à déclarer maîtriser ces éléments ($p=0,0088$).

Ensuite, les médecins se déclarant à l'aise avec la délivrance d'un CACI tous sports confondus, semblent mieux connaître les contre-indications spécifiques aux sports équestres ($p=0,0249$). Cette tendance se retrouve également chez ceux ayant une connaissance des disciplines équestres ($p=0,0135$).

Par ailleurs, les médecins ayant déjà réalisé une consultation pour la délivrance d'un CACI dans le cadre de l'équitation présentent un niveau de connaissance significativement plus élevé que ceux n'ayant jamais été confronté à une telle demande ($p=6,41.10^{-5}$). Cette association devient plus marquée avec la fréquence de réalisation : plus les médecins réalisent ce type de consultation, plus ils déclarent maîtriser les contre-indications ($p=8,87.10^{-5}$). La totalité des résultats est disponible dans l'annexe VI.

Au regard de ces associations significatives, il est possible de faire émerger un profil type de médecin généraliste dont les pratiques et l'expérience semblent associé à une meilleure connaissance des contre-indications spécifiques à la pratique de l'équitation. Cette synthèse, présentée ci-après, permet de mettre en lumière les caractéristiques les plus marquantes observées dans cette étude.

C'est ainsi un médecin :

- Installé ;
- Qui a suivi une formation en médecine du sport ;

- A l'aise avec le CACI de façon générale ;
- Ayant une connaissance des discipline équestres ;
- Réalisant fréquemment ce type de consultation.

Ces résultats suggèrent qu'un meilleur niveau de connaissance est corrélé à une exposition plus régulière et à une formation spécifique, ce qui appuie l'idée qu'il existe une certaine expertise acquise par la pratique.

5.2. Analyse qualitative

En complément des données quantitatives, l'analyse des réponses ouvertes fournies par les médecins généralistes apporte un éclairage pertinent sur leurs représentations des contre-indications à la pratique des sports équestres. Elle permet de mieux comprendre les raisonnements cliniques mobilisés, les critères retenus en l'absence de recommandations spécifiques, ainsi que les préoccupations prioritaires exprimées par les praticiens.

Selon une approche thématique inductive, les réponses ont été regroupées en grandes catégories pathologiques (neurologie, cardiovasculaire, etc.), mettant en évidence à la fois la diversité des domaines médicaux concernés et l'hétérogénéité des pratiques. Cette démarche vise à mieux cerner les fondements cliniques des décisions d'aptitude ou de non aptitude, tout en identifiant d'éventuels besoins de formation ou de clarification des repères cliniques.

Le thème le plus fréquemment cité concerne les affections rachidiennes (21,77%), incluant les rachialgies, les pathologies cervicales ou lombaires, et les antécédents de fractures vertébrales. Ce résultat souligne l'attention particulière portée au risque de traumatisme ou d'aggravation de pathologies déjà existantes dans cette région anatomique, compte tenu des sollicitations mécaniques spécifiques à la pratique équestre.

Les pathologies cardiovasculaires représentent également une proportion importante (18,9%) des contre-indications évoquées. Les médecins ont mentionné à la fois les troubles du rythme, les anomalies coronariennes, les troubles de la coagulation, ainsi que les états d'hypertension non équilibrée. Cela témoigne d'une vigilance face aux risques d'évènements aigus à l'effort, commune à toute pratique sportive en règle générale.

Viennent ensuite les atteintes ostéoarticulaires et neurologiques (respectivement 12,5% et 11,7%), incluant notamment l'arthrose et la fragilité osseuse pour le premier, et les troubles moteurs et épileptiques pour le second. La prise en compte des troubles de l'équilibre (9,3%) et des antécédents de traumatismes crâniens récents (5,7%) traduit une sensibilité au risque de chute et aux conséquences potentielles graves en cas de perte de contrôle du cheval. Plus marginalement, certains répondants ont mentionné des troubles ophtalmologiques (4,8%), des affections allergiques (4,4%) ou encore des situations telles que la grossesse (3,2%), les pathologies psychiatriques à risque (1,6%) ou les maladies infectieuses en cours d'évolution (1,2%).

Enfin, 5,42% des réponses ont été classées dans la catégorie « autres », rassemblant des situations cliniques diverses ou peu précisées.

Ces résultats reflètent une certaine hétérogénéité dans les représentations médicales des contre-indications, et suggèrent qu'en l'absence de recommandations spécifiques, les médecins mobilisent des critères cliniques issus d'autres disciplines sportives, ou s'appuient sur leur jugement personnel. L'ensemble des résultats est présenté en annexe VII.

6. Pratiques d'adaptation et besoins exprimés.

6.1. Présence ou absence d'un examen clinique spécifique

Parmi les médecins interrogés, 18,8% (n=18) ont déclaré ne jamais avoir eu à délivrer un CACI pour les sports équestres. Ces réponses ont été exclues des analyses comparatives afin de ne pas biaiser les résultats statistiques.

Sur les 78 médecins interrogés ayant déjà été confronté à ce type de demande, 55,1% (n=43) déclarent réaliser un examen clinique spécifique, tandis que 44,9% (n=35) indiquent effectuer un examen plus général, non adapté à ce contexte (figure 11).

Ces résultats suggèrent une variabilité importante des pratiques cliniques, illustrant l'absence de consensus ou de référentiel partagé pour guider cette évaluation médicale particulière.

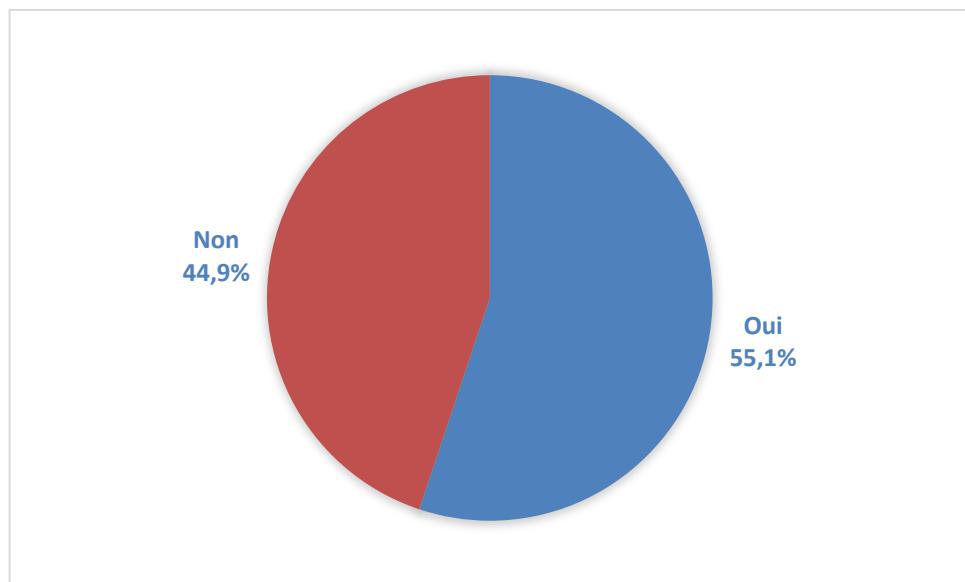


Figure 11. Répartition des médecins généralistes déclarant avoir un examen clinique spécifique lors de la consultation pour la délivrance d'un CACI pour les sports équestres

Aucune différence significative n'a été observée selon le sexe ($p=0,8199$), ni selon le lieu d'exercice (urbain, rural, semi rural, $p=0,4620$), le département d'exercice (Sarthe ou Mayenne, $p=0,2935$), ou le statut professionnel (installé, remplaçant ou médecin du sport,

$p=0,9999$). En revanche, l'âge semble influencer la probabilité de réaliser un examen clinique spécifique ($p=0,0420$). Les médecins de plus de 51 à 60 ans sont les plus nombreux à déclarer cette pratique, tandis que les plus jeunes (les moins de 30 ans) sont très peu représentés dans ce groupe. Cette tendance pourrait refléter l'influence d'une plus grande expérience ou une habitude acquise avec le temps.

Aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée entre la réalisation d'un examen clinique spécifique et le fait d'avoir reçu une formation en médecine du sport ($p=0,0609$), bien que la tendance soit en faveur des médecins formés. Les résultats sont présentés dans l'annexe VIII.

Aucun lien significatif n'a été observé entre la réalisation d'un examen clinique spécifique et le niveau d'aisance du médecin avec la délivrance d'un CACI tous sports confondus ($p=0,7236$), ni avec l'organisation de la consultation (consultation dédiée ou non, $p=0,6304$), ou l'usage de supports d'aide ($p=0,4017$).

La reconnaissance de l'équitation comme un sport à risques ($p=0,1301$) ou la connaissance des disciplines équestres ($p=0,2057$) ne diffèrent pas significativement selon la pratique d'un examen clinique spécifique.

En revanche, la connaissance des contre-indications est significativement plus fréquente parmi les médecins réalisant un examen clinique structuré ($p=0,0035$). En effet, 83,7% ($n=36$) des médecins avec un examen clinique spécifique affirment connaître les contre-indications, contre 71,4% ($n =25$) parmi ceux n'en réalisant pas.

La fréquence d'exposition à cette demande n'influence pas significativement la réalisation d'un examen clinique spécifique ($p=0,2929$), bien que la tendance soit légèrement en faveur des médecins plus sollicités.

