



CO_13 Résumé n°SMES-SFTS26-61

Santé bucco-dentaire et état du microbiote chez les joueurs de rugby professionnels : une étude cas-témoins

Thématique : Sport-Santé

Auteurs :

Franck Diemer (Orateur) : Université de Toulouse, Réhabilitation orale, Toulouse, France

Mathieu Franc : Université de Toulouse, Biologie Orale, Toulouse, France

Vincent Blasco-Baqué : Université de Toulouse, Biologie orale, Toulouse, France

Introduction :

Les athlètes de haut niveau sont exposés à un risque accru de développer des maladies bucco-dentaires, ce qui pourrait augmenter le risque de blessures. L'objectif de cette étude était d'évaluer la santé bucco-dentaire et la composition du microbiote buccal chez des joueurs de rugby de haut niveau par rapport à la population générale.

Matériel et méthode :

Une étude cas-témoins a été mise en place en sélectionnant 24 joueurs de rugby professionnels (PRG) et 22 patients témoins (CG) pour des examens dentaires et gingivaux, puis nous avons réalisé une analyse taxonomique et une analyse fonctionnelle prédictive du microbiote buccal.

Résultats :

L'indice CAO (dents cariées, manquantes et obturées) ($5,54 \pm 6,18$ contre $2,14 \pm 3,01$; $p = 0,01$) et la fréquence de la gingivite (58,33 % contre 13,63 %) étaient significativement plus élevées chez les PRG que chez les CG. Le groupe PRG était caractérisé par un microbiote buccal dysbiotique (indice de Shannon : $3,32 \pm 0,62$ dans le groupe PRG contre $3,79 \pm 0,68$ dans le groupe CG ; $p = 0,03$) avec une augmentation des Streptococcus ($58,43 \pm 16,84$ contre $42,60 \pm 17,45$; $p = 0,005$), le principal genre impliqué dans les caries. La métagénomique prédictive du microbiote buccal chez les joueurs de rugby suggérait un métagénome cariogène favorable au développement des caries.

Discussion :

L'échantillon n'est probablement pas représentatif de la population mondiale, ni même nationale, des joueurs de rugby professionnel. Il s'agit toutefois de la première analyse du microbiote buccal chez les joueurs de rugby professionnel. Il sera important de reproduire cette

étude sur différents échantillons de joueurs de rugby et d'athlètes de haut niveau issus d'autres disciplines sportives, afin de mieux comprendre les liens entre la pratique sportive intense et la santé bucco-dentaire.

Il convient également de reconnaître qu'il pourrait y avoir un biais de mesure, car les examinateurs dentaires ne pouvaient pas ignorer le statut cas-témoin des participants, en particulier en ce qui concerne l'apparence physique des joueurs de rugby professionnels. Nous aurions pu inclure le poids corporel dans la stratégie d'appariement de l'étude, mais cela aurait entraîné des problèmes d'interprétation. Dans la présente étude, nous avons estimé que les joueurs de rugby devaient être comparés à une population d'adultes non obèses en raison de leur forte proportion de masse musculaire, car des sujets témoins en surpoids ne seraient pas comparables à des joueurs de rugby lourds mais en bonne forme physique et musclés.

Conclusion :

Notre étude montre que la santé bucco-dentaire des joueurs de rugby professionnels (PRG) est moins bonne que celle de la population générale. Les PRG se caractérisent par un microbiote buccal dysbiotique présentant une augmentation de l'abondance relative du genre *Streptococcus*, corrélée positivement au poids et négativement à la diversité du microbiote buccal.

Signification clinique : Un dépistage dentaire devrait être inclus dans le suivi médical des joueurs de rugby professionnels dans le cadre de la gestion de leur santé. De nouvelles stratégies, telles que l'utilisation de probiotiques comme le *Lactobacillus*, pourraient aider à contrôler la dysbiose du microbiote buccal.

