

Mallette des médecins du sport

Играть по правилам 公平競争
aus mäng franc jeu
gioca pulito igra pošteno шударга өрсөлдье jogo limpo spiel gerecht play true
reilu peli ईमानदारी से खेलो tiszta játék ren sport juego limpio
最高の感動のために hakça oyun العب النزیه

MALLETTE DES MÉDECINS DU SPORT

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction
2. Le dopage et l'éthique en médecine du sport
3. Les risques du dopage pour la santé
4. La procédure de contrôle du dopage
5. La liste des interdictions et les AUT
6. L'amélioration de la performance sans dopage
7. Le passeport biologique de l'athlète
8. Introduction au dopage génétique
9. Questions pratiques – Études de cas



Madame, Monsieur,

Les départements Éducation et Médecine de l'Agence mondiale antidopage (AMA) ont le plaisir de vous faire parvenir la mallette des médecins du sport ci-jointe pour vous aider à mettre sur pied votre propre programme d'information antidopage.

Nous tenons à remercier tout particulièrement le professeur Mike McNamee et le docteur Theodore Friedmann et à souligner leur contribution respective aux chapitres sur l'éthique en matière de médecine sportive et sur le dopage génétique.

Conformément à l'objectif général du département Éducation de l'AMA, qui est de promouvoir la coopération entre les partenaires de l'AMA dans la mise en place d'initiatives d'éducation antidopage, ainsi que le partage des outils pédagogiques, plusieurs auteurs ont collaboré à la rédaction du contenu de cette mallette éducative.

Les « outils » qui la composent servent véritablement à construire votre propre programme d'éducation antidopage en l'adaptant aux réalités de votre pays ou de votre région et en le personnalisant selon les besoins de vos groupes cibles. Chaque sujet débute par un texte court d'introduction, suivi d'une présentation PowerPoint plus détaillée qui vous facilitera la tâche. Nous avons également ajouté plusieurs études de cas en vue de susciter le débat lors de formations en face à face.

L'AMA vous recommande d'utiliser tous les outils de votre mallette. N'hésitez pas à les adapter à vos propres programmes et à les reproduire pour en faire profiter le plus grand nombre possible de médecins sportifs de votre région. Si toutefois vous adaptez une partie du contenu de la mallette éducative dont le nom de l'auteur est expressément cité, nous vous prions de bien vouloir mentionner cet auteur dans le matériel produit, en reconnaissance de son travail.

Désireuse de perfectionner cette mallette éducative afin qu'elle réponde du mieux possible à vos besoins, l'AMA sera toujours ravie de recevoir vos commentaires et vos recommandations quand à l'amélioration des outils. Nous aimerions savoir de quelle manière vous avez utilisé son contenu, ou si vous l'avez diffusé à d'autres médecins sportifs de votre région.

Veillez faire parvenir vos questions ou commentaires sur la mallette des médecins du sport, ainsi que vos réactions concernant son utilisation à info@wada-ama.org. Dans l'attente de vos nouvelles,

Veillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Département Éducation et Département Médecine de l'AMA



1. Introduction

Cette première partie vous propose des idées et des documents visant à donner aux médecins du sport un aperçu des questions et des stratégies antidopage pouvant s'avérer utiles pour créer des programmes d'éducation antidopage. N'hésitez pas à utiliser, reproduire et diffuser ce document selon les besoins.

Voici les documents inclus dans cette partie :

- Direction de la lutte antidopage
 - o Fiche technique sur l'AMA
 - o Les grands partenaires de la lutte antidopage
 - o Tour d'horizon de l'AMA
- Information sur l'état actuel du dopage et les responsabilités des médecins
- Une histoire résumée du dopage dans le sport et des stratégies antidopage
- La lutte contre le dopage dans le sport
 - o Une fiche d'information sur le Code mondial antidopage
 - o Le Programme mondial antidopage

Pour les sujets sélectionnés, nous débutons par un texte court d'introduction, suivi d'une présentation PowerPoint plus détaillée qui vous facilitera la tâche.

Faits saillants à propos de l'Agence mondiale antidopage

Créée le 10 novembre 1999 à la suite de la Conférence mondiale sur le dopage dans le sport qui s'est tenue à Lausanne.

Financée à parts égales par les gouvernements nationaux et le Comité international olympique.

Dirigée par un Conseil de fondation composé de 36 membres et d'un Comité exécutif formé de 12 membres, tous deux composés à parts égales de représentants du Mouvement olympique et des gouvernements.

Sa mission consiste à promouvoir, coordonner et superviser à l'échelle internationale la lutte contre le dopage dans le sport sous toutes ses formes.

Son logo traduit visuellement l'esprit universel du sport pratiqué de façon naturelle, dans le respect des règles et sans artifices :



- le « signe égal » évoque l'équité et le franc jeu;
- le « carré » représente les usages et règles du jeu qui doivent être respectés;
- le noir évoque la neutralité : c'est la couleur traditionnelle de l'arbitre;
- le vert évoque la santé et la nature, c'est aussi la couleur de nombreux terrains de jeu.

Son mandat :

- Publier le Code mondial antidopage; superviser l'acceptation et le respect du Code par les organismes régissant les sports.
- Coordonner les programmes d'éducation et de sensibilisation à la lutte contre le dopage destinés aux sportifs, aux entraîneurs, aux jeunes et à d'autres groupes ciblés.
- Financer et superviser des programmes de recherche scientifique et de recherche en sciences sociales consacrés au développement de nouvelles méthodes de détection des méthodes interdites et d'amélioration de la prévention du dopage.
- Réaliser des contrôles hors compétition sans préavis parmi les sportifs de haut niveau.
- Observer le contrôle du dopage et la gestion des résultats lors des grands événements sportifs.
- Encourager la mise en place de programmes antidopage nationaux ou régionaux.

Ce que ne fait pas l'AMA :

- Effectuer des analyses d'échantillons d'urine ou de sang. Les analyses des échantillons sont effectuées par les laboratoires accrédités par l'AMA à cette fin.
- Appliquer les sanctions pour violation des règles antidopage. Les sanctions sont appliquées par l'organisation dont les règlements anti-dopage ont été enfreints. Il peut s'agir d'un organisme antidopage, d'une organisation responsable d'une manifestation sportive ou d'une fédération sportive de niveau international ou national.

Située à Montréal, au Canada (siège social); bureaux régionaux à Lausanne, en Suisse (pour l'Europe); au Cap, en Afrique du Sud (pour l'Afrique); à Tokyo, au Japon (pour l'Asie et l'Océanie) et à Montevideo, en Uruguay (pour l'Amérique latine).

Contactez-nous :

Site Web : www.wada-ama.org
Courriel : info@wada-ama.org

Téléphone : +1 514 904-9232
Télécopieur : +1 514 904 8650

Les grands partenaires de la lutte antidopage

AUTORITÉS PUBLIQUES

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)

Responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre, en concertation avec les gouvernements nationaux, de la Convention internationale contre le dopage dans le sport.

La **Convention internationale de l'UNESCO contre le dopage dans le sport** est un instrument juridique international. Il définit le cadre réglementaire juridique qui permet aux gouvernements d'aligner leur législation nationale sur le Code mondial antidopage et d'harmoniser leurs efforts dans la lutte contre le dopage dans le sport.

Gouvernements nationaux

Autorité publique responsable de la ratification, de l'acceptation, de l'adoption ou de l'adhésion à la Convention internationale contre le dopage dans le sport, ainsi que de sa mise en œuvre sur son territoire.

Doit verser des droits à l'AMA, le total représentant 50 % du financement de l'AMA.

ORGANISATIONS ANTIDOPAGE

Agence mondiale antidopage (AMA)

Reconnue par les autorités publiques et le Mouvement olympique à titre d'organisme international officiel responsable de la lutte contre le dopage et pour le Code mondial antidopage.

Le **Code mondial antidopage** est un ensemble de règles qui constituent les principes fondamentaux sur lesquels toute organisation sportive devrait baser ses politiques antidopage. Il comprend la **Liste des interdictions** et autres **Standards internationaux** pour les **contrôles**, les **autorisations d'usage à des fins thérapeutiques** et les **procédures de laboratoire**.

Organisations nationales antidopage (ONAD)

Organisme officiel responsable de la lutte antidopage dans un pays donné et reconnu à ce titre par l'AMA. *Chaque ONAD procède aux contrôles de dopage et gère les programmes d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques et de localisation de son propre groupe cible de sportifs soumis aux contrôles.*

Organisations régionales antidopage (ORAD)

Organisme officiel responsable de la lutte antidopage dans une région regroupant des pays voisins et reconnu à ce titre par l'AMA. *L'ORAD joue un rôle semblable à celui d'une ONAD pour les pays de sa région.*

FÉDÉRATIONS SPORTIVES

Comité olympique international (CIO)

Fait la promotion de l'olympisme et veille au bon déroulement des Jeux Olympiques en accord avec la Charte Olympique. *Fournit au nom du Mouvement olympique, 50% du financement de l'AMA.*

Fédérations internationales (FI)

Organisme de régie officiellement reconnu pour un sport donné. *Chaque FI procède aux contrôles de dopage et gère les programmes d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques et de localisation de son propre groupe cible de sportifs de niveau international soumis aux contrôles.*

Tribunal Arbitral du Sport (TAS)

Institution indépendante offrant des services d'arbitrage pour la résolution des litiges et l'audition d'appels liés au dopage déposés par diverses parties du monde sportif international (sportifs, membres du personnel d'encadrement, les FI, le CIO, l'AMA, etc.).

Autres organisations responsables de grands événements sportifs tels que les Jeux Paralympiques (Comité international paralympique - CIP), les Jeux du Commonwealth (Fédération des Jeux du Commonwealth - FJC) et les Jeux continentaux (Organisation sportive panaméricaine – OSP, Association des comités nationaux olympiques d'Afrique – ACNOA, Comités Olympiques Européens – COE, Oceania National Olympic Committees - ONOC, Olympic Council of Asia - OCA)

Comité nationaux olympiques (CNO)

Comité olympique officiel responsable d'un pays donné et reconnu à ce titre par le CIO.

En l'absence d'une ONAD dans un pays donné, le CNO du pays en question joue le même rôle qu'une ONAD.

Fédérations nationales

Reconnue par la FI d'un sport donné comme organisme national officiel de régie. *La Fédération nationale peut agir à titre d'intermédiaire entre les sportifs et leur FI ou ONAD en ce qui a trait au contrôle antidopage.*

Tour d'horizon de l'AMA

Играть по правилам 公平競争
aus māng franc jeu
gioca pulito igra pošteno шударга өрсөлдье jogo limpo spiel gerecht play true
reilu peli ईमानदारी से खेले tiszta játék ren sport juego limpio
最高の感動のために hakça oyun العب النزیه

Tour d'horizon de l'AMA

- Organisme international indépendant
- Mène une campagne mondiale conjointe pour un sport sans dopage
- Partenariat paritaire entre le Mouvement sportif et les gouvernements des divers pays
- Créée en 1999

L'enjeu

➤ La santé des sportifs

L'intégrité du sport

La santé publique



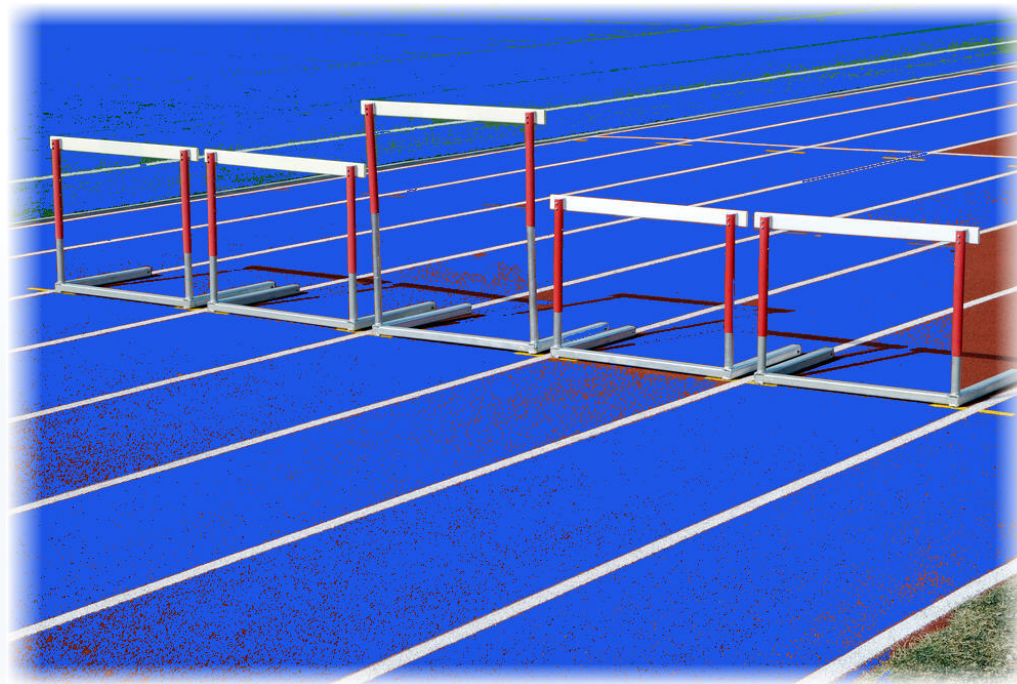
Играње
ау
Jogo limpo
шударга ерселдье
play true
ευγενής άμιλλα
игрис жеу
чесна гра
gioca pulito

L'enjeu

La santé des sportifs

➤ **L'intégrité du sport**

La santé publique



L'enjeu

La santé des sportifs

L'intégrité du sport

➤ **La santé publique**



La réponse

Le partenariat entre le milieu du sport et le gouvernement

Milieu du sport

- Contrôle
- Sanctions
- Sensibilisation des sportifs
- Education
- Tendances et risques

Agence mondiale antidopage

Gouvernement

- Contrôle
- Réglementation des suppléments alimentaires
- Soutien financier
- Réglementation de la fabrication et du commerce
- Codes de conduite
 - Education
 - Recherche

Le cadre

1

AMA

2

Milieu du sport,
gouvernements

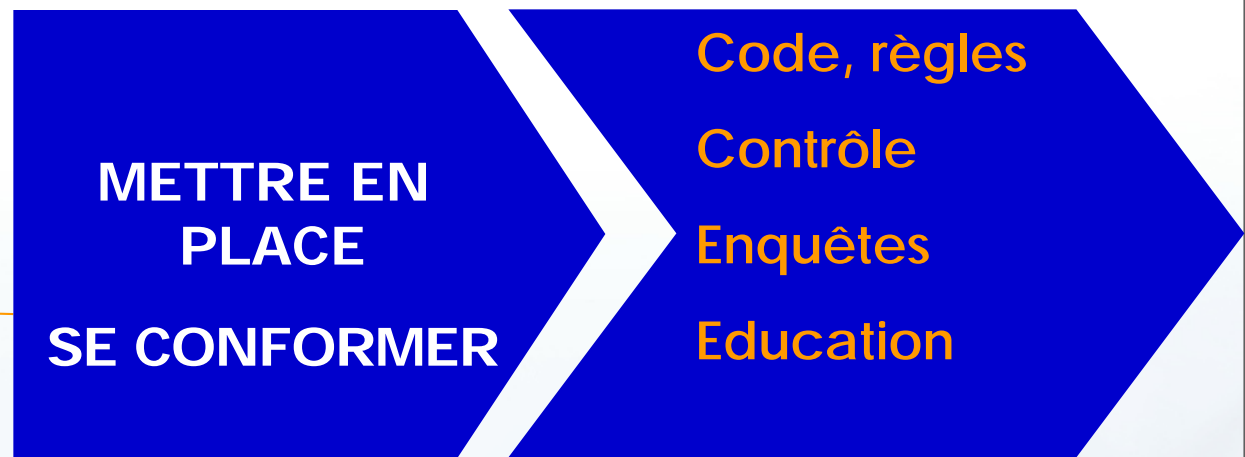
3

AMA

FORMULER
PROMULGUER
COORDONNER

Stratégies
Code
Normes
Pratiques

Le cadre



Le cadre



SURVEILLER

Signaler le respect du Code
Sanctions
Appels
Observateurs indépendants

Stratégies

Prévenir

Détecter et
dissuader

Autres
stratégies

EDUCATION

CONTROLE

ENQUETES

Coordonnées

BUREAU PRINCIPAL

Tour de la Bourse
800, Place Victoria,
bureau 1700
Montréal (Québec) H4Z 1B7
CANADA

Tél. : +1 514 904-9232
Télec. : +1 514 904-8650

info@wada-ama.org
www.wada-ama.org

BUREAUX REGIONAUX

Europe

MSI Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne
Suisse
Tél. : +41 21 343 43 40

Asie / Océanie

a/s de Institut japonais des Sciences du
Sport
3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku
Tokyo, 115-0056 JAPON
Tél. : +81 3 5963 4321

Afrique

Protea Assurance Building, 8^e étage
Greenmarket Square
Le Cap, 8001 AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 21 483 9790

Amérique latine

Centre mondial du commerce de Montevideo
Tour II - Unité 712 – 18^e étage
Calle Luis A de Herrera 1248
Montevideo, URUGUAY
Tél. : +598 2 623 5206

La lutte antidopage et la responsabilité des médecins du sport

En tant que médecin, vous êtes chargé de connaître les derniers règlements antidopage pour éviter de contribuer au dopage par inadvertance. Vous devez vous engager pleinement en faveur d'un milieu sportif sans dopage.

La santé du sportif est d'une importance primordiale pour le médecin. La logique qui veut que le sport est dangereux et que le dopage ne constitue qu'un risque parmi d'autres est déraisonnable. Si le dopage est permis dans le sport, où sera la limite ? Certains sportifs ont tendance à prendre des risques et pourraient abuser gravement de certaines substances. Qu'advient-il du sportif qui souhaite concourir de manière transparente et équitable ?

Certains croient que les tricheurs ont une grande avance sur les contrôleurs antidopage et que par conséquent, il s'agit d'un processus futile ne permettant de confondre que les plus bêtes ou les plus insoucients. Pourtant, le mouvement antidopage a bien progressé au fil des années. Les gouvernements y participent dans le cadre de la Convention de l'UNESCO. Interpol et les compagnies pharmaceutiques collaborent à l'AMA et lui apportent leur aide. Des recherches se poursuivent sur de nouvelles méthodes de contrôle, et les échantillons des sportifs sont conservés jusqu'à huit ans, ce qui permet d'obtenir rétroactivement des résultats positifs. Le cas s'est déjà produit et quelques sportifs se sont vus retirer leur médaille plusieurs mois après les Jeux olympiques de 2008 à Beijing.

Il n'est plus nécessaire de trouver une substance interdite dans un prélèvement d'urine ou de sang pour affirmer qu'il y a violation des règlements antidopage. Il est possible de mettre à jour des violations des règlements antidopage grâce à d'autres preuves non analytiques, comme l'a démontré le tristement célèbre cas BALCO aux Etats-Unis.

Le passeport biologique de l'athlète (PBA) a été adopté par un certain nombre d'organisations antidopage et fait désormais l'objet d'une harmonisation en vertu des lignes directrices de l'AMA sur le PBA. Ce programme a recours aux données longitudinales sur le sportif, qui mesurent la variabilité intra-individuelle de certains paramètres (p. ex., taux d'hémoglobine et numération des réticulocytes). Les résultats peuvent améliorer l'efficacité des contrôles ciblés ou amener à constater purement et simplement une violation des règlements antidopage.

Il est hors de doute que certains sportifs choisissent de se doper, et que ces pratiques deviennent plus raffinées avec l'adoption de produits plus récents, et même du dopage génétique. Il est très probable que les sportifs auront besoin de l'aide des médecins et des scientifiques pour continuer à tricher. Il est à espérer que tous les médecins opteront en faveur de la santé de leurs sportifs et du droit de tous à un sport propre et équitable.

Histoire du dopage et de la lutte antidopage

Tout porte à croire que le dopage a toujours été présent dans l'histoire du sport. Les sportifs de la Grèce antique étaient célèbres pour se donner un regain d'énergie à l'aide de régimes et de potions. Au 19^e siècle, les cyclistes et les sportifs d'endurance avaient souvent recours aux stimulants, à la cocaïne et à l'alcool pour améliorer leurs performances. C'est aidé d'un œuf cru, d'injections de stimulant et de brandy pris pendant la compétition que Thomas Hicks remporte la médaille d'or du marathon aux Jeux olympiques de 1904. Vers les années 20, il devient évident que des restrictions s'imposent quant à l'usage de la drogue dans le sport.

En 1928, l'Association internationale des fédérations d'athlétisme (IAAF) est la première fédération sportive internationale à interdire le recours à des substances stimulantes. Mais faute de contrôles, le problème s'aggrave. Le décès du cycliste danois Knud Enemark Jensen pendant les Jeux olympiques de Rome en 1960 accentue les pressions exercées sur les autorités sportives pour instaurer des contrôles du dopage.

En 1966, l'Union cycliste internationale (UCI) et la Fédération internationale de football amateur (FIFA) sont parmi les premières fédérations internationales à effectuer des contrôles du dopage pendant leurs championnats du monde respectifs. En juillet 1967, Tom Simpson, un autre cycliste, décède pendant le Tour de France. L'association de stimulants avec la chaleur est à l'origine de sa mort.

En 1967, le Comité international olympique (CIO) crée une Commission médicale et établit sa première liste des interdictions. Des contrôles du dopage sont d'abord effectués lors des Jeux olympiques d'hiver de Grenoble, puis de ceux de Mexico en 1968.

Durant les années 1970, l'utilisation de stéroïdes anabolisants se répand, principalement dans les épreuves de force comme l'haltérophilie. Un test fiable est finalement développé en 1974, et le CIO ajoute, en 1976, les stéroïdes anabolisants à la liste des interdictions. Mais malgré les suspensions et le dépistage de stéroïdes anabolisants ayant entraîné la disqualification de nombreux sportifs, les années 1970 et 1980 sont le théâtre de bien des fraudes, particulièrement en raison du dopage d'État pratiqué par certains pays pour améliorer les performances de leurs sportifs.

En 1988, Ben Johnson, qui a remporté la course du 100 mètres aux Jeux olympiques de Séoul, est testé positif pour utilisation d'un stéroïde, et se voit privé de sa médaille et de ses records. Par la suite, un contrôle révèle qu'il a eu recours à des testostérone exogènes, et il est interdit de compétition à vie.

Même si la lutte contre les stimulants et les stéroïdes donne des résultats, l'essentiel de l'effort antidopage porte très vite sur le dopage sanguin. Le dopage sanguin consiste à altérer la composition du sang d'un sportif pour améliorer ses performances. En 1986, le Comité olympique international (CIO) interdit cette forme de dopage.

Dans le but d'augmenter leur niveau d'hémoglobine, les sportifs vident leur sang et le réintroduisent dans leur corps, ou utilisent de l'érythropoïétine (EPO). En 1990, l'EPO est ajoutée à la liste des interdictions par le Comité international olympique. Un test efficace de dépistage de cette substance est utilisé pour la première fois aux Jeux olympiques de Sydney en 2000. Depuis, de nouveaux agents érythropoïétiques ont vu le jour, suivis par des méthodes de détection plus raffinées.

Un autre pas est franchi avec l'affaire BALCO, qui met à jour l'utilisation de stéroïdes maison par des sportifs. Victor Conte a fourni à de nombreux sportifs américains, dont Marion Jones, C.J. Hunter et Tim Montgomery, un stéroïde maison surnommé « the clear ». Non seulement ces sportifs ont subi des sanctions à la suite de l'enquête, mais certains ont été poursuivis et même emprisonnés.

Le milieu du sport, les gouvernements et la création de l'AMA

En 1998, lors d'un contrôle effectué pendant le Tour de France, la police découvre dans une automobile une grande quantité de substances interdites. Le « scandale Festina » entraîne une révision du rôle des pouvoirs publics dans la lutte contre le dopage. Comme au début de 1963, la France est la première à adopter des lois antidopage. Peu à peu, d'autres pays lui emboîtent le pas.

Dans les années 1980, la collaboration se resserre entre les autorités sportives internationales et divers organismes gouvernementaux. Avant 1998, il existait différentes définitions, politiques et sanctions concernant le dopage. Du fait de cette confusion, les sanctions contre le dopage étaient souvent contestées, et parfois annulées par des tribunaux civils.

Le scandale du Tour de France démontre la nécessité d'un organisme international indépendant qui normalisera la lutte contre le dopage et coordonnera les efforts des organisations sportives et des pouvoirs publics. Le Comité international olympique (CIO) prend l'initiative d'organiser la Conférence mondiale sur le dopage dans le sport à Lausanne en février 1999. Suite à une proposition formulée à cette occasion, l'Agence mondiale antidopage (AMA) est créée le 10 novembre 1999. Son financement sera assuré de moitié par le Mouvement olympique et de moitié par les gouvernements de tous les pays du monde.

L'une des plus grandes réalisations dans le domaine de la lutte antidopage reste la rédaction, l'acceptation et la mise en œuvre d'un ensemble de règlements harmonisés intitulé le Code mondial antidopage (ou le Code). Le Code est le document fondateur et le cadre des politiques, règles et règlements antidopage harmonisés adopté par les organisations sportives et les pouvoirs publics. L'adoption de la première version du Code (2003) a permis de progresser considérablement dans la lutte contre le dopage, notamment en officialisant certaines règles et en définissant les responsabilités des divers intervenants. A la suite d'une consultation ouverte et transparente en trois étapes et de la publication de plusieurs versions préliminaires, le Code révisé (2009) a été adopté à l'unanimité par le Conseil de fondation de l'AMA et adopté par les 1500 délégués présents à Madrid, en Espagne, le 17 novembre 2007, soit le dernier jour de la troisième Conférence mondiale sur le dopage dans le sport. Les modifications à la dernière version du Code sont entrées en vigueur le 1er janvier 2009. Une nouvelle consultation entreprise à la fin de 2011 aboutira à une deuxième révision du Code, qui sera mise en application en janvier 2015.

Le dopage génétique

Les recherches médicales actuelles indiquent que très bientôt, la thérapie génétique facilitera le traitement des maladies complexes. Dans le monde du sport, il semblerait que certains sportifs se soient déjà penchés sur les avantages de ces techniques pour améliorer leurs performances. Dans le cadre des études de l'AMA sur les menaces émergentes, un atelier sur le dopage génétique a été organisé par l'Agence en mars 2002 au Banbury Center à New York. Des experts, des scientifiques, des sportifs et des représentants du Mouvement olympique et des gouvernements en ont étudié les enjeux et ont conclu qu'il était fortement probable qu'il soit utilisé dans un futur proche. Par conséquent, le dopage génétique a été ajouté à la Liste des interdictions de 2003, et a été défini comme l'usage non thérapeutique de cellules, de gènes, d'éléments génétiques ou la modulation d'expression génétique ayant la capacité d'augmenter la performance sportive. Parallèlement, en 2004, l'AMA a créé un groupe d'experts sur le dopage génétique. La tâche de ce groupe consiste à examiner les derniers progrès en matière de thérapie génétique ainsi que les méthodes de détection du dopage, et de débattre des résultats des recherches financées par l'AMA dans ce domaine. En collaboration avec les pouvoirs de Suède, l'Agence a organisé un deuxième symposium sur le dopage génétique à Stockholm en décembre 2005, et un troisième à Saint-Pétersbourg en 2008. Le groupe d'experts de l'AMA sur le dopage génétique continue à se réunir régulièrement.

Histoire du dopage et de la lutte antidopage

Играть по правилам 公平竞争
aus māng franc jeu
gioca pulito igra pošteno шударга өрсөлдөe jogo limpo spiel gerecht play true
reilu peli ईमानदारी से खेलेo tiszta játék ren sport juego limpio
最高の感動のために hakça oyun لعب النزیه

Histoire du dopage et de la lutte antidopage

1920 : Premières préoccupations envers la lutte antidopage

1928 : L'IAAF interdit les substances stimulantes

1966 : L'UCI et la FIFA commencent à effectuer des contrôles

1967 : Première liste des interdictions de la CIO

1968 : Contrôle du dopage pour la première fois aux Jeux olympiques de Grenoble (hiver) et Mexique (été)

Histoire

1970 : L'utilisation de stéroïdes anabolisants se répand.

1974 : Premier test fiable pour les stéroïdes anabolisants.

1976 : Les stéroïdes anabolisants sont ajoutés à la liste des interdictions.

1988 : Ben Johnson est testé positif pour utilisation d'un stéroïde anabolisant.

Histoire

Années 1980 : L'attention se tourne vers le dopage sanguin.

1986 : Le CIO interdit le dopage sanguin.

1990 : le CIO interdit l'EPO.

2000 : Mise en place du premier test de dépistage de l'EPO.

2009 : Rashid Ramzi subit rétroactivement des sanctions pour avoir utilisé du CERA aux Jeux olympiques de Beijing.

Le dopage génétique

2002 : Conférence de Banbury sur le dopage génétique

2003 : Le dopage génétique est ajouté à la Liste des interdictions

2004 : Un groupe d'experts est créé pour examiner les questions de dopage génétique.

2005 : Symposium de Stockholm sur le dopage génétique

2008 : Symposium de Saint-Pétersbourg sur le dopage génétique

Le milieu du sport, les gouvernements et l'AMA

1963 : La France est le premier pays à adopter une loi antidopage.

Années 1980 : Renforcement de la coopération entre le milieu du sport et le gouvernement.

1998 : Descente de police pendant le Tour de France.

1999 : Création de l'AMA à la suite de la Conférence mondiale sur le dopage dans le sport.

2003 : Adoption du Code mondial antidopage.

2007 : Consultation en vue de la révision du Code.

2009 : Le Code entre en vigueur.

2012: Consultation en vue de la révision du Code.

2015: Le Code entre en vigueur.

Coordonnées

BUREAU PRINCIPAL

Tour de la Bourse
800, Place Victoria,
bureau 1700
Montréal (Québec) H4Z 1B7
CANADA

Tél. : +1 514 904-9232
Télec. : +1 514 904-8650

info@wada-ama.org
www.wada-ama.org

BUREAUX REGIONAUX

Europe

MSI Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne
Suisse
Tél. : +41 21 343 43 40

Asie / Océanie

a/s de Institut japonais des Sciences du
Sport
3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku
Tokyo, 115-0056 JAPON
Tél. : +81 3 5963 4321

Afrique

Protea Assurance Building, 8^e étage
Greenmarket Square
Le Cap, 8001 AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 21 483 9790

Amérique latine

Centre mondial du commerce de Montevideo
Tour II - Unité 712 – 18^e étage
Calle Luis A de Herrera 1248
Montevideo, URUGUAY
Tél. : +598 2 623 5206

Faits saillants à propos du Code mondial antidopage

L'essentiel du Code

Le Code définit les principes fondamentaux que doit intégrer toute politique antidopage efficace. De plus, il établit expressément que toute procédure menant à l'application d'une sanction pour violation des règles antidopage doit respecter les droits de la personne et les principes d'équité et de justice.