6.2. Contenu de l'examen clinique réalisé dans ce contexte

L'analyse qualitative des réponses ouvertes relatives aux éléments cliniques recherchés lors de la consultation pour la délivrance d'un CACI dédié aux sports équestres a permis d'identifier plusieurs thèmes récurrents, révélateurs des priorités perçues par les médecins généralistes interrogés.

6.2.1. Examen du rachis et de la statique vertébrale

De nombreux répondants évoquent une attention particulière portée au rachis. Ils évoquent notamment l'évaluation de la statique rachidienne, la recherche de douleurs, d'antécédent ou de pathologie particulière. Cela reflète une préoccupation fréquente concernant les contraintes mécaniques exercées sur la colonne vertébrale à cheval.

6.2.2. Évaluation de l'équilibre et de la motricité

Les troubles de l'équilibre, les vertiges, la coordination motrice et plus globalement la motricité sont régulièrement cités. Des médecins mentionnent l'évaluation de la marche, de l'équilibre unipodal, ou la recherche de troubles vestibulaires. Cette attention portée à l'équilibre traduit une vigilance vis-à-vis du risque de chute, particulièrement pertinent dans le contexte des sports équestres.

6.2.3. Évaluation cardiovasculaire

Les différents éléments de l'examen cardiovasculaire ont régulièrement été cités. Ces éléments restent communs à tous les sports, mais leur mention suggère une importance particulière de cette composante de l'examen clinique pour les praticiens.

La recherche de troubles de la coagulation, mentionnée plusieurs fois par les généralistes, faisait écho à la prise en compte du contexte de risque de chute vu précédemment.

6.2.4. Évaluation ophtalmologique

Certains médecins mentionnent la nécessité de rechercher et d'évaluer des troubles de la vue (vision floue, diplopie, etc.), bien que cette thématique reste minoritaire. Quelques réponses

relient ces troubles à un risque spécifique en équitation, notamment en lien avec l'orientation spatiale et la sécurité.

6.2.5. Synthèse

L'examen clinique réalisé lors de la consultation pour la délivrance d'un CACI pour les sports équestres semble s'articuler autour de quelques axes principaux selon les praticiens. Il s'agit du rachis, de l'équilibre, de la vision, et de l'examen cardiovasculaire. Toutefois, les réponses ont révélé une variabilité importante dans la profondeur de l'examen et une absence de démarche systématique généralisée. Cela suggère un potentiel intérêt d'un outil d'aide à la consultation ou d'un référentiel pour homogénéiser les pratiques.

6.3. Besoin de supports, recommandations ou formations complémentaires

Afin de simplifier les analyses, les réponses sont regroupées dans deux catégories. Le groupe « pas d'utilisation, d'un support d'aide » (comprenant uniquement la réponse « jamais », et le groupe « utilisation d'un support d'aide » incluant toutes les autres modalités.

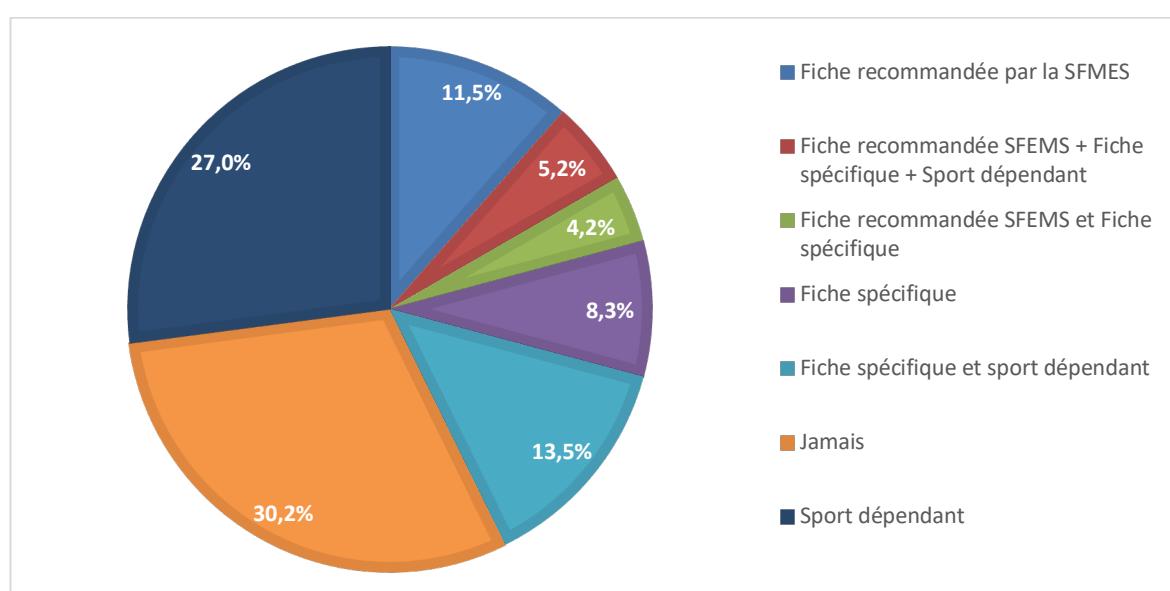


Figure 12. Supports d'aides utilisés par les médecins lors des consultations pour la délivrance d'un CACI tous sports confondus.

La majorité des médecins interrogés (69,8%, soit n=67) ont déclaré recourir à un support d'aide lors de la délivrance d'un CACI, contre 30,2% (n =29) qui ne l'utilisent jamais. Les supports d'aides cités incluent notamment la fiche de la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES), ainsi que les diverses fiches spécifiques au sport concerné ou des recommandations issues de la littérature (sans précision sur leur origine).

L'analyse du graphique montre que le recours aux supports est multiple et hétérogène, sans qu'un outil de référence ne domine largement. Cette diversité illustre l'absence de recommandation unifiée, mais aussi un besoin exprimé par les praticiens d'un cadre structurant pour les accompagner dans l'évaluation médicale, en particulier dans les disciplines moins connues, ou présentant des risques (comme l'équitation par exemple). Dans ce contexte, l'existence de support paraît essentielle : un médecin généraliste ne peut raisonnablement maîtriser l'ensemble des spécificités propre à chaque sport, d'où l'intérêt de disposer de ressources ciblées pour guider la décision médicale.

Parmi les variables étudiées, seul le département d'exercice était associé de façon statistiquement significative à l'utilisation d'un support ($p=0,025$). Les médecins exerçant dans la Sarthe déclaraient y recourir plus fréquemment que ceux de la Mayenne. En revanche, aucune autre caractéristique démographique, ni le fait de se sentir à l'aise avec la délivrance d'un CACI ($p=0,3365$) ne semblait influencer cette pratique, de même pour la connaissance des CI ($p=0,531$). Cela suggère que l'utilisation d'un support ne constitue pas systématiquement une stratégie d'adaptation à un manque de connaissance ou d'aisance. Elle pourrait être davantage influencée par des habitudes locales ou des pratiques collectives, plutôt qu'individuelles. L'ensemble des résultats est détaillé dans l'annexe IX.

DISCUSSION

1. Rappels des objectifs et synthèse des résultats principaux

Cette thèse avait pour objectif principal d'évaluer les pratiques des médecins généralistes lors de la consultation pour la délivrance du certificat d'absence de contre-indication (CACI) dans le cadre des sports équestres en compétition. Elle visait également à identifier d'éventuels profils de médecins plus à même de connaître les spécificités médicales liées à cette discipline, et à analyser si les praticiens se sentant moins à l'aise avec cette consultation mettaient en place des stratégies de compensation, telle que l'usage de supports d'aide. Enfin, elle cherchait à proposer une piste d'outil simplifié à visée pratique susceptible d'accompagner cette consultation, réalisée à partir des constats recueillis et des données issues de la littérature.

L'étude menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes a permis d'obtenir une vision d'ensemble des pratiques déclarées lors de la délivrance du CACI pour les sports équestres. Elle met en évidence une variabilité importante des approches, tant sur le plan organisationnel que clinique.

La consultation pour la délivrance d'un CACI de manière générale est majoritairement perçue comme un temps médical à visée préventive, et une large part des médecins interrogés se disent à l'aise dans cet exercice. Cependant, cette aisance ne s'accompagne pas systématiquement d'une pratique structurée ou standardisée, ni d'une connaissance approfondie des contre-indications spécifiques à certaines disciplines comme l'équitation.

Il est intéressant de noter que près de 90% des médecins considèrent l'équitation comme un sport à risques, ce qui témoigne d'une conscience claire des enjeux de sécurité liés à cette discipline. Cette perception ne semble toutefois pas toujours se traduire en une évaluation

médicale adaptée ou approfondie, ce qui interroge sur le décalage entre la reconnaissance du risque et la structuration des pratiques cliniques.

La réalisation d'un examen clinique dédié n'est pas systématique : un peu plus de la moitié des médecins ayant déjà délivré un CACI pour les sports équestres déclarent en réaliser un. Son contenu est variable, avec une prédominance de l'examen du rachis, de l'équilibre, de l'état cardiovasculaire et visuel. L'analyse qualitative confirme l'absence d'une démarche homogène dans cette évaluation.

Sur le plan des connaissances, environ la moitié des répondants déclare ne pas bien connaître les contre-indications propres à la pratique équestre. Certains facteurs semblent favoriser une meilleure connaissance, notamment le fait d'être médecin installé, formé en médecine du sport, et exposé régulièrement à ce type de demande. Ces éléments permettent d'identifier des profils de médecins potentiellement plus compétents dans cette évaluation spécifique.