Mots clés : Santé bucco-dentaire Microbiote Sportifs, Joueurs de rugby professionnels, Caries, *Streptococcus*

Déclaration des liens d'intérêts

Aucun lien d'intérêt déclaré



CO_14 Résumé n°SMES-SFTS26-75

Évaluation des connaissances, pratiques et besoins des médecins généralistes français dans la prise en charge en cabinet des commotions cérébrales chez les pilotes automobiles licenciés à la fédération française du sport automobile

Thématique : Médecine du sport

Auteurs :

Guillaume Nover : Université Bourgogne Europe, CHU de Dijon, Dijon, France
Marc Antoine DEMARET (Orateur) : Hôpitaux Universitaires de Genève, Service de chirurgie orthopédique, Genève, Suisse

Introduction :

En sport automobile, la prise en charge adéquate de la commotion cérébrale constitue un enjeu majeur. Elle conditionne la récupération neurologique du pilote et la sécurité du retour au pilotage, tant pour le pilote que pour ses concurrents. Le médecin généraliste joue ainsi un rôle important dans le repérage, l'évaluation initiale, le suivi et l'orientation de la décision de reprise du pilotage. Pourtant, les données françaises sur les connaissances et pratiques des médecins généralistes impliqués auprès des pilotes restent limitées. L'objectif était d'évaluer leurs connaissances, attitudes, pratiques cliniques et besoins en formation, et d'explorer l'influence d'une formation en médecine du sport sur le niveau de connaissances et la décision de reprise.

Matériel et méthode :

Une étude observationnelle transversale nationale a été menée à l'aide d'un questionnaire anonyme en ligne de 25 items diffusé entre avril et décembre 2025 auprès de médecins généralistes signataires de certificats médicaux pour des licenciés de la Fédération Française du Sport Automobile. Le questionnaire, adapté du Rosenbaum Concussion Knowledge and Attitudes Survey et des recommandations internationales, explorait les connaissances générales, le diagnostic, la gestion, les attitudes déclarées et les besoins en ressources spécifiques. Les analyses reposaient sur des statistiques descriptives et des tests de Wilcoxon, χ^2 , Mann-Whitney, Welch et Kruskal-Wallis.

Résultats :

Parmi les 77 médecins inclus, 49/77 n'avaient pas de formation spécifique en médecine du sport. Le niveau de confiance était limité : 36/77 se jugeaient peu ou pas compétents, contre 16/77 plutôt ou très compétents. Malgré cela, les connaissances globales étaient

satisfaisantes : 73/77 reconnaissaient le risque accru en cas de récurrence avant guérison complète, 67/77 la nécessité d'une autorisation médicale avant reprise, 71/77 savaient qu'une perte de connaissance n'est pas nécessaire au diagnostic, 70/77 qu'une commotion peut survenir sans impact direct à la tête, et 70/77 identifiaient les risques à long terme des commotions répétées. Des incertitudes persistaient toutefois sur la durée habituelle des symptômes, la reprise après disparition des symptômes, et surtout la récupération potentiellement plus longue chez les sujets de moins de 18 ans. Une formation en médecine du sport était associée à un score légèrement meilleur de connaissances ($13,7 \pm 1,7$ vs $12,6 \pm 2,1$) et à un niveau de confiance plus élevé. Les médecins assumant eux-mêmes la décision finale de reprise avaient également un score légèrement meilleur que ceux qui la déléguaient ($14,0 \pm 1,8$ vs $12,7 \pm 2,0$). Or, 57/76 déclaraient déléguer cette décision, principalement par sentiment d'incompétence (46/57) et pour des raisons médico-légales (29/57). Enfin, 63/77 jugeaient utiles des recommandations spécifiques au sport automobile.

Discussion :

Cette étude montre que les médecins généralistes français impliqués auprès des pilotes présentent une base de connaissances globalement correcte sur la commotion cérébrale, mais avec des lacunes sur l'évaluation de la récupération et la décision de reprise du pilotage. Le contraste entre connaissances théoriques satisfaisantes et faible confiance clinique est marqué. La formation en médecine du sport apparaît associée à de meilleures connaissances et à une plus grande autonomie décisionnelle.

Conclusion :

Ces résultats soutiennent le développement de recommandations simples, opérationnelles et spécifiques au sport automobile, ainsi que d'actions ciblées de formation, afin d'harmoniser les pratiques et de sécuriser le retour au pilotage.

Mots clés : commotion sport automobile épidémiologie

Déclaration des liens d'intérêts

Aucun lien d'intérêt déclaré



CO_15 Résumé n°SMES-SFTS26-34

Hyrox® : un nouveau sport avec des blessures spécifiques ? Étude menée sur plus de 2000 sportifs.

