

Olivier Middleton

Citius, altius, Fortius

Alors que la recherche du plaisir dans le mouvement, l'effort, le jeu, devrait participer à l'équilibre de vie, le modèle sportif occidental reposant essentiellement sur la compétition invalide le principe selon lequel être sportif c'est être sain. Les médecins du sport ne doivent pas être les garants d'un idéal de santé irréaliste en devenant des auxiliaires de la lutte contre le dopage au détriment du suivi de la santé de tous les sportifs.

La pratique du sport a toujours bénéficié d'un jugement favorable. Les effets bénéfiques pour la santé dans les pathologies cardiovasculaires ou la lutte contre la sédentarité, par exemple, et les valeurs qu'on lui prête (don et dépassement de soi, égalité des chances, respect...), mis en avant pour favoriser son développement n'ont, jusqu'à peu, jamais souffert de la moindre contestation. De nombreux programmes de promotion de la santé par les Activités Physiques et sportives (APS) se mettent en place dans les régions¹ que ce soit autour des problèmes respiratoires chroniques, la surcharge pondérale et la prévention de l'obésité chez les jeunes, notamment dans le cadre du plan national nutrition santé (PNNS). L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) préconise la consommation de 5 fruits et légumes différents par jour et de pratiquer 30 minutes d'APS au moins 3 fois par semaine. De son côté le ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative (MJSVA) a mis en place des programmes départementaux d'information et d'actions relatifs à la lutte contre l'obésité.

Mais il y a APS et APS. En effet, les pratiques sportives sont toutes aussi variées que les autres pratiques de loisirs, qu'elles soient artistiques ou culturelles, qui peuvent être

¹ Aeberhard P., Brechat P.-H., « Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes », Éditions ENSP 2003.

effectuées aussi bien de façon ludique que professionnelle, avec un investissement de tous les instants. Il convient de distinguer le sport loisir, du sport de compétition et du sport de haut niveau.

Aujourd'hui dans notre société², l'obligation de résultats est la règle. La compétition est omniprésente. Pour exister, pour intégrer un groupe, il faut faire ses preuves. Tous les moyens sont bons. Les exemples de réussites « précoces » et rapides sont largement médiatisés et sont devenus des concepts d'émission TV à succès. Dans ce contexte, l'athlète de haut niveau est l'exemple à suivre. Sa médiatisation dépasse le cadre sportif. Son expérience est recherchée par le chef d'entreprise avide de motiver ses troupes et de doper ses ventes. Tout concourt à ce que les jeunes s'emparent de son image, parfois dans une démarche d'identification communautaire.

Dans ce contexte, les conduites dopantes et le dopage sportif se développent, les pratiques sportives s'accompagnent de comportements à risque.

Les pratiques sportives des jeunes

Les données existantes sur les pratiques sportives des jeunes relativisent quelque peu ce propos³. Si la majorité des jeunes de 12 à 17 ans (77 % des garçons contre 60 % des filles) pratique une activité physique et sportive en dehors de l'école, l'engagement dans un club et la pratique de la compétition varient en fonction du sexe et diminuent avec l'âge. Si 49 % des garçons de 12 à 14 ans pratiquent la compétition, ils ne sont plus que 39 % chez les plus âgés de 15 à 17 ans contre seulement 23 % des filles de 12-14 ans et 19 % des 15 à 17 ans.

Même si, au moment de l'adolescence, il est difficile de corréliser cette baisse des effectifs, aux motivations des jeunes à pratiquer le sport et aux raisons invoquées à l'abandon de la pratique⁴ (manque de temps, désintérêt pour la discipline, conflit avec l'éducateur...), on peut s'interroger

²Ehrenberg A., « Le culte de la performance », Hachette-Pluriel, 1991.

³Arene, et coll., « baromètre santé jeunes », CFES 1999.

⁴Ministère des Sports; « STAT-Info-Le sport chez les jeunes de 12 à 17 ans » N° 02-04 octobre 2002.