VIOLATIONS	Description des diverses violations possibles, comme la présence ou l'utilisation d'une substance interdite, se soustraire à un contrôle du dopage, l'administration ou le trafic de substances ou de méthodes interdites, etc.
SANCTIONS	Description des sanctions applicables aux différents types de violations ainsi que les autres circonstances pouvant affecter les sanctions imposées.
GESTION DES RÉSULTATS	Description des procédures à suivre du moment où une violation possible des règles antidopage est signalée à un organisme de contrôle jusqu'à l'imposition de la sanction.
APPELS	Énoncé des dispositions régissant le droit d'appel de toutes les parties en cause dans une affaire de dopage.
LOCALISATION	Description des exigences, envers les sportifs assujettis à des contrôles hors compétition, de transmettre les informations sur leur localisation aux organismes de contrôle afin que les agents mandatés de contrôle du dopage puissent les localiser.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS	Aperçu des rôles et responsabilités de l'AMA, des gouvernements et des signataires du Code en ce qui a trait au contrôle du dopage, à l'éducation, à la recherche, au partage de l'information, à la reconnaissance réciproque des décisions et à d'autres éléments assurant la coordination et l'harmonisation des programmes antidopage à l'échelle internationale.
ÉDUCATION	Tous les signataires doivent, selon les moyens dont ils disposent et l'étendue de leur responsabilité, et en collaboration els uns avec les autres, planifier, mettre en œuvre, évaluer et superviser des programmes d'information et d'éducation pour un sport sans dopage.
Aux principes énoncés dans le Code s'ajoutent les quatre Standards internationaux suivants, qui en font partie intégrante, même s'ils constituent quatre documents séparés.	
LISTE DES INTERDICTIONS	Liste, par catégorie ou par nom, des substances et des méthodes interdites dans le sport. Cette liste distingue les substances et méthodes interdites en permanence de celles qui ne le sont qu'en compétition.
CONTROLE	Définit de manière détaillée toutes les procédures de contrôle du dopage à suivre, depuis la sélection du sportif à contrôler jusqu'au transport des échantillons pour l'analyse en laboratoire inclusivement.
AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES	Permet aux sportifs de suivre un traitement médical dans certaines circonstances. La majorité des maladies courantes peuvent être traitées par des médicaments ne contenant pas de substance interdite. Toutefois, s'il se trouve qu'une substance ou une méthode à laquelle un sportif doit avoir recours pour traiter son problème médical est interdite, le Code permet aux sportifs de demander une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.
LABORATOIRE	Définit de manière détaillée toutes les procédures que doivent suivre les laboratoires accrédités par l'AMA pour réaliser les analyses pour le contrôle du dopage, depuis le moment de la réception des échantillons jusqu'à la transmission des résultats aux organismes de contrôle, en passant par la préservation des échantillons restants.
PROTECTION DES DONNEES ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	Assurer une protection adéquate de la collecte et du traitement de données personnelles par les différentes parties prenantes de la lutte contre le dopage dans le sport.

Adoption et mise en œuvre

La liste des signataires du Code peut être consultée sur le site Web de l'AMA (cliquez sur Code/Acceptation du Code).

Le programme mondial de lutte contre le dopage

Играть по правилам 公平竞争
aus māng franc jeu
spiel gerecht play true
jogo limpo
ren sport juego limpio
highest of emotions for hakça oyun لعب النزيه
tiszta játék
reilü peli
igra pošteno
شударغا өрсөлдье
इमानदारी से खेले
ευγενής άμιλλα
чесна гра
gioca pulito
שקט שקט

Qui est responsable de la lutte contre le dopage dans le sport ?



ATHLETE ENTOURAGE



WADA



NATIONAL OLYMPIC
COMMITTEES



INTERNATIONAL FEDERATIONS



ATHLETES



GOVERNMENTS



NATIONAL ANTI-DOPING
ORGANIZATIONS



IOC



MAJOR GAMES
ORGANIZATIONS

Играйте
честна гра
gioca pulito
игайте
ευγενής άμιλλα
play true
шударга өрсөлдөе
jogo limpo

Programme mondial antidopage

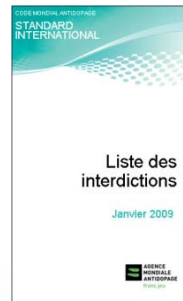
Niveau 1: Le Code mondial antidopage

Obligatoire



Niveau 2: Les standards internationaux

Obligatoire



Niveau 3: Les modèles de meilleures pratiques

Recommandé



RÈGLES MODÈLES:
ORGANISATIONS NATIONALES
ANTIDOPAGE



RÈGLES MODÈLES:
FÉDÉRATIONS INTERNATIONALES



RÈGLES MODÈLES:
COMITÉS NATIONAUX
OLYMPIQUES

Le programme mondial antidopage



- Tous les pays doivent posséder une ONAD.
- Tous les CNO ont accepté le Code mondial antidopage.
- En l'absence d'une ONAD, le CNO sera responsable des activités antidopage.

Responsabilités du CIO



- ✓ Règles et politiques conformes au Code
- ✓ Ne reconnaît les FI que si elles se conforment au Code
- ✓ Retire tout soutien aux FI qui ne le respectent pas
- ✓ Exige des gouvernements qu'ils se conforment au Code (en ratifiant la Convention de l'UNESCO) pour pouvoir organiser des événements
- ✓ Processus AUT pour les manifestations sportives
- ✓ Contrôles lors d'événements
- ✓ Analyses d'échantillons par des laboratoires accrédités par l'AMA
- ✓ Gestion des résultats
- ✓ Audition et appels impartiaux
- ✓ Education
- ✓ Signalement du respect du Code

Responsabilités des FI



INTERNATIONAL FEDERATIONS

- ✓ Règles et politiques conformes au Code
- ✓ Processus d'AUT
- ✓ Contrôle
 - ✓ Groupe de sportifs soumis aux contrôles : sportifs de niveau international
 - ✓ En compétition et hors compétition
 - ✓ Pas de préavis ni de cible
- ✓ Analyses d'échantillons par des laboratoires accrédités par l'AMA
- ✓ Gestion des résultats
- ✓ Audition et appels impartiaux
- ✓ Education
- ✓ Signalement du respect du Code

Responsabilités des ONAD



NATIONAL ANTI-DOPING
ORGANIZATIONS

- ✓ Règles et politiques conformes au Code
- ✓ Processus d'AUT
- ✓ Contrôle
 - ✓ Groupe cible de sportifs soumis aux contrôles
 - ✓ En compétition et hors compétition
 - ✓ Pas de préavis ni de cible
- ✓ Analyses d'échantillons par des laboratoires accrédités par l'AMA
- ✓ Gestion des résultats
- ✓ Audition et appels impartiaux
- ✓ Education
- ✓ Signalement du respect du Code

Responsabilités des organisateurs de grandes manifestations



MAJOR GAMES
ORGANIZATIONS

- ✓ Règles et politiques conformes au Code
- ✓ Processus AUT pour l'événement
- ✓ Contrôles lors d'événements
 - ✓ (l'ONAD ou la FI peuvent en assumer la responsabilité)
- ✓ Analyses d'échantillons par des laboratoires accrédités par l'AMA
- ✓ Gestion des résultats
- ✓ Audition et appels impartiaux
- ✓ Education
- ✓ Partenariat avec le gouvernement et les sports qui respectent le Code
- ✓ Signalement du respect du Code

Responsabilités du CNO



NATIONAL OLYMPIC
COMMITTEES

- ✓ Règles et politiques conformes au Code
- ✓ Les FN disposent de règles et de politiques qui respectent le Code
- ✓ Les sportifs olympiques fournissent des informations sur leur localisation et sont disponibles pour se soumettre à un contrôle
- ✓ Retirer tout soutien aux FN, aux sportifs et à leur entourage en cas de non-respect des règles
- ✓ Coopérer avec l'ONAD
- ✓ En l'absence d'ONAD :
 - ✓ le CNO assume les responsabilités de l'ONAD
- ✓ Education
- ✓ Recherche
- ✓ Signalement du respect du Code

Responsabilités de l'entourage



ATHLETE ENTOURAGE

- ✓ Connaître le Code et le respecter
- ✓ Coopérer en cas de contrôle
- ✓ Influencer les valeurs des sportifs pour encourager les attitudes antidopage

Responsabilités des sportifs



ATHLETES

- ✓ Connaître le Code et le respecter
- ✓ Assumer la responsabilité de ce qu'ils ingèrent ou utilisent
- ✓ Informer le personnel médical et le personnel d'encadrement de leur obligation de ne pas utiliser des substances et des méthodes interdites
 - ✓ Demander une AUT en cas de besoin
- ✓ Fournir les informations sur leur localisation
- ✓ Etre disponible pour le prélèvement des échantillons

Responsabilités de l'AMA



WADA

FONCTION DE SURVEILLANCE

1. Acceptation du Code

- Suivi et déclaration

2. Mise en œuvre

- Examen des règles et des règlements
- Mise à disposition de règles modèles et de bonnes pratiques

3. Conformité

- Surveillance quotidienne des sanctions
- Appel au besoin
- Rapport de conformité aux partenaires

Fonction de surveillance de l'AMA :



TAS



Laboratoires



AMA

Le Code

CIO, CIP, FI

Gouvernements

CNO, CNP, FN

ONAD, ORAD

Sportifs et entourage

Coordonnées

BUREAU PRINCIPAL

Tour de la Bourse
800, Place Victoria,
bureau 1700
Montréal (Québec) H4Z 1B7
CANADA

Tél. : +1 514 904-9232
Télec. : +1 514 904-8650

info@wada-ama.org
www.wada-ama.org

BUREAUX REGIONAUX

Europe

MSI Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne
Suisse
Tél. : +41 21 343 43 40

Asie / Océanie

a/s de Institut japonais des Sciences du
Sport
3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku
Tokyo, 115-0056 JAPON
Tél. : +81 3 5963 4321

Afrique

Protea Assurance Building, 8^e étage
Greenmarket Square
Le Cap, 8001 AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 21 483 9790

Amérique latine

Centre mondial du commerce de Montevideo
Tour II - Unité 712 – 18^e étage
Calle Luis A de Herrera 1248
Montevideo, URUGUAY
Tél. : +598 2 623 5206

2. Le dopage et l'éthique de la médecine du sport

par le professeur Mike McNamee, de l'Université de Swansea

Approche du sport et de la médecine du sport, régie par des principes

Depuis les Grecs anciens, l'éthique a, d'une manière ou d'une autre, toujours été au cœur de la médecine. Le célèbre serment d'Hippocrate (BBC, 2003) fait état de l'engagement du médecin envers ses patients, sa profession et lui-même. Ce que l'on ignore davantage, c'est que le gymnasiarque (l'équivalent de l'entraîneur actuel) était lié, dans certaines régions de la Grèce antique, par un serment similaire prononcé en public et qui établissait des règles de conduite très strictes pour lui comme pour les sportifs. Ce serment est repris par la loi de Beroia (voir McNamee, 2008). L'idée que des énoncés publics codifiés doivent régir certains aspects de la médecine et du sport n'a rien de nouveau en soi. Mais bien que l'éthique médicale fasse l'objet de nombreuses études depuis plus de 30 ans et que ce domaine ait pris de l'importance durant la dernière décennie, il reste relativement récent. Les enjeux qui entourent le dopage ne sont pas uniques. Ils sont pourtant au croisement de l'éthique médicale et de celle du sport, et englobent le problème le plus débattu de cet aspect émergent.

L'ensemble de responsabilités professionnelles et éthiques des médecins du sport s'appuiera nécessairement sur les principes de base de l'éthique générale, de celle de la médecine et de celle du sport. Bien que ces responsabilités aient un fondement théorique, leur nature est essentiellement pratique, car l'éthique, qui dicte la conduite et le caractère du médecin du sport, s'impose dans la réalité.

1. QU'EST-CE QUE L'ÉTHIQUE DE LA MÉDECINE DU SPORT ?

La portée du concept d'éthique de la médecine du sport dépasse la somme des termes qui le compose. Contrairement à une idée répandue, l'éthique médicale n'est pas l'éthique courante. A l'inverse, il ne s'agit pas d'une éthique médicale tout simplement appliquée à la médecine du sport. Certains avancent que l'éthique médicale est unique (Dunn *et coll.*, 2007), mais cette affirmation est trop catégorique, car les médecins de tous horizons ont des devoirs communs envers leurs patients. Il n'en reste pas moins que ces principes communs doivent être interprétés à la lumière des caractéristiques principales du sport et de la médecine du sport. Il est donc essentiel de définir le langage utilisé pour débattre de l'éthique courante, de l'éthique médicale et de l'éthique de la médecine du sport avant de traiter des questions d'éthique entourant les médecins du sport dans le contexte du dopage.

Les termes « moralité » et « éthique » sont souvent utilisés de manière interchangeable. Les philosophes, de leur côté, font la distinction suivante : pour eux, « l'éthique » est locale et ciblée, enracinée dans des liens, des projets et des relations personnelles, tandis que « la moralité » consiste en un ensemble de règles ou de normes distinctes, générales et impartiales régissant la manière de traiter les autres. En règle générale, l'éthique est la plus farouchement contestée. Elle est habituellement utilisée dans le contexte d'un groupe ou d'une institution en particulier. On parlera d'éthique commerciale, d'éthique féministe, d'éthique médicale, d'éthique professionnelle, d'éthique du sport ou, comme à présent, d'éthique de la médecine du sport.

Si l'éthique médicale ou l'éthique de la médecine du sport n'étaient que des exercices de déduction du général vers le particulier, les médecins du sport auraient sûrement moins de dilemmes sur la manière de conseiller les sportifs sur les durées de guérison, les méthodes de rétablissement et les diverses formes d'aide pharmaceutique. Bien que ces professionnels de la santé doivent tenir compte des normes et des principes d'éthique généraux, l'éthique médicale permet parfois à la relation médecin-patient de prendre des voies opposées aux principes de l'éthique courante, et, à d'autres occasions, pèse lourdement sur les médecins qui doivent sortir de leur cadre professionnel (Rhodes, 2007). Il est peu probable que nous obéirions si on nous demandait de nous montrer nus, de parler de nos mouvements intestinaux ou des aléas de notre corps, ou d'accepter de subir la douleur. De même, nous ne nous attendons pas à ce que les autres nous portent attention et aient de la compassion, ou encore qu'ils s'abstiennent de juger nos comportements autodestructeurs, sans espérer la même chose en retour. Les patients permettent aux médecins de faire ce qu'ils ne laisseraient pas faire à leurs amis les plus intimes, et leur demandent une compréhension qu'ils n'attendent pas des autres. Par conséquent, l'idée qu'un médecin ou un médecin du sport doive agir en respect de l'éthique courante n'est pas envisageable. Mais alors, en quoi consiste exactement l'éthique médicale ? Et qu'est-il exigé des médecins et des médecins du sport en la matière ?

1.1 Théories sur l'éthique médicale : esquisse

Les dispositions éthiques concernant les médecins confrontés à des exigences en matière de performance ne sont pas homogènes et ne font pas l'objet d'un consensus. Lorsqu'il s'agit de questions de vie ou de mort, que ces mots soient pris à la lettre ou désignent métaphoriquement la menace pesant sur la vie et l'identité de la personne *en tant que* sportif, les formules toutes faites ne sont pas de mise. En d'autres termes, l'éthique ne peut se réduire à une équation. A terme, des théories différentes peuvent déboucher sur des moyens radicalement différents de résoudre le même problème.

Certains pensent qu'un bon examen des devoirs ou des droits du patient mène toujours à l'action adaptée. Nombreux sont les professionnels de la santé qui adhèrent à cette vision théorique. On les appelle les « déontologues » (du mot grec *deon*, signifiant devoir). Avant d'agir, ils examinent les règles ou les principes qui s'appliquent à la situation et qui sont dictés par des devoirs et des droits moraux d'ordre plus général. Bien qu'il existe des différences, cette approche s'apparente à celle de la loi. Toutefois, d'autres personnes suggèrent que, puisque ces devoirs et ces droits peuvent entrer en conflit, et parce qu'ils

sont relativement intangibles, seul le bien-être du patient, bien-être pour lequel il est possible d'obtenir des résultats mesurables, devrait être pris en compte. Les philosophes et les professionnels de la santé qui adoptent ce point de vue occupent également une place importante dans l'éthique médicale et sont appelés des « utilitaristes », selon l'idée, émise par Jeremy Bentham au 18^e siècle, que le caractère utile d'une action, ou sa capacité à donner plus ou moins de plaisir ou de douleur, d'aide ou de nuisance, la justifie sur le plan moral. Bien qu'ils semblent opposés, ces deux groupes sont d'accord sur le fait que les convictions morales doivent être érigées en principes, appliquées de manière impartiale, et devraient inciter le médecin à une action morale.

Un troisième groupe pense qu'il n'existe aucune règle universelle indiquant la bonne action à prendre, et qu'il faut donc s'attacher aux traits psychologiques, comme l'honnêteté, la fiabilité et la crédibilité qui caractérisent un bon médecin. Bien que ces « éthiciens de la vertu », ainsi qu'il est coutume de les nommer, défendent ardemment cette approche (à l'origine formulée par Aristote¹), elle a récemment perdu son influence dans le domaine médical.

Pour adopter l'une de ces trois théories, il faut plus qu'une conviction subjective. Pour ceux qui y adhèrent, leur théorie est la seule qui regroupe l'essence d'une vie épanouissante et des actions morales. De surcroît, chacune de ces approches théoriques se décompose en tendances et en engagements variés qui provoquent des schismes importants. Ce mécanisme est semblable aux conflits scientifiques sur les théories analysant le mieux les données des observations.

Parallèlement, il existe une autre catégorie de personnes pouvant être nommées les « antithéoriciens », qui pensent qu'il n'existe pas de mode d'action fiable ou faisant autorité (comme le croient les déontologues et les utilitaristes), et qu'aucun médecin n'est à l'abri du stress associé à chaque situation (contrairement aux convictions des éthiciens de la vertu). Ils croient plutôt aux concepts de « relativisme » et de « subjectivisme ». La bonne action, pour ces praticiens, dépend de la situation, de l'éthos de l'équipe ou d'autres normes sociales correspondantes, ou encore est une simple question de conscience subjective. Il est évident que les notions de subjectivisme et de relativisme compliquent la compréhension de la médecine du sport en tant que profession associée à un pouvoir éthique. Pour un relativiste, la manière dont la majorité des gens agissent est considérée comme la bonne, tandis que pour un subjectiviste, il n'existe aucune règle de comportement au-delà de l'intuition de chacun, ce qui constitue une base non fiable de conduite éthique.

En matière d'application de l'éthique théorique à des situations données, l'étape suivante est constituée de l'approche ou du cadre éthique servant à étudier le problème. L'un des cadres les plus répandus en matière d'éthique médicale, les « quatre principes », est également utile pour examiner les conflits secouant l'éthique de la médecine du sport.

1.2 Éthique régie sur des principes et destinée au médecin du sport : les quatre principes de Beauchamp et Childress

Selon un grand nombre de personnes, l'idée de base du comportement et du caractère éthiques est l'érection en principes. Il n'en reste pas moins qu'une variante de cette pensée domine l'éthique médicale occidentale. Beauchamp et Childress (2009) ont conçu une approche du raisonnement éthique et de la prise de décision (approche « principiste ») formée de quatre principes moraux correspondants, à divers degrés, aux problèmes moraux qui sous-tendent tous les domaines des soins de santé et de la médecine. Ces principes fondamentaux ne constituent pas une méthode directe. Ils forment plutôt un cadre pour la réflexion éthique et l'action médicale. Certains ne l'utilisent que sous la forme mineure de liste de vérification, et sa valeur heuristique est contestée dans le domaine de l'éthique médicale par les philosophes tout comme par les médecins. Il n'en reste pas moins que les principes eux-mêmes, respect de l'autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice, sont largement applicables à toutes les branches de la médecine. Bien que la complexité de ces quatre principes empêche de les évoquer en profondeur ici, en voici un bref aperçu.

¹ Pour une application de l'éthique de la vertu au sport, voir McNamee (2008).

i) Respect de l'autonomie

Même si Beauchamp et Childress considèrent que les quatre principes sont de force égale, certains pensent que le respect de l'autonomie constitue la base de l'approche (Gillon, 2003). De toute évidence, il est au centre de la pratique médicale. Le respect de l'autonomie est l'idée selon laquelle chacun devrait pouvoir décider de la manière de vivre sa vie, et que personne ne devrait s'y opposer sauf en cas de danger pour autrui. Le fait qu'une action soit susceptible de nuire à un patient qui l'a décidée n'est pas une raison suffisante pour justifier l'intervention du médecin, si le patient l'a choisie de manière autonome. Par conséquent, le plan de traitement devrait être guidé par l'idée que se fait le patient de ce qui est bon pour lui, et non par celle du médecin.

Tout au long de sa longue et pas toujours glorieuse histoire (Porter, 2003), la pratique médicale a fait l'objet de critiques récurrentes sur la manière de traiter les patients. En effet, les médecins ont souvent agi *dans le bien du patient* (ou en langage moderne, *dans leur intérêt supérieur*) sans lui demander son avis sur le choix ou le déroulement du traitement. C'est ce qu'on appelle le « paternalisme ».

Bien que le respect de l'autonomie revête la plus haute importance en matière d'éthique médicale, le paternalisme médical est parfois justifiable lorsque les patients sont incapables d'autonomie en ce qui concerne leurs besoins médicaux, ce qui signifie qu'ils ne peuvent pas faire de choix rationnels en se basant sur leur compréhension du problème, des méthodes d'intervention et des risques et avantages possibles de ces méthodes. Face à des personnes non autonomes (comme des enfants ou des personnes en incapacité temporaire), le recours à un fondé de pouvoir pour prendre des décisions médicales constitue une obligation éthique. Il s'agit généralement d'un parent ou d'un gardien, mais aussi parfois du médecin du sport. Par exemple, un médecin face à un sportif commotionné aura à prendre une décision quant au traitement (il peut toutefois demander des informations aux personnes proches, comme l'entraîneur). Dans ce cas et bien que paternaliste, la prise de décision médicale au nom du patient commotionné ne contredit pas le principe de respect de l'autonomie.

Toutefois, le fait d'imposer un plan de traitement sans l'autorisation du patient ou de ne pas tenir compte des préférences indiquées est vu comme mal si ce dernier a la capacité de décider pour lui-même (p. ex., adultes et certains adolescents n'ayant pas l'âge légal se trouvant dans une situation juridique et éthique pour autoriser un traitement, selon la nature de leur problème et d'autres facteurs correspondants). Le processus d'autorisation, ou « consentement éclairé », se base sur le principe du respect de l'autonomie.

Il peut être très difficile d'adopter le principe du respect de l'autonomie pour un médecin du sport, détenteur d'un savoir-faire dont manque le patient, et capable de donner des conseils objectifs sur l'intérêt de ce dernier en tant qu'organisme biomédical. Le fait de laisser un patient privilégier une mesure sous optimale en matière thérapeutique, ou même d'accepter qu'il rejette le traitement, va à l'encontre de l'éducation médicale traditionnelle.

Ce principe influence également lourdement la relation médecin-patient. Le devoir du médecin du sport consistant à dire la vérité au patient est essentiel pour respecter son droit à établir son propre plan d'action. Par conséquent, le fait de ne pas dire la vérité de manière à ce qu'elle soit comprise du patient peut miner sa confiance, mais elle diminue également sa capacité à décider.

ii) Bienfaisance

Le principe de bienfaisance constitue la base historique de la confiance énorme accordée aux professionnels de la santé. Dans ce cadre, les médecins s'efforcent d'intervenir dans la vie du patient pour son bien, sa santé ou son bien-être. Il existe bien entendu d'autres raisons pour lesquelles on fait confiance aux médecins, comme leur devoir de réserve et de vérité. Ces raisons font elles aussi partie du principe de bienfaisance. En effet, le devoir de vérité relève à la fois du respect de l'autonomie et de la bienfaisance, et constitue un bon exemple de la manière dont les quatre principes peuvent interagir. Toutefois, ils peuvent également entrer en conflit, et le médecin devra décider de celui qui aura la préséance dans une situation donnée.

L'une des conséquences évidentes du principe de bienfaisance est que le médecin ne doit pas faire passer ses propres intérêts avant ceux du patient qu'il soigne. Ceci est particulièrement important, car les personnes qui ont besoin de soins médicaux sont vulnérables, et les médecins ne doivent pas en tirer profit dans leur intérêt personnel. Même s'il paraît évident et louable, ce principe peut poser problème lorsque l'opinion que se fait un patient des meilleures méthodes est radicalement opposée à celle du médecin.

iii) Non-malfaisance

Le principe de non-malfaisance est la conséquence du principe de bienfaisance. Il signifie que le médecin ne nuira pas au patient. S'il arrive parfois que quelques médecins fassent intentionnellement du mal à leur patient, la plupart des scénarios font intervenir l'incompétence ou l'ignorance, par exemple, lorsqu'il existe de meilleurs traitements dont le médecin n'a pas connaissance. Par conséquent, le médecin a le devoir de se tenir au courant en matière de science et de technologie médicale afin de connaître les meilleurs traitements du marché. Le médecin du sport a le devoir supplémentaire de connaître les derniers produits ajoutés à la liste des interdictions, et de s'informer sur la disponibilité de l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT), ses paramètres et les raisons pour lesquelles elle pourrait être demandée.

Il a également le devoir de limiter les types de traitements offerts afin de ne pas nuire au patient. Par exemple, un médecin du sport pourra disposer de traitements conçus pour restaurer temporairement une capacité fonctionnelle, mais pouvant masquer des problèmes de fond, ou même les exacerber.

iv) Justice

Le principe de justice exige de chaque médecin l'équité lors des échanges avec leurs patients. Ce principe perdure tout le temps que dure le traitement du patient. Il fait également office de norme comparative entre les patients, ce qui ne signifie pas que le médecin doit traiter tous ses patients à l'identique, mais qu'il doit traiter les cas identiques de la même manière et les cas différents de manière différente, et toujours avec équité.

Il existe plusieurs façons selon lesquelles des actions justes peuvent être justifiées. Il est possible de prévoir des ressources en fonction des besoins cliniques, au mérite, selon l'utilité sociale des patients respectifs, ou encore en fonction des droits (celui qui a attendu le plus longtemps, celui qui peut se le permettre). L'application la plus courante du principe de justice est la répartition des ressources. Par exemple, le patient gravement blessé passera avant celui qui ne souffre que d'une lésion sans importance. Le choix des critères ayant préséance dans le cadre d'un traitement juste est aussi complexe que celui des principes prépondérants ou dominants dans un scénario donné.

Nous allons maintenant voir une étude de cas pouvant servir à débattre de l'application de ces principes avec votre groupe de participants :

Etude de cas* – Ethique 2.1.1

« Après une opération chirurgicale »

Une sportive d'élite est à trois mois de ce qui devrait être son dernier championnat mondial. Tout de suite après, elle doit prendre sa retraite. Elle souffre d'une blessure grave qui exige une opération chirurgicale lourde. Elle devrait rester en convalescence pendant au moins six semaines. Sa discipline nécessite une force musculaire importante dans le haut du corps. Elle a fait des recherches sur sa blessure et réalise que le traitement habituel et la durée du rétablissement vont compromettre sa participation au championnat. Pour avoir une chance d'être remise au moment de participer, elle décide qu'elle devra prendre une dose d'hormones de croissance humaines en même temps que les analgésiques normaux. Elle pense que cela devrait raccourcir la durée de son rétablissement. Elle explique que les risques d'être découverte sont minimes et qu'il n'y a pas d'autres risques de santé en lien avec l'opération chirurgicale. Vous lui dites être certain qu'il sera impossible d'obtenir une AUT pour ce type d'intervention. Elle insiste et dit qu'elle le fera avec ou sans vous.

Point de discussion pour les participants :

Question principale

1. Comment procéder ? (Posez d'abord cette question et ajoutez d'autres informations ou questions au besoin.)

Questions supplémentaires

2. Jusqu'à quel point faut-il respecter son autonomie ?
3. Le devoir de soigner la sportive peut-il vous obliger à aller à l'encontre de votre engagement envers un sport sans dopage ?
4. Pensez-vous que vous pouvez vous informer auprès d'un tiers ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- Si vous vous contentez de faire ce que la patiente vous demande, vous passez du statut de professionnel à celui de technicien salarié.
- Si le client a toujours raison, alors la relation médecin-patient est réduite à un échange commercial.
- Ceci n'autorise pas le paternalisme, mais le médecin doit établir une relation mutuelle de respect selon laquelle la sportive reconnaît l'autorité qui va avec le pouvoir, les compétences et l'expérience du médecin pour l'aider à faire des choix autonomes.
- Même si la sportive déclare vouloir faire un choix autonome, le médecin peut agir selon sa conscience et refuser de prendre part au traitement s'il comporte des actions contraires à l'éthique.
- Présenter le concept de médecin en tant qu'agent moral ainsi que celui de l'intégrité du médecin.

*** REMARQUE A L'INTENTION DE L'ANIMATEUR :**

Utilisez les feuilles de travail à la fin de la mallette éducative et distribuez-les aux participants lors de l'examen des études de cas, dans le cadre de séances de formation en personne.

2. LES RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES ET ÉTHIQUES DU MÉDECIN DU SPORT

Il existe beaucoup de versions contradictoires sur ce qui fait une profession. Généralement, les critères sont les suivants. Le membre d'une profession i) doit posséder l'expertise que n'a pas son client ; ii) doit agir dans l'intérêt du client et iii) doit manifester une autorité qui n'est pas uniquement technique, mais qui lui est conférée par ses compétences et son caractère. En résumé, les professionnels doivent être fiables en matière d'expertise comme d'éthique. Les attentes des clients envers les professionnels peuvent prendre la forme d'ententes ou de contrats (Veatch, 1972 ; May, 2000) permettant à ces derniers d'exercer leur métier pour leur profit personnel ou dans le service public, ou les deux. Parallèlement, les professionnels peuvent être payés ou non. L'existence d'un système de paiement ne devrait cependant pas compromettre le professionnalisme. Peu importe la situation, les médecins du sport et les autres professionnels doivent respecter certains idéaux et certaines normes de conduite.

Bien entendu, il existe plusieurs visions de ce que devraient être ces normes professionnelles. Nous allons voir dans cette section la manière dont les quatre principes orientent notre vision des responsabilités professionnelles et éthiques du médecin du sport.

La principale responsabilité de ce dernier est son patient, c'est-à-dire le sportif.² Les quatre principes ne servent à rien si le médecin ne possède pas le type de caractère lui permettant de les appliquer dans sa vie professionnelle. Même s'il était intéressant de passer ces vertus en revue,³ l'autre façon de voir les choses consiste à réfléchir aux responsabilités actives qu'il doit assumer et à l'aspect qu'elles prennent dans le contexte professionnel.

L'énumération de toutes les responsabilités du médecin dépasse la portée de cette mallette. Nous pouvons cependant examiner les cinq responsabilités, influencées par les normes éthiques les plus courantes, au cœur de la pratique du médecin du sport professionnel. Ces responsabilités sont les suivantes : i) les soins, ii) la confidentialité, iii) le devoir de vérité, iv) la compétence professionnelle et v) le recul professionnel.

i) Les soins

Comme tous les médecins, le médecin du sport doit *soigner* son patient. Cela signifie qu'il doit faire preuve de compréhension et de compassion envers son état. Pour les sportifs acharnés, qu'ils soient amateurs ou professionnels, il est important d'obtenir des résultats. Les sportifs critiquent souvent les médecins généralistes qui ne réalisent pas la gravité de certaines blessures. Par exemple, ce qui peut sembler un problème sans importance pour la plupart des gens pourra empêcher un sportif de pratiquer son sport. Par conséquent, il doit être sûr que le médecin du sport l'aidera à trouver le meilleur plan possible en fonction de ses besoins. Un bon médecin du sport examinera souvent l'importance des émotions dans la carrière du sportif.

Il existe cependant des limites à cet examen. Même s'il est important que le médecin voit le sportif comme un patient unique et particulier, il ne peut faire passer son bien-être à long terme après ses objectifs de performance (FIMS, 2008 ; CIO, 2006). Parallèlement, le médecin du sport ne peut pas faire passer ses propres intérêts avant le bien-être du sportif (que ce soit pour des raisons financières ou autres). Cependant, s'il se montre insensible ou indifférent aux objectifs et au mode de vie du sportif, ce dernier ne sera pas porté à lui faire confiance pour ses soins, qu'il s'agisse d'intervention chirurgicale, de rétablissement d'une blessure ou juste de conseils.

² Bien entendu, si le médecin exerce lors de manifestations sportives, ses responsabilités peuvent s'étendre aux officiels, aux entraîneurs et même aux membres de la foule.

³ Voir Thomasma et Pellegrino.

ii) La confidentialité

L'opinion voulant qu'un médecin doive protéger la confidentialité des échanges cliniques remonte au moins au serment d'Hippocrate. Un bon médecin est celui à qui on peut faire confiance, et la confiance repose sur l'assurance que ce qui se passe entre lui et le patient ne sera pas divulgué. Il n'en reste pas moins que les sportifs sont en droit de se demander si les médecins du sport pourraient se trouver en situation de conflit en étant employés par une franchise d'équipe ou une fédération nationale, ces organisations portant un grand intérêt économique dans les moindres détails de l'état de santé des sportifs. En cas de possibilité de conflit de ce type, un sportif peut être porté à retenir l'information indispensable à son diagnostic et à son rétablissement.

Pour un médecin du sport, il peut s'avérer particulièrement difficile de protéger des renseignements confidentiels sensibles ou compromettants. C'est ce que l'on nomme parfois la « connaissance coupable ». Bien qu'il soit irréprochable, le médecin peut être jugé coupable par association, tout simplement à cause de ce qui a été porté à sa connaissance.