Thématique : Médecine du sport

Auteurs :

Julia Guirlinger (Orateur) : CHRU de Nancy, Centre Universitaire de Médecine du Sport et Activité Physique Adaptée, Nancy, France

Edem Allado : CHRU de Nancy, Centre Universitaire de Médecine du Sport et Activité Physique Adaptée, Nancy, France

Margaux Temperelli : CHRU de Nancy, Centre Universitaire de Médecine du Sport et Activité Physique Adaptée, Nancy, France

Bruno Chenuel : CHRU de Nancy, Centre Universitaire de Médecine du Sport et Activité Physique Adaptée, Nancy, France

Mathias Poussel : CHRU de Nancy, Centre Universitaire de Médecine du Sport et Activité Physique Adaptée, Nancy, France

Introduction :

Peu d'articles scientifiques sont consacrés à l'Hyrox®, sport pourtant en plein essor, combinant endurance et force. L'objectif de cette étude est d'examiner les caractéristiques des athlètes et l'épidémiologie des blessures en Hyrox®, afin d'améliorer les connaissances et d'optimiser leur prise en charge en médecine du sport.

Matériel et méthode :

Les inscrits à l'événement Hyrox® Paris Grand Palais 2025 (environ 12 000 athlètes), ont reçu avant la compétition un lien vers un questionnaire en ligne. Ce questionnaire les interrogeait sur leur sexe, âge, pays de résidence, pratique sportive, modalités d'entraînement, expérience en Hyrox®, participation à d'autres compétitions et les éventuelles douleurs ou blessures survenues au cours des 12 derniers mois, ainsi que leur prise en charge et leurs conséquences.

Après la compétition, un second questionnaire les interrogeait sur leur ressenti de la course, les éventuelles douleurs ou blessures survenues pendant l'événement et leur prise en charge.

Les réponses ont été recueillies via Google Forms® et analysées avec Excel® et IBM™ SPSS Statistics v23. Le seuil de significativité était fixé à 0,05.

Résultats :

Au total, 2 424 questionnaires ont été recueillis et analysés. L'échantillon comprend autant d'hommes que de femmes, avec un âge moyen de $34,5 \pm 8,9$ ans.

La majorité des participants ont une longue expérience sportive (54,9 % > 10 ans) et une charge d'entraînement élevée (66,3 % s'entraînent plus de 5 fois par semaine). Plus de la moitié (61,8 %) participe à des compétitions dans d'autres sports, principalement des sports d'endurance.

L'incidence des blessures sur 12 mois est de 47,5 %. Chez les femmes, les localisations principales sont la jambe (47,6 %), la cheville ou le pied (25,6 %) et la cuisse (21,3 %). Chez les hommes, elles concernent la jambe (48,4 %), le bras (23,4 %) et le tronc (20,3 %). Les atteintes sont majoritairement musculo-tendineuses.

La plupart des blessures surviennent à l'entraînement (83,5 %) et donnent lieu à une consultation médicale (77,3 %). Les prises en charges reposent principalement sur la kinésithérapie ou l'ostéopathie (82,2 % des femmes blessées et 74,3 % des hommes blessés). La chirurgie ou l'hospitalisation restent rares (<3 %). Moins de la moitié des athlètes blessés doivent interrompre leur l'entraînement (46,1 %) et un retour au niveau de performance antérieur est observé chez 86,5 % des hommes et 79,8 % des femmes.

Pendant la compétition, l'effort est perçu comme très intense (8,3/10), mais peu de blessures surviennent (3,9 %). Les blessures rapportées pendant l'évènement sont principalement localisées à la jambe (47,9 %), la cuisse (27,7 %) et la cheville ou le pied (20,2 %).

Discussion :

A notre connaissance, il s'agit de la première étude portant sur un large échantillon d'athlètes pratiquant l'Hyrox®. Ces résultats apportent des données inédites sur une discipline en forte expansion en France comme dans le reste du monde, et pour laquelle les connaissances scientifiques restent limitées. Ainsi, la caractérisation des profils et des blessures apparaît essentielle dans une perspective de prévention et d'optimisation de la prise en charge.

Conclusion :

Les athlètes d'Hyrox® présentent un profil proche des athlètes d'endurance, avec une forte charge d'entraînement et une participation à d'autres disciplines. Les blessures, majoritairement liées à l'entraînement et de nature musculo-tendineuse, conduisent fréquemment à une consultation médicale. Ces résultats soulignent l'importance, pour les médecins du sport de se familiariser avec les spécificités de cette discipline en plein développement.