⁵Michel G., « La prise de risque à l'adolescence », Masson 2001.

sur le manque d'adéquation entre l'offre du secteur sportif et les attentes des jeunes. Ces derniers semblent en effet délaisser le milieu associatif traditionnel, ses codes et sa réglementation, pour s'adonner à des pratiques plus libres mettant en jeu de nouvelles valeurs; solidarité, spontanéité, recherche de sensations et connivence mais aussi un nouveau statut esthétique, culturel voire éthique⁵.

Il apparaît, en effet, que le modèle sportif repose essentiellement sur la compétition alors

que seulement 19,3 % des garçons contre 6,2 % des filles pratiquent le sport avec comme objectif de gagner. De plus, la sélection imposée par la devise olympique « *citius, altius, fortius* » (plus vite, plus haut, plus fort), est permanente et de plus en plus précoce. Alors, qu'aussi bien chez les garçons que chez les filles, la recherche du plaisir est la première motivation à la pratique du sport (73 %).

Pratiques sportives et conduites à risque

Au cours du séminaire européen « Pratiques sportives des jeunes et conduites à risque⁶ », organisé conjointement par le ministère de la Jeunesse et des Sports et la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, Arvers, Choquet *et al.*⁷, à partir de l'analyse d'un certain nombre de données existantes et en s'appuyant sur l'enquête ESPAD réalisée par l'INSERM auprès de jeunes âgés de 16 à 18 ans, observent l'existence d'une augmentation des conduites à risques en fonction de l'intensité de la pratique sportive.

Si le nombre d'accidents sportifs augmente avec le temps de pratique, il semble que cette augmentation résulte plus de l'état de fatigue engendré par l'intensité de celle-ci, que de la prise de risque inhérente à l'activité physique elle-même.

À propos de la consommation de tabac, il existe une légère diminution des consommations chez les grands sportifs, sauf pour ce qui concerne les filles, consommant plus de 10 cigarettes par jour, qui sont plus nombreuses chez les sportives ayant une pratique supérieure ou égale à 8 heures par semaine.

Pour ce qui concerne le nombre d'ivresses annuelles, la consommation de cannabis et des autres drogues illicites aussi bien chez les garçons que chez les filles, la consommation de tranquillisants et de somnifères ainsi que les troubles du comportement alimentaire chez les filles, les conduites violentes (vols et violences subies pour les filles, bagarres pour les garçons), on retrouve une courbe dite en « U ». Les jeunes qui ne pratiquent pas de sport et ceux qui en pratiquent plus de 8 heures par semaine présentent plus de conduites à risque que ceux qui en font une consommation modérée.

En dehors des ivresses, ou l'expérimentation en milieu sportif encadré renforce le phénomène, la pratique en club aurait un effet protecteur, sans pour autant inverser le sens de la courbe. Le manque d'estime de soi,

⁶ Ministère de la Jeunesse et des Sports, Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies; « Pratiques sportives des jeunes et conduites à risques » Actes du Séminaire Européen 5 et 6 décembre 2000 Paris.

⁷ Arvers P., Choquet M., « Pratiques sportives, consommations, conduites violentes, une association explosive? » MILDT 2002.

souvent mis en avant dans la genèse de ces comportements, ne semble en rien responsable de ces phénomènes puisque Marie Choquet observe, *a contrario*, que les grands sportifs ont plutôt une bonne image d'eux mêmes.

Des résultats contradictoires en fonction des populations étudiées

Récemment une série d'enquêtes, réalisées en région Paca^{8,9}, apporte des précisions concernant une population spécifique; à savoir les jeunes de 16 à 24 ans inscrits dans les filières d'accès au haut niveau, répertoriés sur les listes du ministère des Sports et bénéficiant de conditions particulières d'encadrement (entraîneurs hautement qualifiés, aménagement des horaires de travail, suivi médical adapté...). Il apparaît que les consommations de substances psychoactives sont de moindre importance chez ces sujets que dans la population générale du même âge. Il faut noter par contre, que ces jeunes sportifs ont parfois une image plutôt négative de leur santé ainsi qu'un recours aux soins et aux médicaments plus fréquent. L'éloignement du tissu socio-éducatif et affectif d'origine et les blessures sont en cause.