Enfin, parmi les médecins se disant moins à l'aise ou peu informés, peu adoptent des stratégies explicites de compensation, telles que le recours systématique à un support d'aide. Ce point interroge sur la perception du niveau d'exigence de cette consultation et sur l'accessibilité, la diffusion ou la reconnaissance des outils disponibles.

2. Interprétation des résultats

Cette étude apporte un éclairage sur la diversité des pratiques déclarées par les médecins généralistes lors de la délivrance du CACI pour les sports équestres. Les résultats montrent une grande hétérogénéité dans les modalités de consultation, la nature de l'examen clinique réalisé (notamment les éléments cibles recherchés), et la connaissance des contre-indications spécifiques à la pratique de l'équitation.

L'objectif principal d'évaluer les pratiques est largement atteint : si certains médecins déclarent réaliser un examen clinique structuré, celui-ci repose sur des repères variables, rarement

systématisés. De même, l'utilisation d'un support d'aide, ou la réalisation d'une consultation dédiée ne sont pas universelles. Ces différences traduisent un manque d'harmonisation des pratiques lié en partie à l'absence de référentiel clair.

L'analyse a permis de dégager plusieurs profils de médecins plus à même de connaître les spécificités médicales de l'équitation : les médecins installés, ayant reçu une formation complémentaire en médecine du sport et étant exposés plus fréquemment à ce type de consultation. Ces éléments suggèrent que l'expérience clinique et la formation spécialisée jouent un rôle clé dans l'acquisition de repères pertinents pour cette évaluation.

En revanche, les médecins se sentant moins à l'aise avec la délivrance du CACI (tous sport confondus) ne semblent pas adopter systématiquement de stratégies de compensation telles que l'usage d'un support d'aide, la mise en place d'un examen clinique plus structuré ou le recours à des recommandations spécifiques. Ce constat invite à s'interroger sur la perception du besoin de formation continue, et surtout (dans ce contexte) sur l'accessibilité des ressources disponibles.

En somme, les pratiques actuelles reposent, dans ce cas, encore largement sur l'expérience individuelle et l'initiative personnelle, ce qui expose à une variabilité des évaluations selon les praticiens. Ces résultats plaident pour un meilleur accompagnement des médecins dans la consultation pour la délivrance du CACI pour les sports équestres.

3. Apports et implications en médecine générale

Ce travail apporte une contribution originale face à la compréhension des pratiques des médecins généralistes face à une demande de CACI, dans un contexte particulier : celui des sports équestres en compétition. En s'intéressant à une discipline sportive considérée comme à risques, souvent sous-représentée dans les études médicales, cette enquête met en lumière

les variations d'approche, de connaissances et de rigueur clinique selon les profils professionnels, l'expérience ou l'exposition.

L'un des principaux apports de cette étude est de montrer que la délivrance d'un CACI reste peu encadrée pour certains sports (ici pour les sports équestres) et repose largement sur l'appréciation personnelle du médecin, en l'absence de référentiel spécifique ou d'outil dédié.

Or, dans le cadre des sports exposants à des risques traumatiques importants, comme l'équitation, cette variabilité peut avoir un impact direct sur la sécurité des pratiquants, en particulier lorsqu'aucun examen clinique spécifique structuré n'est mené.

Cette étude souligne également que la consultation pour la délivrance d'un CACI est perçue comme un acte à visée préventive par la grande majorité des médecins. Elle constitue donc une opportunité réelle de renforcer le rôle de prévention du médecin généraliste, à condition d'être mieux structurée. En effet, dans un contexte où les consultations sont souvent courtes et multitâches, disposer de grilles d'examen simples, de repères cliniques spécifiques ou d'outils synthétiques par type de sport pourrait faciliter la mise en œuvre d'évaluations pertinentes sans alourdir la charge de travail.

Enfin, ces résultats soulignent l'importance de la formation continue en médecine du sport et de la diffusion de supports validés. Le fait que certains profils de médecins soient mieux armés pour évaluer les risques liés à l'équitation montre que cette compétence est accessible, à condition qu'elle soit soutenue par une pratique régulière. En cela, cette étude peut contribuer à alimenter les réflexions sur les besoins de formation initiale et continue, mais aussi à encourager les institutions (URPS (Union Régionales des Professionnels de Santé), collèges, sociétés savantes) à proposer des outils concrets adaptés au terrain.

En résumé, ce travail montre que le médecin généraliste peut jouer un rôle actif dans l'évaluation sécurisée de l'aptitude à la pratique d'un sport, à condition d'être mieux accompagné. C'est à la croisée de la prévention, de l'autonomie professionnelle et de la

sécurité des patients que se situe toute la pertinence de cette consultation dans la pratique quotidienne du médecin traitant.

4. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, la participation reposait sur la base du volontariat, ce qui expose à un biais de sélection : les médecins ayant répondu sont peut-être ceux qui se sentent le plus concernés par le certificat médical ou par la pratique sportive, ce qui pourrait surestimer le niveau d'aisance ou d'investissement déclaré. Par ailleurs, l'ensemble des données repose sur un auto-questionnaire, et donc sur des déclarations. Cela implique un biais déclaratif, inhérent à ce type de recueil, avec un possible décalage entre les pratiques réellement mises en œuvre en consultations et celles rapportées. Sur le plan de la représentativité, l'étude a été menée dans un nombre limité de départements, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble du territoire national. Certaines différences interdépartementales observées suggèrent d'ailleurs l'existence de dynamiques locales ou de pratiques en réseau qui ne peuvent être extrapolées sans prudence.

Le nombre total de répondants, bien qu'acceptable pour une thèse descriptive, reste relativement modeste, ce qui réduit la puissance statistique des comparaisons croisées et peut masquer certaines tendances ou associations.

Enfin, l'analyse qualitative des réponses ouvertes, a été conduite de manière manuelle, sans recours à un logiciel spécialisé. Cette méthode, adaptée au format de la thèse, limite cependant la profondeur de l'exploration thématique et n'a pas permis d'établir des corrélations fines entre les discours et les profils professionnels. L'étude ne repose par ailleurs que sur des pratiques déclarées, sans observation directe ni vérification des contenus cliniques des consultations, ce qui aurait pu renforcer la validité des conclusions.

5. Perspectives et propositions

Les résultats de cette étude permettent de dégager plusieurs pistes concrètes pour améliorer la qualité et l'homogénéité des pratiques médicales autour de la délivrance du CACI, en particulier dans le cadre des sports à risques non répertoriés dans le cadre légal, comme l'équitation. Il semble tout d'abord nécessaire de mieux structurer cette consultation, en proposant une grille d'examen clinique minimale, incluant les éléments les plus fréquemment identifiés comme pertinents. Cette grille pourrait être intégrée dans les logiciels de consultation ou diffusée sous forme de fiche mise à disposition par la fédération lorsque le CACI est demandé.

L'étude souligne également l'intérêt de développer et de diffuser des supports d'aide à la décision spécifiques par discipline sportive, validés et accessibles, afin d'accompagner les médecins dans leurs évaluations, notamment lorsqu'ils ne sont pas formés en médecine du sport. Ces outils pourraient être relayés par les URPS, les facultés, les sociétés savantes (comme la SFMES par exemple), ou les fédérations.

Enfin, cette étude invite à une réflexion plus large sur l'harmonisation des pratiques à l'échelle nationale. L'élaboration de recommandations spécifiques simples, adaptées à la médecine générale, pourrait permettre de sécuriser la délivrance des certificats tout en maintenant l'autonomie clinique des praticiens. Ces propositions visent à soutenir le rôle préventif du médecin traitant, qui reste le décisionnaire, tout en garantissant une évaluation équitable et cohérente pour l'ensemble des pratiquants.

6. Proposition d'un outil d'aide à la consultation

6.1. Contexte et justification

L'étude a mis en évidence une grande hétérogénéité des pratiques déclarées par les médecins généralistes lors de la délivrance du CACI pour les sports équestres. Face à l'absence de

recommandations nationales spécifiques, et dans une optique de prévention et de sécurisation de la pratique, il semble pertinent de proposer un outil simple de repérage clinique, pouvant servir de base lors de la consultation, construit à partir des données recueillies lors de ce travail, et enrichie par les sources bibliographiques disponibles.

Parmi les éléments les plus fréquemment explorés par les praticiens interrogés figurent la statique vertébrale et la recherche de troubles rachidiens, considérés comme beaucoup comme potentiellement incompatibles avec la pratique de l'équitation. Toutefois, les travaux de certains auteurs (notamment les Dr E. FAVORY, B. AUVINET, B. FOUQUET, etc.) rappellent que la pathologie rachidienne n'est pas une contre-indication systématique à la pratique équestre. Même en cas de pathologies chroniques (lombalgies, antécédents de hernie), l'équitation peut être maintenue sous réserve de l'adaptation de la pratique et d'une bonne stabilité fonctionnelle. L'appréciation doit donc être individualisée, et la présence d'un antécédent rachidien ne doit pas justifier à elle seule une inaptitude.