Mots clés : entraînement hybride blessure compétition

Déclaration des liens d'intérêts

Aucun lien d'intérêt déclaré

CO_16

Résumé n°SMES-SFTS26-80

Prise en charge du diabétique de type 1 sportif: Une approche multidisciplinaire au service de la performance

Thématique : Médecine du sport

Auteurs :

FETTA YAKER (*Orateur*) : VIA SANA 132 bis rue du Faubourg Saint Denis, Cabinet libéral, Paris, FRANCE

Julie LOUIS : VIA SANA 132 bis rue du Faubourg Saint Denis, Cabinet de kinésithérapie, PARIS, FRANCE

Adeline BRUNET : CHU Cochin - Port Royal, Service de diabétologie, Paris, France

Anis NASR: CHU Cochin - Port Royal, Service de diabétologie, Paris, FRANCE

Introduction :

Le diabète de type 1 (DT1) est une maladie chronique nécessitant un traitement à vie par insuline avec ce que cela peut représenter en terme de contraintes et de risque hypoglycémiques.

Cette pathologie touche essentiellement des enfants et des adolescents mais aussi des jeunes adultes.

Peu de données existent sur la pratique sportive des patients vivant avec un DT1 mais on estimerait que 20% d'entre eux auraient une activité physique régulière, soit en dessous de la population générale.

Ces patients sont rarement suivis par un médecin du sport et c'est en général leur diabétologue qui doit les aider à gérer leur équilibre glycémique lors de leur pratique sportive ce qui est un réel challenge.

Certains d'entre eux arrivent néanmoins à atteindre des niveaux d'activité élevés.

Matériel et méthode :

Nous proposons d'aborder les difficultés de leur prise en charge à travers 4 cas réels afin de mettre l'accent sur la nécessité d'une approche multidisciplinaire.

Cas 1: La patiente de 32 ans qui aborde son 1er marathon de 40 km sous insuline multi injections et capteur de glycémie.

Cas 2: Le champion de jiu jitsu brésilien de 42 ans qui pose des difficultés de surveillance glycémique (difficultés d'adhésion du matériel et sport de contact) ainsi que d'ajustement des doses.

Cas 3: Le maître nageur de 35 ans avec découverte récente de diabète: difficultés de gestion d'une pompe à insuline et impact sur le métier.

Cas 4: Le patient avec un diabète instable pratiquant l'escalade de manière expérimentée.

Difficultés liées à l'âge (88 ans) et aux risques de chute lors d'hypoglycémies.

Résultats :

Le contrôle des glycémies a été possible dans les 3 premiers cas.

Cas 1: Plusieurs consultations et une course "test" ont été nécessaires où la patiente a fait une cétose et une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle.

La course de 40 km s'est elle bien passée grâce à des apports hydriques et glucidiques réguliers.

Cas 2: Le patient a géré "à sa façon" ses glycémies mais au terme de la période préparatoires et de ses épreuves, son HbA1c est passée de 7.2% à 8.2%. Il n'a néanmoins pas souffert d'hypoglycémie.

Cas 3: Un ajustement des débits de base de la pompe a été réalisé et le patient a décidé de masquer sa pompe. Il est candidat à la pose d'une pompe en boucle fermée hybride.

Cas 4: Le patient, souffrant d'un diabète instable malgré une boucle fermée hybride a malheureusement chuté et s'est fracturé le cotyle gauche.

Discussion :

Dans la majorité des cas, une consultation voir plusieurs consultations chez le médecin diabétologue ont été nécessaires et ce, d'une part afin d'ajuster le traitement mais d'autre part pour laisser le temps au médecin, de s'intéresser à la discipline pratiquée par son patient et en comprendre les bases.

Une consultation avec une diététicienne spécialisée en besoin du sportif est souhaitable.

L'APA lorsqu'il est sensibilisé au diabète sucré, peut se révéler être un élément clef de la coordination dans le soin de ces patients.

Enfin, le kinésithérapeute du sport, viendra aider à réparer d'éventuelles blessures mais il a une place privilégiée dans la prévention de ces dernières si une consultation est organisée en amont de la course ou du championnat.