Cependant, le devoir de confidentialité n'est pas absolu. Il peut arriver que le médecin du sport soit obligé de divulguer des renseignements recueillis au cours de ce qui est normalement considéré comme une rencontre privée. Si le préjudice direct entraîne la rétention de renseignements utiles, le médecin du sport est tenu d'outrepasser les attentes raisonnables quant à la confidentialité, et de transmettre ces renseignements aux personnes concernées. Parallèlement, il peut considérer nécessaire de divulguer des renseignements à l'équipe de soins afin de dispenser un traitement adapté. Par conséquent, lorsque le sportif commence à donner des renseignements sensibles, concernant, par exemple, l'usage de drogues, et demande à ce que le médecin respecte la confidentialité, il se peut que le devoir de divulgation passe avant le devoir de confidentialité.

Le médecin du sport responsable l'expliquera au patient, peut-être même au cours de la première rencontre, et pourra convenir de manière précise des personnes auxquelles l'information peut être divulguée, et dans quelles circonstances. De cette manière, il sera possible d'éviter les dilemmes éthiques en planifiant avant qu'un conflit ne survienne. Cette démarche n'est cependant pas toujours possible.

iii) Le devoir de vérité

Il est évident que le mensonge aux patients est non professionnel et contraire à l'éthique. Bien que le médecin puisse tenter d'adoucir du mieux possible les mauvaises nouvelles (familièrement « faire passer la pilule »), il ne doit pas déformer les faits ni laisser le patient se faire une idée fautive de son état (Jackson, 2001 ; Higgs, 2007). Même si la manipulation de la vérité n'est pas réellement un mensonge, elle peut également être contraire à l'éthique, ou non professionnelle.

Il n'en reste pas moins que la vérité fait parfois mal. Par exemple, il peut s'avérer difficile de dire à un sportif que sa blessure met fin à son contrat ou à sa carrière, surtout si le médecin du sport l'accompagne depuis un certain temps. Bien que la difficulté soit de nature psychologique, elle n'en est pas moins réelle pour autant. Le médecin du sport doit prendre soin à ne pas exagérer les bienfaits ou les risques associés aux mesures ou aux plans de traitement proposés, et doit également éviter de donner des informations exactes, mais incomplètes, dans le but d'influencer la décision du sportif. Parallèlement, dans le cadre du respect dû au sportif, il est nécessaire de lui dire la vérité de manière à ce qu'il puisse facilement comprendre, plutôt que de l'abreuer d'informations exactes avec l'intention de le dérouter ou de compromettre sa capacité à prendre des décisions autonomes. Les médecins du sport d'expérience savent qu'il existe des façons de dire la vérité qui sont plus professionnelles que d'autres.

Il se peut également que le médecin du sport ait plus de mal à dire la vérité tout simplement parce qu'il ne sait pas où elle se situe exactement. Par exemple, il peut arriver qu'il ne connaisse pas avec certitude les effets de divers plans de traitement, ou les risques que se manifeste une lésion récurrente en cas de poursuite de l'effort. Pour toutes ces raisons, et bien qu'il soit à la base de la confiance entre le médecin et le patient, le devoir de vérité n'est pas toujours un sujet facile.

iv) La compétence professionnelle

Comme tous les médecins, les médecins du sport doivent avoir une vaste connaissance du corps humain, de la multitude de situations pouvant entraîner une défaillance, et des manières de le ramener à une structure et à un fonctionnement normaux. Mais parallèlement, ils doivent aussi comprendre les exigences propres aux activités sportives et être capables de les relier au niveau de participation des sportifs et à sa portée dans la vie de leur patient (voir Roessler, 2005 ; Howe, 2005). Ces exigences complexes exigent une compétence professionnelle à la hauteur.

Tout comme pour le devoir de vérité, la clarté concernant les limites de compétences est essentielle à la crédibilité du médecin du sport. Bien qu'aucun professionnel ne souhaite se faire traiter d'incompétent, chacun a des limites, qu'il s'agisse d'un tout nouveau médecin du sport qui n'a pas encore l'expérience clinique qui lui permettra de connaître les risques et les avantages des divers traitements au praticien d'expérience qui ignore les nouveaux produits médicaux ainsi que les nouvelles pratiques et les nouvelles technologies.

Le médecin du sport doit constamment actualiser ses compétences et ses connaissances médicales, mais aussi celles qui concernent les sportifs eux-mêmes. Cela signifie qu'il doit examiner régulièrement la Liste des interdictions (<http://www.wada-ama.org/fr/Programme-mondial-antidopage/Sport-et-Organisations-antidopage/Standards-internationaux/Liste-des-interdictions/>) publiée par l'AMA et prendre toutes les mesures qui s'imposent pour éviter les produits interdits, y compris revoir le traitement des patients recevant des produits récemment ajoutés. En outre, les médecins du sport devraient également s'attacher à faire des recherches sur le développement permanent de techniques et de tactiques dans le sport qui les concerne, étant donné que les nouvelles exigences ou les nouveaux changements réglementaires (par exemple, les produits nécessitant une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) peuvent rendre leurs sportifs vulnérables.

v) Le recul professionnel et l'absence de préjugés

Historiquement, la médecine occidentale relève d'une division du travail selon le sexe. Le personnel infirmier (généralement des femmes) prenait soin des patients en traitant l'aspect émotionnel, en étant à l'écoute de leur histoire et en répondant à leurs besoins particuliers, tandis que les médecins (généralement des hommes) dispensaient des traitements médicaux de manière rationnelle et objective, sans chercher à en savoir trop sur la personne afin d'éviter d'avoir un jugement subjectif. De nos jours, cette caricature grossière n'est plus acceptable ni acceptée.

Il n'en reste pas moins qu'il reste difficile de trouver l'équilibre entre des soins subjectifs et compatissants d'une part, et des conseils et un traitement objectifs de l'autre. Le médecin du sport doit connaître les capacités et les objectifs de son patient de manière plus intime qu'un médecin généraliste. Les sportifs, dont la santé est souvent sur la corde raide à cause de l'entraînement et des exigences quant à performance, doivent sentir que le médecin du sport les appuie. Mais jusqu'où le rapprochement doit-il aller ?

La distance précise, qui varie d'un sportif à l'autre, peut être influencée par le sexe et l'âge. Toutefois, il existe des grandes lignes générales. Par exemple, le regard que le médecin porte sur son patient doit toujours être asexué. De même, s'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, il doit être accompagné d'une escorte lors des consultations, que ces dernières aient lieu à la clinique, sur le terrain ou près du ring. Il ne s'agit pas uniquement de prévoir la présence d'un fondé de pouvoir qui pourra prendre des décisions éclairées. Il faut également considérer l'engagement envers le bien-être global et à long terme du patient dans le cadre du retour à l'entraînement ou à la compétition et de l'évaluation des plans de réadaptation.

La distance médicale comporte un autre aspect important. La réussite du traitement est conditionnelle à la connaissance très intime des questions concernant le corps du patient, son style de vie, ses croyances religieuses ou son orientation sexuelle. Il se peut que le médecin trouve ces détails malsains, irrationnels ou même répugnants. Toutefois, ces sentiments ne devraient pas affecter la qualité du traitement dispensé. Le recul professionnel signifie que le médecin ne peut pas fuir ni négliger de traiter du mieux possible un patient qu'il n'aime pas, ou même qu'il déteste.

Etude de cas – Ethique 2.2.1

« La confidentialité »

Vous êtes le médecin de l'équipe et l'un de vos sportifs sollicite une conversation en privé avec vous, hors du milieu sportif. Au cours de l'entretien, il vous demande s'il peut vous faire confiance, si vous avez son intérêt à cœur et si vous allez protéger la confidentialité de la conversation. Vous le rassurez quant à votre professionnalisme et votre discrétion. Il vous dit alors qu'il a partagé des seringues pour s'injecter des stéroïdes et d'autres substances comme de l'insuline, et qu'il a peur d'avoir été infecté. Vous ne savez pas si vous devriez en parler à quelqu'un et si oui, à qui. Vous envisagez de l'envoyer chez un médecin qui n'est pas employé par l'équipe.

Point de discussion pour les participants :

Question principale

1. Quelles sont vos responsabilités professionnelles dans ce type de scénario ?

Questions supplémentaires

2. Jusqu'où va votre devoir de soigner ?
3. Pouvez-vous et devriez-vous faire la distinction entre le traitement de l'infection et la réaction aux choix faits par le sportif ?
4. Au début du traitement, avez-vous parlé des personnes avec lesquelles vous pourriez avoir à partager d'autres renseignements ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- En premier lieu, il devrait être clairement établi que la confidentialité peut entrer en conflit avec les exigences de l'association professionnelle à laquelle le médecin appartient et les lois auxquelles il doit se soumettre.
- Le médecin du sport devrait demander à son association professionnelle sa position sur la violation des ententes de confidentialité avec le patient.
- Parallèlement, il devrait examiner sa position légale.
- Le médecin du sport devrait également étudier le contexte (p. ex., le sportif fait partie d'une équipe dont les membres s'entraînent ensemble) pour estimer les préjudices pouvant être subis par les autres sportifs sous son influence.
- Si le partage de l'information a été évoqué au début du traitement, le médecin du sport peut simplement transmettre les renseignements à des tiers de la manière convenue dès le départ. Dans le cas contraire, le médecin du sport doit estimer si l'importance du problème de son point de vue ou d'un point de vue extérieur exige qu'il en informe l'entraîneur de l'équipe, qu'il en parle à d'autres membres de l'entourage médical, ou, dans les pays où le comportement en question constitue une infraction ou doit être déclaré, qu'il communique avec la police.

Etude de cas – Ethique 2.2.2

« L'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques »

Vous traitez une sportive pour son asthme. Elle utilise un inhalateur pour lequel elle a obtenu une l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT). Mais comme elle n'aimait pas le mécanisme de l'inhalateur, elle en a trouvé un autre, d'utilisation plus facile. Il contient les mêmes principes actifs. Vous décidez de lui prescrire le nouveau produit.

Point de discussion pour les participants :

Questions principales

1. Quelles sont vos responsabilités professionnelles dans ce type de scénario ?

Questions supplémentaires

2. Votre devoir de suivi médical signifie-t-il que vous devriez lui suggérer de ne pas expérimenter de nouveaux produits pharmaceutiques ?
3. Devriez-vous continuer à rechercher d'autres produits pour la sportive sur une base constante ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- En premier lieu, vous devez vérifier si le médicament prescrit apparaît dans la liste des interdictions.
- Deuxièmement, s'il s'y trouve, vous devez voir s'il existe d'autres produits aussi efficaces et qui ne sont pas dans la liste.
- Si nécessaire, vous devez demander une autre AUT. Si vous ne le faites pas, il peut s'agir d'une violation des règles sur le dopage.
- Il serait profitable d'informer la sportive que s'il est bon de prendre des mesures pour sa santé, elle doit savoir que cela comporte le risque de violer les règles contre le dopage et qu'il faut informer l'équipe médicale des médicaments qu'elle se procure elle-même. Elle doit aussi vérifier que les produits qu'elle achète ne sont pas interdits.
- Ici encore, il est important pour une bonne pratique que le médecin du sport revoie régulièrement les prescriptions en fonction de la liste des interdictions, des besoins du patient et des effets négatifs éventuels découlant de l'association des produits prescrits.

Etude de cas – Ethique 2.2.3

« Le conflit d'intérêts »

Il est courant pour les membres du réseau sportif, du personnel d'encadrement et de l'entourage médical d'être en relation étroite les uns avec les autres. Supposez que vous soyez à la fois le médecin de l'équipe et le partenaire de l'entraîneur. Vous constatez que les sportifs ne vous disent pas tout sur leur état de santé et sur leurs programmes d'entraînement, et qu'ils ne viennent pas vous voir concernant leurs blessures, leur rétablissement ou tout simplement au sujet de leur utilisation de produits ou de suppléments. Vous commencez à vous demander s'ils redoutent un conflit d'intérêts potentiel.

Votre fonction vous impose un devoir de soigner. Cependant, à titre de partenaire de l'entraîneur, vous ressentez probablement le besoin de lui divulguer des renseignements sur l'état de santé des sportifs'. Ces derniers considèrent votre intervention possible comme contraire à leurs intérêts en matière de sélection, de négociation de contrats, etc.

Point de discussion pour les participants :

Questions principales

1. De quelle manière établissez-vous la priorité de vos obligations ?

Questions supplémentaires

2. Comment gérez-vous la communication entre les parties ?
3. Que risque le sportif qui ne reçoit plus vos soins médicaux ?
4. Comment la qualité des autres conseils médicaux est-elle assurée ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- Mieux vaut prévenir que guérir. Nombre de ces conflits sont prévisibles et peuvent être évités grâce à des soins et à une bonne communication.
- Il sera utile d'examiner les relations entre les divers membres de l'équipe et de discuter des scénarios pouvant survenir.
- Parfois, il est possible d'éviter les conflits en déplaçant des membres de l'entourage médical, ou en ne travaillant plus avec l'autre afin que le sportif ne se sente plus menacé. (Cette solution n'est pas toujours possible.)
- Quelles que soient les circonstances, les professionnels concernés ont des obligations envers les sportifs, notamment celle de ne pas compromettre les soins. Ils ont également un devoir de transparence dans les communications entre les parties concernant la nature de l'information et ses destinataires. A terme, la meilleure méthode consiste à demander un autre avis à un professionnel de la santé qui ne fait pas partie de l'équipe.

3. RÔLE ET RESPONSABILITÉS DES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

L'une des difficultés de l'éthique de la médecine du sport est associée à la variété des rôles que les praticiens de la santé ont à jouer. Même au sein de la même spécialité, les professionnels de la santé peuvent avoir différentes obligations en lien avec leurs rôles.

Il existe une grande différence entre les médecins d'équipe, dont les services sont payés par une franchise et qui sont engagés envers le bien-être de leur équipe, et les médecins de manifestation sportive, qui sont parfois les seuls fournisseurs de soins sur le terrain ou près du ring, sur la piste ou dans le stade (voir McNamee, 2009). Ces derniers ont des responsabilités professionnelles envers un groupe précis de personnes (par exemple les sportifs, les entraîneurs ou les gérants) avec lesquelles ils collaborent étroitement au quotidien. Le médecin de manifestation sportive, quant à lui, est tenu de prodiguer des soins à toute personne présente sur les lieux, ce qui inclue des joueurs hostiles de l'autre équipe, ou même des spectateurs. Il doit le faire de manière transparente sur la base du triage, en décidant de manière responsable et ouverte de qui doit être soigné en premier, en fonction de la gravité de la situation.

Bien entendu, ces deux ensembles d'obligations associées à la fonction n'entrent pas forcément en conflit. De plus, il peut arriver qu'en l'absence de toute autre professionnel de la santé sur les lieux de la manifestation et malgré qu'il soit le médecin d'une équipe en particulier, l'éthique oblige le médecin du sport à soigner des officiels ou des membres de l'équipe adverse qui en ont besoin. Mais quelles que soient les différences potentielles de rôles entre les professionnels de la santé, tous ont des responsabilités inviolables.

i) La communication avec les pairs

Tout comme la performance sportive, la médecine du sport est toujours une affaire d'équipe. Un bon exemple en est la finale de la course de 100 mètres des Jeux olympiques. Cette compétition semble être le résultat de l'effort et de l'excellence d'un seul individu, mais sa présence sur la ligne de départ aura exigé que toute une équipe d'entraîneurs et de conseillers l'aide à acquérir souplesse, technique, puissance et force. Elle peut également être le résultat de l'intervention de professeurs d'éducation physique qui ont cultivé le talent naissant du sportif, d'administrateurs de clubs locaux d'athlétisme qui ont trouvé des fonds pour les installations, du concierge qui a attendu après la fermeture que le sportif ait terminé pour fermer l'immeuble par les froides nuits d'hiver, et, bien entendu, de l'équipe d'encadrement médical.

Nous avons vu à quel point il est essentiel d'établir une communication efficace et courtoise pour créer une relation de confiance entre le professionnel de la santé et le sportif sur des sujets allant du consentement éclairé au respect des programmes de réadaptation. Mais il est également nécessaire d'établir une communication complète et honnête parmi les membres de l'équipe sportive, le sportif, les entraîneurs et les gérants, et (dans le cas de sportifs mineurs) les parents ou les gardiens.

Parallèlement, il n'existe pas de bonne médecine du sport sans respect dans la communication et la coopération entre les membres de l'équipe médicale. La composition exacte de cette équipe varie selon le niveau de compétition, mais lorsqu'il s'agit d'un sportif d'élite, elle peut être composée de masseurs, de physiothérapeutes, de podiatres, de médecins, d'ostéopathes, de chiropraticiens, de psychologues ou de psychiatres et de chirurgiens, qui proposent tous de bons conseils et une thérapie pratique. Pour que la médecine du sport soit efficace, il faut que tous les membres de l'équipe aient la même vision. Ce qui inclut le sportif, bien entendu.

Entre le diagnostic ferme d'une blessure et son traitement, il existe un certain nombre de processus nécessitant un partage efficace des connaissances dans l'intérêt du sportif. Par exemple, le physiothérapeute établira un diagnostic pour le chirurgien. Ce dernier expliquera le déroulement de l'intervention pour aider le médecin à prescrire les médicaments les plus efficaces. Le physiothérapeute devra savoir ce que le chirurgien et le médecin ont fait pour établir le cycle de réadaptation. Aucun des membres de ce cycle ne

peut favoriser le bien-être du sportif ou servir ses intérêts au mieux de ses capacités en cas de mauvaise communication, de manque d'information ou de dialogue nébuleux. Souvent, cela signifie que les membres de l'équipe de soins de santé doivent mettre de côté leurs préjugés ou leur perception de la hiérarchie et des privilèges.

ii) **Transparence et responsabilité**

Il peut arriver que les membres de l'équipe médicale ne s'entendent pas sur le diagnostic et le pronostic. Il est difficile de prendre position pour une action à laquelle l'ensemble de l'équipe ne souscrit pas, particulièrement si tous les membres n'ont pas le même degré de connaissance du sportif, de son sport, de ses espoirs et de ses craintes. Il est donc essentiel que toute l'équipe convienne d'avance d'un processus de décision. De cette manière, en cas de conflit entre le sportif et un membre de l'équipe médicale, la responsabilité collective peut être répartie de manière efficace. Cette situation n'est possible que si l'équipe a consigné ses discussions avec précision. La tenue minutieuse des dossiers favorise la transparence et l'éthique, et permet d'orienter à la fois le processus et le produit des décisions en matière de soins destinés au sportif. Elle permet de les vérifier *in situ* et de les évaluer en terme de bons ou de mauvais résultats.

La transparence favorise également la responsabilisation. Lorsqu'ils connaissent la répartition, le calendrier et la raison des tâches, les membres de l'équipe de soins de santé sont mieux à même d'évaluer soigneusement et honnêtement les processus et les résultats des interventions médicales avec le sportif. Cela peut également favoriser un sens plus aigu des responsabilités chez ce dernier comme dans l'équipe. Etant donné que le dopage contrevient aux règlements sportifs nationaux et internationaux, il peut arriver que les échanges privés au cours desquels la transparence a été négligée ou évitée délibérément semblent douteux. La transparence, lorsqu'elle respecte la confidentialité, peut également servir à renforcer la confiance entre le sportif et l'équipe d'encadrement médical.

Elle n'impose cependant pas que chaque conversation soit consignée avec force détails. Il s'agit plutôt de noter les informations utiles aux décisions en matière de soins et d'obtenir un accord public envers une culture de transparence qui favorise des soins professionnels.

iii) **Les communications avec les personnes ayant des intérêts prépondérants envers le sportif**

Le partage de l'information envers les membres de l'équipe d'encadrement médical peut faciliter les pratiques allant dans le sens de l'intérêt du sportif. Cependant, les médecins du sport devront également transmettre l'information à des tiers, comme le gérant de l'équipe ou l'entraîneur en chef. Ces personnes jouent parfois un rôle central dans la vie du sportif et, du côté professionnel, prennent des décisions déterminantes pour sa subsistance.

La perception qu'a le sportif des relations entre les membres de l'équipe d'encadrement médical, d'une part, et les gérants de l'équipe et les entraîneurs, de l'autre, revêt une grande importance. S'il pense qu'il y a collusion entre eux, il aura tendance à retenir des renseignements importants par crainte qu'ils ne soient utilisés contre lui lors des sélections ou de la négociation de contrats. Dans ce cadre, le médecin du sport doit envisager le devoir de confidentialité envers le patient *en plus* de ses autres obligations contractuelles.⁴

Ce sujet fait l'objet de lois internationales variées concernant la médecine du travail. De plus, le contexte est très important (sport professionnel ou amateur). Enfin, la réponse éthique aux questions de dopage (s'il est nuisible, s'il s'oppose à l'esprit sportif ou aux règlements du sport) constitue une source de conflit dans le milieu du sport, de la médecine du sport et de l'éthique médicale. Il est donc conseillé au médecin du sport d'examiner ces paramètres. Parallèlement, les médecins bénévoles ressentiront ces ambiguïtés. Par

⁴ Voir Waddington et Roderick (2002) dans le contexte du football professionnel, et Anderson (2008) pour les sujets plus généraux.

conséquent, ces conflits, si fréquents dans la vie d'un médecin du sport, ne doivent pas être vus comme les conséquences d'une relation commerciale.⁵

Le médecin du sport, ou tout autre membre de l'équipe de soins de santé, devrait veiller à ce que le sportif, comme lui-même, connaisse précisément la nature des relations qu'il entretient avec les autres, ainsi que le type d'information pouvant être divulguée, et à qui. Dans certains pays, il est illégal de ne pas informer les autorités de certaines violations des règlements antidopage. Dans d'autres, bien qu'il ne s'agisse pas d'une infraction, la non-divulgaration peut donner lieu à la radiation des registres professionnels. Dans chaque cas, le médecin du sport a la responsabilité d'informer le sportif des conséquences avant de divulguer des données sensibles.

⁵ Voir les « confessions » de Rubin (1998).

Etude de cas – Ethique 2.3.1

« Etablir une relation »

Un sportif vient vous demander de soigner sa blessure. Vous venez d'arriver dans l'équipe et vous ne le connaissez pas depuis longtemps. Pour établir le contact, vous lui demandez comment se passe son entraînement, et sa vie en général. Il commence à vous parler de ses problèmes familiaux et conjugaux. Vous voulez l'interrompre avant d'être impliqué dans ses problèmes personnels, mais avant que vous puissiez parler, il vous dit qu'il a commencé à prendre de la cocaïne pour relaxer. Il explique que nombre de ses coéquipiers boivent, et qu'il est préférable de prendre de la cocaïne que de l'alcool.

Il vous demande votre avis. Vous ne le connaissez pas personnellement. Vous ne savez pas trop quoi dire.

Point de discussion pour les participants :

Questions principales

1. Comment procéder ?
2. Outre le sportif, envers qui avez-vous des obligations ? Certaines de ces obligations sont-elles supérieures à la confidentialité du patient ?

Questions supplémentaires

3. Avez-vous les compétences pour traiter des cas de toxicomanie ?
4. Devriez-vous noter la conversation dans son dossier médical ? Qui peut y avoir accès ?
5. Avez-vous besoin de partager ces renseignements avec d'autres professionnels de la santé ?
6. Si c'est nécessaire, le ferez-vous sous le sceau de la confidentialité ? Allez-vous tout simplement lui suggérer une autre aide, ou allez-vous contacter vous-même un autre médecin ?
7. Qui pourrait être informé de sa situation si vous le recommandez personnellement ?
8. Si vous le recommandez, allez-vous tout inscrire dans son dossier ?
9. Devriez-vous continuer à rechercher d'autres produits pour le sportif sur une base constante ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- Il est évident que la question centrale ici est la confiance. Etes-vous digne de confiance concernant l'information que le sportif vous a confiée, et avec qui êtes-vous en droit de la partager ? La connaissance des limites de votre expertise professionnelle intervient aussi dans la confiance envers vos compétences et votre honnêteté.
- Bien que vous ne soyez pas tenu de condamner la consommation de cocaïne par le sportif, devriez-vous tenter d'influencer l'éthos de l'ensemble de l'équipe, dont certains membres ont peut-être également des dépendances (consommation d'alcool ou dépendance au jeu) ? Ou est-ce que ce comportement vous paraît acceptable si les coéquipiers ne violent aucune règle ?

Etude de cas – Ethique 2.3.2

« L'entourage »

Vous êtes massothérapeute pour l'équipe de sportifs, qui pensent qu'ils peuvent se confier à vous. Etant donné que vous êtes un ancien sportif d'élite, vos patients vous voient comme « l'un d'entre eux ». Vous avez souvent des renseignements très poussés sur l'état de santé des membres de l'équipe. Vous avez toujours respecté une politique de silence absolu lorsqu'on vous posait des questions, et ce, peu importe qui les posait, que ce soit la presse, l'entraîneur ou votre employeur. Tout le monde connaît votre position, et tout le monde vous respecte pour ça.

Un jour, le médecin de l'équipe vient vous voir pour discuter de la lenteur du rétablissement d'un sportif qui a subi une blessure des tissus mous qui le paralyse. Vous connaissez ce sportif, qui souffre de cette blessure depuis plus de 10 ans. La blessure ne guérit pas, et le médecin se demande si ce n'est pas parce qu'il prend des médicaments sans ordonnance. Elle le pense parce qu'elle a vu des marques d'aiguille sur les muscles fessiers du sportif. Elle croit que vous lui cachez des renseignements qui ralentissent le traitement. Elle est également préoccupée par le bien-être du sportif et le renouvellement de son contrat à la fin de la saison.

Point de discussion pour les participants :

Questions principales

1. Comment procéder ?
2. Outre le sportif, envers qui avez-vous des obligations ? Certaines de ces obligations sont-elles supérieures à la confidentialité du patient ?

Questions supplémentaires

3. Avez-vous le sentiment que le sportif doit tout vous dire pour que vous puissiez le traiter efficacement ?
4. S'il nie utiliser des médicaments hors indications ou s'il reconnaît le faire sans vouloir dire de quel produit il s'agit ni la manière dont il l'a obtenu, pouvez-vous refuser de le traiter ? Devriez-vous le faire ?
5. Quels détails de la conversation devez-vous noter dans son dossier ? Qui peut y avoir accès ? S'il faut inscrire ces renseignements, le ferez-vous de manière confidentielle ?
6. Si vous refusez de le traiter, l'inscrirez-vous clairement dans son dossier ?
7. Avez-vous le sentiment que si vous ne signalez pas le sportif au gérant de l'équipe, vous pourriez perdre votre emploi ? Est-ce une raison pour transmettre de l'information sur le patient ?
8. Quels sont les règlements régissant ce type de divulgation dans votre pays et dans votre contrat professionnel ?
9. Le sportif est-il conscient de vos obligations envers l'équipe ? Ce sujet a-t-il fait l'objet d'une discussion au début de votre relation professionnelle ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- Il est évident que la question centrale ici est la confiance. Etes-vous digne de confiance concernant l'information que le sportif vous a confiée, et avec qui êtes-vous en droit de la partager ? La connaissance des limites de votre expertise professionnelle intervient aussi dans la confiance envers vos compétences et votre honnêteté.
- Bien que vous ne soyez pas tenu de condamner la consommation de médicaments hors indications par le sportif, devriez-vous tenter d'influencer l'éthos de l'ensemble de l'équipe, dont certains membres ont peut-être également des dépendances (consommation d'alcool ou dépendance au jeu) ? Ou est-ce que ce comportement vous paraît acceptable si les coéquipiers ne violent aucune règle ?

4. STRATÉGIES PRATIQUES À L'INTENTION DES MÉDECINS DU SPORT CONCERNANT LE DOPAGE

Tous les médecins du sport devraient connaître les règlements sur les substances interdites établies dans le Code mondial antidopage (2009). Concernant les produits interdits, ils doivent prendre connaissance de l'article 4.3 : *Critères d'inclusion des substances et des méthodes dans la Liste des interdictions*, et notamment des passages suivants :

4.3.1 Une substance ou méthode sera susceptible d'être incluse dans la Liste des interdictions si l'AMA détermine que la substance ou méthode remplit deux des trois critères suivants :

4.3.1.1 La preuve médicale ou scientifique, l'effet pharmacologique ou l'expérience démontrant que la substance ou la méthode, seule ou combinée à d'autres substances ou méthodes, a le potentiel d'améliorer ou améliore effectivement la performance sportive ;

4.3.1.2 La preuve médicale ou scientifique, l'effet pharmacologique ou l'expérience démontrant que l'usage de la substance ou de la méthode présente un risque avéré ou potentiel pour la santé du sportif ;

4.3.1.3 La détermination par l'AMA que l'usage de la substance ou de la méthode est contraire à l'esprit sportif tel que décrit dans l'introduction du Code.

L'esprit sportif est vu comme la raison fondamentale du Code. L'esprit du sport mène à la célébration de l'esprit et du corps. Il est caractérisé par les valeurs suivantes :

- Ethique, jeu équitable et honnêteté
- Santé
- Excellence et performance
- Personnalité et éducation
- Plaisir et joie
- Travail d'équipe
- Dévouement et engagement
- Respect des règlements et des lois
- Respect de soi et des autres participants
- Courage
- Vie communautaire et solidarité

Mais que doivent faire les médecins du sport lorsqu'ils soupçonnent un cas de dopage ? Comme tous les conflits éthiques, cette situation peut s'avérer traumatisante pour le médecin du sport à cause des conflits potentiels entre ses obligations, et bien entendu, celles de la totalité de l'équipe de soins de santé dans les sports d'élite. A cet égard, la médecine du sport est probablement vue davantage comme une section de la médecine du travail plutôt que dans le cadre de la relation conventionnelle entre le médecin et le patient, et dans laquelle le devoir envers le patient doit se faire dans les limites de la loi.

En outre, afin de servir son patient du mieux possible, le médecin du sport a besoin de connaître un grand nombre de détails intimes, ce qui peut aussi créer des conflits, car plus il en sait, plus il peut faire du tort au patient. Par conséquent, le sportif est doublement vulnérable, à la fois à cause de son état (blessure ou maladie) et parce qu'il peut perdre son emploi si le médecin du sport divulgue des renseignements personnels à son sujet. Pour cette raison, la crédibilité du médecin du sport et de tous les membres de l'équipe de soins de santé est extrêmement importante.

Le médecin du sport devrait connaître les procédures existantes pour gérer un cas de dopage soupçonné *avant qu'il ne survienne*. S'il n'existe aucune procédure de ce type, il devrait amorcer des discussions en vue de les créer et de favoriser les échanges à ce sujet au sein de l'équipe ou du club concernant leur formulation et leur adoption.

Que le médecin du sport travaille à l'échelon amateur, professionnel ou élite, il existe trois scénarios possibles :

- i. Il apprend de la bouche d'un tiers qu'un sportif s'est dopé.
- ii. Il soupçonne qu'un sportif se dope.
- iii. Le sportif lui avoue directement s'être dopé.

Ces scénarios vont de la source la moins fiable à la plus fiable. Ils devraient donc correspondre au degré selon lequel le médecin du sport est convaincu que le sportif se rend coupable de dopage. Il serait très grave de confier sans preuve, à un entraîneur ou un gérant d'équipe ou de club, qu'un sportif se dope, et une fausse accusation rend le médecin du sport moralement coupable. Qu'elle soit ou non fondée, l'accusation de dopage peut poursuivre un sportif tout au long de sa carrière. Par conséquent, les médecins du sport doivent suivre une procédure établie pour vérifier l'information et sont tenus d'agir de manière responsable :

- (i) Il existe de nombreuses rumeurs, qui constituent des sources peu fiables. En outre, il existe un risque de créer d'autres rumeurs en essayant de corroborer les faits par des questions, et de nuire davantage au sportif tout en compromettant la relation médecin-patient de manière irrévocable. Si la relation du médecin avec le sportif est basée sur la confiance mutuelle, son premier mouvement devrait toujours être d'interroger directement ce dernier au sujet de la rumeur.
- (ii) Si le médecin du sport s'appuie sur ses propres observations et les conversations avec le sportif et des tiers pour en déduire qu'il se dope, il devra le confronter. Si le sportif nie l'accusation et que le médecin persiste à croire qu'il se dope, il doit choisir le membre de l'équipe de soins de santé avec lequel aborder le sujet. Si les soupçons du médecin du sport sont partagés, le meilleur moyen de procéder serait d'organiser une rencontre entre l'équipe et le sportif avant de divulguer l'information, car l'aveu du dopage par le sportif aidera toutes les personnes concernées. Cette manière de faire permettra au médecin du sport de savoir si ses convictions sont fondées, sans pour autant entacher la réputation du sportif.
- (iii) Si le sportif informe le médecin du sport de lui-même, ce dernier sera en droit de penser qu'il a des craintes concernant les conséquences et qu'il souhaite peut-être trouver un moyen d'avouer le problème et de le résoudre. Nombre des suggestions précédentes s'appliquent également à ce scénario. Cependant, le fait que le sportif se soit confié au médecin du sport peut signifier que le devoir de soigner de ce dernier est limité dans une mesure qui pourrait ne pas s'appliquer aux anciens cas. Dans ce scénario, le médecin du sport peut avoir à respecter diverses lignes directrices professionnelles et structures juridiques. Il peut également avoir d'autres obligations, que ce soit envers le club, l'équipe, les personnes qui risquent d'être éclaboussées par l'aveu de dopage, le public, le pays, le sport, la profession médicale, sa propre réputation, etc.