Marie Carole Paruit¹⁰ lors d'un colloque, sur la santé des sportifs de haut niveau, organisé à l'Institut National des Sports et de l'Éducation Physique (INPES) en juin 2001, s'inquiète du taux des pathologies ostéo-articulaires pendant la croissance des jeunes tennismen sélectionnés en région Loire Atlantique. Le taux de maladies de Sever (pathologie touchant le calcanéum) et d'Osgood-Schlatter (épiphysite de la tubérosité tibiale) y est anormalement élevé. Il n'y

⁸Guagliardo V. et coll., « Tabac, alcool, cannabis et sport de haut niveau à la fin de l'adolescence, en région Paca, 2002 » BEH:15/2003:83-84.

⁹Pruvost J., Obadia Y. et coll., « État de santé perçu, recours au soins et consommation de médicaments chez les sportifs de haut niveau en région Paca » à paraître dans la revue *Addiction*.

¹⁰Entretiens de l'INSEP; « La santé des sportifs de haut niveau », Éd. INSEP 2001.

¹¹Entretiens de l'INSEP, « Règles du jeu et violences dans le sport », Éd. INSEP 2003.

a qu'à suivre l'actualité sportive pour se rendre compte que la carrière d'un sportif de haut niveau est émaillée de blessures et ce dès le plus jeune âge.

Les valeurs en question

En mars 2003, lors des Entretiens de l'INSEP¹¹ sur le thème « Règle du jeu et violence dans le sport », Nathalie Pantaleon (faculté des sciences du sport de Nice) présente une étude qualitative sur les représentations des règles et de la morale sportive chez les enfants et adolescents sportifs. S'interrogeant sur la recrudescence des comportements de transgression des règles sur les stades, elle note, chez 25 jeunes âgés de

10 à 14 ans pratiquant un sport collectif, des représentations différentes des règles en fonction du contexte, social, scolaire ou sportif. L'analyse des entretiens réalisés souligne que les conduites transgressives dans le sport sont légitimées par différentes causes ; les enjeux, l'imitation des adultes et les erreurs d'arbitrage notamment.

Son collègue Thierry Long (UFRSTAPS Nice), interrogeant 5 adolescents sportifs intégrés dans des filières d'accès au haut niveau, s'intéresse aux processus de raisonnement et de jugement moral dans le contexte sportif. Son analyse thématique met également en exergue comment le réalisme de la victoire (dont les bénéfices socio-économiques et symboliques sont de plus en plus importants) est une justification très souvent avancée à des comportements de transgression ou de violence. Selon lui, ces résultats rejoignent ceux d'un certain nombre d'auteurs qui ont mis en relation un niveau de raisonnement moindre chez les sportifs dont la motivation principale était la comparaison sociale, c'est à dire la compétition.

Dès lors, on ne peut s'étonner du développement du dopage dans le sport.

Conduites dopantes et dopage sportif

La question de la définition du « dopage » ne fait pas l'unanimité. Pour certains il n'est de dopage que le dopage sportif, pour d'autres le dopage est « partout » et il n'est pas de champ social qui échappe à la prise de produit, ou de substance chimique, pour améliorer la performance.

Si l'on envisage la prévention du dopage, il me semble pourtant nécessaire de différencier ce qui concerne les conduites dopantes de la société, du dopage sportif proprement dit.

On appelle conduite dopante, l'usage d'un médicament ou d'une substance chimique, consommé pour surmonter un obstacle, que celui-ci soit réel ou ressenti par l'intéressé ou son entourage. L'obstacle pouvant être un examen, un entretien d'embauche, la rédaction d'un article pour *Cosmopolitiques*, supporter un chef de service pointilleux, une épreuve sportive... Dès lors qu'elles concernent une activité particulière (le sport de compétition), un public bien particulier (les sportifs licenciés au sein d'une fédération), consommant des substances ou utilisant des procédés particuliers (inscrits sur la liste des substances et procédés interdits aux sportifs par l'agence mondiale antidopage), ces conduites deviennent le dopage sportif.