6.2. Focus sur le rachis : un point de vigilance parfois surévalué

Parmi les préjugés rapportés à l'équitation, celui d'être un sport dangereux pour le rachis du cavalier reste très répandu. Cette mauvaise réputation des sports équestres amène encore régulièrement les médecins à déconseiller ce sport chez les patients (enfant, adolescent ou adulte), dès lors que celui-ci a rencontré un problème rachidien. Face à ce constat, il est intéressant d'orienter le praticien vers une attitude plus raisonnée (13).

Le rachis constitue un axe d'exploration clinique prioritaire pour de nombreux médecins généralistes lors de la délivrance du CACI pour la pratique des sports équestres. Toutefois, il est essentiel de rappeler que toutes les pathologies vertébrales ne représentent pas une contre-indication à cette discipline. Bien au contraire, l'équitation est souvent décrite comme bénéfique sur le plan postural et musculaire (14,15).

Sur le plan physiologique, la pratique équestre contribue au renforcement de la ceinture abdominale et dorsale, améliore l'équilibre postural et réduit les contraintes exercées sur le rachis. Il est même courant d'observer une amélioration des lombalgie chroniques après la reprise de l'équitation, alors qu'un arrêt prolongé peut au contraire aggraver la symptomatologie douloureuse (13). L'explication fournie est l'effet bénéfique de la sollicitation de la musculature vertébrale profonde, dite de soutien, qui est particulièrement importante chez le cavalier (16,17).

Chez les cavaliers, les lombalgie sont les pathologies rachidiennes les plus fréquemment retrouvées (17). Une approche bibliographique de la santé de l'athlète cavalier a été réalisé par Sophie BIAU, Ingénieure de recherche « Physiologie du sport » à l'Institut Français du Cheval et de l'Équitation (IFCE) en 2015 et conclut que la fréquence des rachialgies chez le cavalier est identique à celle de la population générale (18). B. AUVINET (ancien chef de service de Rhumatologie et de Médecine du Sport au CH de LAVAL) avait également avancé ces observations (17). Ces douleurs sont majoritairement d'origine musculo-ligamentaire (15), souvent liées à de mauvaises postures ou à un tonus musculaire insuffisant dans la vie quotidienne, plutôt qu'à la pratique équestre elle-même (17,19). La position à cheval, lorsqu'elle est techniquement correcte, a même tendance à soulager ces douleurs (grâce à la sollicitation de la musculature profonde), ce qui renforce l'intérêt de maintenir une activité adaptée. (13)

En revanche, certaines situations doivent faire l'objet d'une évaluation médicale attentive.

Selon la littérature disponible (15,17-21), certaines situations d'origine rachidienne peuvent constituer des contre-indications à la pratique de l'équitation, en particulier chez l'enfant et l'adolescent en phase de croissance. L'examen clinique du dos est indispensable, notamment pour dépister une scoliose. Une scoliose non évolutive, avec un angle de courbure <15° et

sans pathologie vertébrale associé à caractère évolutif ne contre-indique pas la pratique de l'équitation. Elle peut même, dans certains cas, avoir un effet bénéfique sur la posture, à condition que la pratique soit adaptée et encadrée.

En revanche, toute douleur rachidienne ou articulaire active chez l'enfant ou l'adolescent constitue une contre-indication temporaire à la pratique du sport, et donc de l'équitation, jusqu'à disparition complète de la douleur. Un avis spécialisé et un bilan complémentaire peuvent être nécessaires, notamment en cas de suspicion de pathologie évolutive.

La dystrophie rachidienne de croissance (DRC) illustre bien cette problématique. En phase douloureuse, elle justifie une inaptitude temporaire. La fréquence des séquelles de DRC chez les cavaliers professionnels est plus élevée que dans la population générale, surtout lorsque le début de la pratique a été précoce (17).

Enfin, chez l'adulte, certaines pathologies vertébrales évolutives (comme une hernie discale symptomatique, une spondylolisthésis douloureuse ou une hyperlordose sévère) (12) peuvent nécessiter une contre-indication temporaire, plus ou moins prolongée, à la pratique équestre. L'évaluation doit alors être individualisée, et le recours à un spécialiste peut être justifié et nécessaire.

6.3. Proposition d'une grille clinique simplifiée

Dans l'objectif de proposer un outil simple adapté à la pratique quotidienne des médecins généralistes, les résultats de l'étude et les données issues de la littérature permettent de dégager plusieurs axes cliniques prioritaires à explorer lors de la consultation pour la délivrance d'un CACI dans le cadre de l'équitation. Ces axes ont été identifiés à la fois par la fréquence avec laquelle ils ont été évoqués par les praticiens, et par leur pertinence médico-sportive dans cette discipline considérée à risques. Le contenu de ces différents axes a été synthétisé dans le tableau I.

Le premier axe est celui du rachis, largement exploré par les médecins, puisque présentant un risque essentiel pour le pratiquant, bien que (comme vu précédemment), toutes les pathologies vertébrales ne justifient pas une inaptitude. Il s'agit de repérer les douleurs et les pathologies évolutives, les éventuels antécédents de chirurgie, ainsi que des troubles de la statique rachidienne afin de mettre en place (ou de poursuivre), un suivi médical adapté, entraînant ou non une contre-indication temporaire de pratique. Il est important de notifier qu'aucun airbag ou système de corset quel qu'il soit ne remplacera une musculature paravertébrale efficace et entretenue. Les haubans musculaires cervicaux notamment, doivent être développés par l'entraînement et cette musculature doit être entretenue dans le temps. C'est la meilleure protection contre les traumatismes vertébraux. Il paraît donc capital pour le médecin généraliste délivrant un CACI pour les sports équestres d'examiner la trophicité musculaire dorsale, et de conseiller aux cavaliers de développer cette dernière dans une problématique de prévention.

Le second axe concerne l'équilibre et la coordination motrice, éléments essentiels dans la gestion du cheval, notamment en extérieur ou en situation de saut. Une instabilité à la marche, des antécédents répétés de chutes ou des troubles vestibulaires doivent alerter.

Un troisième domaine à explorer est celui de la fonction visuelle, qui intervient dans l'anticipation des mouvements, l'orientation et la sécurité lors de la pratique. Une acuité visuelle insuffisante non corrigée ou des troubles visuels invalidants (troubles oculomoteurs, diplopie, etc.) peuvent poser problème.

Le quatrième axe est l'évaluation cardiovasculaire et respiratoire, commune à chaque sport.

Des antécédents de syncope, de trouble du rythme non contrôlé, et plus généralement la présence de signes fonctionnels, doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Enfin, l'interrogatoire et l'examen clinique doit permettre d'identifier tout antécédent neurologique ou psychiatrique à risque, notamment les traitements susceptibles d'altérer la conscience ou la coordination, les antécédents de trouble de la vigilance, d'épilepsie. Il est à noter que l'équitation peut être pratiquée chez les patients épileptiques et traités. Ainsi, une épilepsie traitée et équilibrée médicalement, avec une absence de crises depuis au moins un an n'est pas une contre-indication, mais dans ce contexte la signature du CACI nécessite alors un EEG normal et un avis du neurologue référent de moins de trois mois (22).

Pour toute cette évaluation, il est nécessaire d'avoir interrogé le patient et de connaître la discipline pratiquée, son intensité, et les conditions de sécurité dans lesquelles elle se déroule, afin d'adapter l'évaluation à la réalité du terrain.

Tableau I. Grille simplifiée d'évaluation clinique pour la délivrance d'un CACI concernant les sports équestres

Axe clinique	Éléments à explorer	Signes d'appels ou situations justifiant un avis spécialisé ou une inaptitude temporaire.
Rachis	Statique, mobilité, douleur, musculature paravertébrale, antécédent de chirurgie ou de pathologie évolutive	Douleur chez l'enfant ou l'adolescent ; DRC (1) ; scoliose grave ($>15^\circ$) ou évolutive ; spondylolisthésis ; hernie discale symptomatique ; pathologie vertébrale évolutive ; canal cervical étroit

Équilibre / coordination	Stabilité posturale, marche, Romberg, Fukuda, nystagmus, antécédent de chute	Instabilité à la marche ; trouble vestibulaire ; trouble cérébelleux
Vision	Acuité visuelle, champs visuel, diplopie, dernier bilan ophtalmologique	Acuité visuelle non ou insuffisamment corrigée ; champs visuel altéré ; diplopie ; atteinte visuelle bilatérale invalidante
Fonction cardiovasculaire et respiratoire	Antécédents, tension artérielle, auscultation, tolérance à l'effort	Syncope ; pathologie cardiaque ou respiratoire non stabilisée, troubles de la coagulation
Neurologique	Épilepsie, AVC (2), antécédent de traumatisme crânien, antécédent de perte de connaissance, trouble sensitivo-moteur, ROT, traitement	Épilepsie non stabilisée ; altération de la vigilance ou des réflexes ; traitement sédatif en situation à risque
Pratique équestre envisagée	Discipline (obstacle, randonnée, etc.), intensité, cadre, niveau du cavalier	Activité à risque avec troubles non stabilisés, environnement non sécurisé

- (1) Dystrophie rachidienne de croissance
- (2) Accident vasculaire cérébral

A partir de ces différents éléments, une proposition plus concrète de fiche d'aide à la consultation a été réalisée et est proposée dans l'annexe X.

6.4. Intégration en pratique : perspectives et limites

L'outil proposé se veut simple, rapide et facilement mobilisable dans le cadre d'une consultation en médecine générale. Il peut être utilisé sous forme de grille papier intégrée au dossier médical, ou bien adapté dans les logiciels métiers sous forme de modèles pré remplis. L'objectif est de fournir au praticien un repère structurant, sans rigidifier la démarche clinique, afin de favoriser une évaluation homogène tout en respectant l'autonomie décisionnelle du médecin.