Bien qu'il n'existe pas une seule façon de réagir à ces scénarios, il peut s'avérer utile pour le médecin du sport de se poser les questions suivantes pour savoir comment procéder :

- a) Pourquoi le sportif se dope-t-il ?
- b) Est-ce accidentel ou intentionnel ?
- c) Qu'est-ce qui motive son choix ?
- d) Est-ce sa première infraction ou s'agit-il d'une habitude ?
- e) A quel point est-ce grave ?
- f) A quel point le dopage a-t-il modifié ses résultats ?
- g) Le sportif est-il autonome ou fait-il partie d'une équipe ?
- h) L'information devrait-elle faire l'objet d'une fuite ou être divulguée de manière explicite ?
- i) Qui doit la divulguer ?
- j) La culpabilité du sportif doit-elle être révélée à l'interne, de manière privée, ou à l'externe, de manière publique ?
- k) Quand faut-il la révéler ?
- l) Le cas échéant, quel rôle avez-vous joué (de manière intentionnelle ou non) dans la décision qu'a prise le sportif de se doper ?
- m) Quelles sont vos motivations pour révéler ou forcer le sportif à révéler la nature et la portée de ses actions ?

Etude de cas – Ethique 2.4.1

« Une période d'inactivité »

Un sportif revient en pleine forme d'une période d'inactivité. D'autres joueurs de l'équipe suggèrent même qu'il semble en trop bonne forme. Il est plus musclé et plus résistant qu'auparavant. L'entraînement préparatoire n'a pas encore commencé, donc ces améliorations sont intervenues à un moment creux de ses cycles de performance et d'entraînement.

L'un des joueurs vous suggère de chercher à savoir s'il s'est dopé. Après tout, avance-t-il, la totalité de l'équipe sera compromise et en subira les conséquences si le sportif a pris des substances interdites et se fait prendre au cours de la saison.

Point de discussion pour les participants :

Question principale

1. Comment procéder ?

Questions supplémentaires

2. Pourquoi le sportif se dope-t-il ? Est-ce accidentel ou intentionnel ?
3. Qu'est-ce qui motive son choix ?
4. Est-ce sa première infraction ou s'agit-il d'une habitude ?
5. A quel point est-ce grave ?
6. A quel point le dopage a-t-il modifié ses résultats ?
7. Le sportif est-il autonome ou fait-il partie d'une équipe ?
8. L'information doit-elle faire l'objet d'une fuite ou être révélée de manière explicite ?
9. Qui doit la divulguer ?
10. La culpabilité du sportif doit-elle être révélée à l'interne, de manière privée, ou à l'externe, de manière publique ?
11. Quand faut-il la révéler ?
12. Le cas échéant, quel rôle avez-vous joué (de manière intentionnelle ou non) dans la décision qu'a prise le sportif de se doper ?
13. Quelles sont vos motivations pour révéler ou forcer le sportif à révéler la nature et la portée de ses actions ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- Bien que certains pensent que le fait d'ignorer l'évidence pour des raisons pratiques facilite la vie à court terme, il s'agit rarement d'une bonne solution.
- Dans certains cas, les devoirs du médecin ne sont pas toujours assez clairs ou précis pour l'orienter dans une direction donnée.
- Le médecin doit poser des questions tactiques, non seulement au sportif et aux membres concernés de l'équipe, mais aussi aux autres membres du personnel médical, et à lui-même.
- Quels sont les idéaux qui devraient orienter la pratique du médecin du sport ? Le médecin du sport est-il engagé uniquement envers le succès de l'équipe et les avantages financiers qui l'accompagnent, ou l'est-il également envers le bien-être du patient et les valeurs que le sport est censé représenter ?
- La soumission est rarement la meilleure solution. Elle ne fait que renvoyer le problème à quelqu'un d'autre.
- Le médecin ne peut pas agir sans bien connaître les faits et disposer de preuves fiables.
- Parfois, lorsqu'il est impossible de prouver l'infraction, il peut s'avérer suffisant de soulever la question avec le sportif pour le dissuader de continuer à se doper.
- Le rappel du perfectionnement constant et de l'efficacité croissante des contrôles hors-saison peut avoir le même effet.

Etude de cas – Ethique 2.4.2

« Les premiers signes »

Vous traitez une sportive d'élite depuis plusieurs années. Vous la connaissez très bien et vous avez établi une excellente relation avec elle au fil du temps. Vous avez remarqué qu'elle est particulièrement en forme et qu'elle continue à obtenir d'excellents résultats même si elle a atteint un âge où ses capacités devraient commencer à décliner. Vous savez qu'elle fréquente moins le club et qu'elle s'entraîne davantage dans une salle de musculation locale. Vous avez aussi constaté chez elle d'importantes sautes d'humeur et une grande agressivité lors de ses récentes séances d'entraînement, et en compétition. Vous soupçonnez fortement que malgré une carrière irréprochable, elle pourrait consommer des substances interdites dans le but de la prolonger.

Point de discussion pour les participants :

Question principale

1. Comment procéder ?

Questions supplémentaires

2. Pourquoi le sportif se dope-t-il ? Est-ce accidentel ou intentionnel ?
3. Qu'est-ce qui motive son choix ?
4. Est-ce sa première infraction ou s'agit-il d'une habitude ?
5. A quel point est-ce grave ?
6. A quel point le dopage a-t-il modifié ses résultats ?
7. Le sportif est-il autonome ou fait-il partie d'une équipe ?
8. L'information doit-elle faire l'objet d'une fuite ou être révélée de manière explicite ?
9. Qui doit la divulguer ?
10. La culpabilité de la sportive doit-elle être révélée à l'interne, de manière privée, ou à l'externe, de manière publique ?
11. Quand faut-il la révéler ?
12. Le cas échéant, quel rôle avez-vous joué (de manière intentionnelle ou non) dans la décision qu'a prise le sportif de se doper ?
13. Quelles sont vos motivations pour révéler ou forcer la sportive à révéler la nature et la portée de ses actions ?

Lignes directrices pour animer la discussion :

- Toutes les réflexions du cas précédent sont également valables pour celui-ci.
- La connaissance intime de la sportive peut à la fois l'aider et entraver le professionnalisme du traitement.
- Il est clair que la sportive a des comportements caractéristiques du dopage, mais (comme dans le cas précédent) le médecin du sport doit faire preuve de prudence quant à la personne avec laquelle il en discute. Il doit d'abord en discuter avec la sportive.
- Peut-être devra-t-il également se demander de quel type de recul professionnel il a besoin pour éviter les conflits complexes. Parfois, des directives professionnelles, qui varient d'un pays à l'autre, régissent les relations personnelles avec le patient/client, même lorsqu'il s'agit d'un adulte consentant.
- Le médecin devrait dire à la sportive qu'elle ne devrait pas se servir de leur relation amicale pour se permettre un comportement contraire à l'éthique. Il devrait également être clair quant aux conséquences que pourraient avoir pour lui les problèmes de dopage de la sportive.

Etude de cas – Ethique 2.4.2

« De mauvaises habitudes »

Un sportif mature et réfléchi vous confie qu'il consomme parfois de la cocaïne. Selon lui, il ne le fait que lors de ses périodes d'inactivité. Il pense que ce la ne pose pas de problème et que la cocaïne ne devrait pas se trouver dans la liste des interdictions, car elle n'améliore pas la performance. Il explique que cela ne nuit pas à sa santé, que ça ne fait de mal à personne, et qu'il n'y a aucun rapport avec ses résultats sportifs. Vous avez tendance à être d'accord avec ses arguments et à penser en votre for intérieur qu'il n'y a aucune raison pour que la cocaïne se trouve dans la liste des interdictions.

Point de discussion pour les participants :

Question principale

1. Comment procéder ?

Questions supplémentaires

2. Pourquoi le sportif se dope-t-il ? Est-ce accidentel ou intentionnel ?
3. Qu'est-ce qui motive son choix ?
4. Est-ce sa première infraction ou s'agit-il d'une habitude ?
5. A quel point est-ce grave ?
6. A quel point le dopage a-t-il modifié ses résultats ?
7. Le sportif est-il autonome ou fait-il partie d'une équipe ?
8. L'information doit-elle faire l'objet d'une fuite ou être révélée de manière explicite ?
9. Qui doit la divulguer ?
10. La culpabilité de la sportive doit-elle être révélée à l'interne, de manière privée, ou à l'externe, de manière publique ?
11. Quand faut-il la révéler ?
12. Le cas échéant, quel rôle avez-vous joué (de manière intentionnelle ou non) dans la décision qu'a prise le sportif de se doper ?
13. Quelles sont vos motivations pour révéler ou forcer le sportif à révéler la nature et la portée de ses actions ?

Lignes directrices pour animer la discussion :

- Toutes les réflexions du cas précédent sont également valables pour celui-ci.
- En outre, et bien que les médecins du sport soient libres d'avoir leurs propres opinions concernant les substances ou procédures qui doivent apparaître sur la liste des interdictions, cela n'enlève rien au fait que certains produits, comme la cocaïne, *sont* sur cette liste.
- Le médecin du sport devrait traiter la question comme une violation des règles sur le dopage et conseiller le sportif dans cet esprit, tout en lui rappelant que les contrôles se poursuivent hors-saison et que, pour les contrôleurs, le moment où il se dope importe peu.

RÉFÉRENCES

Anderson, L. 2008. Contractual obligations and the sharing of confidential health information in sport. *Journal of Medical Ethics*, 34, p. e6.

British Broadcasting Corporation. 2003. « The Hippocratic Oath », available online: <<http://www.bbc.co.uk/dna/h2g2/A1103798>>, consulté le 6 novembre 2008.

Dunn, W.R., George, M.S., Churchill, L. et Spindler, K.P. 2007. « Ethics in sports medicine », *American Journal of Sports Medicine*, 35, pp. 840-844.

Gillon, R. 2003. « Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be 'first among equals' », *Journal of Medical Ethics*, 29, pp. 307-12.

Higgs, J. 2007. « Truth telling », TBC in R. Rhodes, L.P. Francis et A. Silvers (éd.). *The Blackwell Guide to Medical Ethics*, Oxford, Blackwell, pp. 88-103.

Howe, P.D. 2004. *Pain, Injury, professionalism*, London. Routledge.

Jackson, J. 2001. *Truth, Trust and Medicine*, London. Routledge.

McNamee, M.J. 2008. *Sports, Virtues and Vices*, London. Routledge.

McNamee, M.J. 2009. « Sports medicine ethics and the event physician », in D. McDonagh et coll. (éd.). *The Event Physician*, FIMS.

May, W. 2000. *The Physician's Covenant*, Westminster. John Knox Press.

Pellegrino, E.D. et Thomasma, D.C. 1993. *The Virtues in Medical Practice*, Oxford. Oxford University Press.

Porter, R. 2006. *The Cambridge History of Medicine*, Cambridge. Cambridge University Press.

Rhodes, R. 2007. « The professional responsibilities of medicine », in R. Rhodes, L.P. Francis et A. Silvers (éd.). *The Blackwell Guide to Medical Ethics*, Oxford, Blackwell.

Roessler, K.K. 2005. « Sport and the psychology of pain », in S. Loland, B. Skirstad et I. Waddington (éd.), Londres. Routledge, pp. 35-48.

Rubin, A. 1998. « Team physician or athlete's doctor ? », *The Physician and Sports Medicine* 26(7). Juillet. Disponible en ligne : <<http://www.physsportsmed.com/issues/1998/07jul/rubin.htm>>, consulté le 6 novembre 2008.

Veatch, R.M. 1972. « Models for ethical medicine in a revolutionary age », *Hastings Center Report*, 2(3), pp. 5-7.

Waddington, I. et Roderick, M. 2002. « Management of medical confidentiality in English professional football clubs: Some ethical problems and issues », *British Journal of Sports Medicine* 36, pp. 118-23.

Le dopage et l'éthique de la médecine du sport

Играть по правилам 公平競争
aus māng franc jeu
spiel gerecht play true
juego limpio
ren sport
hakça oyun لعب النزيه
最高の感動のために
tiszta játék
jogo limpo
шударга өрсөлдье
igra pošteno
ईमानदारी से खेले
reilu peli
gioca pulito
чесна гра
ευγενής άμιλλα
יִקְרָא יִקְרָא

Qu'est-ce que l'éthique de la médecine du sport ?

Bien que les médecins du sport doivent tenir compte des normes et des principes d'éthique généraux, l'éthique médicale permet parfois à la relation médecin-patient de prendre des voies opposées aux principes de l'éthique courante, et, à d'autres occasions, pèse lourdement sur les médecins qui doivent sortir de leur cadre professionnel (Rhodes, 2007).

Les quatre principes moraux de l'éthique médicale

1. Respect de l'autonomie
2. Bienfaisance
3. Non-malfaisance
4. Justice

Les principes moraux de l'éthique médicale

1. Respect de l'autonomie

- Idée selon laquelle chacun devrait pouvoir décider de la manière de vivre sa vie
- Idée selon laquelle personne ne devrait s'y opposer sauf en cas de danger pour autrui
- Le plan de traitement devrait être guidé par l'idée que se fait le patient de ce qui est bon pour lui, et non par celle du médecin.

Il peut être très difficile d'adopter le principe du respect de l'autonomie pour un médecin du sport, détenteur d'un savoir-faire dont manque le patient, et capable de donner des conseils objectifs sur l'intérêt de ce dernier en tant qu'organisme biomédical.

Les principes moraux de l'éthique médicale

2. Bienfaisance

- Les médecins s'efforcent d'intervenir dans la vie du patient pour son bien, sa santé ou son bien-être.
- Lorsqu'il traite un patient, il ne peut pas faire passer ses propres intérêts avant le bien-être du sportif.

Ce principe peut poser problème lorsque l'opinion que se fait un patient des meilleures méthodes est radicalement opposée à celle du médecin.

Les principes moraux de l'éthique médicale

3. Non-malfaisance

- Dans tous les cas, il signifie que le médecin ne nuira pas au patient.
- Devoir de se tenir au courant en matière de science et de technologie médicale afin de connaître les meilleurs traitements sur le marché.
- Devoir supplémentaire de connaître les derniers produits ajoutés à la liste des interdictions.
- Connaissances sur la disponibilité de l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT), ses paramètres et les raisons pour lesquelles elle pourrait être demandée.

Les principes moraux de l'éthique médicale

4. Justice

- Chaque médecin doit se montrer équitable lors des échanges avec leurs patients.
- Façons selon lesquelles des actions justes peuvent être justifiées :
 - prévoir des ressources en fonction des besoins cliniques ;
 - offrir de l'aide au mérite ;
 - selon l'utilité sociale des patients respectifs ;
 - en fonction des droits.

Étude de cas 2.1.1 – Après une opération chirurgicale

Une sportive d'élite est à trois mois de ce qui devrait être son dernier championnat mondial. Tout de suite après, elle doit prendre sa retraite. Elle souffre d'une blessure grave qui exige une opération chirurgicale lourde. Elle devrait rester en convalescence pendant au moins six semaines. Sa discipline nécessite une force musculaire importante dans le haut du corps. Elle a fait des recherches sur sa blessure et réalise que le traitement habituel et la durée du rétablissement vont compromettre sa participation au championnat. Pour avoir une chance d'être remise au moment de participer, elle décide qu'elle devra prendre une dose d'hormones de croissance humaines en même temps que les analgésiques normaux. Elle pense que cela devrait raccourcir la durée de son rétablissement. Elle explique que les risques d'être découverte sont minimes et qu'il n'y a pas d'autres risques de santé en lien avec l'opération chirurgicale. Vous lui dites être certain qu'il sera impossible d'obtenir une AUT pour ce type d'intervention. Elle insiste et dit qu'elle le fera avec ou sans vous.

Étude de cas 2.1.1 – Après une opération chirurgicale

Points de discussion

- Comment procéder ?

Questions supplémentaires

- Jusqu'à quel point faut-il respecter son autonomie ?
- Le devoir de soigner la sportive peut-il vous obliger à aller à l'encontre de votre engagement envers un sport sans dopage ?
- Pensez-vous que vous pouvez vous informer auprès d'un tiers ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?

Responsabilités professionnelles et éthiques

L'énumération de toutes les responsabilités du médecin dépasse la portée de cette mallette. Nous pouvons cependant examiner les cinq responsabilités, influencées par les normes éthiques les plus courantes, au cœur de la pratique du médecin du sport professionnel.

Responsabilités des médecins du sport

1. Soins
2. Confidentialité
3. Devoir de vérité
4. Compétence professionnelle
5. Recul professionnel et absence de préjugés

Responsabilités professionnelles et éthiques

1. Soins

- Faire preuve de compréhension et de compassion envers l'état du patient.

Même s'il est important que le médecin voit le sportif comme un patient unique et particulier, il ne peut faire passer son bien-être à long terme après ses objectifs de performance (FIMS, 2008 ; CIO, 2006).

Responsabilités professionnelles et éthiques

2. Confidentialité

- Serment d'Hippocrate : ce qui se passe entre le médecin et le patient ne sera pas divulgué.
- Les médecins du sport pourraient se trouver en situation de conflit en étant employés par une franchise d'équipe ou une fédération nationale.
- Cependant, le devoir de confidentialité n'est pas absolu (par exemple, en cas de préjudice direct pour des tiers ou de répercussions sur l'équipe médicale concernant le bon traitement).
- Lorsque le sportif commence à donner des renseignements sensibles, concernant, par exemple, l'usage de drogues, et demande à ce que le médecin respecte la confidentialité, il se peut que le devoir de divulgation passe avant le devoir de confidentialité.

Le médecin du sport responsable et les sportifs peuvent s'entendre sur les informations précises pouvant être divulguées, et dans quelles circonstances.

Responsabilités professionnelles et éthiques

3. Devoir de vérité

- Il est évident que le mensonge aux patients est non professionnel et contraire à l'éthique.
- Difficile lorsqu'on ne connaît pas la vérité
 - p. ex. : effets des différents traitements
 - risque de lésion récurrente

Responsabilités professionnelles et éthiques

4. Compétence professionnelle

- Les médecins du sport ne peuvent pas se contenter d'avoir une vaste connaissance du corps humain.
- Ils doivent aussi comprendre les exigences propres aux activités sportives.
- Ils devraient consulter régulièrement la liste des interdictions publiée annuellement par l'AMA.
- Ils devraient également s'attacher à faire des recherches sur le développement permanent de techniques et de tactiques dans le sport qui les concerne.

Responsabilités professionnelles et éthiques

5. Recul professionnel et absence de préjugés

- Il est difficile de trouver l'équilibre entre des soins subjectifs et compatissants d'une part, et des conseils et un traitement objectifs de l'autre.
- La santé des sportifs est souvent sur la corde raide à cause de l'entraînement et des exigences quant à la performance.
- Directives générales :
 - nature asexuée du regard que porte le médecin sur son patient
 - s'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, il doit être accompagné d'une escorte lors des consultations
 - connaissance très intime des questions concernant le corps du patient, son style de vie, ses croyances religieuses ou son orientation sexuelle

Étude de cas 2.2.1 - La confidentialité

Vous êtes le médecin de l'équipe et l'un de vos sportifs sollicite une conversation en privé avec vous, hors du milieu sportif. Au cours de l'entretien, il vous demande s'il peut vous faire confiance, si vous avez son intérêt à cœur et si vous allez protéger la confidentialité de la conversation. Vous le rassurez quant à votre professionnalisme et votre discrétion. Il vous dit alors qu'il a partagé des seringues pour s'injecter des stéroïdes et d'autres substances comme de l'insuline, et qu'il a peur d'avoir été infecté. Vous ne savez pas si vous devriez en parler à quelqu'un et si oui, à qui. Vous envisagez de l'envoyer chez un médecin qui n'est pas employé par l'équipe.

Étude de cas 2.2.1 - La confidentialité

Points de discussion

- Quelles sont vos responsabilités professionnelles dans ce type de scénario ?

Questions supplémentaires

- Jusqu'où va votre devoir de soigner ?
- Pouvez-vous et devriez-vous faire la distinction entre le traitement de l'infection et la réaction aux choix faits par le sportif ?
- Au début du traitement, avez-vous parlé des personnes avec lesquelles vous pourriez avoir à partager d'autres renseignements ?

Étude de cas 2.2.2

Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

Vous traitez une sportive pour son asthme. Elle utilise un inhalateur pour lequel elle a obtenu une l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT). Mais comme elle n'aimait pas le mécanisme de l'inhalateur, elle en a trouvé un autre, d'utilisation plus facile. Il contient les mêmes principes actifs. Vous décidez de lui prescrire le nouveau produit.

Étude de cas 2.2.2

Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

Points de discussion

- Quelles sont vos responsabilités professionnelles dans ce type de scénario ?

Questions supplémentaires

- Votre devoir de suivi médical signifie-t-il que vous devriez lui suggérer de ne pas expérimenter de nouveaux produits pharmaceutiques ?
- Devriez-vous continuer à rechercher d'autres produits pour la sportive sur une base constante ?

Étude de cas 2.2.3 – Conflit d'intérêts

Il est courant pour les membres du réseau sportif, du personnel d'encadrement et de l'entourage médical d'être en relation étroite les uns avec les autres. Supposez que vous soyez à la fois le médecin de l'équipe et le partenaire de l'entraîneur. Vous constatez que les sportifs ne vous disent pas tout sur leur état de santé et sur leurs programmes d'entraînement, et qu'ils ne viennent pas vous voir concernant leurs blessures, leur rétablissement ou tout simplement au sujet de leur utilisation de produits ou de suppléments. Vous commencez à vous demander s'ils redoutent un conflit d'intérêts potentiel.

Votre fonction vous impose un devoir de soigner. Cependant, à titre de partenaire de l'entraîneur, vous ressentez probablement le besoin de lui divulguer des renseignements sur l'état de santé des sportifs. Ces derniers considèrent votre intervention possible comme contraire à leurs intérêts en matière de sélection, de négociation de contrats, etc.

Étude de cas 2.2.3 – Conflit d'intérêts

Points de discussion

- De quelle manière établissez-vous la priorité de vos obligations ?

Questions supplémentaires

- Comment gérez-vous la communication entre les parties ?
- Que risque le sportif qui ne reçoit plus vos soins médicaux ?
- Comment la qualité des autres conseils médicaux est-elle assurée ?

Rôle et responsabilités des autres professionnels de la santé

Etant donné la nature de leur relation avec les sportifs, les autres professionnels de la santé (comme les médecins de manifestation sportive, les masseurs, les physiothérapeutes, les podiatres, les médecins, les ostéopathes, les chiropraticiens, les psychologues, les psychiatres et les chirurgiens) peuvent recourir à des méthodes différentes pour traiter les sportifs.

Les différents ensembles d'obligations associées à la fonction n'entrent pas forcément en conflit, mais doivent être coordonnés de manière adéquate.

Responsabilités des professionnels de la santé

1. Communication avec les pairs
2. Transparence et responsabilité
3. Communication avec les personnes ayant des intérêts prépondérants envers le sportif

Responsabilités des professionnels de la santé

1. Communication avec les pairs

- Il est nécessaire d'établir une communication complète et honnête parmi les membres de l'équipe sportive, le sportif, les entraîneurs et les gérants, et (dans le cas de sportifs mineurs) les parents ou les gardiens.
- Parallèlement, il n'existe pas de bonne médecine du sport sans respect dans la communication et la coopération entre les membres de l'équipe médicale.
- Pour que la médecine du sport soit efficace, il faut que tous les membres de l'équipe aient la même vision.

Responsabilités des professionnels de la santé

2. Transparence et responsabilité

- Il peut arriver que les membres de l'équipe médicale ne s'entendent pas sur le diagnostic et le pronostic.
- Il est essentiel que toute l'équipe convienne d'avance d'un processus de décision.
- La transparence favorise également la responsabilisation.
- Lorsqu'ils connaissent la **répartition**, le **calendrier** et la **raison** des tâches, les membres de l'équipe de soins de santé sont mieux à même d'évaluer soigneusement et honnêtement les processus et les résultats des interventions médicales avec le sportif.

Responsabilités des professionnels de la santé

3. Communication avec les personnes ayant des intérêts prépondérants envers le sportif

- Les médecins du sport devront également transmettre l'information à des tiers, comme le gérant de l'équipe ou l'entraîneur en chef.
- Ils doivent envisager le devoir de confidentialité envers le patient *en plus* de leurs autres obligations contractuelles.
- Ce sujet fait l'objet de lois internationales variées concernant la médecine du travail. Vérifiez celles qui vous concernent!

Étude de cas 2.3.1

Établir une relation

Un sportif vient vous demander de soigner sa blessure. Vous venez d'arriver dans l'équipe et vous ne le connaissez pas depuis longtemps. Pour établir le contact, vous lui demandez comment se passe son entraînement, et sa vie en général. Il commence à vous parler de ses problèmes familiaux et conjugaux. Vous voulez l'interrompre avant d'être impliqué dans ses problèmes personnels, mais avant que vous puissiez parler, il vous dit qu'il a commencé à prendre de la cocaïne pour relaxer. Il explique que nombre de ses coéquipiers boivent, et qu'il est préférable de prendre de la cocaïne que de l'alcool.

Il vous demande votre avis. Vous ne le connaissez pas personnellement. Vous ne savez pas trop quoi dire.

Étude de cas 2.3.1

Établir une relation

Points de discussion

- Comment procéder ?
- Outre le sportif, envers qui avez-vous des obligations ? Certaines de ces obligations sont-elles supérieures à la confidentialité du patient ?

Questions supplémentaires

- Avez-vous les compétences pour traiter des cas de toxicomanie ?
- Devriez-vous noter la conversation dans son dossier médical ? Qui peut y avoir accès ?
- Avez-vous besoin de partager ces renseignements avec d'autres professionnels de la santé ?
- Si c'est nécessaire, le ferez-vous sous le sceau de la confidentialité ? Allez-vous tout simplement lui suggérer une autre aide, ou allez-vous contacter vous-même un autre médecin ?
- Qui pourrait être informé de sa situation si vous le recommandez personnellement ?
- Si vous le recommandez, allez-vous tout inscrire dans son dossier ?
- Devriez-vous continuer à rechercher d'autres produits pour le sportif sur une base constante ?

Étude de cas 2.3.2 – L'entourage

Vous êtes massothérapeute pour l'équipe de sportifs, qui pensent qu'ils peuvent se confier à vous. Etant donné que vous êtes un ancien sportif d'élite, vos patients vous voient comme « l'un d'entre eux ». Vous avez souvent des renseignements très poussés sur l'état de santé des membres de l'équipe. Vous avez toujours respecté une politique de silence absolu lorsqu'on vous posait des questions, et ce, peu importe qui les posait, que ce soit la presse, l'entraîneur ou votre employeur. Tout le monde connaît votre position, et tout le monde vous respecte pour ça.

Un jour, le médecin de l'équipe vient vous voir pour discuter de la lenteur du rétablissement d'un sportif qui a subi une blessure des tissus mous qui le paralyse. Vous connaissez ce sportif, qui souffre de cette blessure depuis plus de 10 ans. La blessure ne guérit pas, et le médecin se demande si ce n'est pas parce qu'il prend des médicaments sans ordonnance. Elle le pense parce qu'elle a vu des marques d'aiguille sur les muscles fessiers du sportif. Elle croit que vous lui cachez des renseignements qui ralentissent le traitement. Elle est également préoccupée par le bien-être du sportif et le renouvellement de son contrat à la fin de la saison.

Étude de cas 2.3.2 – L'entourage

Points de discussion

- Comment procéder ?
- Outre le sportif, envers qui avez-vous des obligations ? Certaines de ces obligations sont-elles supérieures à la confidentialité du patient ?

Questions supplémentaires

- Avez-vous le sentiment que le sportif doit tout vous dire pour que vous puissiez le traiter efficacement ?
- S'il nie utiliser des médicaments hors indications ou s'il reconnaît le faire sans vouloir dire de quel produit il s'agit ni la manière dont il l'a obtenu, pouvez-vous refuser de le traiter ? Devriez-vous le faire ?
- Quels détails de la conversation devez-vous noter dans son dossier ? Qui peut y avoir accès ? S'il faut inscrire ces renseignements, le ferez-vous de manière confidentielle ?
- Si vous refusez de le traiter, l'inscrirez-vous clairement dans son dossier ?
- Avez-vous le sentiment que si vous ne signalez pas le sportif au gérant de l'équipe, vous pourriez perdre votre emploi ? Est-ce une raison pour transmettre de l'information sur le patient ?
- Quels sont les règlements régissant ce type de divulgation dans votre pays et dans votre contrat professionnel ?
- Le sportif est-il conscient de vos obligations envers l'équipe ? Ce sujet a-t-il fait l'objet d'une discussion au début de votre relation professionnelle ?

Stratégies antidopage

- Il faut commencer par avoir une connaissance de base des règles :
 - Code mondial antidopage
 - Liste des interdictions
 - Lignes directrices concernant les AUT
- Les valeurs liées à l'esprit du sport constituent des renseignements complémentaires et sont la raison fondamentale du Code.

Mais que doivent faire les médecins du sport lorsqu'ils soupçonnent un cas de dopage ?

Stratégies antidopage

- Le médecin du sport devrait connaître les procédures existantes pour gérer un cas de dopage soupçonné **avant qu'il ne survienne**

Scénarios de dopage possibles

1. Le médecin du sport apprend de la bouche d'un tiers qu'un sportif s'est dopé.
2. Il soupçonne qu'un sportif se dope.
3. Le sportif lui avoue directement s'être dopé.

Stratégies antidopage

Les rumeurs sur le dopage

- Il existe de nombreuses rumeurs, qui constituent des sources de preuves peu fiables.
- La tentative de les corroborer, en demandant aux autres de l'information, peut confirmer une fausse rumeur
- La première approche doit toujours être de demander directement au sportif à propos de la rumeur

Le soupçon du médecin du sport sur le sportif

- Le médecin sportif peut avoir à confronter le sportif
- Concertez-vous avec les autres membres de l'équipe de soins de santé
- Recherchez si les soupçons sont infondés, sans détruire la réputation du sportif

La confession du sportif

- Le devoir de diligence du médecin du sport est limité
- Le médecin du sport peut avoir à respecter diverses lignes directrices professionnelles et structures juridiques.
- Il/elle peut aussi avoir d'autres obligations, (le club ou l'équipe, les coéquipiers, les fans, le pays, le sport, la profession médicale, etc.)

Étude de cas 2.4.1 – Une période d'inactivité

Un sportif revient en pleine forme d'une période d'inactivité. D'autres joueurs de l'équipe suggèrent même qu'il semble en trop bonne forme. Il est plus musclé et plus résistant qu'auparavant.

L'entraînement préparatoire n'a pas encore commencé, donc ces améliorations sont intervenues à un moment creux de ses cycles de performance et d'entraînement.

L'un des joueurs vous suggère de chercher à savoir s'il s'est dopé. Après tout, avance-t-il, la totalité de l'équipe sera compromise et en subira les conséquences si le sportif a pris des substances interdites et se fait prendre au cours de la saison.

Étude de cas 2.4.1 – Une période d'inactivité

Points de discussion

- Comment procéder ?