La prévention des conduites dopantes a plus à voir avec l'éducation pour la santé et le bon usage du médicament, la prévention du dopage sportif devrait faire partie, avant tout, de l'éducation sportive.

La prévention des comportements de consommation : de l'éradication...

Au travers de l'exemple de la prévention de la toxicomanie, nous avons matière à étayer notre réflexion. L'héroïne, la cocaïne, le cannabis, font partie de la liste des stupéfiants et sont interdits. La France ayant ratifié, comme plus de 150 nations, les conventions internationales elle a mené, dès les années 1960, une politique d'éradication et de tolérance zéro. La détention, l'usage, le transport, la vente... de ces produits stupéfiants sont des délits passibles d'emprisonnement. Le fait d'avoir une seringue sur soi, la présence de traces d'injections sont également considérés comme des signes de toxicomanies et peuvent occasionner des interpellations. Il existe une véritable chasse aux drogués.

Conséquence, les pratiques sont clandestines et les usagers les plus précaires se marginalisent.

Le 31 décembre 1970 une loi est votée. Cette loi, toujours en vigueur aujourd'hui, maintient l'interdiction, propose jusqu'à un an d'emprisonnement pour simple usage (quelque soit la substance ; cannabis comme héroïne), mais – avancée importante – fait de l'usager dépendant un « malade » nécessitant des soins. L'injonction thérapeutique, véritable obligation de soins, devient une alternative aux poursuites judiciaires.

Cette injonction ne fait pas l'unanimité au sein du corps médical qui refuse de soigner les patients « contre leur volonté » et ne veut pas être considéré comme un auxiliaire de justice. Néanmoins les choses progressent et même si on ne note pas d'amélioration sensible de la santé des consommateurs, cette injonction a le mérite de permettre un contact avec les professionnels du champ médico-social.

... à la réduction des risques

C'est l'irruption du sida, au milieu des années 1980, notamment dans la population des usagers de drogue par voie intraveineuse, qui va infléchir la politique gouvernementale et à la politique d'éradication et de tolérance zéro va faire place, non sans mal, une politique de réduction des risques.

L'idée qui prime est alors de se dire : il existe des consommations, ces consommations présentent un certain nombre de risques, en l'occurrence la transmission du VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) et des hépatites par l'échange de seringues et la lutte contre ces risques, véritables fléaux sanitaires, doit être prioritaire.

Une des premières mesure prise est de libéraliser l'accès aux seringues et c'est ainsi que des programmes d'échanges de seringues se mettent en place permettant, non pas une incitation à l'usage, que d'aucuns

craignaient, mais au contraire une responsabilisation des usagers et un contact avec les professionnels du champ socio-sanitaire : pharmaciens, médecins, éducateurs spécialisés...

Le développement des traitements de substitution à l'héroïne par le Buprénorphine haut dosage et la méthadone va renforcer cette politique, permettre à certains de se resocialiser, diminuer de façon conséquente le nombre d'overdoses, la petite délinquance associée à la toxicomanie et limiter la propagation du VIH.

Cette politique a également le mérite de placer les individus au centre des préoccupations et de les rendre acteurs de leur prévention.

Dans le même temps des programmes de prévention vont se mettre en place à l'école, axés non plus sur les produits et leurs dangers, mais sur les comportements de consommation : on parle d'usage, d'usage nocif et de dépendance. Il s'agit dès lors d'empêcher ou de retarder l'expérimentation pour ceux qui n'ont jamais consommé, le passage à l'usage régulier pour ceux qui ont expérimenté et le passage à la dépendance. L'objectif est de responsabiliser et de rendre compétents les individus face à leurs comportements de consommation et de les rendre aptes à demander de l'aide en cas de difficultés rencontrées.