Dans un contexte de consultation souvent courte, multitâche et centrée sur des priorités de soins, ce type d'outil peut aider à gagner en efficacité tout en sécurisant la pratique, notamment face à des demandes spécifiques comme celle concernant l'aptitude à l'équitation, sport à risques reconnu. Il peut également servir de support de formation ou de sensibilisation pour les jeunes médecins et les remplaçants, peu exposés à ce type de demande.

Il convient toutefois de rappeler que cet outil, fondé sur les données de la présente étude et sur la littérature disponible, n'a pas été validé par une société savante ou une instance officielle. Il s'agit d'un protocole indicatif et non d'une recommandation opposable. Son intégration à plus grande échelle supposerait des travaux complémentaires de validation et d'évaluation en conditions réelles, notamment dans le cadre de travaux collaboratifs avec des fédérations sportives ou des sociétés savantes comme la SFMES.

CONCLUSION

Cette thèse avait pour objectif d'évaluer les pratiques des médecins généralistes face à la délivrance du certificat d'absence de contre-indication (CACI) à la pratique de l'équitation en compétition, en interrogeant leur manière d'aborder cette consultation, leur niveau de connaissance des spécificités médicales associées à ce sport, et les éventuelles stratégies mises en place en cas d'incertitude.

Les résultats montrent que si cette consultation est globalement perçue comme un acte de prévention, sa réalisation reste très hétérogène, tant sur le plan des connaissances mobilisées que des modalités d'examen clinique. L'absence de cadre ou de recommandations spécifiques conduit à des pratiques variables, reposant souvent sur l'expérience individuelle ou la formation personnelle. Certains profils de médecins apparaissent plus à même d'évaluer les spécificités médicales spécifiques, en particulier ceux bénéficiant d'une formation complémentaire en médecine du sport ou d'une exposition régulière à ce type de demande. Toutefois, les stratégies de compensation restent rares chez les praticiens moins à l'aise ou moins informés.

Ces constats suggèrent l'importance d'un meilleur accompagnement des médecins dans cette consultation, par exemple à travers la création d'outils simples, la diffusion de supports validés, et l'intégration plus visible de cette problématique dans la formation continue. En valorisant cette consultation comme un temps de prévention et de sécurisation de la pratique sportive, il est possible de renforcer le rôle du médecin généraliste dans l'évaluation de l'aptitude au sport, notamment dans les disciplines à risque comme l'équitation, tout en garantissant une approche plus cohérente et équitable pour les patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bigard X. Recommander l'activité physique en prévention primaire de maladies chroniques | La Revue du Praticien [Internet]. 2020 [cité 4 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/recommander-lactivite-physique-en-prevention-primaire-de-maladies-chroniques>
2. Bruneau A, Dupont AC, Meinadier E. Vers la fin du certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive? | La Revue du Praticien [Internet]. 2024 [cité 2 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/vers-la-fin-du-certificat-medical-dabsence-de-contre-indication-la-pratique-sportive>
3. FFE - SIF [Internet]. [cité 2 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.telemat.org/FFE/sif/?cs=4.6cb9efcf8a15d511ba025dfe7630964a71b17e7f5abcb47c73bb133eec0ca10ba63aa76d59c0b11f376abf0140a4ed679f67921ec5c4fc784a385763a2d1f5de09e5>
4. Licences sportives et autres titres de participation par fédération agréée | Insee [Internet]. [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2408252>
5. Thélot B. Épidémiologie des accidents traumatiques en pratique sportive en France. 2015; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/30-31/pdf/2015_30-31_5.pdf
6. Mutore K, Lim J, Fofana D, Torres-Reveron A, Skubic JJ. Hearing hoofbeats? Think head and neck trauma: a 10-year NTDB analysis of equestrian-related trauma in the USA. Trauma Surg Acute Care Open. sept 2021;6(1):e000728.
7. Biau S, Mounster R, Fouquet N, Brunet R. Etude épidémiologique chez le cavalier professionnel : prévalence et facteurs de risque des rachialgies. IFCE. 2016;
8. Ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative. sports.gouv.fr. [cité 14 mai 2024]. Le certificat médical pour le sport. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/le->

certificat-medical-pour-le-sport-676

9. Article L231-2-1 - Code du sport - Légifrance [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045293843
10. Décret n° 2023-853 du 31 août 2023 relatif à la liste des disciplines sportives à contraintes particulières. 2023-853 août 31, 2023.
11. Recommandations médicales | Fédération Française d'Équitation - FFE [Internet]. [cité 3 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.ffe.com/pratiquer/sante/recommandations-medicale>
12. Pathologies | Fédération Française d'Équitation - FFE [Internet]. [cité 3 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.ffe.com/pratiquer/sante/pathologies>
13. Lecocq J, Daemgen F, Vautravers P. Rachis cervical et dorsal du cavalier. La revue de médecine orthopédique, 1999, 29-32. [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://sofmmoo.org/SOFMMOOM-ArticlesPDF/RevueMO-clinique/35rachiscervicaletdorsalducavalier19042019.pdf>
14. Fouquet B. Biomécanique du rachis lombaire. L'Equitation. 1996;(9):73-80.
15. Favory E. Santé et équitation. Les différentes pathologies, la préparation physique, la pratique équestre. Chiron. 2011.
16. Auvinet B, Biau S, Galloux P, Jeddi R, Lacouture P. Adaptation biomécanique du cavalier à cheval. Etude sur simulateur Persival. SFMES. 1998;
17. Auvinet B. Lombalgie et équitation. Synoviale, 1999, 25-31 [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <http://attelagepeda.info/lombalgie-auvinet.pdf>
18. Biau S. Cavalier professionnel, et si on parlait de votre santé ? [Internet]. [cité 30 mai 2025]. Disponible sur: <https://equipedia.ifce.fr/equitation/cavalier/condition-physique/cavalier-professionnel-et-si-on-parlait-de-votre-sante>
19. Favory E. Existe-t-il des problèmes de santé spécifiques au cavalier ? Equi'idée.

2012;(72):46.

20. Auvinet B, Guiheneuc P, Ginet J. Equitation académique - Adaptation du cavalier. Médecine Sport. 1978;52:11-5.
21. Auvinet B. Le rachis du cavalier. Rhumatologie. 1980;3(32):85-94.
22. Adam C, Baulac M. Sport et Épilepsie. Unité d'Epileptologie de l'hôpital Pitié Salpêtrière. 2007;

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Organigramme de flux de la population de l'étude	9
Figure 2. Répartition des 96 médecins répondants par classe d'âge	10
Figure 3. Répartition des médecins répondants en fonction de leur type d'exercice	12
Figure 4. Répartition des médecins réalisant une consultation dédiée à la délivrance d'un CACI	13
Figure 5. Répartition des médecins considérant cette consultation comme un acte de prévention en médecine générale	14
Figure 6. Médecins ayant déjà réalisé une consultation pour la délivrance d'un CACI pour les sports équestres	15
Figure 7. Répartition des médecins selon leur estimation du nombre annuel de consultations pour la délivrance d'un CACI lié aux sports équestres	16
Figure 8. Répartition des médecins selon leur connaissance déclarée des différentes disciplines équestres	17
Figure 9. Répartition des médecins considérant l'équitation comme un sport à risques	17
Figure 10. Répartition des médecins répondants en fonction de l'appréciation de leur niveau de connaissance des contre-indications à la pratique des sports équestres	19
Figure 11. Répartition des médecins généralistes déclarant avoir un examen clinique spécifique lors de la consultation pour la délivrance d'un CACI pour les sports équestres	23
Figure 12. Supports d'aides utilisés par les médecins lors des consultations pour la délivrance d'un CACI tous sports confondus	26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Grille simplifiée d'évaluation clinique pour la délivrance d'un CACI concernant les sports équestres	38
---	----

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	D
INTRODUCTION	1
1. Contexte général : sport et rôle du médecin généraliste.....	1
2. Spécificités de l'équitation : un sport répandu mais à risque.....	1
3. Cadre légal et problématique	2
4. Intérêt de l'étude et enjeux pour la médecine générale	3
MÉTHODES	5
1. Type de l'étude.....	5
2. Objectifs de l'étude	5
3. Population étudiée	5
4. Élaboration du questionnaire.....	6
5. Recueil des données.....	7
6. Analyse statistique	7
7. Aspect éthique	8
RÉSULTATS	9
1. Taux de participation.....	9
2. Caractéristiques démographiques des médecins répondants.....	10
2.1. Age et sexe.....	10
2.2. Thèse.....	11
2.3. Installation	11
2.4. Formation en médecine du sport.....	11
2.5. Mode d'exercice.....	11
3. Pratiques des médecins généralistes autour du CACI.....	12
3.1. Niveau de confort des médecins généralistes face à la délivrance d'un CACI.....	12
3.2. Organisation de la consultation : dédiée ou intégrée à une autre demande	12
3.3. Perception du CACI comme un outil de prévention.....	14
3.4. Fréquence et expérience des médecins avec ce type de consultation.....	14
4. Perception des risques liés aux sports équestres	16
4.1. Les différentes disciplines équestres	16
4.2. L'équitation est-elle perçue comme un sport à risque ?	17
5. Identification et maîtrise des contre-indications médicales à la pratique des sports équestres.	19
5.1. Analyse quantitative.....	19
5.2. Analyse qualitative.....	21
6. Pratiques d'adaptation et besoins exprimés.	23
6.1. Présence ou absence d'un examen clinique spécifique	23
6.2. Contenu de l'examen clinique réalisé dans ce contexte.....	25
6.2.1. Examen du rachis et de la statique vertébrale.....	25
6.2.2. Évaluation de l'équilibre et de la motricité	25
6.2.3. Évaluation cardiovasculaire	25
6.2.4. Évaluation ophtalmologique	25