Questions supplémentaires

- Pourquoi le sportif se dope-t-il ? Est-ce accidentel ou intentionnel ?
- Qu'est-ce qui motive son choix ?
- Est-ce sa première infraction ou s'agit-il d'une habitude ?
- A quel point est-ce grave ?
- A quel point le dopage a-t-il modifié ses résultats ?
- Le sportif est-il autonome ou fait-il partie d'une équipe ?
- L'information doit-elle faire l'objet d'une fuite ou être révélée de manière explicite ?
- Qui doit la divulguer ?
- La culpabilité du sportif doit-elle être révélée à l'interne, de manière privée, ou à l'externe, de manière publique ?
- Quand faut-il la révéler ?
- Le cas échéant, quel rôle avez-vous joué (de manière intentionnelle ou non) dans la décision qu'a prise le sportif de se doper ?
- Quelles sont vos motivations pour révéler ou forcer le sportif à révéler la nature et la portée de ses actions ?

Étude de cas 2.4.2 – Les premiers signes

Vous traitez une sportive d'élite depuis plusieurs années. Vous la connaissez très bien et vous avez établi une excellente relation avec elle au fil du temps. Vous avez remarqué qu'elle est particulièrement en forme et qu'elle continue à obtenir d'excellents résultats même si elle a atteint un âge où ses capacités devraient commencer à décliner. Vous savez qu'elle fréquente moins le club et qu'elle s'entraîne davantage dans une salle de musculation locale. Vous avez aussi constaté chez elle d'importantes sautes d'humeur et une grande agressivité lors de ses récentes séances d'entraînement, et en compétition. Vous soupçonnez fortement que malgré une carrière irréprochable, elle pourrait consommer des substances interdites dans le but de la prolonger.

Étude de cas 2.4.2 – Les premiers signes

Points de discussion

- Comment procéder ?

Questions supplémentaires

- Pourquoi le sportif se dope-t-il ? Est-ce accidentel ou intentionnel ?
- Qu'est-ce qui motive son choix ?
- Est-ce sa première infraction ou s'agit-il d'une habitude ?
- A quel point est-ce grave ?
- A quel point le dopage a-t-il modifié ses résultats ?
- Le sportif est-il autonome ou fait-il partie d'une équipe ?
- L'information doit-elle faire l'objet d'une fuite ou être révélée de manière explicite ?
- Qui doit la divulguer ?
- La culpabilité du sportif doit-elle être révélée à l'interne, de manière privée, ou à l'externe, de manière publique ?
- Quand faut-il la révéler ?
- Le cas échéant, quel rôle avez-vous joué (de manière intentionnelle ou non) dans la décision qu'a prise le sportif de se doper ?
- Quelles sont vos motivations pour révéler ou forcer le sportif à révéler la nature et la portée de ses actions ?

Étude de cas 2.4.3 – De mauvaises habitudes

Un sportif mature et réfléchi vous confie qu'il consomme parfois de la cocaïne. Selon lui, il ne le fait que lors de ses périodes d'inactivité. Il pense que ce la ne pose pas de problème et que la cocaïne ne devrait pas se trouver dans la liste des interdictions, car elle n'améliore pas la performance. Il explique que cela ne nuit pas à sa santé, que ça ne fait de mal à personne, et qu'il n'y a aucun rapport avec ses résultats sportifs. Vous avez tendance à être d'accord avec ses arguments et à penser en votre for intérieur qu'il n'y a aucune raison pour que la cocaïne se trouve dans la liste des interdictions.

Étude de cas 2.4.3 – De mauvaises habitudes

Points de discussion

- Comment procéder ?

Questions supplémentaires

- Pourquoi le sportif se dope-t-il ? Est-ce accidentel ou intentionnel ?
- Qu'est-ce qui motive son choix ?
- Est-ce sa première infraction ou s'agit-il d'une habitude ?
- A quel point est-ce grave ?
- A quel point le dopage a-t-il modifié ses résultats ?
- Le sportif est-il autonome ou fait-il partie d'une équipe ?
- L'information doit-elle faire l'objet d'une fuite ou être révélée de manière explicite ?
- Qui doit la divulguer ?
- La culpabilité du sportif doit-elle être révélée à l'interne, de manière privée, ou à l'externe, de manière publique ?
- Quand faut-il la révéler ?
- Le cas échéant, quel rôle avez-vous joué (de manière intentionnelle ou non) dans la décision qu'a prise le sportif de se doper ?
- Quelles sont vos motivations pour révéler ou forcer le sportif à révéler la nature et la portée de ses actions ?

Coordonnées

BUREAU PRINCIPAL

Tour de la Bourse
800, Place Victoria,
bureau 1700
Montréal (Québec) H4Z 1B7
CANADA

Tél. : +1 514 904-9232
Télec. : +1 514 904-8650

info@wada-ama.org
www.wada-ama.org

BUREAUX REGIONAUX

Europe

MSI Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne
Suisse
Tél. : +41 21 343 43 40

Asie / Océanie

a/s de Institut japonais des Sciences du
Sport
3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku
Tokyo, 115-0056 JAPON
Tél. : +81 3 5963 4321

Afrique

Protea Assurance Building, 8^e étage
Greenmarket Square
Le Cap, 8001 AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 21 483 9790

Amérique latine

Centre mondial du commerce de Montevideo
Tour II - Unité 712 – 18^e étage
Calle Luis A de Herrera 1248
Montevideo, URUGUAY
Tél. : +598 2 623 5206

3. Les risques du dopage pour la santé

Cette troisième section présente des commentaires d'ordre général ainsi que des informations précises concernant les effets secondaires associés à l'utilisation de certaines substances. N'hésitez pas à utiliser, reproduire et diffuser ce document selon les besoins.

Voici les documents inclus dans cette partie :

- Les risques du dopage pour la santé : commentaires d'ordre général
- Les substances et leurs effets secondaires
- Les substances et leurs effets secondaires (PowerPoint)

3. Les risques du dopage pour la santé

Cette troisième section présente des commentaires d'ordre général ainsi que des informations précises concernant les effets secondaires associés à l'utilisation de certaines substances. N'hésitez pas à utiliser, reproduire et diffuser ce document selon les besoins.

Voici les documents inclus dans cette partie :

- Les risques du dopage pour la santé : commentaires d'ordre général
- Les substances et leurs effets secondaires
- Les substances et leurs effets secondaires (PowerPoint)

Les risques du dopage pour la santé

REMARQUE IMPORTANTE

Le texte qui suit ne contient que de l'information générale. Il est destiné aux entraîneurs des sportifs d'élite qui participeront ou ont participé à un atelier de prévention du dopage et qui souhaitent acquérir des connaissances générales sur les effets de certaines substances et méthodes. Toutefois, il faut préciser que la recherche scientifique, les substances et les méthodes, ainsi que leurs applications, sont en constante évolution. Pour obtenir de l'information à jour et plus détaillée, le lecteur doit consulter un expert scientifique qualifié et compétent.

Observations générales sur les risques du dopage pour la santé

Il est très difficile de déterminer avec précision les effets secondaires d'une substance donnée ou d'une méthode donnée, ou encore, d'une combinaison des deux sur la santé des sportifs. Cela est en partie attribuable au fait que:

- il est impossible de mener des études pertinentes auprès des personnes concernées sans motif thérapeutique valable;
- les substances ou méthodes utilisées par les sportifs ont généralement été élaborées pour traiter des patients atteints de conditions médicales précises et non pour des sujets en bonne santé;
- les volontaires de la recherche pharmaceutique ne sont pas soumis aux mêmes conditions d'administration et à la même posologie que les sportifs dopés;
- chez les sportifs qui ont recours aux substances interdites, les doses administrées sont souvent beaucoup plus élevées et fréquentes que chez les patients qui les prennent à des fins thérapeutiques, sans compter que souvent les athlètes consomment conjointement plus d'une substance ;
- les substances que l'on vend aux sportifs pour améliorer leur performance sont souvent fabriquées de manière illicite et, par conséquent, peuvent contenir des impuretés ou des additifs, lesquels sont associés à des troubles de santé graves, voire même mortels.

Les substances destinées à améliorer la performance sportive sont utilisées en diverses combinaisons et à diverses doses par les sportifs. Elles n'ont jamais été soumises à des essais officiels. Les sportifs qui les utilisent acceptent donc de servir de cobayes sans connaître la nature ni la gravité des effets secondaires auxquels ils s'exposent. Ce document n'indique probablement qu'une infime partie des effets secondaires possibles. Dans les faits, les effets secondaires réels liés à l'usage en doses démesurées ou causés par l'administration combinée de plusieurs substances sont probablement beaucoup plus graves que ce que l'on peut imaginer. Lorsque plusieurs drogues sont prises conjointement, les effets secondaires ne font pas que s'ajouter, mais ils se multiplient.

Les hormones, qui jouent de multiples rôles de régulation des fonctions de l'organisme humain, lorsqu'elles ne sont pas administrées à des fins thérapeutiques peuvent déséquilibrer plusieurs fonctions et non seulement la fonction à laquelle elles sont directement associées.

Les risques pour la santé augmentent si l'administration d'une substance ou d'une méthode donnée est faite par injection. L'absence de bonnes pratiques de stérilisation, y compris l'usage d'aiguilles contaminées, augmente le risque de transmission de maladies infectieuses comme l'hépatite ou le VIH-SIDA.

Enfin, l'usage de ces substances peut mener à une dépendance psychologique ou physiologique.

Agents avec activité anti-œstrogène

Les effets secondaires associés à l'activité anti-œstrogène comprennent :

- bouffées de chaleur
- gain de poids
- rétention d'eau
- troubles cardiovasculaires, dont la thrombose (caillots) et l'hyperlipidémie (excès de graisses dans le sang)
- ostéoporose
- troubles oculaires
- toxicité hépatique

Alcool

L'alcool peut augmenter la confiance en soi et inciter une personne à prendre des risques plus grands qu'en tant normal. Il s'ensuit des risques accrus non seulement pour la personne concernée, mais aussi pour son entourage. De plus, la consommation d'alcool à long terme peut provoquer :

- vomissements
- troubles de l'élocution
- vision double
- troubles de mémoire et de compréhension
- atteinte hépatique
- perturbation du jugement, de la coordination et des mouvements
- incontinence
- somnolence
- dépression respiratoire légère
- troubles sexuels
- accoutumance

Amélioration du transfert d'oxygène

Les effets secondaires causés par l'amélioration du transfert d'oxygène peuvent être extrêmement graves, en raison de la difficulté à évaluer les doses correctes des substances chimiques utilisées.

Les effets secondaires des produits chimiques perfluorés comprennent :

- fièvre momentané
- baisse de la numération plaquettaire
- infection par transmission sanguine (si les préparations présentent des impuretés)
- numération excessive potentielle des globules blancs
- irritabilité
- diarrhée
- accident cardiovasculaire
- embolie (obstruction d'un vaisseau sanguin)

Les effets secondaires potentiels des produits d'hémoglobine modifiés comprennent :

- hypertension artérielle
- vasoconstriction (constriction des vaisseaux sanguins)
- dommage rénal
- surnumération du fer

Béta-bloquants

Les effets secondaires liés à l'usage des béta-bloquants comprennent :

- hypotension artérielle et ralentissement de la fréquence cardiaque
- troubles du sommeil
- dysfonction sexuelle
- sensations de fatigue et diminution de la capacité et de la performance lors des activités d'endurance
- spasmes des voies aériennes
- défaillance cardiaque
- dépression
- constriction des vaisseaux sanguins des membres supérieurs et inférieurs

Béta-2 agonistes

Les effets secondaires potentiels des béta-2 agonistes comprennent :

- palpitations
- céphalées
- nausées
- transpiration excessive
- crampes musculaires
- étourdissements
- troubles de l'humeur

Cannabinoïdes

Les effets des cannabinoïdes comprennent :

- état similaire à l'ivresse
- baisse de perception du temps et de l'espace
- étourdissements et hallucinations
- diminution de la vigilance, de l'équilibre et de la coordination
- diminution de la capacité à effectuer des tâches complexes
- perte de concentration
- accélération de la fréquence cardiaque
- augmentation de l'appétit
- instabilité émotionnelle, alternance rapprochée d'états euphoriques et dépressifs

La consommation prolongée de marijuana peut causer :

- perte d'attention et de motivation
- perturbation de la mémoire et des capacités d'apprentissage
- faiblesse du système immunitaire
- maladies respiratoires, dont le cancer du poumon et de la gorge, et la bronchite chronique
- dépendance psychologique

Corticotrophines

Les effets secondaires à court terme liés aux ACTH comprennent :

- irritation stomacale
- ulcères
- irritabilité
- infections

D'autres effets secondaires sont également possibles :

- amollissement du tissu conjonctif
- hyperglycémie
- diminution de la résistance aux infections
- affaiblissement des régions traumatiques dans les muscles, os, tendons et ligaments
- ostéoporose
- cataractes
- rétention d'eau

Diurétiques

Parmi les effets secondaires liés aux diurétiques, on retrouve :

- étourdissements pouvant aller jusqu'à la perte de conscience
- déshydratation
- crampes musculaires
- chute de tension artérielle
- diminution de la coordination et de l'équilibre
- confusion, instabilité mentale et troubles de l'humeur
- troubles cardiaques

Dopage génétique

Comme la plupart des technologies du transfert génétique en sont à la phase expérimentale, les effets à long terme sur le matériel génétique humain ne sont pas encore connus. Toutefois, de nombreux décès ont déjà été associés à de telles technologies lors des processus d'expérimentation. Les effets secondaires suivants peuvent être causés par le dopage génétique :

- cancer
- altération des mécanismes de régulation métabolique
- allergie

Dopage sanguin

Le dopage sanguin est associé à des risques graves pour la santé, dont :

- jaunisse
- caillots sanguins, accident cardiovasculaire ou défaillance cardiaque
- surcharge circulatoire
- choc métabolique
- risque accru de transmission de maladies infectieuses telles que l'hépatite et le VIH-SIDA
- réactions allergiques (depuis l'éruption cutanée et la fièvre jusqu'au dommage rénal) associées à l'utilisation de sang non compatible
- septicémie (empoisonnement du sang)

Érythropoïétine (EPO)

L'usage de l'EPO est lié à des risques graves pour la santé, dont :

- épaissement du sang
- risque accru de caillots sanguins, d'accident cardiovasculaire et de crise cardiaque
- risque accru de transmission de maladies infectieuses telles que l'hépatite et le VIH-SIDA
- risque de réaction auto-immune, soit la production d'anticorps à l'EPO qui peuvent mener à l'arrêt définitif du mécanisme de production naturelle de l'EPO dans l'organisme

Glucocorticoïdes

Lorsqu'ils pénètrent dans le flux sanguin, les glucocorticoïdes provoquent de nombreux effets secondaires affectant différents systèmes de l'organisme.

Les effets possibles du surdosage des glucocorticoïdes comprennent :

- rétention d'eau
- perte de masse musculaire
- sensibilité accrue aux infections
- brûlures gastriques, régurgitation et ulcères gastriques
- ostéoporose (porosité et fragilité du tissu osseux dont le volume diminue)
- amollissement du tissu conjonctif (p. ex. les tendons et les ligaments)
- affaiblissement des régions traumatiques des muscles, os, tendons et ligaments
- altération des parois des vaisseaux sanguins, ce qui peut mener à la formation de caillots
- troubles du système nerveux, dont des convulsions et des crampes musculaires
- troubles psychiatriques, tels que des changements d'humeur et de l'insomnie
- ralentissement ou arrêt de la croissance chez les jeunes

Gonadotrophines

La hCG stimule la production de testostérone. Par conséquent, les effets secondaires possibles sont similaires à ceux des stéroïdes anabolisants.

Parmi les autres effets secondaires liés aux gonadotrophines, on retrouve :

- douleurs osseuses et articulaires
- bouffées de chaleur
- baisse de la libido
- impuissance
- réactions allergiques et éruptions cutanées
- nausées et étourdissements
- céphalées
- irritabilité
- troubles gastro-intestinaux
- arythmie cardiaque
- essoufflement
- perte d'appétit
- dépression
- fatigue
- gain de poids rapide

Hormone de croissance et facteurs de croissance analogues à l'insuline

L'usage de ces substances est lié à des effets secondaires dangereux, dont :

- tremblements, transpiration excessive, anxiété
- aggravation des troubles cardiovasculaires
- risque accru de développement de tumeurs
- cardiomégalie (hypertrophie anormale du cœur)
- arthrose précoce (usure chronique du tissu cartilagineux des articulations)
- acromégalie chez les adultes (hypertrophie des organes internes, des os, des traits faciaux, ainsi que des doigts, orteils, oreilles et tissu cutané)
- douleurs musculaires, articulaires et osseuses
- hypertension
- rétention d'eau
- diabète chez les personnes prédisposées
- gigantisme chez les jeunes (croissance excessive du squelette)

Insuline

Les effets secondaires de l'insuline à des fins non thérapeutiques sont graves; ils comprennent entre autres l'hypoglycémie, laquelle peut à son tour provoquer :

- tremblements
- nausées
- faiblesse
- essoufflement
- étourdissements
- maladie pancréatique
- coma
- dommage cérébral et décès

Narcotiques

L'usage des narcotiques pour réduire ou éliminer la douleur pose des risques, car la substance ne fait que masquer la douleur. Avec la sensation de sécurité artificielle que procurent les narcotiques, l'usager peut ignorer un traumatisme possiblement grave et risquer d'accroître ou de causer des dommages permanents. En plus du risque de dommages accrus ou permanents, les narcotiques ont d'autres effets secondaires dangereux, dont :

- ralentissement de la fréquence respiratoire
- ralentissement de la fréquence cardiaque
- somnolence
- diminution de l'équilibre, de la coordination et de la concentration
- dépendance physique et psychologique menant à l'accoutumance
- euphorie
- nausées et vomissements
- constipation
- arrêt respiratoire et décès

Stéroïdes anabolisants androgènes

L'usage des stéroïdes anabolisants androgènes peut avoir de graves répercussions sur la santé humaine. Les effets secondaires potentiels sont aussi nombreux que variés. Plusieurs effets secondaires sont réversibles. Si la personne cesse de consommer, ils disparaissent. Toutefois, les effets secondaires identifiés par un astérisque (*) dans le tableau ci-dessous peuvent devenir permanents en cas de surdosage ou de prise prolongée.

Les stéroïdes anabolisants sont une version synthétique d'hormones naturellement produites par l'organisme; elles peuvent perturber la fonction hormonale normale et provoquer des effets secondaires néfastes, dont :

- risque accru de maladie hépatique
- risque accru de maladie cardiovasculaire
- risque accru de transmission de maladies infectieuses telles hépatite et VIH-SIDA
- hypertension artérielle
- dépendance psychologique

<i>Aussi chez les hommes :</i>	<i>Aussi chez les femmes :</i>	<i>Aussi chez les adolescents :</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ acné ▪ atrophie des testicules* ▪ réduction de la production de sperme* ▪ impotence* ▪ stérilité ▪ hypertrophie de la prostate ▪ hypertrophie des seins ▪ calvitie prématurée ▪ dysfonction rénale et hépatique potentielle* ▪ agressivité accrue et sautes d'humeur ▪ troubles de la libido 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ acné ▪ apparition de caractéristiques masculines ▪ voix grave* ▪ pilosité excessive du visage et du corps* ▪ irrégularité menstruelle ▪ hypertrophie du clitoris* ▪ agressivité accrue et sautes d'humeur ▪ altération du développement fœtal ▪ altération de la libido 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ acné sévère sur le visage et le corps ▪ puberté prématurée ▪ retard de croissance dû à la soudure précoce des plaques de croissance des os

Stimulants

L'utilisation de certains stimulants peut provoquer des effets cardiovasculaires et des troubles psychologiques graves, ainsi que plus autres effets secondaires, dont :

- hausse excessive de la température du corps
- sécheresse de la bouche
- accélération et irrégularité de la fréquence cardiaque
- hypertension artérielle
- déshydratation
- risque accru d'accident cardiovasculaire, d'arythmie cardiaque et de crise cardiaque
- anxiété et agressivité
- troubles visuels
- troubles de coordination et d'équilibre
- insomnie
- perte de poids
- tremblements involontaires

L'usage des stimulants peut aussi mener à la dépendance et à l'accoutumance.

Les conséquences du dopage sur la santé

Играть по правилам 公平競争
aus māng franc jeu
gioca pulito igra pošteno шударга өрсөлдөe jogo limpo spiel gerecht play true
reilu peli ईमानदारी से खेलेo tiszta játék ren sport juego limpio
最高の感動のために hakça oyun العb النزیه

Quels sont les effets secondaires?

Difficile à dire... mais pourquoi?

1. Les recherches pertinentes traitent des traitements thérapeutiques, pas du dopage.
2. Les substances et méthodes utilisées par les sportifs sont développées pour des patients malades en tant que traitement et ne sont pas conçues pour des individus en santé.
3. Les sportifs qui utilisent des substances interdites :
 - Ne vont pas nécessairement consulter un professionnel de la santé pour un suivi médical
 - Prennent souvent des doses plus élevées que les patients
 - Peuvent combiner une substance avec une autre
4. Les substances illégales et contrefaites sont sujettes à contenir des impuretés ou des suppléments.

Mais nous connaissons certains effets secondaires...

Stéroïdes anabolisants

Effets secondaires généraux



- Risque accru de maladie hépatique
- Hypertension artérielle
- Risque accru de maladie cardiovasculaire
- Dépendance psychologique
- Risque accru de transmission de maladies infectieuses telles hépatite et VIH/SIDA

Stéroïdes anabolisants

Aussi chez les hommes



- Acné
- Atrophie des testicules
- Réduction de la production de sperme
- Impotence
- Stérilité
- Hypertrophie de la prostate
- Hypertrophie des seins
- Calvitie prématurée
- Dysfonction rénale et hépatique potentielle
- Agressivité accrue et sautes d'humeur
- Troubles de la libido

Stéroïdes anabolisants

Aussi chez les femmes



- Acné
- Apparition de caractéristiques masculines
- Voix grave
- Pilosité excessive du visage et du corps
- Irrégularité menstruelle
- Hypertrophie du clitoris
- Agressivité accrue et sautes d'humeur
- Altération du développement foetal
- Altération de la libido

Stéroïdes anabolisants

Aussi chez les adolescents



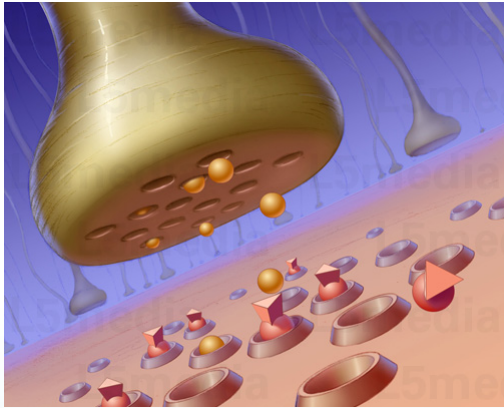
- Acné sévère sur le visage et le corps
- Puberté prématurée
- Retard de croissance dû à la soudure des plaques de croissance des os

Amélioration du transfert d'oxygène



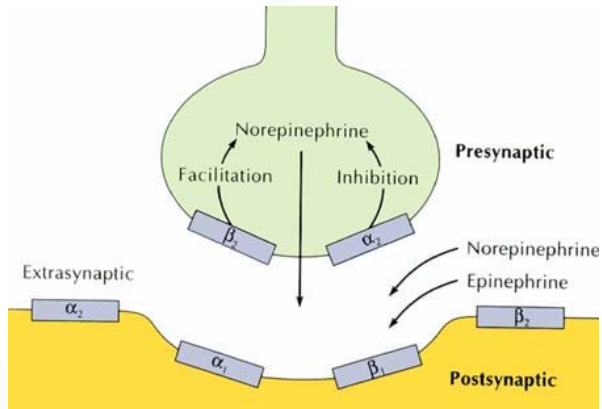
- fièvre momentanée
- baisse de la numération plaquettaire
- infection par transmission sanguine
- numération excessive potentielle des globules blancs
- irritabilité
- diarrhée
- accident cardiovasculaire
- embolie (obstruction des vaisseaux sanguins)
- hypertension artérielle
- vasoconstriction
- dommage rénal
- surnumération en fer

Béta-bloquants



- hypotension artérielle et ralentissement de la fréquence cardiaque
- troubles du sommeil
- dysfonction sexuelle
- spasmes des voies aériennes
- défaillance cardiaque
- dépression
- constriction des vaisseaux sanguins des membres supérieurs et inférieurs
- sensations de fatigue et diminution de la capacité et de la performance lors des activités d'endurance

Béta-2 Agonistes



- palpitations
- céphalées
- nausées
- transpiration excessive
- crampes musculaires
- étourdissements
- troubles de l'humeur

Dopage sanguin



- jaunisse
- surcharge circulatoire
- risque accru de transmission de maladies infectieuses telles que l'hépatite et VIH/SIDA
- septicémie (empoisonnement sanguin)
- caillots sanguins, accident cardiovasculaire ou défaillance cardiaque
- choc métabolique
- réactions allergiques

Cannabinoïdes



Effets à court terme

- état similaire à l'ivresse
- baisse de perception du temps et de l'espace
 - étourdissements et hallucinations
- diminution de la vigilance, de l'équilibre et de la coordination
- diminution de la capacité à effectuer des tâches complexes
 - perte de concentration
 - accélération de la fréquence cardiaque
 - augmentation de l'appétit
- instabilité émotionnelle, alternance rapprochée d'états euphoriques et dépressifs

Effets à long terme:

- perte d'attention et de motivation
- perturbation de la mémoire et des capacités d'apprentissage
 - faiblesse du système immunitaire
 - dépendance psychologique
- maladies respiratoires, dont le cancer du poumon et de la gorge, et la bronchite chronique

Diurétiques



- étourdissements pouvant aller jusqu'à la perte de conscience
- diminution de la coordination et de l'équilibre
- déshydratation
- confusion, instabilité mentale et troubles de l'humeur
- crampes musculaires
- troubles cardiaques
- chute de tension artérielle

Érythropoïétine (EPO)



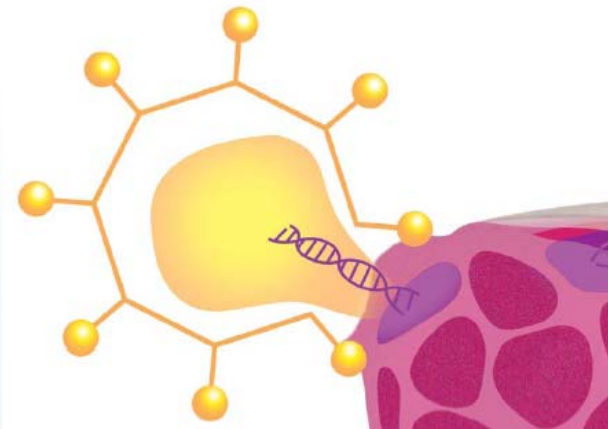
- épaississement du sang
- risque accru de caillots sanguins, d'accident cardiovasculaire et de crise cardiaque
- risque accru de transmission de maladies infectieuses telles que l'hépatite et le VIH-SIDA
- risque de réaction auto-immune, soit la production d'anticorps à l'EPO qui peuvent mener à l'arrêt définitif du mécanisme de production naturelle de l'EPO dans l'organisme

Dopage génétique

Comme la plupart des technologies du transfert génétique en sont à la phase expérimentale, les effets à long terme sur le matériel génétique humain ne sont pas encore connus. Toutefois, de nombreux décès ont déjà été associés à de telles technologies lors des processus d'expérimentation.

Les effets secondaires suivants peuvent être causés par le dopage génétique :

- développement du cancer
- allergies
- altération des mécanismes de régulation métabolique



Glucocorticostéroïdes



- rétention d'eau
- perte de masse musculaire
- sensibilité accrue aux infections
- brûlures et ulcères gastriques, régurgitation
- ostéoporose
- amollissement du tissu conjonctif (tendons/ligaments)
- affaiblissement des régions traumatiques des muscles, os, tendons et ligaments
- altération des parois des vaisseaux sanguins, ce qui peut mener à la formation de caillots
- troubles du système nerveux
- troubles psychiatriques (humeur, insomnie)
- ralentissement ou arrêt de la croissance

Hormone de croissance



- tremblements, transpiration, anxiété
- douleurs musculaires, articulaires et osseuses
- aggravation des troubles cardiovasculaires
- hypertension
- risque accru de développement de tumeurs
- rétention d'eau
- cardiomégalie (hypertrophie du cœur)
- diabète
- arthrose précoce
- gigantisme chez les jeunes
- acromégalie chez les adultes

Narcotiques



- ralentissement de la fréquence respiratoire et cardiaque
- euphorie
- nausées et vomissements
- somnolence
- constipation
- diminution de l'équilibre, de la coordination et de la concentration
- arrêt respiratoire et décès
- dépendance physique et psychologique menant à l'accoutumance

Stimulants



- hausse excessive de la température corporelle
- troubles visuels
- sécheresse de la bouche
- troubles de coordination et d'équilibre
- accélération et irrégularité de la fréquence cardiaque
- anxiété et agressivité
- hypertension artérielle
- insomnie
- déshydratation
- perte de poids
- tremblements involontaires
- risque accru d'accident cardiovasculaire, d'arythmie cardiaque et de crise cardiaque

Agence mondiale antidopage

BUREAU PRINCIPAL

Tour de la Bourse
800, Place Victoria, bureau 1700
Montréal (Québec) H4Z 1B7
CANADA

Tél. : +1 514 904-9232
Télé. : +1 514 904-8650
info@wada-ama.org

www.wada-ama.org

BUREAUX RÉGIONAUX

Europe

MSI Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne, SUISSE
Tél. : +41 21 343 43 40
Télé. : +41 21 343 43 41

Asie/Océanie

a/s Institut Japonais des Sciences du Sport
3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku
Tokyo, 115-0056 JAPON
Tél. : +81 3 5963 4321
Télé. : +81 3 5963 4321

Afrique

Protea Assurance Building, 8e étage
Greenmarket Square
Le Cap, 8001 AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 21 483 9790
Télé. : +27 21 483 9791

Amérique latine

Centre mondial du commerce de Montevideo
Tour II - Unité 712 - 18e étage
Calle Luis A de Herrera 1248
Montevideo, URUGUAY
Tél. : +598 096 856 907

чесна гра

иганс jeu

ευγενής άμιλλα

gioca pulito

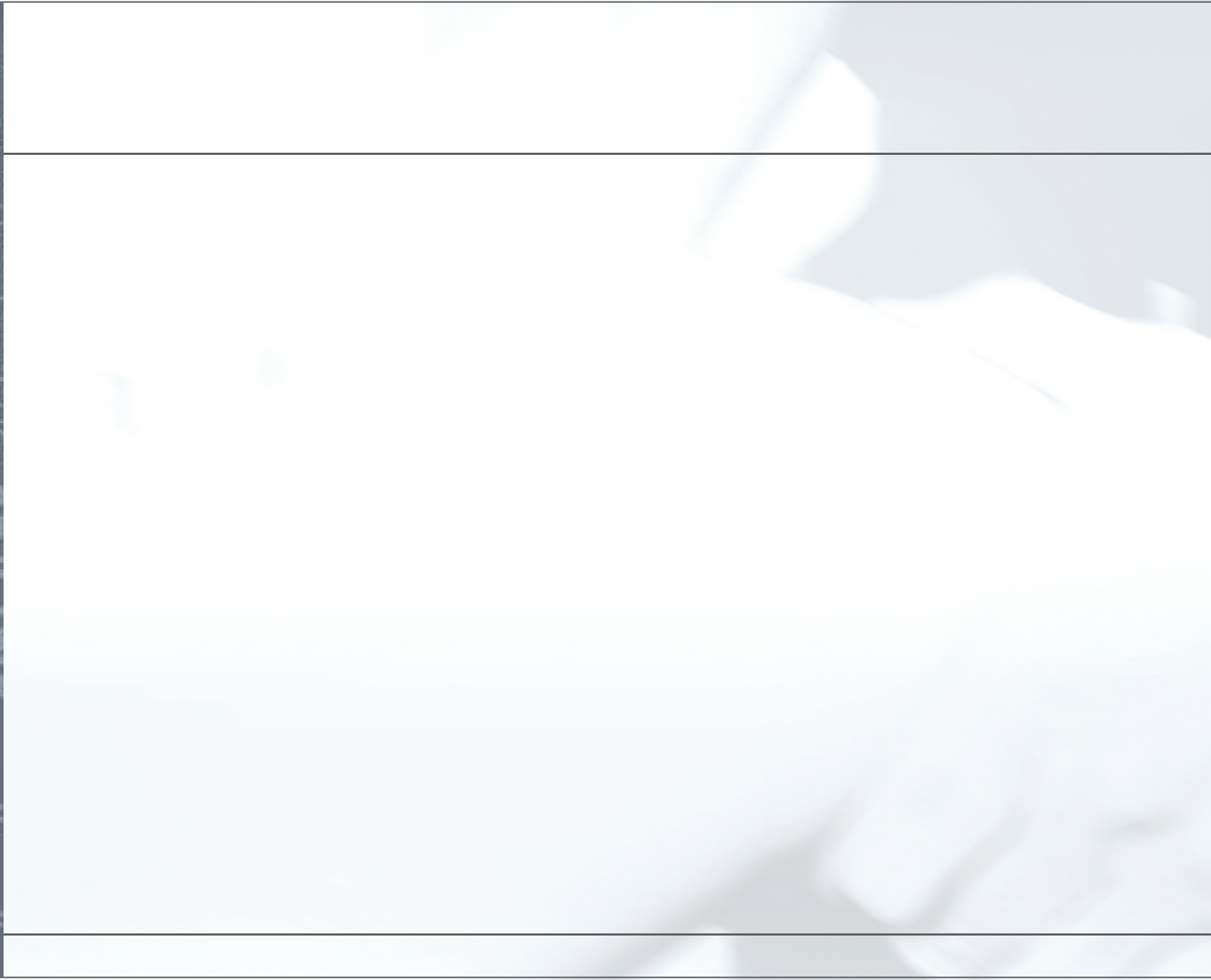
play true

Играње

au

jogo limpo

шударга өрсөлдүү





4. La procédure de contrôle du dopage

Cette partie vous propose des idées et des documents visant à donner aux médecins sportifs une analyse plus détaillée des pratiques de dopage et des questions pouvant s'avérer utiles pour créer des programmes d'éducation antidopage. N'hésitez pas à utiliser, reproduire et diffuser ce document selon les besoins.