Cela nécessite, notamment, de travailler sur les représentations individuelles et collectives qui entourent certaines consommations, d'apporter à la population un certain nombre de connaissances, scientifiquement validées, afin d'éviter les prises de position idéologiques et de travailler plus spécifiquement avec les publics les plus vulnérables, en renforçant les facteurs de protection, en limitant les facteurs de vulnérabilité et en développant leurs compétences psychosociales.

Ce modèle est-il transposable au dopage sportif ?

La politique de lutte contre le dopage, mise en place par les instances sportives et les gouvernement est très clairement une politique d'éradication et de tolérance zéro. Le dopage ne doit pas exister dans le sport. Le MJSVA, le CNOSE, le Comité International Olympique (CIO), l'Agence Mondiale Antidopage (AMA) tout le monde est d'accord, jusqu'aux médecins du sport qui, pour certains, se transforment en véritables Sherlock Holmes de la lutte antidopage. Les sportifs français, eux-mêmes, souhaitent que le dopage soit éradiqué et prônent la plus grande fermeté : radiation à vie dès la première infraction (Marc Raquil sur France 2, le 3 août 2006 et il n'est pas le seul à tenir ce discours). Les valeurs, la morale, l'éthique, le respect du public sont mis en avant pour ce qui est considéré comme un cancer gangrenant le sport.

La difficulté est qu'à force de mélanger la morale, les valeurs et l'éthique en se référant à Coubertin (début du XX^e siècle) on a basculé dans l'idéologie. L'éthique du sport est devenue idéologie sportive. Il faut être propre, pur ou net. On s'éloigne des préoccupations des jeunes sportifs. Le public s'en fiche : 77 % des lecteurs de *L'Équipe* pensent qu'on n'éradiquera pas le dopage¹².

Où va-t-on ?

Pourtant sous l'impulsion de Marie-George Buffet, la lutte contre le dopage avait pris une nouvelle impulsion. La loi du 23 mars 1999 a permis la mise en place : d'un réseau de médecins conseillers auprès des directeurs régionaux de la jeunesse et des sports, du suivi longitudinal des sportifs de haut niveau et du Conseil de Prévention et de Lutte contre le Dopage (CPLD).

Malgré le flou initial concernant le rôle du suivi longitudinal et l'article 7 de cette loi qui imposait à tout médecin de dénoncer toute suspicion de dopage, la politique de prévention et de lutte contre le dopage s'en est retrouvé renforcée. Il faut se souvenir en effet que des médecins qui occupaient et occupent toujours des fonctions importantes dans les différentes instances médico-sportives, voyaient dans ce suivi longitudinal la possibilité d'observer des évolutions morphoanthropologiques et biologiques synonymes de dopage et un moyen supplémentaire de confondre les tricheurs.

Il a fallu la mobilisation des médecins de terrain et des médecins conseillers jeunesse et sports pour qu'il n'en soit pas ainsi et que le décret d'application du fameux article 7 ne voie jamais le jour. Très rapidement, le suivi longitudinal est devenu un examen de protection de la santé des sportifs, bien distinct des contrôles antidopage.

La nouvelle loi du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs, réanime ce débat qui avait agité le milieu de la médecine du sport, du temps de la loi Buffet en resituant le suivi médical, dont l'un des objectifs affichés est de mettre en avant des signes de dopage, dans le champ de la lutte antidopage. L'équilibre entre prévention et répression est remis en cause. En effet l'article L. 231-3 maintenant codifié dans la partie législative du code du sport, permet au médecin fédéral chargé du suivi des sportifs inscrits en filières d'accès au haut niveau d'établir un certificat de contre-indication à la pratique sportive au vu des résultats, notamment biologiques, de cette surveillance médicale.

¹²Sondage journal et site lequipe.fr juillet 2006.

C'est une catastrophe pour la médecine du sport.