6.2.5. Synthèse	26
6.3. Besoin de supports, recommandations ou formations complémentaires	26
DISCUSSION	28
1. Rappels des objectifs et synthèse des résultats principaux	28
2. Interprétation des résultats	29
3. Apports et implications en médecine générale	30
4. Limites de l'étude	32
5. Perspectives et propositions	33
6. Proposition d'un outil d'aide à la consultation	33
6.1. Contexte et justification	33
6.2. Focus sur le rachis : un point de vigilance parfois surévalué.....	34
6.3. Proposition d'une grille clinique simplifiée.....	36
6.4. Intégration en pratique : perspectives et limites	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42
LISTE DES FIGURES	45
LISTE DES TABLEAUX.....	46
TABLE DES MATIERES	47
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe I : Mail de sollicitation

Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de thèse de médecine générale dirigée par le Pr Henri-Dominique FOURNIER (service de neurochirurgie du CHU d'Angers), je réalise une étude visant à faire un état des lieux des pratiques lors de la consultation pour la délivrance du certificat d'absence de contre-indication (CACI) à la pratique des sports équestres. Actuellement la fédération française d'équitation est la 3^{ème} fédération française en termes de nombre de licenciés (avec un peu plus de 675 000 licenciés en 2023). Certains sports sont définis dans le Code du Sport comme « à risques » et « à contraintes particulières ». Les caractéristiques de l'examen médical à réaliser pour la délivrance du CACI sont dans ce cas fixées par arrêté afin d'orienter au mieux les médecins. Les sports équestres sont moins médiatisés, et non définis dans le code du sport, mais ils présentent également des risques pour la santé du patient pratiquant. Qu'en est-il de l'examen à réaliser lors de la délivrance de ce certificat d'absence de contre-indication, afin de limiter ces risques au maximum ?

Consciente que votre temps est précieux, ce questionnaire est court (20 questions), et ne demandera que quelques minutes. Les réponses sont anonymes.

Je vous remercie pour votre aide,

Cordialement,

Claire MUGNIER

Annexe II : Questionnaire

Première partie - Données socio-démographiques

1. Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2. Vous êtes :

- Thésé
- Non thésé

3. Vous êtes :

- Médecin remplaçant
- Médecin généraliste installé
- Médecin du sport

4. Quel âge avez-vous :

- Entre 20 et 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Entre 51 et 60 ans
- Entre 61 et 70 ans

5. Quel est votre département d'exercice :

- Maine et Loire (49)
- Sarthe (72)
- Mayenne (53)

6. Votre lieu d'exercice est :

- Rural
- Semi rural
- Urbain
- Variable (pour les remplaçants).

7. Avez-vous reçu une formation particulière en médecine du sport ?

- Oui
- Non

8. Si oui : laquelle/lesquelles ?

- Formation universitaire (DU, DIU, DESC, Capacité, ...)
- Formation médicale continue
- Formation individuelle (groupe de pairs, congrès, revues médicales, formations en ligne, ...)
- Autre

Deuxième partie - A propos du certificat de non contre-indication (CNCI) à la pratique d'un sport de façon générale :

9. Vous sentez vous à l'aise avec la délivrance du CNCI peu importe le sport demandé ?

- Totalement
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

10. Pratiquez-vous une consultation dédiée pour la délivrance d'un CNCI ?

- Systématiquement
- Oui pour le premier
- Couplé à un autre motif dans la majorité des cas

11. Utilisez-vous un support d'aide à la réalisation de la consultation ?

- Non
- La fiche recommandée par la SFMES
- Recherche et utilisation (si elle existe) d'une fiche d'examen type spécifique pour le sport en question
- Sport dépendant.

12. Considérez-vous cette consultation comme un acte de prévention en médecine générale ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Troisième partie - A propos des sports équestres :

13. Considérez-vous l'équitation comme un sport à risques ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

14. Avez-vous déjà entendu parler des différentes disciplines équestres ?

- Oui
- Non

15. Pensez-vous connaître les contre-indications à la pratique de l'équitation en compétition ?

- Totalement
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

16. Si oui lesquelles ?

17. Avez-vous déjà été amené à la délivrance d'un certificat de non contre-indication à la pratique des sports équestres ?

- Oui
- Non

18. Si oui : combien de fois par an en moyenne êtes-vous amené à le faire ?

- Moins d'une fois
- Entre 1 et 5 fois
- Entre 5 et 10 fois
- > 10 fois
- Non concerné, je n'ai jamais eu ce motif de consultation.

19. Avez-vous un examen systématique, avec des éléments spécifiques à rechercher ?

- Oui
- Non
- Non concerné, je n'ai jamais eu ce motif de consultation.

20. Si oui : que recherchez-vous spécifiquement dans ce contexte (de façon synthétique) ?

Annexe III : Comparaison des médecins se déclarant à l'aise avec la délivrance d'un CACI, peu importe le sport en question

Caractéristiques	A l'aise avec la consultation N = 84	Pas à l'aise avec la consultation N = 12	p
<i>Sexe et âge</i>			
Hommes	44 (52,38%)	3 (25%)	0,0759
Femmes	40 (47,61%)	9 (75%)	
< 30 ans			
< 30 ans	10 (11,90%)	0 (0%)	0,7709
31-40 ans	28 (33,33%)	4 (33,33%)	
41-50 ans	15 (17,85%)	2 (16,66%)	
51-60 ans	17 (20,23%)	4 (33,33%)	
> 60 ans	14 (16,66%)	2 (16,66%)	
<i>Lieu, mode d'exercice et installation</i>			
Sarthe	45 (53,57%)	8 (66,66%)	0,3934
Mayenne	39 (46,42%)	4 (33,33%)	
Urbain			
Urbain	26 (30,95%)	5 (41,66%)	0,5449
Rural	32 (38,09%)	6 (50%)	
Semi-rural	20 (23,80%)	1 (8,33%)	
Variable	6 (7,14%)	0 (0%)	
Installé			
Installé	75 (89,28%)	12 (100%)	0,6413
Remplaçant	8 (9,52%)	0 (0%)	
Médecin du sport	1 (1,19%)	0 (0%)	
<i>Formation MS (1)</i>			
Non	78 (92,85%)	12 (100%)	1
Oui	6 (7,14%)	0 (0%)	

(1) Médecine du sport

Annexe IV : Répartition des médecins selon l'organisation de leur consultation pour la délivrance d'un CACI en fonction de leurs caractéristiques.

Caractéristiques	Couplé à un autre motif N = 22	Pour le premier N = 20	Systématiquement p N=54	
<i>Sexe et âge</i>				
Hommes	13 (59,0%)	12 (60,0%)	26 (48,1%)	0,46
Femmes	9 (40,9%)	8 (40,0%)	28 (51,9%)	
< 30 ans	1 (4,5%)	0 (0,0%)	9 (16,7%)	0,066
31-40 ans	7 (31,8%)	5 (25,0%)	20 (37,0%)	
41-50 ans	1 (4,5%)	8 (40,0%)	8 (14,8%)	
51-60 ans	6 (27,3%)	3 (15,0%)	12 (22,2%)	
> 60 ans	7 (31,8%)	4 (20,0%)	5 (9,3%)	
<i>Lieu et mode d'exercice et installation</i>				
Sarthe	11 (50,0%)	11 (55,0%)	31 (57,4%)	0,84
Mayenne	11 (50,0%)	9 (45,0%)	23 (42,6%)	
Urbain	5 (22,7%)	7 (35,0%)	19 (35,2%)	0,4
Rural	11 (50,0%)	9 (45,0%)	18 (33,3%)	
Semi-rural	6 (27,2%)	4 (20,0%)	11 (20,4%)	
Variable	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (11,1%)	
Installé	22 (100,0%)	20 (100,0%)	45 (83,3%)	0,7
Remplaçant	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (14,8%)	
Médecin du sport	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,9%)	
<i>Formation MS</i>				
Non	22 (100,0%)	19 (95,0%)	49 (90,7%)	0,46
Oui	0 (0,0%)	1 (5,0%)	5 (9,3%)	
<i>Aisance avec CACI</i>				
Non	3 (13,6%)	2 (10,0%)	7 (13,0%)	0,99
Oui	19 (86,4%)	18 (90,0%)	47 (87,0%)	

Annexe V : Comparaison des médecins considérant les sports équestres comme un sport à risque