Conclusion :

Le patient vivant avec un DT1 n'est pas un patient fragile mais un patient avec des besoins médicaux spécifiques.

Nous proposons donc d'associer un diabétologue à un(e) diététicien(ne) avec connaissances solides en besoins nutritionnels du sportif, à un kinésithérapeute du sport mais aussi, quand cela est possible, à un(e) podologue du sport et un APA.

La place des médecins du sport reste centrale.

Mots clés : Diabète sport multidisciplinaire

Déclaration des liens d'intérêts

Aucun lien d'intérêt déclaré

Résumé n°SMES-SFTS26-66

Suivi des impacts crâniens lors de la pratique du hockey sur glace dans une population élite junior : protocole DRAK-CARE

Thématique : Reprise du sport / Prévention / Epidémiologie

Auteurs :

Joffrey Drigny (Orateur) : CHU Caen Normandie, Médecine du sport, Caen, France

Hodzic Amir : CHU Caen Normandie, Médecine du sport, Caen, France

Clément Buléon : Polyclinique du Parc, Caen, Anesthésie-Réanimation, Caen, France

Introduction :

Le hockey sur glace expose les joueurs à des impacts crâniens répétés. Chez l'adolescent, la vulnérabilité cérébrale accrue liée à la maturation incomplète du système nerveux central, combinée aux enjeux scolaires et au début de carrière sportive, justifie une surveillance renforcée et des outils de mesure adaptés. L'objectif de cette étude est de caractériser objectivement les impacts crâniens sur une saison complète et d'explorer leurs effets sur la variabilité de la fréquence cardiaque et les performances cognitivo-motrices.

Matériel et méthode :

Cette cohorte monocentrique longitudinale inclut 45 joueurs juniors (équipes U15 et U18) du Hockey Club de Caen. Les impacts crâniens sont mesurés en continu par un capteur cinétique amovible (Bearmind) intégré au casque lors de tous les entraînements et matchs. Trois visites d'évaluation sont planifiées (pré-, mi- et post-saison), complétées par des visites supplémentaires en cas de commotion cérébrale ou impacts sévères asymptomatiques. À chaque temps de mesure, les participants réalisent une épreuve de double tâche cognitivo-motrice et portent un cardiofréquencemètre (Polar H10) permettant l'analyse de la variabilité de la fréquence cardiaque. Les commotions cérébrales sont évaluées par le score SCAT6.

Résultats :

Sur l'ensemble des 45 joueurs, la médiane des impacts totaux par joueur est de 27 [Q1=12 ; Q3=48], avec une répartition de 67 % d'impacts légers, 28 % modérés et 5 % sévères. Les U15 (n=22) présentent une médiane de 27 impacts [13–40] et les U18 (n=23) de 30 impacts [13–48]. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes concernant la répartition des impacts selon leur sévérité ($\chi^2=0,61$; $p=0,74$), ni pour le nombre total d'impacts (Mann-Whitney, $p=0,89$). Ces résultats sont intermédiaires ; à ce stade, 15 évaluations pour suspicion de commotion cérébrale et une quarantaine d'évaluations déclenchées par des impacts sévères asymptomatiques ont été réalisées et sont en cours d'analyse.

Discussion :

Cette approche intégrative croisant données objectives d'impact, marqueurs physiologiques autonomiques et performances cognitives permettra d'explorer les effets des traumatismes crâniens répétés, y compris asymptomatiques, et d'identifier des marqueurs précoces de vulnérabilité adaptés aux jeunes sportifs. Les perspectives ultérieures incluent l'élaboration et l'évaluation d'un programme de prévention ciblé, l'intégration de biomarqueurs biologiques, ainsi que le recours à des épreuves plus spécifiques intégrant la posturologie et des tâches cognitivo-motrices plus complexes.

Conclusion :

Le protocole DRAK-CARE représente une démarche innovante pour mieux comprendre et prévenir les conséquences des traumatismes crâniens chez les jeunes hockeyeurs, avec des retombées attendues sur les plans médical, sportif et scolaire. À plus long terme, ces travaux ont vocation à nourrir des stratégies de prévention dont l'efficacité pourra être évaluée, et à ouvrir la voie à l'intégration de biomarqueurs et d'épreuves posturales plus spécifiques dans le suivi longitudinal des jeunes athlètes exposés aux impacts répétés.