Les sujets suivants sont traités dans cette partie

- La procédure de contrôle du dopage
 - o La sélection des sportifs
 - o La notification au sportif
 - o Le prélèvement des échantillons
 - o L'analyse en laboratoire
 - o La gestion des résultats

Une vidéo de la procédure de contrôle du dopage est accessible sur le site Web de l'AMA, au :

<https://www.wada-ama.org/fr/ressources/processus-de-contrôle-du-dopage/le-contrôle-du-dopage-pour-les-sportifs>



4.1 La procédure de contrôle du dopage

Les sportifs sélectionnés pour un contrôle du dopage peuvent vous demander de les accompagner à titre de médecin sportif. Vous pouvez aussi être appelé à les préparer en vue de leur premier contrôle du dopage, en les informant de leurs droits et de leurs responsabilités.

Cette partie donne un rapide aperçu du processus de contrôle du dopage, de la sélection du sportif à la gestion des résultats en passant par la notification, le prélèvement des échantillons et leur livraison au laboratoire accrédité par l'AMA.

La sélection des sportifs

Le contrôle des sportifs s'effectue conformément au Code mondial antidopage et aux Standards internationaux de contrôle. Les sportifs qui participent à des compétitions nationales et internationales peuvent être contrôlés n'importe où et n'importe quand. Les organisations antidopage (OAD) peuvent effectuer des contrôles en compétition et hors compétition.

Un contrôle en compétition se produit lorsqu'un sportif est sélectionné pour le contrôle dans le cadre d'une compétition donnée (p. ex., championnats nationaux, Jeux olympiques, Coupe du Monde, etc.). La sélection se fait conformément aux règlements de la fédération internationale concernée ou même d'un organisme de réglementation. Les critères peuvent inclure le classement (p. ex., les quatre gagnants d'une manifestation sportive), la sélection aléatoire ou un contrôle ciblé.

Le contrôle hors compétition a lieu lorsqu'un sportif subit un contrôle ailleurs que lors d'un événement. Il peut avoir lieu n'importe quand et n'importe où, sans que le sportif en soit informé à l'avance. Cela signifie que les sportifs peuvent être contrôlés chez eux, à l'entraînement, au travail et où qu'ils se trouvent. Ce sont les OAD qui décident où et quand le sportif sera contrôlé.

Afin que le contrôle hors compétition puisse avoir lieu, certains sportifs doivent fournir des **informations sur leur localisation** qui sont exactes et récentes. Ces informations comprennent des détails qui aideront l'agent de contrôle du dopage (ACD) à trouver le sportif à un moment précis, comme l'adresse domiciliaire, l'horaire de travail, un lieu et des horaires d'entraînement, ou encore le calendrier des compétitions.

Notification au sportif

La notification au sportif l'avisant qu'il a été sélectionné pour un contrôle du dopage doit se faire le plus tôt possible à l'arrivée de l'ACD sur les lieux dans le cas d'un contrôle hors compétition ou juste après que le sportif ait fini sa compétition. L'ACD (ou l'escorte) doit tenter de notifier le sportif discrètement (c.-à-d. en privé, loin des lieux publics). Voici les tâches de l'ACD.

Durant la notification, il doit expliquer au sportif qu'il doit rester en tout temps dans son champ de vision ou celui de l'escorte jusqu'à ce que la procédure de prélèvement des échantillons soit terminée. Il doit remplir la partie sur la notification du formulaire de contrôle du dopage, et demander au sportif de lire et de signer le formulaire. Il doit informer le sportif qu'il devra présenter une pièce d'identité au poste de contrôle du dopage et qu'il peut se faire accompagner d'un représentant. Le

Играть по правилам 公平競争
aus māng
spiel gerecht
играть по правилам 公平競争
игра правилно
игра правилно

sportif doit se présenter au poste de contrôle du dopage immédiatement après la notification, à moins qu'il ait une raison valable de le faire plus tard. L'ACD ou l'escorte doit déterminer si le sportif doit effectuer d'autres activités avant de se présenter au poste de contrôle du dopage (p. ex., cérémonie de remise des médailles, rencontre avec les représentants des médias, traitements médicaux, autre compétition, récupération, recherche d'un interprète ou d'un représentant, recherche de vêtements ou d'une pièce d'identité). Toute raison qui empêche le sportif de se rendre immédiatement au poste de contrôle du dopage doit être inscrite sur le formulaire de contrôle du dopage. Le sportif doit être accompagné depuis la notification jusqu'à la fin de la procédure. En cas de rencontre avec des représentants des médias ou de cérémonie de remise des médailles, l'escorte doit se montrer discrète, afin qu'on ne devine pas que le sportif a été sélectionné pour un contrôle du dopage. L'ACD doit consigner la raison pour laquelle lui ou l'escorte a perdu le sportif de vue, ou pour laquelle le sportif a refusé de se conformer à l'une ou l'autre des exigences de la procédure de contrôle du dopage, y compris rester en sa présence ou celle de l'escorte.

Прелъвемет д'эчантillons

Л'эчантillon doit être prélevé après que le sportif ait reçu sa notification. Le sportif doit pouvoir choisir parmi au moins trois containers de recueil. L'escorte ou l'ACD qui observe la production de l'échantillon **doit** être du même sexe que le sportif. Le sportif doit se laver les mains avant de fournir son échantillon. La vue de l'escorte ou de l'ACD ne doit pas être cachée pendant la production de l'échantillon. Il faut inciter le sportif à vider sa vessie quand il produit son échantillon. Après la production de l'échantillon, il faut fermer le container avec le couvercle. Le sportif et l'ACD ou l'escorte doivent alors retourner dans la zone de traitement pour procéder à la répartition et au scellage de l'échantillon. L'échantillon du sportif correspond au volume minimal exigé, soit 90 ml. Le sportif peut choisir entre au moins trois trousse de prélèvement d'échantillons. Le sportif vérifie que les flacons A et B ainsi que tous les autres accessoires de la trousse de prélèvement d'échantillons ont le même numéro de code de l'échantillon. Le flacon B contient le volume minimal exigé, soit 30 ml d'urine. On verse dans le flacon A le volume minimal exigé, soit 60 ml d'urine. Les flacons A et B sont scellés et sécurisés. L'information relative au numéro du flacon et à la densité relative est consignée sur le formulaire de contrôle du dopage. Toutes les sections du formulaire de contrôle du dopage sont remplies et une ligne nette est tracée sur les parties du formulaire qui ne s'appliquent pas. Le sportif est la dernière personne à signer le formulaire de contrôle du dopage.

Л'анализе ен лабораторие

Les informations envoyées au laboratoire sont confidentielles. Les laboratoires accrédités par l'AMA doivent respecter la chaîne de sécurité et les Standards internationaux de contrôle. L'échantillon A sera ouvert et analysé, tandis que l'échantillon B sera entreposé dans un endroit frais et sécuritaire. Les résultats doivent être envoyés à l'OAD et à l'AMA.

Ла гестиио дес рэзултатс

L'échantillon du sportif est divisé en deux, soit l'échantillon A et l'échantillon B. Le laboratoire qui a analysé l'échantillon A enverra en même temps les résultats à l'AMA et à l'OAD responsable qui se chargera de leur gestion.

En cas de résultat d'analyse anormal (RAA) avec l'échantillon A, l'organisation responsable de la gestion des résultats procédera à l'enquête initiale. Si cette

dernière conclut à un RAA, le sportif sera informé par écrit des résultats et des droits concernant l'analyse de son échantillon B.

Si l'analyse de l'échantillon B confirme celle de l'échantillon A, l'OAD responsable entreprendra la gestion des résultats prévoyant le droit du sportif à une audience équitable. L'audience déterminera s'il y a eu violation des règlements antidopage et fixera les sanctions à appliquer. Si l'analyse de l'échantillon B ne confirme pas celle de l'échantillon A, aucune autre action ne sera entreprise.

En cas de violation des règlements antidopage, l'OAD qui a autorisé le prélèvement des échantillons sera chargée d'amorcer le processus de gestion des résultats. Un comité indépendant fixera les sanctions à appliquer à chaque cas, et le sportif se verra accorder la possibilité de s'organiser pour faire supprimer ou réduire la sanction.

Les sanctions pour violation des règlements antidopage vont de l'avertissement à l'interdiction de compétition à vie. La période de suspension dépend du type de violation des règlements antidopage, des circonstances propres à chaque cas, de la substance utilisée et de la récidive éventuelle. Dans le cas d'un contrôle en compétition, il y aura automatiquement invalidation des résultats obtenus au cours de la compétition et perte des médailles, des points et des récompenses. Il se peut également que les résultats des compétitions ayant suivi le prélèvement de l'échantillon soient aussi invalidés.

La procédure de contrôle du dopage

Играть по правилам 公平競争
aus māng franc jeu
gioca pulito igra pošteno шударга өрсөлдөe jogo limpo spiel gerecht play true
reilu peli реилу пели ईमानदारी से खेले tiszta játék ren sport juego limpio
最高の感動のために hakça oyun العb النزیه

Aperçu rapide



<https://www.wada-ama.org/fr/ressources/processus-de-controle-du-dopage/le-controle-du-dopage-pour-les-sportifs>

**Que se produit-
il lorsque les
sportifs sont
soumis à un
contrôle ?**

La notification

- Un agent de contrôle du dopage (ACD) avise le sportif.
- L'ACD lui indique où se trouve le poste de contrôle du dopage.
- L'ACD ou une escorte l'accompagne partout.

Le prélèvement d'échantillons

- Le sportif choisit un container de recueil.
- Il produit l'échantillon à la vue de l'ACD ou de l'escorte.
- Il doit garder le contrôle de son container de recueil et de son échantillon en tout temps.

Le scellage de l'échantillon

- Le sportif choisit une trousse de prélèvement d'échantillons
- Il verse l'urine dans le flacon A, puis dans le flacon B.
- Il scelle les deux flacons.

Les dernières étapes

- L'ACD mesure la densité relative de l'urine restante.
- Il remplit le formulaire de contrôle du dopage.
- Le sportif vérifie et signe le formulaire de contrôle du dopage.

La gestion des résultats

Le sportif a le droit de :

- être averti d'un résultat d'analyse anormal (RAA) de l'échantillon A ;
- demander l'analyse de l'échantillon B ;
- assister à l'ouverture de l'échantillon B ;
- faire appel de la décision;
- avoir une audience

Les sanctions

Les sanctions possibles comprennent :

- l'annulation des résultats obtenus en compétition ;
 - l'invalidation des résultats obtenus lors des compétitions ultérieures ;
 - une période de suspension (depuis un avertissement jusqu'à l'interdit de compétition à vie).
 - Les conséquences pour les équipes
- ✓ Tous les détails de l'article 10 du Code

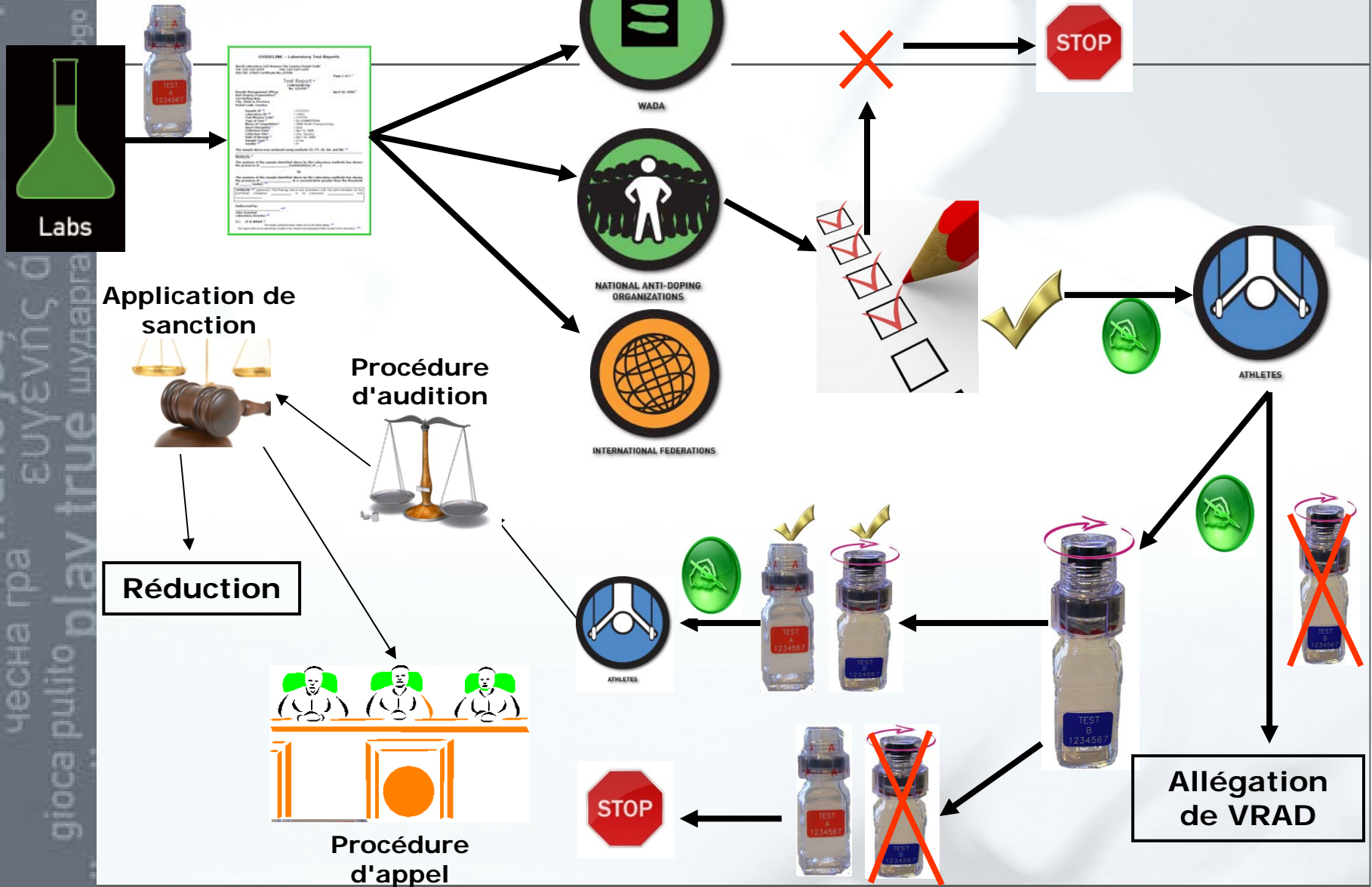
L'appel

Les sportifs peuvent faire appel :

- conformément aux procédures internes de la FI ou de l'ONAD
- devant une autre organisation d'appel
- au Tribunal arbitral du sport (TAS)

*Les FI, les ONAD et l'AMA
ont également le droit de faire appel.*

Aperçu de la procédure



Personne-ressource

BUREAU PRINCIPAL

Tour de la Bourse
800, Place Victoria,
bureau 1700
Montréal (Québec) H4Z 1B7
CANADA

Tél. : +1 514 904-9232
Télec. : +1 514 904-8650

info@wada-ama.org
www.wada-ama.org

BUREAUX REGIONAUX

Europe

MSI Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne
Suisse
Tél. : +41 21 343 43 40

Asie / Océanie

a/s de Institut japonais des Sciences du
Sport
3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku
Tokyo, 115-0056 JAPON
Tél. : +81 3 5963 4321

Afrique

Protea Assurance Building, 8^e étage
Greenmarket Square
Le Cap, 8001 AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 21 483 9790

Amérique latine

Centre mondial du commerce de Montevideo
Tour II - Unité 712 - 18^e étage
Calle Luis A de Herrera 1248
Montevideo, URUGUAY
Tél. : +598 2 623 5206

Sportif Droits et responsabilités

Vous avez les **droits** suivants:

- ▶ avoir un représentant et, si disponible, un interprète;
- ▶ demander des renseignements supplémentaires sur la procédure de prélèvement de l'échantillon;
- ▶ demander un délai avant de vous présenter au poste de contrôle du dopage si vous avez une raison valable (acceptée par l'ACD);
- ▶ demander que des modifications soient apportées à la procédure de prélèvement d'échantillons, si vous êtes un sportif handicapé.

Vous avez les **responsabilités** suivantes:

- ▶ demeurer en présence de l'ACD ou de l'escorte en tout temps, de la notification à la fin de la procédure de prélèvement de l'échantillon;
- ▶ présenter un document d'identification approprié;
- ▶ vous conformer à la procédure de prélèvement des échantillons (tout écart peut représenter une violation des règles antidopage);
- ▶ vous présenter immédiatement pour un contrôle du dopage, à moins de raisons valables justifiant un retard.

VIDÉO SUR LE CONTRÔLE DU DOPAGE

Pour mieux vous familiariser avec la procédure de contrôle du dopage, visionnez la vidéo de l'AMA :

www.wada-ama.org/fr/Sensibilisation/Outils-educatifs/Video---Processus-du-contrôle-du-dopage

En cas de divergence entre les renseignements fournis dans ce document et le Code mondial antidopage, **Le Code fera autorité**. Ces renseignements peuvent être modifiés en tout temps. Consultez toujours votre fédération internationale, votre organisation nationale antidopage ou votre fédération nationale pour obtenir les règles antidopage les plus récentes.

Juillet 2010



WADA

wada-ama.org • info@wada-ama.org
facebook.com/wada.ama • twitter.com/wada_ama

Bureau principal

800, place Victoria, bureau 1700, C. P. 120, Montréal, QC, H4Z 1B7, Canada • Tél. : +1.514.904.9232 • Téléc. : +1.514.904.8650

Afrique

Protea Assurance Building, 8th Floor, Greenmarket Square, Le Cap, 8001, Afrique du Sud • Tél. : +27.21.483.9790 • Téléc. : +27.21.483.9791

Asia/Océanie

C/O Japan Institute of Sports Sciences, 3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku, Tokyo, 115-0056, Japon • Tél. : +81.3.5963.4321 • Téléc. : +81.3.5963.4320

Europe

Maison du Sport International, Avenue de Rhodanie 54, 1007 Lausanne, Suisse • Tél. : +41.21.343.43.40 • Téléc. : +41.21.343.43.41

Amérique latine

World Trade Center Montevideo, Tower II, Unit 712, Calle Luis A De Herrera 1248, Montevideo, Uruguay • Tél. : +598.2.623.5206 • Téléc. : +598.2.623.5207

 Plus de détails à wada-ama.org 

La procédure de contrôle du dopage



 **AGENCE MONDIALE ANTIDOPAGE**
franc jeu

En bref

Les 11 étapes du contrôle du dopage

01
CONTRÔLE du dopage

Un échantillon de votre urine ou de votre sang peut être recueilli en tout temps et en tout lieu, à des fins de contrôle du dopage.

02
SÉLECTION des sportifs

Vous serez avisé par un agent de contrôle du dopage (ACD) ou une escorte que vous avez été désigné à un contrôle du dopage. Vous devrez signer un formulaire confirmant que vous comprenez bien vos droits et vos responsabilités.

03
POSTE DE CONTRÔLE du dopage

Vous vous rendez au poste de contrôle du dopage dans les plus brefs délais.

04
CHOIX du récipient

Vous devez choisir un récipient de prélèvement parmi une sélection.

- Vous devez fournir une quantité minimale de 90 ml d'urine.
- Vous devez retirer vos vêtements des genoux au nombril et des mains jusqu'aux coudes afin de permettre une surveillance adéquate de la production de l'échantillon.
- Un ACD ou une escorte (du même sexe que vous) vous observera pendant la production de l'échantillon.

5/6
FOURNIR l'échantillon



07
RÉPARTIR l'échantillon

Vous devez choisir une trousse de prélèvement d'échantillons parmi celles offertes. Répartissez l'échantillon dans les flacons A et B. D'abord, remplissez le flacon B d'urine jusqu'à la ligne. Ensuite, remplissez le flacon A en laissant une petite quantité d'urine dans ce récipient.



08
SCELLER l'échantillon

Enfin, scellez les flacons A et B.



09
GRAVITÉ spécifique

L'ACD mesurera la gravité spécifique de l'échantillon pour s'assurer qu'il n'est pas trop dilué. S'il est trop dilué on peut vous demander de fournir d'autres échantillons.

10
SIGNER le formulaire

Vous devez remplir le formulaire de contrôle de la manière suivante :

- en fournissant vos renseignements personnels;
- en indiquant toute substance que vous prenez, médicaments sur ordonnance, médicaments en vente libre et compléments alimentaires;
- en formulant tout doute ou commentaire, s'il y a lieu, concernant le contrôle du dopage;
- en attestant l'exactitude des renseignements, des chiffres inscrits et du code de l'échantillon;
- en signant votre copie du formulaire de contrôle du dopage, laquelle vous sera remise.



90ml
90ml

11
ANALYSE de l'échantillon

Les échantillons seront envoyés en toute confidentialité à un laboratoire accrédité par l'AMA et un suivi sera effectué afin d'assurer leur sécurité.

Votre échantillon A sera analysé et votre échantillon B sera conservé en toute sécurité au cas où d'autres analyses seraient requises. Le laboratoire enverra les résultats à l'organisation antidopage (OAD) responsable et à l'AMA.

Vous serez accompagné en tout temps, de la notification à la fin du contrôle du dopage.



5. La Liste des interdictions et les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Dans cette partie, nous parlons de la Liste des interdictions, de son contenu et de sa création. Le principe de la responsabilité objective y est également évoqué, tout comme l'utilisation des compléments alimentaires.

Voici les documents inclus dans cette partie :

- 5.1 La Liste des interdictions
- 5.2 Les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)
- 5.3 La Liste des interdictions et les AUT (PPT) et les études de cas
- 5.4 La brochure Les AUT en Bref

5.1. La Liste des interdictions

La Liste des substances et méthodes interdites (la Liste)

La Liste des substances et méthodes interdites (la Liste) est la norme internationale qui définit la nature des substances et des méthodes interdites dans le sport, que ce soit en compétition ou hors compétition. Elle indique également si des substances données sont interdites dans certains sports.

Conformément au Code, il est possible d'envisager l'ajout d'une substance ou d'une méthode à la Liste si elle répond à deux des trois critères suivants :

- 1) Elle améliore la performance.
- 2) Elle constitue une menace pour la santé du sportif.
- 3) Elle est contraire à l'esprit du sport.

La procédure de mise à jour annuelle de la Liste

Pour suivre le rythme des découvertes scientifiques dans les domaines médical et pharmaceutique, et pour refléter les dernières tendances en matière de dopage, la Liste est mise à jour chaque année.

Cette révision annuelle donne lieu à une vaste consultation au cours de laquelle les commentaires de nombreux partenaires sont pris en compte (fédérations sportives, gouvernements, laboratoires et organisations de lutte contre le dopage, etc.). L'analyse des commentaires et des propositions en vue de la révision de la Liste relève de la responsabilité du Comité de la Liste de l'AMA, un groupe constitué d'experts internationaux des domaines scientifique, médical et de la lutte contre le dopage.

Le Comité de la Liste se réunit trois fois par an, généralement en janvier, en avril et en septembre. Lors de la première réunion, ses membres analysent les commentaires et les propositions de modifications de la Liste actuelle en provenance des partenaires (p. ex., ajout d'une nouvelle catégorie de substances ou méthodes, modification du programme de surveillance, changement de définitions, suppression ou reclassement de certaines substances ou méthodes, etc.). Généralement, entre la première et la deuxième réunion, les membres s'adressent à des experts pour obtenir des informations sur des sujets précis et consultent la documentation scientifique ou les études en cours.

Au cours de la deuxième réunion, les renseignements recueillis sont colligés, et une version préliminaire de la Liste est rédigée et diffusée aux partenaires afin qu'ils la commentent et la modifient.

Enfin, au cours de la dernière réunion annuelle, les membres du Comité de la Liste approuvent la version préliminaire après avoir pris connaissance de l'opinion des partenaires. Ils présentent ensuite leurs conclusions au Comité Santé, médecine et recherche de l'AMA, qui retourne ses recommandations finales au Comité exécutif de l'AMA lors de sa réunion annuelle de septembre. Le Comité exécutif, qui est le service de formulation des politiques par excellence de l'AMA, discute des recommandations et prend une décision finale.

La nouvelle Liste est affichée sur le site Web de l'AMA (www.wada-ama.org) avant le 1er octobre et entre en vigueur le 1er janvier de l'année qui suit.

Il faut savoir que les substances interdites ne sont pas toutes énumérées dans la Liste (par exemple, les agents stimulants de l'érythropoïèse incluent tous les agents qui induisent la formation de globules rouges, ce qui augmente le pouvoir oxyphorique du sang, comme

l'érythropoïétine, ses analogues et les produits biologiques ultérieurs (érythropoïétine, darbépoétine, CERA, hématide, etc.). Toute substance possédant une structure chimique ou des effets biologiques similaires à ceux de la catégorie de substances recensées dans la Liste est également interdite. Le même principe s'applique aux méthodes interdites (toute procédure visant à falsifier ou à manipuler des échantillons ou des résultats d'analyse est interdite).

Structure de la Liste

La Liste comporte trois parties principales.

1) La première partie concerne les substances et méthodes interdites en permanence (en et hors compétition). Les substances interdites en permanence sont des agents masquants ou des substances susceptibles d'améliorer les performances sportives à long terme.

Dans cette partie, les substances interdites sont classées en six catégories (S0 à S5) d'après leurs fonctions biologiques ou leur structure chimique.

S.0 Substances non approuvées

S1. Agents anabolisants (S1.1 : stéroïdes anabolisants androgènes exogènes (a) et endogènes (b), et S1.2 : autres agents anabolisants) ;

S2. Hormones peptidiques, facteurs de croissance et substances apparentées (p. ex., agents stimulants de l'érythropoïèse, insulines, hormones de croissance) ;

S3. Béta-2 agonistes ;

S4. Antagonistes et modulateurs hormonaux (p. ex., inhibiteurs d'aromatase, modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes) ;

S5. Diurétiques et autres agents masquants (p. ex., diurétiques et succédanés de plasma).

Tout comme les substances interdites en permanence, certaines méthodes sont interdites à la fois en et hors compétition. Elles sont classées de la manière suivante :

M1 - Amélioration du transfert d'oxygène (p. ex. dopage sanguin, substituts de sang à base d'hémoglobine) ;

M2 - Manipulation chimique et physique (p. ex., manipulations pour falsifier l'intégrité et la validité des échantillons d'urine) ;

M3 - Dopage génétique (transfert de matière génétique pour moduler l'expression génétique en vue d'augmenter la performance).

2) Outre les substances et les méthodes interdites en permanence (en et hors compétition), la deuxième partie de la Liste inclut des substances et des méthodes interdites en compétition seulement :

S6 Stimulants

S7 Narcotiques

S8 Cannabinoïdes

S9 Glucocorticoïdes

3) Enfin, la dernière partie inclut les substances interdites dans certains sports (en compétition seulement).

P1. Alcool

P2. Béta-bloquants

Les substances spécifiées et non spécifiées

En vertu des dispositions du Code révisé entrées en vigueur le 1er janvier 2010, les substances interdites de la Liste sont classées en substances spécifiées et non spécifiées dans le cadre de l'application des sanctions contre le dopage (article 10 du Code).

Les substances spécifiées sont celles qui **peuvent** provoquer l'élimination ou la réduction de la période de suspension dans certaines circonstances (p. ex. preuve sans équivoque de l'utilisation sans intention de dopage). Cette définition s'applique, par exemple, aux substances disponibles partout en tant que composants de médicaments en vente libre. Il ne s'agit cependant pas d'agents plus inoffensifs, dans le contexte du dopage, que les substances interdites de la Liste.

Toutes les substances interdites de la Liste doivent être vues comme des substances spécifiées, sauf les agents anabolisants (S1), les hormones (S2.1 à S2.5), les stimulants (S6.a) et les antagonistes et modulateurs hormonaux (S4.4. Agents modificateurs de la fonction de la myostatine), tous identifiés dans la Liste. Toutes les méthodes interdites M1 à 3 sont considérées comme non spécifiées.

Les compléments alimentaires

Il est à noter qu'il n'existe aucune mention des compléments alimentaires dans la Liste des interdictions. Cette Liste concerne des composés pharmacologiques précis. L'utilisateur a la responsabilité de s'informer des produits et des compléments et des substances interdites pouvant entrer dans leur composition. Par exemple, le Ma Huang est un stimulant qui contient de l'éphédrine, une substance mentionnée dans la Liste des substances interdites en compétition. En cas de doute quant à la nature exacte des ingrédients d'un produit, il est préférable de s'abstenir de le prendre. (Voir plus bas le principe de la responsabilité objective).

Il est rare que les sportifs, qui mangent davantage que le reste de la population, souffrent de carences en minéraux et en vitamines. Souvent, l'apport de compléments est inutile dans leur cas, en plus d'être coûteux et d'augmenter les risques de dopage involontaire. Quoi qu'il en soit, ils devraient consulter un nutritionniste du sport qualifié et vérifier régulièrement leur état de santé avec leur médecin, ainsi que l'adéquation de leur alimentation.

Il est difficile pour l'AMA ou pour une organisation antidopage de statuer sur l'innocuité des compléments, car les modes de fabrication diffèrent d'un pays à l'autre, et il existe toujours des risques de contamination des divers lots de produits.

Le principe de la responsabilité objective

Les sportifs doivent savoir qu'ils sont tenus de respecter le principe de la responsabilité objective détaillé dans le Code. En vertu de ce principe, ils sont responsables, et il y a violation des règlements antidopage lorsqu'une substance interdite est découverte dans l'échantillon d'un sportif. La violation est effective, que le sportif ait consommé intentionnellement ou non la substance interdite, qu'il ait été négligent ou qu'il se soit mis en défaut de quelque manière que soit. Il lui incombe donc en premier lieu de savoir ce qu'il prend et de pouvoir justifier des substances présentes dans ses liquides biologiques. Il peut s'agir, par exemple, de compléments alimentaires ou de médicaments en vente libre contenant des substances interdites non déclarées dans la Liste des ingrédients. Dans cette optique, les sportifs devraient toujours se montrer vigilants et s'informer des substances et des méthodes qui leur sont proposées, y compris par des membres de leur entourage (entraîneur, membres de la famille, etc.). En cas de doute, il est préférable de jeter ces produits.

Le programme de surveillance

Outre les substances de la Liste, l'AMA a créé un programme de surveillance concernant les substances pour lesquelles elle souhaite repérer les schémas d'emploi abusif dans le sport. Par exemple, le programme de surveillance de 2010 vise, entre autres substances, la caféine, la pseudoéphédrine et la morphine.