Caractéristiques	Les sports équestres sont un sport à risques N = 86	Les sports équestres ne sont pas un sport à risque N = 10	p
<i>Sexe et âge</i>			
Hommes	41 (47,67%)	6 (60,0%)	0,5196
Femmes	45 (52,33%)	4 (40,0%)	
< 30 ans	7 (8,14%)	3 (30,0%)	0,2983
31-40 ans	29 (33,72%)	3 (30,0%)	
41-50 ans	16 (18,60%)	1 (10,0%)	
51-60 ans	20 (23,36%)	1 (10,0%)	
> 60 ans	14 (16,28%)	2 (20,0%)	
<i>Lieu, mode d'exercice et installation</i>			
Sarthe	47 (54,65%)	6 (60,0%)	1
Mayenne	39 (45,35%)	4 (40,0%)	
Urbain	31 (36,05%)	0 (0,0%)	0,0057
Rural	35 (40,70%)	3 (30,0%)	
Semi-rural	15 (17,44%)	6 (60,0%)	
Variable	5 (5,81%)	1 (10,0%)	
Installé	78 (90,70%)	9 (90,0%)	1
Remplaçant	1 (1,16%)	0 (0,0%)	
Médecin du sport	7 (8,14%)	1 (10,0%)	
<i>Formation MS</i>			
Non	80 (93,02%)	10 (100,0%)	1
Oui	6 (6,98%)	0 (0,0%)	

Caractéristiques	Les sports équestres sont un sport à risques N = 86	Les sports équestres ne sont pas un sport à risque N = 10	p
<i>Expérience CACI équitation</i>			
Oui	32 (37,2%)	3 (30,0%)	0,7422
Non	54 (62,8%)	7 (70,0%)	
Non concerné	30 (34,9%)	3 (30,0%)	0,7280
<1 fois par an	22 (25,6%)	3 (30,0%)	
Entre 1 et 5 fois	23 (26,7%)	3 (30,0%)	
Entre 5 et 10 fois	8 (9,3%)	0 (0,0%)	
>10 fois par an	3 (3,5%)	1 (10,0%)	

Annexe VI : Répartition des médecins avec une bonne évaluation de leur connaissance des contre-indications à la pratique des sports équestres en compétition

Caractéristiques	Médecins connaissant les CI à la pratique des SE N=45	Médecins ne connaissant pas les CI à la pratique des SE N=51	p
<i>Sexe et âge</i>			
Hommes	26 (57,78%)	21 (41,18%)	0,1044
Femmes	19 (42,22%)	30 (58,82%)	
< 30 ans	3 (6,67%)	7 (13,73%)	0,1043
31-40 ans	12 (26,67%)	20 (39,22%)	
41-50 ans	9 (20,00%)	8 (15,69%)	
51-60 ans	9 (20,00%)	12 (23,53%)	
> 60 ans	12 (26,67%)	4 (7,84%)	
<i>Lieu, mode d'exercice et installation</i>			
Sarthe	21 (46,67%)	32 (62,75%)	0,1139
Mayenne	24 (53,33%)	19 (37,25%)	
Urbain	19 (42,22%)	12 (23,53%)	0,2658
Rural	16 (35,56%)	22 (43,14%)	
Semi-rural	8 (17,78%)	13 (25,49%)	
Variable	2 (4,44%)	4 (7,84%)	
Installé	41 (91,11%)	46 (90,20%)	0,0176
Remplaçant	3 (6,67%)	5 (9,80%)	
Médecin du sport	1 (2,22%)	0 (0%)	
<i>Formation MS</i>			
Non	39 (86,67%)	51 (100%)	0,0088
Oui	6 (13,33%)	0 (0%)	

Caractéristiques	Médecins connaissant les CI à la pratique des SE N=45	Médecins ne connaissant pas les CI à la pratique des SE N=51	p
A l'aise avec le CACI			
Oui	43 (95,56%)	41 (80,39%)	0,0249
Non	2 (4,44%)	10 (19,61%)	
Réalisation d'une consultation dédiée			
Systématiquement	27 (60,00%)	27 (52,94%)	0,7374
Pour le premier	8 (17,78%)	12 (23,53%)	
Jamais	10 (22,22%)	12 (23,53%)	
Utilisation d'un support d'aide			
Oui	30 (66,67%)	37 (72,55%)	0,5310
Non	15 (33,33%)	14 (27,45%)	
Sport à risques			
Oui	43 (95,56%)	43 (84,31%)	0,0978
Non	2 (4,44%)	8 (15,69%)	
Connaissance des disciplines			
Oui	42 (93,33%)	38 (74,51%)	0,0135
Non	3 (6,67%)	13 (25,49%)	
Réalisation de ce type de consultation			
Oui	38 (84,44%)	23 (45,10%)	6,4153 E-5
Non	7 (15,56%)	28 (54,90%)	
Non concerné	5 (11,11%)	28 (54,90%)	8,8701 E-5
<1 fois par an	15 (33,33%)	10 (19,61%)	
Entre 1 et 5 fois	16 (35,56%)	10 (19,61%)	
Entre 5 et 10 fois	6 (13,33%)	2 (3,92%)	
>10 fois par an	3 (6,67%)	1 (1,96%)	

Annexe VII : Les contre-indications à la pratique des sports équestres en compétition d'après les médecins généralistes répondants

Thème	Sous thèmes abordés	%
Rachis (21,77%)	« pathologie rachidienne » « rachialgie » « statique rachidienne» « cervicalgie » « fracture vertébrale »	11,69% 3,62% 2,82% 2,82% 0,80%
Cardiovasculaire (18,95%)	« pathologie cardiovasculaire non équilibrée » « pathologie coronarienne » « trouble du rythme cardiaque grave » « HTA sévère non équilibrée » « anomalie des TSA » « trouble de la coagulation » « diabète non équilibré »	10,48% 1,21% 0,80% 0,04% 0,04% 0,04% 0,04%
Ostéoarticulaire (12,5%)	« pathologie OA (1) et musculosquelettique sans précision » « fragilité osseuse » « douleur OA » « pathologie du bassin »	6,04% 4,84% 0,08% 0,04%
Neurologique (11,69%)	« troubles épileptiques » « pathologie neurologique » sans précision « troubles moteurs et de la coordination motrice » « pathologie avec risque de perte de connaissance »	8,06% 2,01% 1,21% 0,04%
Équilibre (9,27%)	« troubles de l'équilibre » « vertiges » « troubles vestibulaires »	5,65% 3,22% 0,04%
Traumatique (5,65%)	« traumatisme crânien récent » « traumatisme grave récent »	4,44% 1,21%
Ophthalmologique (4,84%)	« trouble visuel » « pathologie ophtalmo sans précision » « décollement de la rétine (comme les sports avec KO (2)) »	4,04% 0,04% 0,04%

Thème	Sous thèmes abordés	%
Allergique (4,44%)	« asthme allergique » « allergie sans précision »	3,23% 1,21%
Augmentation du risque de chute (3,23%)	« antécédent augmentant le risque de chute » « pathologie avec risque de perte de connaissance »	2,41% 0,08%
Psychiatrique (1,61%)	« pathologie psychiatrique à risque non équilibrée » « trouble phobique »	1,21% 0,04%
Infectieux (1,21%)	« pathologie infectieuse en cours d'évolution » « antécédent augmentant le risque infectieux »	0,08% 0,04%
Autres (5,42%)	« grossesse » « contre-indications communes aux autres sports » « sans réponse » « handicap »	3,23% 0,08% 0,08% 0,04%

(1) Ostéoarticulaire ; (2) Knockout

Annexe VIII : Répartition des médecins généralistes ayant un examen clinique « type » spécifique lors de la consultation pour la délivrance d'un CACI pour les sports équestres

Caractéristiques	Médecins avec examen clinique spécifique N= 43	Médecin sans examen clinique spécifique N=35	p
<i>Sexe et âge</i>			
Hommes	22 (51,16%)	17 (48,57%)	0,8199
Femmes	21 (48,84%)	18 (51,43%)	
< 30 ans	3 (6,98%)	2 (5,71%)	0,0420
31-40 ans	8 (18,60%)	17 (48,57%)	
41-50 ans	9 (20,93%)	4 (11,43%)	
51-60 ans	15 (34,88%)	5 (14,29%)	
> 60 ans	8 (18,60%)	7 (20,00%)	
<i>Lieu, mode d'exercice et installation</i>			
Sarthe	26 (60,47%)	17 (48,57%)	0,2935
Mayenne	17 (39,53%)	18 (51,43%)	
Urbain	16 (37,21%)	11 (31,43%)	0,4620
Rural	15 (34,88%)	15 (42,86%)	
Semi-rural	9 (20,93%)	9 (25,71%)	
Variable	3 (6,98%)	0 (0%)	
Installé	39 (90,70%)	33 (94,29%)	0,9999
Remplaçant	3 (6,98%)	2 (5,71%)	
Médecin du sport	1 (2,33%)	0 (0%)	
<i>Formation MS</i>			
Non	38 (88,37%)	35 (100%)	0,0609
Oui	5 (11,63%)	0 (0%)	