Mots clés : Commotion cérébrale Traumatisme crânien Hockey sur glace

Déclaration des liens d'intérêts

Aucun lien d'intérêt déclaré

Résumé n°SMES-SFTS26-45

Gestion de la santé chez les sportifs amateurs de 25 à 40 ans en soins primaires : une analyse qualitative

Thématique : Reprise du sport / Prévention / Epidémiologie

Auteurs :

Pierre Thiney (*Orateur*) : Université Picardie Jules Verne, UFR de Médecine, Amiens, France

Jean-Yves HOANG : CHU Amiens Picardie, Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Amiens, France

Mathilde COTTEL : CH de Corbie, Service de Réadaptation Cardio-Vasculaire, Corbie, France

Eric SERRA : CHU Amiens Picardie, Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur, Amiens, France

Pierre-Marie LEPRÊTRE : Université de Rouen-Normandie, UFR STAPS-CETAPS, Rouen, France

Florent Krim : CH Corbie, Service de Réadaptation Cardio-Vasculaire, Corbie, France

Introduction :

La pratique sportive est associée à des bénéfices sur la santé mais comporte des risques qu'ils soient de natures traumatologiques, cardiovasculaires ou psychologiques. Pourtant, les sportifs sollicitent peu leur médecin généraliste pour le suivi de leur pratique. L'étude visait à comprendre comment ces sportifs amateurs gèrent leur santé et perçoivent le rôle de leur médecin. Les objectifs secondaires étaient de dresser leur portrait et d'explorer leurs attentes éventuelles envers le médecin traitant.

Matériel et méthode :

L'étude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée, a reposé sur des entretiens semi-dirigés auprès de 17 sportifs réguliers (endurance, force, collectifs), âgés de 25 à 40 ans, recrutés par échantillonnage raisonné. Après recueil du consentement, les entretiens ont été retranscrits puis analysés de manière inductive et itérative jusqu'à saturation théorique des données.

Résultats :

Le sport, souvent pratiqué depuis l'enfance, structure l'identité, l'équilibre psychique et l'organisation du quotidien des participants. Outil de gestion du stress, son interruption est difficilement envisageable, même en cas de blessure. Cette implication s'accompagne d'un besoin d'autonomie et un rapport au corps marqué par la recherche de contrôle et la

valorisation de l'expérience. La douleur, intégrée à la pratique, fait l'objet d'une distinction entre « normale » et « anormale », menant à des stratégies d'autogestion (adaptation de l'entraînement, minimisation des symptômes).

Les sportifs ont recours prioritairement aux pairs ou à des professionnels proches du milieu sportif. Le généraliste est peu sollicité en dehors des cas de gravité perçue, d'échec de l'autogestion ou d'échéance compétitive. Ses compétences sont reconnues dans le domaine de l'évaluation clinique, de la prescription et de l'orientation. Les freins incluent la perception d'une expertise limitée, la crainte d'une approche restrictive ou inadéquate avec les objectifs sportifs. Les attentes incluent la compréhension des enjeux sportifs, une posture non moralisatrice, un accompagnement individualisé et la coordination des soins.

Discussion :

L'identité sportive conditionne le rapport à la santé et favorise une autogestion préalable. Le sport répond à une motivation intrinsèque plutôt qu'à une injonction. L'arrêt est vécu comme une rupture et un déséquilibre. La douleur est traitée par des stratégies de coping avant tout recours médical. L'alliance thérapeutique gagnerait à intégrer les objectifs du patient et son savoir expérientiel. Une posture de partenaire du médecin favoriserait un recours plus précoce, suggérant de renforcer la formation médicale en soins primaires sur cette thématique.

Conclusion :

Les attentes exprimées par les interrogés rejoignent les piliers de la médecine du sport (expertise technique, compréhension des enjeux de terrain et posture de partenaire). Si le médecin généraliste conserve une place stratégique, les spécificités de ces patients plaident pour une reconnaissance accrue de la compétence en médecine du sport. Le renforcement de la formation apparaît comme un levier pour optimiser l'alliance thérapeutique et répondre aux exigences d'une patientèle dont l'identité sportive conditionne le rapport à la santé.

Mots clés : Médecin généraliste Attentes

Déclaration des liens d'intérêts

Aucun lien d'intérêt déclaré