Comment rester informé ?

Pour obtenir des mises à jour du statut de certaines substances et méthodes en lien avec le sport, les sportifs, les professionnels de la médecine sportive, etc., peuvent consulter les sources suivantes :

1. la Liste à jour des substances et méthodes interdites, publiées sur le site Web de l'AMA (<http://www.wada-ama.org/fr/Ressources/Publications/Liste-des-interdictions/>). Les partenaires de l'AMA (organisations nationales et régionales antidopage, fédérations sportives, etc.) disposent également d'exemplaires papier de la Liste à jour.

Lors de la consultation de la Liste, n'oubliez pas qu'elle est mise à jour au moins une fois par an, et qu'il est donc impératif d'avoir en main la toute dernière version (l'année est indiquée) ;

2. les organisations antidopage nationales ou régionales ;
3. les fédérations internationales ;
4. Le Comité olympique national (dans certains cas) ;
5. l'AMA à info@AMA-ama.org.

En fonction de votre région, le principal contact est généralement votre organisation nationale antidopage ou son site Web. De nombreux pays proposent également en ligne des renseignements sur les drogues susceptibles d'informer le médecin ou le sportif de la situation d'une substance interdite en fonction d'un sport donné. Contactez votre ONAD. La plupart des fédérations internationales constituent également des ressources utiles.

Certaines organisations affirment pouvoir garantir la qualité de certains compléments alimentaires. Bien qu'il est possible que cette garantie réduise le risque de prendre une substance interdite, l'AMA ne souhaite pas avaliser une entreprise ou une organisation en particulier. C'est à chacun de s'informer, de discuter avec l'OAD et d'évaluer le risque potentiel.

Étude de cas – Les médicaments 5.1.1

« Les compléments alimentaires »

Depuis quelque temps, un sportif manque d'énergie. Il a du mal à respecter le rythme de l'entraînement et à atteindre des performances. Un ami lui a conseillé de prendre un complément alimentaire, que nous nommerons X, vendu sur Internet et qui, selon lui, augmente l'endurance, améliore le sommeil et donne un regain d'énergie. Ce sportif est préoccupé par le risque de dopage. Il vérifie le contenu de X, et ne trouve aucune substance pouvant être vue comme un agent dopant. Sans consulter qui que ce soit, il décide donc de prendre X régulièrement, et trouve que ça l'aide effectivement à s'entraîner et à mieux se préparer pour les compétitions à venir. Il doit concourir dans un mois. A cette occasion, il sera probablement soumis à un contrôle du dopage. Il n'est toutefois pas inquiet...

Questions en vue de la discussion :

Question principale

1. Le sportif a-t-il suivi la bonne procédure ? Quelle aurait été votre réaction ou votre conseil en découvrant sa décision ?

Questions supplémentaires

2. Comment le sportif peut-il être sûr que les ingrédients de X ne contiennent aucun agent dopant ? Quelles sont les sources qu'il devrait consulter ?
3. Quelle est votre conseil ou votre position sur l'utilisation des compléments alimentaires ?
4. Que se produirait-il, si, lors d'un contrôle, on découvrait dans l'échantillon du sportif une substance interdite non mentionnée dans la Liste des ingrédients de X, pour la présence de laquelle il est incapable de donner une explication raisonnable ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- ✓ Tout ce qu'il faut aux sportifs pour bien s'entraîner, se rétablir rapidement et s'adapter de manière plus efficace avec un risque minime de maladie et de blessure, c'est un régime alimentaire équilibré.
- ✓ On recommande la prise de suppléments diététiques en cas de carence alimentaire. Elle doit se faire sous supervision médicale. Les sportifs auront avantage à consulter un nutritionniste du sport qualifié pouvant les conseiller sur leurs besoins alimentaires.
- ✓ L'utilisation de compléments ne compense pas les mauvais choix alimentaires et les régimes inadaptés. Les sportifs qui envisagent de prendre des compléments et des aliments pour le sport doivent réfléchir à leur efficacité, leur coût, le risque pour la santé et la performance, ainsi que les risques de contrôle positif.
- ✓ L'utilisation de suppléments diététiques par des sportifs constitue un problème, car dans de nombreux pays, leur fabrication et leur étiquetage ne relèvent pas de règles strictes. Il peut donc arriver qu'un complément contienne une substance non déclarée, interdite en vertu des règlements antidopage.
- ✓ Dans le domaine du sport, le principe de la responsabilité objective s'applique. Cela signifie que le sportif est responsable des substances interdites découvertes dans son échantillon. La violation est effective, que le sportif ait consommé intentionnellement ou non la substance interdite, qu'il ait été négligent ou se soit mis en défaut de quelque manière que soit.
- ✓ Pour obtenir des renseignements sur le statut de substances données dans le contexte du sport, le sportif peut s'adresser au médecin sportif et consulter diverses sources (Liste des interdictions à jour à <http://www.wada-ama.org/fr/Ressources/Publications/Liste-des-interdictions/>, l'AMA à info@wada-ama.org, sa fédération sportive, son organisation nationale ou régionale antidopage, le Comité olympique national).
- ✓ Il faut savoir que les substances interdites ne sont pas toutes énumérées dans la Liste.

Étude de cas – Les médicaments 5.1.2

« Un raccourci »

Une sportive d'élite se prépare en vue des prochains Jeux olympiques, qui représentent sa dernière chance après qu'elle ait échoué à faire partie de l'équipe nationale lors des deux dernières éditions. Elle pense à prendre sa retraite par la suite. Malheureusement, elle se fait une déchirure grave du ligament pendant l'entraînement et va devoir s'abstenir pendant 8 semaines au moins, ce qui compromet sérieusement sa participation aux Jeux. Vous connaissez cependant une procédure qui peut réduire de moitié la durée du rétablissement. Mais cette procédure n'a pas été totalement reconnue comme pratique médicale admissible. Elle insiste cependant pour la suivre.

Questions en vue de la discussion :

Question principale

1. Comment procéder ?

Questions supplémentaires

2. Quels sont les risques que cette pratique soit vue comme une méthode interdite dans le sport ?
3. Quel risque y a-t-il pour la sportive de suivre une procédure dont l'efficacité peut être anecdotique, mais dont l'utilisation sur les humaines n'a pas été officiellement approuvée ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- ✓ Les méthodes interdites dans le sport sont mentionnées dans la Liste des interdictions. Il s'agit, entre autres, des méthodes d'amélioration du transfert d'oxygène (p. ex., dopage sanguin), de la manipulation chimique et physique d'échantillons en vue de modifier leur intégrité et leur validité, et du dopage génétique. Certaines de ces méthodes sont autorisées dans un but thérapeutique, à condition qu'une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques soit remplie conformément aux dispositions des standards internationaux.
- ✓ Comme pour les substances interdites, les méthodes interdites ne sont pas toutes énumérées dans la Liste. Il peut arriver qu'une méthode qui n'est pas directement associée à celles de la Liste concerne l'utilisation d'une substance interdite (qui peut ne pas être mentionnée dans la Liste).
- ✓ L'utilisation d'une méthode non totalement reconnue médicalement peut avoir des conséquences très graves à cause de l'absence de données démontrant ses effets à long terme.

5.2 Les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Qu'est-ce qu'une AUT ?

Les dispositions sur les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) du Code mondial antidopage (le Code) reconnaissent le droit des sportifs à recevoir un traitement médical. Si le médicament ou la méthode dont le sportif a besoin pour traiter une maladie ou un état pathologique (selon la prescription d'un professionnel de la santé) figure dans la Liste des interdictions, le sportif peut demander une AUT, c'est-à-dire l'autorisation de prendre un médicament interdit par la Liste.

Quels sont les critères d'admissibilité à une AUT ? (SIAUT 4.1 a à d)

- a) Le sportif subirait un préjudice physique important si la substance ou la méthode interdite ne lui était pas administrée.
- b) L'usage thérapeutique de la substance ou de la méthode interdite ne devra produire aucune amélioration de la performance autre que celle attribuable au retour à un état de santé normal après le traitement d'un état pathologique avéré.
- c) Il ne doit pas exister d'alternative thérapeutique autorisée pouvant se substituer à la substance ou à la méthode autrement interdite.
- d) La nécessité d'utiliser la substance ou méthode autrement interdite ne doit pas être une conséquence partielle ou totale de l'utilisation antérieure d'une substance interdite.

Qui peut accorder une AUT ?

Toutes les fédérations internationales (FI) et les organisations nationales antidopage (ONAD) doivent s'être munies d'une procédure permettant aux sportifs souffrant d'un état pathologique de faire une demande d'AUT. Les demandes d'AUT sont dûment examinées par le groupe de médecins indépendants constituant le Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT). C'est donc aux fédérations internationales et aux organisations nationales antidopage, par le biais de leur CAUT, que revient la responsabilité d'accorder ou de refuser ces autorisations.

Comment faire une demande d'autorisation d'AUT ?

La procédure à suivre par un sportif pour faire une demande d'AUT est relativement simple.

- Les sportifs de niveau international doivent contacter leur FI et ceux qui concourent à l'échelon national doivent contacter leur ONAD pour demander un formulaire de demande d'AUT.
- Chaque sportif doit demander au médecin qui rédige la prescription de remplir le formulaire de demande d'AUT, de fournir les pièces justificatives et de tout envoyer à la FI ou à l'ONAD, selon le cas.
- Il n'existe qu'une seule organisation de tutelle pour chaque AUT. Il s'agit habituellement de l'ONAD pour les sportifs de niveau national et de la FI pour les sportifs de niveau international. La FI peut reconnaître une AUT délivrée par l'ONAD si le sportif passe au niveau international. Ce dernier devra toujours s'informer auprès des organisations antidopage concernées.
- Il faut savoir que bien qu'elle supervise la procédure, l'AMA n'accepte pas ni n'accorde d'AUT.

Vous trouverez davantage de renseignements concernant la demande d'AUT sur le site Web de l'AMA, sous la rubrique Lignes directrices pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques. Il est également possible d'en savoir plus sur les divers états pathologiques et les AUT sur le site Web de l'AMA, sous la rubrique AUT (p. ex., l'asthme, le TDAH, l'hypogonadisme, etc.).

Les sportifs ne doivent pas oublier que, conformément au standard international (SIAUT), la demande d'AUT doit être soumise au moins 30 jours avant leur participation à une compétition.

Qu'arrive-t-il si la demande d'AUT est accordée au sportif ?

Les AUT sont accordées pour un médicament précis selon un dosage spécifique. Elles sont également accordées pour une durée définie au-delà de laquelle elles ne sont plus valables. Le sportif doit se conformer à toutes les conditions du traitement précisées dans la demande d'AUT.

Le sportif à qui une AUT a été accordée doit s'assurer, au moment de remplir le formulaire de contrôle du dopage, de déclarer la substance ou le médicament utilisé et de bien préciser qu'une AUT lui a été accordée. Si le sportif dispose d'une copie du certificat d'approbation d'AUT, il est même préférable, mais pas obligatoire, de la présenter à l'agent de contrôle du dopage.

Si le résultat d'analyse révèle la présence d'une substance ou d'une méthode interdite, un examen aura lieu pour vérifier que :

- l'AUT est toujours valable ;
- les résultats d'analyse correspondent à l'AUT accordée (nature de la substance, mode d'administration, posologie, période d'administration de la substance, etc.).

Si la vérification s'avère satisfaisante, le résultat du contrôle sera enregistré comme négatif.

Asthme traité par inhalation de bêta-2 agonistes

Le SIAUT de 2009, qui prend en compte les commentaires des partenaires et le point de vue actuel de la médecine (p. ex., Document de consensus sur l'asthme du CIO publié en février 2008 et appelant à un contrôle renforcé de l'utilisation de ces médicaments par les sportifs), part du principe que, pour être gérable tout en restant suffisamment dissuasif pour les sportifs d'élite, le processus doit prévoir des exigences en fonction du niveau de compétition (international ou national). Tous les sportifs qui ont besoin d'inhaler des bêta-2 agonistes pour des raisons médicales doivent posséder un justificatif médical et déclarer ces substances dans le formulaire de contrôle du dopage et dans ADAMS lorsque c'est possible.

Voici les dispositions en fonction du niveau :

- Sportifs de niveau international :
 - Les sportifs faisant partie d'un groupe cible international de sportifs soumis aux contrôles doivent avoir une AUT standard approuvée pour l'asthme avant de faire usage de la substance.
 - Les sportifs ne faisant pas partie d'un groupe cible international mais qui prennent part à une manifestation internationale laissent à leur fédération internationale le soin de leur attribuer une AUT avant la manifestation, ou de fournir une AUT rétroactive en cas de résultat d'analyse anormal (RAA). La délivrance d'une AUT rétroactive respectera les critères établis dans le SIAUT de 2009.
- Sportifs de niveau national :
 - Il est laissé à la discrétion de l'ONAD d'attribuer une AUT ou de fournir une AUT rétroactive en cas de RAA.

Dans tous les cas, les sportifs peuvent demander une AUT s'ils le souhaitent.

La Liste des interdictions et les AUT

Играть по правилам 公平競争
aus māng franc jeu
gioca pulito igra pošteno шударга өрсөлдье jogo limpo spiel gerecht play true
reilu peli ईमानदारी से खेले tiszta játék ren sport juego limpio
最高の感動のために hakça oyun العيب النزیه

La Liste des interdictions

La Liste est la norme internationale qui définit la nature des substances et des méthodes interdites dans le sport, que ce soit en compétition ou hors compétition.

Il est possible d'envisager l'ajout d'une substance ou d'une méthode à la Liste si elle répond à deux des trois critères suivants :

- 1) Elle améliore la performance sportive.
- 2) Elle constitue une menace pour la santé du sportif.
- 3) Elle est contraire à l'esprit du sport.

La Liste des interdictions et les AUT

- L'utilisation ou la tentative d'utilisation de substances ou de méthodes mentionnées dans la Liste des interdictions consiste en une violation des règles antidopage (VRAD)
- Il existe des critères précis pour l'attribution de l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques à un sportif dont l'état pathologique justifie l'utilisation de substances interdites.
- La VRAD comprend également :
 - Le refus ou l'omission de se soumettre au prélèvement d'échantillon
 - La violation des exigences en matière de localisation
 - La falsification du processus de contrôle
 - La possession ou le trafic

La Liste des interdictions

La Liste des interdictions : mise à jour annuelle

- Pour suivre le rythme des découvertes scientifiques et médicales, et pour refléter les dernières tendances en matière de dopage.
- Vaste consultation. Commentaires de nombreux partenaires (fédérations sportives, gouvernements, laboratoires et organisations de lutte contre le dopage, etc.).
- Affichage sur le site Web de l'AMA avant le 1er octobre
- En vigueur à partir du 1er janvier

La Liste des interdictions

La Liste des interdictions

- Section 1 : Substances (S0-S5) et méthodes (M1-M3) interdites **en permanence** (en et hors compétition). P. ex., SAA, hGH, EPO, agents masquants, dopage sanguin, dopage génétique.
- Section 2 : Substances et méthodes interdites **en compétition seulement**, soit les stimulants (S6), les narcotiques (S7), les cannabinoïdes (S8) et les glucocorticostéroïdes (S9).

La Liste des interdictions

La Liste des interdictions : structure (suite)

- Section 3 : Substances interdites **dans certains sports** (en compétition seulement), comme l'alcool (P1) et les bêta-bloquants (P2).

Les substances interdites ne sont pas toutes énumérées dans la Liste.

Toute substance possédant une structure chimique ou des effets biologiques similaires est également interdite.

La Liste des interdictions

Les substances spécifiées et non spécifiées

- Les substances interdites de la Liste sont classées en substances spécifiées et non spécifiées dans le cadre de l'application des sanctions contre le dopage (*article 10 du Code*).
- Les substances spécifiées sont celles qui peuvent provoquer l'élimination ou la réduction de la période de suspension dans certaines circonstances (p. ex. preuve sans équivoque de l'utilisation sans intention de dopage).
- Toutes les substances interdites de la Liste doivent être vues comme des substances spécifiées, **sauf** les agents anabolisants (S1), les hormones (S2.1 à S2.5), les stimulants (S6.a) et les antagonistes et modulateurs hormonaux (S4.4). Les méthodes interdites sont considérées comme non spécifiées.

La Liste des interdictions

Le programme de surveillance

- Outre les substances de la Liste, l'AMA a créé un programme de surveillance concernant les substances pour lesquelles elle souhaite repérer les schémas d'emploi abusif dans le sport.
- Par exemple, le programme de surveillance de 2010 vise, entre autres substances, la caféine, la pseudoéphédrine et la morphine.

La Liste des interdictions

Comment rester informé ?

- Liste à jour des substances et méthodes interdites <https://www.wada-ama.org/fr/ressources/science-medecine/liste-des-interdictions>
- Fédérations internationales
- Organisations antidopage nationales ou régionales
- Comité olympique national (dans certains cas)
- AMA à info@AMA-ama.org

Le principe de la responsabilité objective

- Le sportif est responsable des substances interdites découvertes dans son échantillon.
- La violation est effective, que le sportif ait consommé intentionnellement ou non la substance interdite, qu'il ait été négligent ou qu'il se soit mis en défaut de quelque manière que ce soit.

Les compléments alimentaires

- Votre sportif en a-t-il réellement besoin ?
- Il est difficile pour n'importe quelle organisation de garantir qu'un produit donné n'est pas contaminé par une substance interdite.

La responsabilité du médecin

- Les médecins qui travaillent avec des sportifs doivent se tenir informés et connaître la Liste à jour des interdictions afin de pouvoir vérifier s'ils sont autorisés ou non à utiliser une substance ou une méthode donnée.
- Si la substance ou la méthode est interdite, ils doivent alors vérifier si le sportif peut obtenir une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT).

La responsabilité du médecin

- Lorsqu'un médecin prescrit une substance interdite à un sportif ou contribue à son utilisation, les conséquences peuvent aller d'une situation embarrassante à la suspension de l'autorisation d'exercer, sans parler des poursuites judiciaires. La sanction dépendra de la nature de l'infraction (p. ex., prescription d'une substance spécifiée à une infraction de dopage plus grave). Elle peut également varier selon les pays.
- Notez que même si le médecin prescrit une substance interdite par inadvertance, le principe de la responsabilité objective du sportif prévaut.

Les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques

Qu'est-ce qu'une AUT ?

- Les dispositions du code sur les AUT reconnaissent le droit des sportifs à recevoir un traitement médical.
- Si le médicament ou la méthode dont le sportif a besoin pour traiter une maladie ou un état pathologique (selon la prescription d'un professionnel de la santé) figure dans la Liste des interdictions, le sportif peut demander une AUT, c'est-à-dire l'autorisation de prendre un médicament interdit par la Liste.

Les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques

Qui a besoin d'une AUT ?

- Les sportifs appartenant à un groupe cible de sportifs soumis aux contrôles (GCE).
 - Les sportifs du GCE de la FI doivent envoyer leur AUT à cette dernière.
 - Les sportifs du GCE d'une ONAD doivent envoyer leur AUT à cette dernière.

Les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques

Comment faire une demande d'autorisation d'AUT ?

- Les sportifs de niveau international doivent contacter leur FI et ceux qui concourent à l'échelon national doivent contacter leur ONAD pour demander un formulaire de demande d'AUT.
- Chaque sportif doit demander au médecin qui rédige la prescription de remplir le formulaire de demande d'AUT, de fournir les pièces justificatives et de tout envoyer à la FI ou à l'ONAD.
- Les sportifs ne doivent pas oublier que, conformément au standard international, la demande d'AUT doit être soumise au moins 30 jours avant leur participation à une compétition.

Les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques

Quels sont les critères d'admissibilité à une AUT ?

- a) Le sportif subirait un préjudice physique important si la substance ou la méthode interdite ne lui était pas administrée.
- b) L'usage thérapeutique de la substance ou de la méthode interdite ne devra produire aucune amélioration de la performance autre que celle attribuable au retour à un état de santé normal après le traitement d'un état pathologique avéré.
- c) Il ne doit exister aucune alternative thérapeutique autorisée à la substance ou à la méthode normalement interdite.
- d) La nécessité d'utiliser la substance ou méthode autrement interdite ne doit pas être une conséquence partielle ou totale de l'utilisation antérieure d'une substance interdite.

Les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques

Qui peut accorder une AUT ?

- Toutes les fédérations internationales et les organisations nationales antidopage doivent s'être munies d'une procédure permettant aux sportifs souffrant d'un état pathologique de faire une demande d'AUT.
- Les demandes d'AUT sont dûment examinées par le groupe de médecins indépendants constituant le Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT).
- C'est donc aux fédérations internationales et aux organisations nationales antidopage, par le biais de leur CAUT, que revient la responsabilité d'accorder ou de refuser ces autorisations.

Les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques

Qu'arrive-t-il si la demande d'AUT est accordée au sportif ?

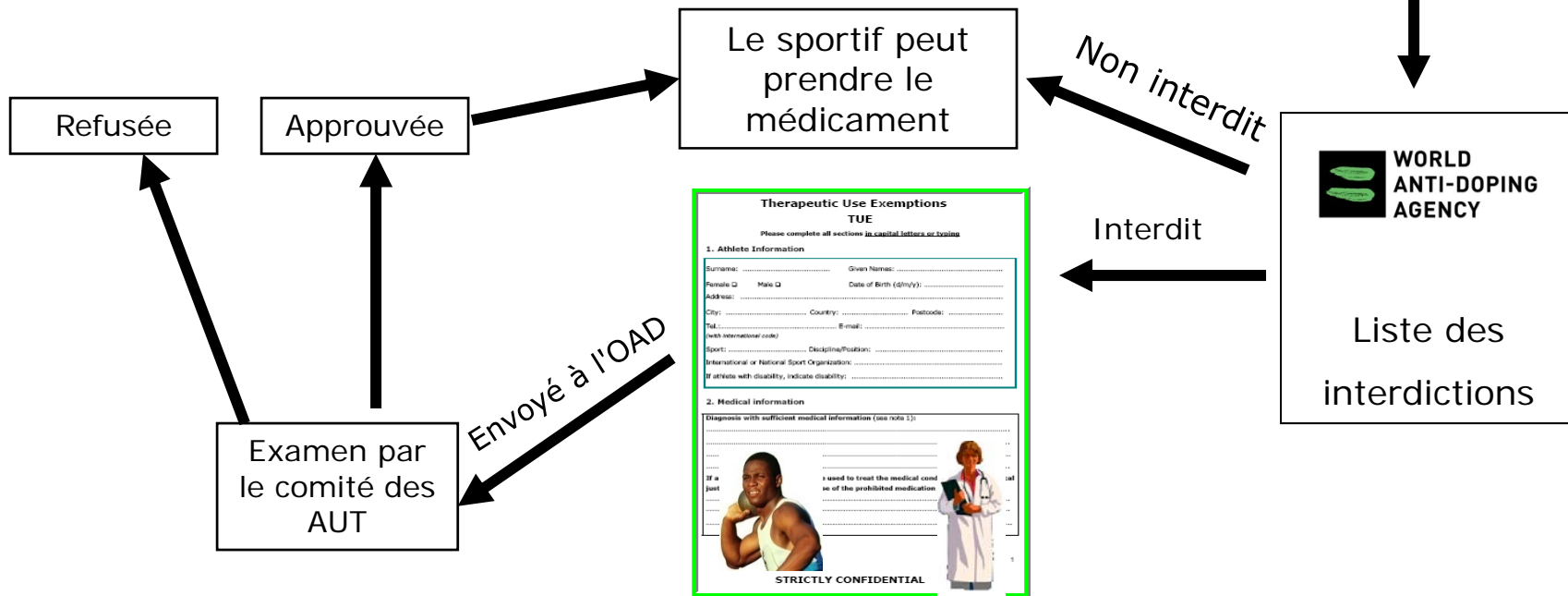
- Les AUT sont accordées pour un médicament précis selon un dosage spécifique.
- Elles sont également accordées pour une durée définie au-delà de laquelle elles ne sont plus valables.
- Le sportif doit se conformer à toutes les conditions du traitement précisées dans la demande d'AUT.

Les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques

Conseils sur les AUT

- Lorsqu'un sportif qui détient une AUT est contrôlé, il doit :
 - Déclarer la substance ou le médicament utilisé sur le formulaire de contrôle du dopage
 - Préciser qu'une AUT a été accordée
 - Si le sportif dispose d'une copie du certificat d'approbation d'AUT, il est préférable, mais pas obligatoire, de la présenter à l'agent de contrôle du dopage

La procédure de demande d'AUT – Sportifs d'un GCE



Études de cas

Играть по правилам 公平競争
aus māng franc jeu
gioca pulito igra pošteno шударга өрсөлдье jogo limpo spiel gerecht play true
reilu peli ईमानदारी से खेले tiszta játék ren sport juego limpio
最高の感動のために hakça oyun العِب النزيه

Étude de cas 5.1.1

Les compléments alimentaires

Depuis quelque temps, un sportif manque d'énergie. Il a du mal à respecter le rythme de l'entraînement et à atteindre des performances. Un ami lui a conseillé de prendre un complément alimentaire, que nous nommerons X, vendu sur Internet et qui, selon lui, augmente l'endurance, améliore le sommeil et donne un regain d'énergie.

Ce sportif est préoccupé par le risque de dopage. Il vérifie le contenu de X, et ne trouve aucune substance pouvant être vue comme un agent dopant. Sans consulter qui que ce soit, il décide donc de prendre X régulièrement, et trouve que ça l'aide effectivement à s'entraîner et à mieux se préparer pour les compétitions à venir.

Il doit concourir dans un mois. A cette occasion, il devra probablement se soumettre à un contrôle du dopage. Il n'est toutefois pas inquiet...

Étude de cas 5.1.1

Les compléments alimentaires

QUESTIONS EN VUE DE LA DISCUSSION

- 1) Le sportif a-t-il suivi la bonne procédure ? Quelle aurait été votre réaction ou votre conseil en découvrant sa décision ?
- 2) Comment le sportif peut-il être sûr que les ingrédients de X ne contiennent aucun agent dopant ? Quelles sont les sources qu'il devrait consulter ?
- 3) Quelle est votre conseil ou votre position sur l'utilisation des compléments alimentaires ?
- 4) Que se produirait-il, si, lors d'un contrôle, on découvrait dans l'échantillon du sportif une substance interdite non mentionnée dans la Liste des ingrédients de X, pour la présence de laquelle il est incapable de donner une explication raisonnable ?

Étude de cas 5.1.2 - Les raccourcis

Une sportive d'élite se prépare en vue des prochains Jeux olympiques, qui représentent sa dernière chance après qu'elle ait échoué à faire partie de l'équipe nationale lors des deux dernières éditions. Elle pense à prendre sa retraite par la suite.

Malheureusement, elle se fait une déchirure grave du ligament pendant l'entraînement et va devoir s'abstenir pendant 8 semaines au moins, ce qui compromet sérieusement sa participation aux Jeux.

Vous connaissez cependant une procédure qui peut réduire de moitié la durée du rétablissement. Mais cette procédure n'a pas été totalement reconnue comme pratique médicale admissible.

Elle insiste cependant pour la suivre.

Étude de cas 5.1.2 - Les raccourcis

QUESTIONS EN VUE DE LA DISCUSSION

- 1) Comment procéder ?
- 2) Quels sont les risques que cette pratique soit vue comme une méthode interdite dans le sport ?
- 3) Quel est le risque, pour la sportive, de suivre une procédure dont l'efficacité peut être anecdotique, mais dont l'utilisation sur les humains n'a pas été officiellement approuvée ?

Personne-ressource

BUREAU PRINCIPAL

Tour de la Bourse
800, Place Victoria,
bureau 1700
Montréal (Québec) H4Z 1B7
CANADA

Tél. : +1 514 904-9232
Télec. : +1 514 904-8650

info@wada-ama.org
www.wada-ama.org

BUREAUX REGIONAUX

Europe

MSI Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne
Suisse
Tél. : +41 21 343 43 40

Asie / Océanie

a/s de Institut japonais des Sciences du
Sport
3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku
Tokyo, 115-0056 JAPON
Tél. : +81 3 5963 4321

Afrique

Protea Assurance Building, 8^e étage
Greenmarket Square
Le Cap, 8001 AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 21 483 9790

Amérique latine

Centre mondial du commerce de Montevideo
Tour II - Unité 712 – 18^e étage
Calle Luis A de Herrera 1248
Montevideo, URUGUAY
Tél. : +598 2 623 5206

Conseils sur les AUT

Pendant le contrôle du dopage

Mentionnez le médicament autorisé sur le formulaire de contrôle du dopage.

Précisez qu'une AUT a été accordée.

Montrez une copie de l'AUT à l'agent de contrôle du dopage.

Les procédures de soumission et d'autorisation d'une AUT sont indiquées dans le Standard international pour l'AUT publié par l'AMA. Vous pouvez également communiquer avec votre FI ou votre ONAD pour obtenir plus de renseignements.

Remarque : L'AMA n'accorde pas d'AUT.



En cas de divergence entre les renseignements fournis dans ce document et le Code mondial antidopage, **Le Code fera autorité**. Ces renseignements peuvent être modifiés en tout temps. Consultez toujours votre fédération internationale, votre organisation nationale antidopage ou votre fédération nationale pour obtenir les règles antidopage les plus récentes.

Mai 2010



WADA

wada-ama.org • info@wada-ama.org
facebook.com/wada.ama • twitter.com/wada_ama

Bureau principal

800, place Victoria, bureau 1700, C. P. 120, Montréal, QC, H4Z 1B7, Canada • Tél. : +1.514.904.9232 • Téléc. : +1.514.904.8650

Afrique

Protea Assurance Building, 8th Floor, Greenmarket Square, Le Cap, 8001, Afrique du Sud • Tél. : +27.21.483.9790 • Téléc. : +27.21.483.9791

Asia/Océanie

C/O Japan Institute of Sports Sciences, 3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku, Tokyo, 115-0056, Japon • Tél. : +81.3.5963.4321 • Téléc. : +81.3.5963.4320

Europe

Maison du Sport International, Avenue de Rhodanie 54, 1007 Lausanne, Suisse • Tél. : +41.21.343.43.40 • Téléc. : +41.21.343.43.41

Amérique latine

World Trade Center Montevideo, Tower II, Unit 712, Calle Luis A De Herrera 1248, Montevideo, Uruguay • Tél. : +598.2.623.5206 • Téléc. : +598.2.623.5207

Plus de détails à wada-ama.org

Autorisations d'usage à des fins thérapeutiques



En bref



**AGENCE
MONDIALE
ANTIDOPAGE**

franc jeu

Quoi?

À titre de sportif, vous pourriez avoir une maladie ou un état pathologique qui requiert la prise d'un médicament particulier. Si ce médicament figure sur la liste des interdictions, vous pourriez obtenir une **autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)** qui vous permettra de prendre le médicament en question.



Pourquoi?

Les AUT vous donnent la possibilité d'obtenir le traitement requis pour un état pathologique diagnostiqué même si le traitement nécessite l'utilisation d'une substance ou d'une méthode interdite. **La procédure d'AUT permet d'éviter le risque de sanctions si vous êtes contrôlé positif.**

Qui?

Tout sportif qui peut faire l'objet d'un contrôle du dopage doit demander une **AUT avant** la prise d'un médicament interdit. Les renseignements contenus dans sa demande d'autorisation restent strictement confidentiels.



Quand?

Une demande doit être présentée au moins 30 jours **avant** de participer à une manifestation. Dans des cas exceptionnels ou d'une situation d'urgence manifeste, une AUT peut être accordée de façon rétroactive.

30 jours avant
votre manifestation



Voir au verso :
des **conseils**
sur les **AUT**

La procédure d'AUT



- 1 Demandez un **formulaire d'AUT** à votre organisation antidopage (OAD) responsable ou par l'entremise d'ADAMS.*
- 2 Votre **médecin** remplit le formulaire d'AUT et vous le renvoyez à votre OAD.
- 3 Un comité d'experts choisis par l'**OAD examinera** votre demande d'AUT. Ce comité vous accordera une AUT si :
Votre santé risque d'être compromise de manière significative si vous ne prenez pas la substance prescrite.
La substance a pour but de vous aider à recouvrer votre santé et non pas à augmenter votre performance au-delà des fins thérapeutiques.
Il n'existe pas d'autres traitements possibles.
- 4 **L'OAD vous informera** si vous êtes autorisé ou non à prendre le médicament requis. Si votre demande est rejetée, vous serez informé des motifs. Vous avez le droit de faire appel de la décision.