Caractéristiques	Médecins avec examen clinique spécifique N= 43	Médecin sans examen clinique spécifique N=35	p
<i>A l'aise avec le CACI</i>			
Oui	39 (90,70%)	30 (85,71%)	0,7236
Non	4 (9,30%)	5 (14,29%)	
<i>Réalisation d'une consultation dédiée</i>			
Systématiquement	26 (60,47%)	21 (60,00%)	0,6304
Pour le premier	9 (20,93%)	5 (14,28%)	
Non	8 (18,60%)	9 (25,71%)	
<i>Utilisation d'un support d'aide</i>			
Oui	32 (74,42%)	23 (65,71%)	0,4017
Non	11 (25,58%)	12 (34,29%)	
<i>Sport à risques</i>			
Oui	41 (95,35%)	29 (82,86%)	0,1301
Non	2 (4,65%)	6 (17,14%)	
<i>Connaissance des disciplines</i>			
Oui	39 (90,70%)	28 (80%)	0,2057
Non	4 (0,30%)	7 (20%)	
<i>Réalisation de ce type de consultation</i>			
Oui	36 (83,72%)	25 (71,43%)	0,1909
Non	7 (16,28%)	10 (28,57%)	
Non concerné	5 (11,63%)	10 (28,57%)	0,2939
<1 fois par an	16 (37,21%)	9 (25,71%)	
Entre 1 et 5 fois	14 (32,56%)	12 (34,29%)	
Entre 5 et 10 fois	6 (13,95%)	2 (5,71%)	
>10 fois par an	2 (4,65%)	2 (5,71%)	
<i>Connaissance des CI</i>			
Oui	36 (83,72%)	25 (71,43%)	0,0035
Non	7 (16,28%)	10 (28,57%)	

Annexe IX : Comparaison des médecins utilisant un support d'aide à la consultation pour la délivrance d'un CACI à la pratique d'un sport

Caractéristiques	Utilisation d'un support d'aide à la consultation N = 67	Pas d'utilisation d'un support d'aide à la consultation N = 29	p
<i>Sexe et âge</i>			
Hommes	31 (46,27%)	16 (55,17%)	0,4224
Femmes	36 (53,73%)	13 (44,83%)	
< 30 ans	10 (14,93%)	0 (0%)	0,1171
31-40 ans	23 (34,33%)	9 (31,03%)	
41-50 ans	10 (14,93%)	7 (24,14%)	
51-60 ans	15 (22,39%)	6 (20,69%)	
> 60 ans	9 (13,43%)	7 (24,14%)	
<i>Lieu, mode d'exercice et installation</i>			
Sarthe	42 (62,69%)	11 (37,93%)	0,0251
Mayenne	25 (37,31%)	18 (62,07%)	
Urbain	24 (35,82%)	7 (24,14%)	0,1944
Rural	24 (35,82%)	14 (48,28%)	
Semi-rural	13 (19,40%)	8 (27,59%)	
Variable	6 (8,96%)	0 (0%)	
Installé	58 (86,57%)	29 (100%)	0,1008
Remplaçant	8 (11,94%)	0 (0%)	
Médecin du sport	1 (1,49%)	0 (0%)	
<i>Formation MS</i>			
Non	62 (92,54%)	28 (96,55%)	0,6643
Oui	5 (7,46%)	1 (3,45%)	

Caractéristiques	Utilisation d'un support d'aide à la consultation N = 67	Pas d'utilisation d'un support d'aide à la consultation N = 29	p
<i>A l'aise avec le CACI</i>			
Oui	57	27	0,3365
Non	10	2	
<i>Connaissance des CI</i>			
Oui	30	15	0,5310
Non	37	14	

Annexe X : Proposition d'un outil d'aide à la consultation pour la délivrance d'un CACI pour les sports équestres en compétition

Fiche médicale - Sports Equestres

Nom :

Prénom :

Poids:

Taille:

Tension artérielle:

Fréquence cardiaque au repos:

Antécédents:.....
.....
.....

Traitements: Oui Non

Lesquels:.....
.....

Vaccination antitétanique à jour : Oui Non

Allergies: Oui Non

Lesquelles:.....
.....

FONCTION CARDIOVASCULAIRE ET RESPIRATOIRE

Signes fonctionnels cardiaques: Oui Non

Examen cardiovasculaire normal: Oui Non

Articulation pulmonaire normal: Oui Non

EQUILIBRE/COORDINATION, EXAMEN NEUROLOGIQUE

ROT : Normal Anormal

Test de Fukuda : Normal Anormal

Test de Romberg : Normal Anormal

Evaluation de la marche : Normale Anormale

Epreuve doigt-nez/talon-genou: Normale Anormale

Reflexes ostéotendineux: Normaux Anormaux

Déficit sensitivomoteur : Oui Non

Nystagmus: Oui Non

RACHIS

Douleur/sensibilité déclarée et/ou à la palpation: Oui Non
Trophicité musculaire satisfaisante: Oui Non
Evaluation de la statique vertébrale: Normale Anormale

EXAMEN LOCOMOTEUR

Douleur : Oui Non
Limitation articulaire : Oui Non

VISION

Port de lunettes : Oui Non Port de lentilles : Oui Non
Acuité visuelle*: Avec correction Sans correction
O.D / 10 O.G / 10
Vision des couleurs Normale Anormale
Champs visuel** : Normal Anormal
Occulomotricité: Normale Anormale

* à évaluer avec une échelle de Manoyer

** à évaluer au doigt

AVIS FAVORABLE

AVIS SPECIALISE NECESSAIRE

Date :

Signature et cachet du médecin:

MUGNIER Claire

Évaluation de la consultation pour la délivrance du certificat d'absence de contre-indications à la pratique des sports équestres en compétition. Enquête de pratique.

RÉSUMÉ

Introduction. Le médecin généraliste peut être sollicité pour la délivrance d'un certificat d'absence de contre-indication (CACI) à la pratique des sports équestres. L'équitation est perçue comme un sport à risques en raison de ses spécificités, bien qu'elle ne soit pas officiellement reconnue comme telle dans les textes réglementaires. Les recommandations médicales spécifiques encadrant cette pratique sont rares, laissant les médecins relativement seuls face à leur évaluation. Dans ce contexte, cette étude vise à décrire les pratiques actuelles, à identifier les profils de praticiens semblant plus à l'aise avec cet exercice, et à explorer l'existence éventuelle de stratégies d'adaptation chez ceux exprimant une moindre aisance.

Sujets et Méthodes. Une enquête transversale a été menée auprès de médecins généralistes de Mayenne, de Sarthe et de Maine-et-Loire, via un questionnaire en ligne. L'enquête, volontaire et anonyme, a permis de recueillir 96 réponses exploitable. L'analyse des données a été réalisée à l'aide des logiciels Excel et BiostaTGV avec un seuil de significativité de 5%. Une analyse qualitative thématique a également été menée sur les réponses libres.

Résultats. L'étude révèle une forte hétérogénéité des pratiques en matière de délivrance du CACI pour les sports équestres. L'analyse statistique permet toutefois d'identifier un profil de médecin plus à l'aise avec les spécificités médicales de l'équitation : médecin installé, avec une formation supplémentaire en médecine du sport, se déclarant à l'aise de façon générale avec la délivrance d'un CACI, et ayant une certaine connaissance des disciplines équestres. Cependant, les praticiens se disant moins à l'aise n'adoptent pas systématiquement de stratégie de compensation comme l'usage d'un support d'aide. Ce constat interroge sur l'accessibilité des ressources et la perception des besoins. Ces éléments ont conduit à proposer un outil d'aide à la consultation, construit à parti des résultats et de la littérature, afin d'unifier et de renforcer les pratiques.

Conclusion. Cette étude met en lumière l'absence d'un cadre partagé pour la délivrance du CACI dans le contexte des sports équestres. L'expérience clinique et la formation apparaissent déterminantes pour mieux appréhender les spécificités médicales de ce sport. La création et la diffusion d'un support structuré pourrait contribuer à améliorer l'évaluation médicale et soutenir les médecins qui en ressentent le besoin.

Mots-clés : médecine générale, certificat d'absence de contre-indication (CACI), pratiques médicales, sports équestres, médecine du sport, recommandation

Evaluation of the medical consultation for the delivery of a certificate of non-contraindication to competitive equestrian sports. A practice-based survey

ABSTRACT

Introduction. General practitioners (GPs) may be asked to issue a medical certificate of non-contraindication (CACI) for participation in equestrian sports. Equestrianism is perceived as a high-risk sport due to his specific features, although it is not officially recognized as such by regulatory texts. Specific medical recommendations for this activity are scarce, leaving physicians with limited guidance for clinical evaluation. In this context, the aim of this study is to describe current practices, identify practitioner profiles more comfortable with this type of consultation, and explore whether those less comfortable adopt compensatory strategies.

Subjects and Methods. A cross-sectional survey was conduct among GPs in the departments of Mayenne, Sarthe and Maine-et-Loire. The voluntary and anonymous online questionnaire gathered 96 usable responses. Data were analyzed using Excel and BiostaTGV software, with a significance threshold set at 5%. A thematic analysis was also conducted on the open-ended responses.

Results. The study reveals a high heterogeneity in medical practices related to the issuance of CACI for equestrian sports. Statistical analysis identified a physician profile more confident in managing the specific medical aspect of equestrianism: being established in practice, having received additional training in sport medicine, feeling generally comfortable with CACI procedures, and having knowledge of equestrian disciplines. However, physicians who reported feeling less confident did not systematically adopt compensatory strategies such as using support materials. This finding raises questions about the accessibility of resources and the perceived need for guidance. These insights led to the developed bases on the study's findings, with the aim of unifying and supporting clinical practice.

Conclusion. This study highlights the lack of shared guidelines for issuing CACI in the context of equestrian sports. Clinical experience and specific training appear to be key to improving the evaluation of medical contraindications. The creation and dissemination of a structured support tool may help improve clinical assessment and support physicians who need it.

Keywords: general practitioner, certificate of non-contraindication (CACI), medical practice, equestrian sports, sports medicine, recommendations