Des contrôles et une lutte contre le dopage qui manquent d'efficacité

Les arguments avancés mettent en avant l'inefficacité des contrôles antidopage, essentiellement urinaires, tels qu'ils sont réalisés aujourd'hui. La difficulté de la mise en place des contrôles inopinés (en dehors des compétitions), le manque d'enthousiasme de certaines fédérations, des sportifs spécialistes des jeux de pistes, les limites des contrôles urinaires, font que les mailles du filet laissent passer la plupart des dopés, même si quelques gros poissons commencent à se faire prendre. De l'autre côté, même si la lutte contre le trafic de produits dopants fait quelques avancées, le manque de moyens est réel. La section antidopage de la brigade des stupéfiants parisienne a été dissoute. La priorité semble donnée aux coups médiatiques : le cyclisme en général et le Tour de France, en particulier, en font les frais. Bref, les trafiquants sont peu inquiétés.

Les médecins en première ligne

Les médecins et la médecine du sport ne doivent pas faire les frais de cette politique de lutte contre le dopage. Il apparaît aujourd'hui que l'essentiel de la lutte contre le dopage dépende de « l'efficacité » des médecins. Or, la lutte contre le dopage n'est pas l'affaire des médecins au risque de créer la suspicion entre des athlètes à qui on demande sans cesse de dépasser leurs limites et des praticiens dont le rôle doit, avant tout, être préventif et soignant.

Le suivi médical doit être un outil de prévention. Il ne s'agit pas de le transformer en contrôle antidopage. La découverte de signes indirects de dopage (des anomalies sur la lignée des globules rouges très évocateurs d'une prise d'EPO par exemple), ne doit pas donner lieu à la délivrance d'un certificat de contre indication, si cette anomalie n'a aucune incidence sur la pratique de haut niveau, vu sous l'angle médical. Le respect des règles, puisque c'est de cela qu'il s'agit, est l'affaire des éducateurs, des dirigeants et des officiels qui gagneraient aussi à avoir des comportements au dessus de tout soupçon.

Ne rêvons pas, on n'éradiquera pas le dopage. Les médecins doivent participer à la mise en place d'une politique de réduction des risques qui fasse de la santé du sportif sa priorité et non pas celle d'une éthique du sport, bafouée de jours en jours et qui est devenue idéologie sportive, à force de n'avoir pas su s'adapter aux évolutions de nos sociétés.

L'actualité récente démontre bien les dangers d'une pratique intensive. Le médecin du sport doit rester l'interlocuteur du sportif au-delà même de sa fin de carrière. Pour cela, la confiance doit être réciproque et le

suivi médical devrait pouvoir accompagner l'athlète de haut niveau jusqu'à sa réinsertion.

À chacun son rôle

La lutte contre le dopage gagnera en clarté et en efficacité dès lors que les rôles et les fonctions de chacun seront bien définis. La lutte contre le trafic s'organise à l'échelon national et international, mais il faut bien comprendre que, face à des enjeux de santé publique et de sécurité autrement plus graves que le dopage, qui est plus un phénomène de société qu'un fléau sanitaire, on ne peut être en attente de résultats spectaculaires.

L'AMA et l'Agence Nationale de Prévention et de Lutte contre le Dopage, qui succède au CPLD, indépendantes du politique et des instances sportives, ont pour mission d'organiser les contrôles antidopage. C'est à elles de définir les examens et les protocoles à mettre en place. Cela doit se faire de manière indépendante des fédérations et du MJSVA. Les médecins du sport ne devraient pas y collaborer.

Par contre, le développement d'un suivi médical qui s'inscrive dans la durée, qui s'appuie sur une relation de confiance et qui place le sportif en face de ses responsabilités, devrait permettre d'éviter un certain nombre de dérives et d'améliorer la santé à moyen et long terme de nos champions.

Enfin, comment ne pas aborder le rôle et l'exemplarité des dirigeants (qui, au sein des instances nationales et internationales, se préoccupent plus de l'image du sport, quand ce n'est pas de leur propre image, que de la santé des sportifs) et des éducateurs sportifs qui devraient participer à l'appropriation des règles par les jeunes sportifs et privilégier le plaisir et le jeu, plutôt que les enjeux...