* Avec qui dois-je communiquer/où dois-je faire parvenir mon formulaire?

Sportifs de niveau national :
Organisation nationale antidopage (ONAD)
Sportifs de niveau international :
Fédération internationale (FI)

6. L'amélioration de la performance sans dopage

Dans cette partie, nous évoquons les solutions de rechange à l'utilisation de substances qui améliorent la performance. Au fil des textes et des études de cas présentées, vous prendrez connaissance des techniques actuelles d'entraînement et de la gamme de services d'encadrement proposés aux sportifs. Nous évoquerons également la « culture du sport » ainsi que les stratégies d'information des médecins sportifs et des professionnels de la santé en lien avec le sport.

6. L'amélioration de la performance sans dopage

Bien qu'ils favorisent l'esprit du sport et le respect des règles et de l'éthique, il n'est pas suffisant de proposer des principes de lutte contre le dopage aux jeunes sportifs sans leur fournir des solutions de rechange équilibrées, légitimes et scientifiques pour améliorer leurs résultats.

Les sportifs savent que les drogues comme l'EPO et les agents anabolisants sont efficaces. Certains d'entre eux font passer la réussite au-dessus des risques pour la santé ou des questions éthiques. Il est donc absolument essentiel que les médecins sportifs connaissent bien l'éventail de moyens autorisés pour améliorer la performance. Pour cela, ils devront connaître les techniques d'entraînement actuelles, la biomécanique, la nutrition, la physiologie de l'exercice, la psychologie du sport et les stratégies d'encadrement. Le médecin doit être familier avec les principes sous-jacents, sans pour autant être un spécialiste de chaque discipline. Il doit acquérir une connaissance raisonnable du Code mondial antidopage (le code), notamment les substances et méthodes de la liste des interdictions et la procédure d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT).

Il est de notoriété publique que le médecin sportif est le principal interlocuteur concernant la santé du sportif en cas de baisse de performance. La blessure peut également être un facteur cinétiqnement déterminant, pour lequel l'établissement d'un diagnostic fiable nécessite des essais en laboratoire, des tests de diagnostic spéciaux ou une imagerie de haute technologie. Ces éléments exigent du médecin qu'il prenne des mesures quant à l'initiation, l'interprétation et le suivi. Les médecins qui travaillent avec des sportifs ont l'obligation professionnelle de connaître la science, les techniques d'enquête et la thérapeutique associées à la médecine sportive. Ils doivent participer à des conférences utiles, consulter des revues de médecine sportive et respecter des normes professionnelles par le biais d'un programme approuvé de formation médicale continue (FMC).

6.1 Les techniques d'entraînement actuelles

De nos jours, l'entraînement des grands sportifs n'est plus confié à des entraîneurs amateurs à temps partiel. L'entraînement actuel demande du temps et des connaissances obtenues par une expérience pratique et une spécialisation acquise dans une université établie ou un institut technique. Partout, des diplômes en entraînement sont proposés, et il est devenu extrêmement rare qu'un sportif de niveau international soit pris en main par un entraîneur qui ne soit pas un professionnel qualifié. Ce module ne vise pas à passer en revue tous les aspects de l'entraînement sportif d'aujourd'hui. Par ailleurs, le médecin n'est pas censé posséder les mêmes connaissances qu'un entraîneur. Un médecin sportif qualifié devrait avoir une certaine compréhension des techniques d'entraînement ainsi que de la biomécanique, de la nutrition, de la physiologie et de la psychologie. Il acquerra le plus souvent ces connaissances lors de la collaboration avec les entraîneurs et avec des collègues plus spécialisés. En outre, le médecin sportif doit connaître les tendances actuelles en matière d'entraînement pouvant influencer la santé et le bien-être du sportif, surtout lorsque ce dernier est jeune et que son squelette n'est pas encore arrivé à maturité.

Lorsque les blessures et la mauvaise santé s'associent pour compromettre la progression d'un sportif, il est essentiel qu'il consulte le médecin. Et pour cela, la communication entre ce dernier et l'entraîneur doit être efficace. Le médecin sportif a absolument besoin d'établir une relation de collaboration avec l'entraîneur et les membres de l'équipe pour que les interventions puissent se faire rapidement et de manière adaptée. Dans bien des cas, les médecins d'équipe connaissent bien la nature particulière de chaque sport. Des programmes de prévention des blessures découlant de recherches et d'une pratique fondée sur l'expérience clinique ont été largement déployés et fonctionnent depuis plusieurs années. Souvent, le médecin d'équipe est chargé de repérer les sportifs qui risquent de trop s'entraîner ou de se surmener à cause du stress. Parallèlement, des problèmes cliniques courants comme l'anémie ferriprive ou les infections chroniques associées au virus Epstein-Barr doivent être éliminés comme cause aggravante d'épuisement incongru, de problèmes d'adaptation ou de mauvais résultats sportifs. Ils doivent faire l'objet d'un examen clinique approfondi, de tests et de gestion. Le diagnostic de surentraînement reste complexe. Il nécessite l'intervention de l'entraîneur comme du sportif et ne peut se baser uniquement sur des analyses sanguines. Dans certains cas, il faudra faire intervenir le personnel d'entraînement, et des questions de confidentialité envers le patient et d'éthique seront soulevées.

Étude de cas 6.1.1

« Un certain niveau d'énergie »

Amy, une excellente nageuse de 17 ans, ressent tout à coup une fatigue inexplicable et a du mal à égaler ses propres résultats. Elle a augmenté sa charge de travail, car elle envisage de participer aux championnats mondiaux l'année prochaine. De plus en plus fatiguée pendant l'entraînement, elle est devenue léthargique et abattue. A la demande de ses parents et de son entraîneur, elle accepte de consulter un médecin. Un médecin sportif avisé l'interroge au sujet de son régime alimentaire et de ses menstruations. Elle avoue être devenue végétarienne depuis un an. Selon elle, ses cycles menstruels sont irréguliers, plus difficiles et plus douloureux depuis six mois. Amy a perdu du poids (3 kg) et est très pâle. Le diagnostic provisoire est le surentraînement avec anémie potentielle due à une carence en fer.

Questions en vue de la discussion :

1. Quelles sont les étapes suivantes en ce qui vous concerne ?
2. Qu'allez-vous dire à l'entraîneur et à la famille, et quand allez-vous le faire ?
3. Qu'allez-vous faire si la sportive accepte de suivre des conseils diététiques (plus d'aliments riches en fer) et de prendre des comprimés de fer, mais refuse de réduire l'entraînement, même temporairement ?
4. Doit-elle renoncer à être végétarienne ?
5. Faut-il regarder du côté de ses menstruations ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- ✓ Q1. Examen complet et analyse sanguine incluant un hémogramme, le taux de fer et la mesure des réserves de fer (ferritine). Les analyses sanguines suivantes ont révélé un faible taux d'hémoglobine avec des signes probants de sidéropénie et de ferritine insuffisantes.
- ✓ Q2. Vous devriez demander le consentement de la sportive et faire comprendre la situation à tout l'entourage dès que possible.
- ✓ Q3. Si la santé de la sportive est menacée, vous pourriez devoir l'obliger à s'arrêter, ce qui peut impliquer la violation de la confidentialité. Il est rare de ne pas parvenir à convaincre un sportif de faire participer son entraîneur aux discussions.
- ✓ Q4. Pas forcément.
- ✓ Q5. Oui, bien qu'il soit aussi possible d'attendre pour voir si elles se rétablissent après l'arrêt de l'entraînement. Si le problème se poursuit, il faudra envisager la prise de contraceptifs oraux. Et n'oubliez pas qu'une personne de 17 ans peut tomber enceinte.

Après un bilan médical, Amy a commencé à prendre des comprimés de fer, a reçu des conseils avisés quant à son alimentation (plus d'aliments riches en fer dans son menu végétarien) et prend de faibles doses de contraceptifs oraux pour régulariser ses menstruations. Parallèlement, elle a accepté que son entraîneur soit mis au courant de son état clinique, et son entraînement a été adapté à la situation. Au bout de trois mois, son taux de fer est plus élevé, ses menstruations se sont régularisées et elle mange désormais de la viande rouge une fois par semaine. Elle a fini par reprendre l'entraînement régulier, et ses analyses sanguines affichent une nette amélioration des taux d'hémoglobine et de fer. Elle confirme effectuer des bilans médicaux réguliers. En une saison, elle a retrouvé sa forme physique.

6.2 Les services d'encadrement des sportifs

Il est essentiel que les services d'encadrement restent axés sur le sportif. Une erreur courante consiste à penser que l'encadrement est régi par les exigences de l'entraîneur. La réalité est que l'entraîneur doit adhérer à cette conception pour que l'équipe d'encadrement fonctionne bien. Il existe de nombreux modèles d'encadrement des sportifs, sous-tendus par un certain nombre de facteurs, dont :

- a) La nature du sport (sport de contact ou non)
- b) Sport d'équipe ou sport individuel
- c) Les exigences de la compétition en matière d'horaires de transport (domicile et extérieur)
- d) L'âge général des participants (jeunes ou sportifs plus âgés)
- e) Les facteurs environnementaux (compétitions extérieures ou intérieures)
- f) Considérations sur le sexe

Il est clair qu'il n'existe pas de modèle commun à tous les codes régissant les sports. On constate cependant que tous les sportifs, à un moment ou à un autre de leur carrière, subissent des facteurs cinétiquement déterminants de blessures ou de mauvaise santé. Cette situation doit toujours relever de la responsabilité du médecin, qui doit communiquer de façon claire avec l'entraîneur et le sportif.

Généralement, les blessures dans le sport découlent d'un seul événement traumatique aigu comme une collision ou un impact, ou de l'accumulation d'influences traumatiques mineures à répétition. Les médecins sportifs savent que le mécanisme de « surmenage » est, de loin, la cause la plus importante de blessure. Le diagnostic et la gestion de ces blessures doivent être supervisés par un médecin, qui, en collaboration étroite avec d'autres professionnels de la santé comme les physiothérapeutes, les podiatres et les massothérapeutes, pourra décider des stratégies visant au traitement actif, à la réadaptation et au retour à la compétition.

La réadaptation après une blessure sportive

Par définition, la réadaptation consiste en la restauration de la structure et de la fonction normales. Elle présuppose une confiance totale de la part du sportif blessé. Elle peut débiter par l'application précoce de mesures visant à juguler l'effet de la réaction inflammatoire aiguë. Le meilleur moyen d'y parvenir est le recours à de simples actions de premiers soins, soit la combinaison repos, glace, compression, élévation. L'utilisation d'anti-inflammatoires et d'analgésiques peut également être indiquée à cette étape, s'ils sont administrés dans un cadre médical contrôlé et non pas sur l'initiative d'un coéquipier bien intentionné ou d'un entraîneur. Lorsqu'un diagnostic précis a été établi, il est essentiel que le médecin communique avec chaque groupe ou personne.

Le premier et le plus important d'entre eux est le sportif, à qui il convient de donner une explication simple, claire et honnête. Il faut lui expliquer le plan de traitement proposé, le pronostic et surtout, un calendrier réaliste pour le rétablissement. L'expérience démontre que les patients qui ont une bonne idée générale de leur problème obtiennent de meilleurs résultats. Cette confiance ne peut être établie que par un bon rapport entre le médecin et le patient. La discipline que démontre le sportif dans ce processus, essentielle pour une bonne réadaptation, dépendra directement de cette relation. Un clinicien compétent doit toujours être prêt à demander un deuxième avis et à envisager d'autres thérapies si elles sont raisonnables, éthiques, juridiquement recevables et qu'elles ne provoquent aucun effet secondaire chez le sportif. Parallèlement, le médecin devrait s'opposer aux « méthodes miracles » censées favoriser un retour rapide, mais souvent temporaire, à l'activité. Dans certains cas, ces méthodes sont suggérées par la pression indirecte exercée par l'entraîneur, l'administration et même les commanditaires de l'équipe. Il arrive aussi que les désirs non réalistes du sportif lui-même nuisent à son rétablissement. L'utilisation inadaptée d'antidouleurs en est un exemple courant, souvent à l'encontre de l'intérêt du sportif à long terme. Les obligations éthiques, contractuelles et légales

de tous les membres de l'équipe d'encadrement médical doivent être clairement définies, et la santé du sportif doit primer. Le médecin facilitera la procédure en donnant au sportif une explication claire et compréhensible du diagnostic, du pronostic et du programme de réadaptation.

En second lieu, il est important de consulter les membres du personnel d'entraînement qui pourraient avoir des attentes toutes faites et totalement irréalistes concernant le déroulement de la réadaptation. Ils peuvent également exprimer une préférence injustifiée et non scientifique pour un traitement ou un autre. Avec l'autorisation du sportif, il est important de débattre de la nature de la blessure et du pronostic avec l'entraîneur qui sera alors davantage porté à soutenir et à respecter la décision médicale.

Ici encore, la discussion doit se faire sous le signe de l'honnêteté, de la franchise et de la volonté d'examiner toutes les thérapies possibles. Parallèlement, il convient de tenir l'ensemble du personnel d'entraînement régulièrement au courant des progrès du sportif blessé, ce qui exige un processus de communication clair établi avec le consentement du sportif.

Les sportifs autonomes, particulièrement lorsqu'ils sont jeunes, sont généralement très influencés par des parents autoritaires et anxieux. Cette situation se voit davantage dans des sports comme la natation, la gymnastique et la danse, ainsi que les activités qui favorisent la compétition précoce. Une idée répandue veut que les jeunes sportifs doivent acquérir un vaste éventail de compétences utiles plutôt que d'apprendre à devenir très combattifs. Bien que les sportifs préadolescents risquent toujours de souffrir de certains problèmes locomoteurs, on parle moins des traumatismes psychologiques et émotionnels dont ils souffrent souvent du fait de parents impitoyables et d'entraîneurs tyranniques. Nombre de cliniciens savent que les exigences des parents sont souvent plus élevées que celles des entraîneurs. La tentation d'arranger les choses dans l'immédiat pour venir en aide aux jeunes sportifs n'est pas une approche professionnelle de la santé et du bien-être à long terme.

La relation entre le médecin et ses collègues professionnels de la santé est également essentielle à la réussite du processus de réadaptation. Il n'existe pas de modèle de communication ou de collaboration, car chaque cas de blessure est unique. Souvent, ce sont les restrictions financières qui définissent la portée des services auxiliaires de réadaptation que peuvent se permettre les sportifs non professionnels, moins bien assurés.

Certains sportifs sont farouchement indépendants et autonomes. Ils sont suffisamment motivés pour suivre leur propre programme de réadaptation avec un minimum d'aide extérieure. D'autres comptent de manière excessive sur tous les services d'encadrement physique et psychologique qu'il leur est possible d'obtenir. Entre ces deux extrêmes, les médecins conviennent qu'il existe un sportif « moyen » dont la réaction psychologique à la blessure se manifeste de manière plus adaptée. L'évaluation et la gestion de ces personnes relèvent de la responsabilité clinique du psychologue sportif dans lequel les médecins sportifs avisés placent une grande confiance. La sagesse qui sous-tend ces recommandations vient avec l'expérience et la compréhension des capacités de chaque psychologue. Du point de vue physique, la réadaptation ne peut se faire sans l'intervention active de physiothérapeutes qui ont recours à l'électrothérapie et, très tôt, à la mobilisation active si essentielle à la réussite du processus. Il est plus difficile de quantifier les influences psychologiques, et le bien-être émotionnel du sportif est souvent négligé tant au moment de la blessure que lorsqu'il devient opportun d'évaluer sa condition physique. A la fin de la journée, nous devons à nos sportifs de les renvoyer vers leurs activités avec la conviction qu'ils sont rétablis et qu'ils sont en mesure de reprendre leur sport. Une réadaptation non achevée peut tourner en problème chronique sous-jacent susceptible de provoquer l'arrêt prématuré de la compétition.



Le médecin aura donc avantage à comprendre la nature du sport et sa culture. Bien qu'il serait utile qu'il ait lui-même été un sportif comprenant parfaitement le sport de son patient, ce n'est pas souvent le cas. Il n'en reste pas moins qu'il peut apprendre au cours de discussions transparentes avec des sportifs et en échangeant avec des entraîneurs et des thérapeutes très impliqués dans le domaine. La participation à des manifestations et des voyages occasionnels avec l'équipe l'informeront plus avant sur la nature et la culture du sport en question, et lui permettra de renforcer l'efficacité de ses interventions.

Références

- American Academy of Pediatrics. 2000. Intensive training and sports specialization in young athletes. *Pediatrics*, 106(1). pp. 154-157.
- Bahr, R. et Krosshaug, T. (2005). Understanding injury mechanisms: a key component of preventing injuries in sport. *British Journal of Sports Medicine*, 39(6), pp. 324-329.
- Donnelly, W.H. et Indelicato, P.A. (1986). The physician to a swimming team. *Clinics in Sports Medicine*, 1, pp. 25-32.
- Finch, C., Donohue, S. et Garnham, A. (2002). Safety attitudes and beliefs of junior Australian football players. *Injury Prevention*, 8(2), pp. 151-154.
- Hergenroeder, A.C. (1998). Prevention of sports injuries. *Pediatrics*, 101(6), pp 1057-1063.
- Salomon, B. (2002). Ethics in the locker room: the challenges for team physicians. *Occupational Medicine*, 17(4), pp. 693-700.
- Bernstein, J., Perlis, C. et Bartolozzi, A.R. 2004. Normative ethics in sports medicine. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 420, pp. 309-318.
- Pearce, P.Z. (2006). Prehabilitation: preparing young athletes for sports. *Current Sports Medicine Reports*, 5(3), pp. 155-160.
- Pearsall, A.W., Kovalski, J.E., Madanagopal, S.G. (2005). Medicolegal issues affecting sports medicine practitioners. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 433, pp. 50-57.
- Schneider, S., Seither, B., Tonges, S., Schmitt, H. et Zimmermann-Stenzel, M. (2006). Sports injuries: population based representative data on incidence, diagnosis, sequelae, and high risk groups. *British Journal of Sports Medicine*, 40(4), pp. 334-339.
- Shaffer, T.E. (1983). The physician's role in sports medicine. Serving the athlete, school, and team. *Journal of Adolescent Health Care*, 3(4), pp. 227-230.
- Weaver, N.L., Marshall, S.W. et Miller, M.D. (2002). Preventing sports injuries: opportunities for intervention in youth athletics. *Patient Education and Counselling*, 46(3), pp. 199-204.

L'amélioration de la performance sans dopage

Играть по правилам 公平競争
aus māng franc jeu
gioca pulito igra pošteno шударга өрсөлдье jogo limpo spiel gerecht play true
reilu peli ईमानदारी से खेले tiszta játék ren sport juego limpio
最高の感動のために hakça oyun لعب النزيه

Introduction

- Les jeunes sportifs peuvent vouloir améliorer leurs résultats en prenant des substances qui améliorent la performance.
- Il faut proposer des solutions de rechange légitimes et scientifiques pour améliorer les résultats.
- Les médecins du sports sont souvent les premiers interlocuteurs des sportifs en matière de santé ou de blessure.

Le rôle du médecin du sport

- Connaissance des techniques d'entraînement, de la biomécanique, de la nutrition, de la physiologie de l'exercice, de la psychologie du sport
- Familiarité avec le Code, la liste et la procédure d'AUT de l'AMA
- Suivre des formations médicales continues (FMC) (conférences, revues, etc.)

Les techniques d'entraînement actuelles

- Les entraîneurs ne travaillent pas seuls.
- Un médecin du sport qualifié devrait avoir une certaine compréhension des techniques d'entraînement.
- Connaître les tendances actuelles en matière d'entraînement pouvant influencer la santé et le bien-être du sportif, surtout lorsque ce dernier est jeune et que son squelette n'est pas encore arrivé à maturité.
- Prévenir le surentraînement

Traiter les blessures et la mauvaise santé

- La consultation médicale entre l'entraîneur et le médecin est essentielle.
- Etablir une relation de collaboration avec l'entraîneur et les membres de l'équipe pour que les interventions puissent se faire rapidement et de manière adaptée
- Créer des programmes de prévention des blessures découlant de recherches et d'une pratique fondée sur l'expérience clinique

Étude de cas 6.1.1 – Un certain niveau d'énergie

Amy, une excellente nageuse de 17 ans, ressent tout à coup une fatigue inexplicable et a du mal à égaler ses propres résultats. Elle a augmenté sa charge de travail, car elle envisage de participer aux championnats mondiaux l'année prochaine. De plus en plus fatiguée pendant l'entraînement, elle est devenue léthargique et abattue. A la demande de ses parents et de son entraîneur, elle accepte de consulter un médecin. Un médecin du sport avisé l'interroge au sujet de son régime alimentaire et de ses menstruations. Elle avoue être devenue végétarienne depuis un an. Selon elle, ses cycles menstruels sont irréguliers, plus difficiles et plus douloureux depuis six mois. Amy a perdu du poids (3 kg) et est très pâle. Le diagnostic provisoire est le surentraînement avec anémie potentielle due à une carence en fer.

Étude de cas 6.1.1 – Un certain niveau d'énergie

Questions en vue de la discussion :

1. Quelles sont les étapes suivantes en ce qui vous concerne ?
2. Qu'allez-vous dire à l'entraîneur et à la famille, et quand allez-vous le faire ?
3. Qu'allez-vous faire si la sportive accepte de suivre des conseils diététiques (plus d'aliments riches en fer) et de prendre des comprimés de fer, mais refuse de réduire l'entraînement, même temporairement ?
4. Doit-elle renoncer à être végétarienne ?
5. Faut-il regarder du côté de ses menstruations ?

Les services d'encadrement des sportifs

- Devraient être axés sur le sportif
- Éléments à prendre en compte :
 - La nature du sport (sport de contact ou non)
 - Sport d'équipe ou sport individuel
 - Les exigences de la compétition en matière d'horaires de transport (domicile et extérieur)
 - L'âge général des participants (jeunes ou sportifs plus âgés)
 - Les facteurs environnementaux (compétitions extérieures ou intérieures)
 - Considérations sur le sexe

La réadaptation après une blessure

- La réadaptation consiste en la restauration de la structure et de la fonction normales
- Les sportifs ont besoin d'une explication simple, claire et compréhensible du plan de traitement
- La discipline que démontre le sportif est essentielle pour une bonne réadaptation

La réadaptation après une blessure (suite)

- Importance de l'implication du personnel d'entraînement
- Rôle des parents auprès des jeunes sportifs
- Tenir compte de la culture du sport
- Les sportifs indépendants qui veulent essayer d'autres traitements pourraient tirer profit de l'aide d'un psychologue et d'autres professionnels.

Personne-ressource

BUREAU PRINCIPAL

Tour de la Bourse
800, Place Victoria,
bureau 1700
Montréal (Québec) H4Z 1B7
CANADA

Tél. : +1 514 904-9232
Télec. : +1 514 904-8650

info@wada-ama.org
www.wada-ama.org

BUREAUX RÉGIONAUX

Europe

MSI Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne
Suisse
Tél. : +41 21 343 43 40

Asie / Océanie

a/s de Institut japonais des Sciences du
Sport
3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku
Tokyo, 115-0056 JAPON
Tél. : +81 3 5963 4321

Afrique

Protea Assurance Building, 8^e étage
Greenmarket Square
Le Cap, 8001 AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 21 483 9790

Amérique latine

Centre mondial du commerce de Montevideo
Tour II - Unité 712 – 18^e étage
Calle Luis A de Herrera 1248
Montevideo, URUGUAY
Tél. : +598 2 623 5206

7. Le passeport biologique de l'athlète

Dans cette partie, nous vous présentons brièvement le passeport biologique de l'athlète. En tant qu'organisation internationale indépendante responsable de coordonner et de superviser la lutte contre le dopage dans le sport, l'AMA a pris l'initiative de développer le concept du passeport biologique de l'athlète.

Le principe fondamental du passeport biologique de l'athlète se base sur le suivi longitudinal d'un certain nombre de variables biologiques permettant de faciliter la détection du dopage, plutôt que sur la détection directe traditionnelle.

7. Le passeport biologique de l'athlète

Le principe fondamental du passeport biologique de l'athlète se base sur le suivi d'un certain nombre de paramètres mettant indirectement à jour les effets du dopage, plutôt que sur la détection directe traditionnelle. Dans un certain sens, il consiste à mesurer la variabilité intra-individuelle à terme plutôt que les différences entre les personnes et les seuils. Un suivi biologique effectué durant toute la carrière d'un sportif devrait considérablement gêner les actions illégales.

D'un point de vue médical, cette surveillance biologique est également susceptible de mettre à jour les perturbations biologiques associées à des troubles pathologiques, qu'ils découlent ou non de manipulations en vue du dopage. Au besoin, une intervention précoce et efficace pourra donc avoir lieu.

Dans sa forme définitive, le passeport biologique de l'athlète servira l'objectif en deux volets consistant à améliorer l'efficacité de la lutte contre le dopage et à protéger la santé des sportifs. Par la même occasion, il favorisera également le ciblage précis de sportifs en vue du contrôle du dopage.

L'idée d'un passeport biologique de l'athlète est débattue par l'AMA depuis 2002. Le travail dans ce domaine de recherche s'est intensifié récemment, notamment suite aux questions soulevées lors des Jeux olympiques d'hiver de 2006 au sujet des « interdictions de départ » infligées à des sportifs par leurs fédérations suite à des contrôles de santé ayant révélé des taux élevés d'hémoglobine. Certaines préoccupations ont été exprimées à cette époque concernant la méthodologie et son lien avec la lutte contre le dopage.

Consciente des variations dans la méthode des paramètres sanguins d'un sport à l'autre, l'AMA a organisé une réunion visant à échanger des informations et à atteindre un consensus sur ce sujet. Les participants (représentants de fédérations sportives internationales comme la FIS, l'UIB, l'UIP, l'UCI et l'IAAF) ont convenu que l'analyse des paramètres sanguins doit être considérée comme faisant partie du processus antidopage dans la mesure où elle peut contribuer à révéler des profils suspects, et que l'AMA doit s'occuper de planifier des réunions d'experts du domaine de l'hématologie.

Au cours d'une série de rencontres, les participants se sont également entendus pour que l'analyse longitudinale des paramètres sanguins soit consignée dans une base de données, afin d'être utilisée à des fins de contrôles ciblés et de sanctions quand des valeurs anormales sont observées.

L'analyse longitudinale fait donc désormais partie des règles antidopage (avec la possibilité d'une sanction). Les données recueillies dans le cadre du passeport biologique de l'athlète sont examinées par un groupe d'experts indépendants, et le modèle

mathématique qui sous-tend l'analyse compare les valeurs de référence de la personne en question à celles de la population générale.

En décembre 2009, le Comité exécutif de l'AMA a approuvé les protocoles harmonisés et les lignes directrices opérationnelles pour le passeport biologique de l'athlète. Ces protocoles et ces lignes directrices mettent à la disposition des organisations antidopage du monde entier un cadre harmonisé, scientifique et juridique permettant de déceler les violations des règles antidopage relevant de l'article 2.2 du Code (l'usage ou la tentative d'usage d'une substance ou méthode interdite) et de favoriser des contrôles plus ciblés en identifiant les profils suspects.

La tâche de l'AMA consiste à surveiller et à coordonner la lutte antidopage mondiale harmonisée dans le sport. Il est donc logique qu'elle supervise les programmes de passeport biologique de l'athlète des organisations antidopage.

Il n'est pas question de remplacer le contrôle antidopage déjà en place. Mais si les analyses d'urine et de sang, qui sont avant tout toxicologiques, doivent être conservées et améliorées par des méthodes de plus en plus raffinées, et elles devront inévitablement être combinées à des outils efficaces comme la surveillance biologique. Étant donné les difficultés associées aux méthodes actuelles et futures de la biotechnologie, il est essentiel d'adopter une approche de plus en plus globale et biologique, comme celle de la science criminalistique, pour atteindre l'efficacité espérée.

La lutte contre le dopage repose souvent sur plusieurs stratégies, dont le contrôle direct des sportifs et la collecte de preuves dans le contexte de la violation des règlements antidopage ne s'appuyant pas sur des preuves analytiques. En combinant ces stratégies et en cherchant de nouvelles pour endiguer les menaces émergentes, la lutte mondiale contre le dopage en sort renforcée.

Bien que le respect du passeport biologique de l'athlète soit imposé aux organisations antidopage qui choisissent cette méthode, le modèle en soi n'est pas obligatoire pour les signataires du code. Jusqu'à présent, sa mise en place se limite à un nombre modeste d'organisations antidopage bien établies et bien dotées en ressources. Outre les exigences techniques, il faudrait disposer d'une équipe d'experts pour évaluer les cas suspects à l'aide du modèle mathématique. L'AMA répond aux questions des partenaires et des organismes de prélèvement des échantillons concernant les exigences pour établir un programme de passeport biologique de l'athlète et fournit de l'aide et des conseils dans cette optique.

Elle envisage de faire passer le passeport biologique de l'athlète du module hématologique actuel à un module stéroïdique.

En résumé, bien que le passeport ait été conçu pour déceler les éventuelles violations des règles antidopage (VRAD) chez les sportifs ayant recours à des substances et des méthodes interdites indétectables par les moyens classiques, il ne faut pas sous-estimer son utilité pour mieux cibler les contrôles. Dans la mesure où l'établissement de profils permet d'identifier les sportifs pour lesquels il convient de renforcer et de cibler les contrôles, ce système favorise l'efficacité et la précision des contrôles classiques.

Le passeport biologique de l'athlète

Играть по правилам 公平竞争
aus māng franc jeu
gioca pulito igra pošteno шударга өрсөлдөe jogo limpo spiel gerecht play true
reilu peli ईमानदारी से खेलेo tiszta játék ren sport juego limpio
最高の感動のために hakça oyun العb النزیه

Principe fondamental

- Suivi d'un certain nombre de paramètres mettant indirectement à jour les effets du dopage
- Mesure de la variabilité intra-individuelle à terme

Le passeport

- Idée débattue par l'AMA depuis 2002
- Questions soulevées lors des Jeux olympiques d'hiver de 2006 devant des taux d'hémoglobine élevés
- Collaboration avec les FI pour raffiner les paramètres de l'analyse sanguine

Résultats

- L'analyse longitudinale des paramètres sanguins devrait être consignée dans une base de données
- Ces données devraient être utilisées à des fins de contrôles ciblés et de sanctions quand des valeurs anormales sont observées
- L'analyse longitudinale des paramètres biologiques fait désormais partie des règles antidopage

Harmonisation

- En 2009, le Comité exécutif de l'AMA a approuvé les protocoles harmonisés et les lignes directrices opérationnelles pour le passeport biologique de l'athlète
- La tâche de l'AMA consiste à superviser les programmes de passeport biologique de l'athlète des organisations antidopage

L'avenir

- Il n'est pas question de remplacer le contrôle antidopage classique
- Promotion de méthodes d'analyse plus raffinées
- Utile pour des contrôles mieux ciblés

Personne-ressource

BUREAU PRINCIPAL

Tour de la Bourse
800, Place Victoria,
bureau 1700
Montréal (Québec) H4Z 1B7
CANADA

Tél. : +1 514 904-9232
Télec. : +1 514 904-8650

info@wada-ama.org
www.wada-ama.org

BUREAUX RÉGIONAUX

Europe

MSI Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne
Suisse
Tél. : +41 21 343 43 40

Asie / Océanie

a/s de Institut japonais des Sciences du
Sport
3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku
Tokyo, 115-0056 JAPON
Tél. : +81 3 5963 4321

Afrique

Protea Assurance Building, 8^e étage
Greenmarket Square
Le Cap, 8001 AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 21 483 9790

Amérique latine

Centre mondial du commerce de Montevideo
Tour II - Unité 712 – 18^e étage
Calle Luis A de Herrera 1248
Montevideo, URUGUAY
Tél. : +598 2 623 5206



8. Introduction au dopage génétique

par Theodore Friedmann, Université de la Californie à San Diego

La thérapie génique constitue un progrès exaltant et prometteur dans le domaine de la recherche médicale. Cependant, son détournement en vue d'améliorer les résultats sportifs représente une menace pour l'intégrité du sport et la santé des sportifs. L'AMA surveille l'évolution du dopage génétique depuis ses tous débuts et alloue des ressources importantes à sa détection.

Cette partie donne un aperçu de l'impact des dernières avancées du domaine de la génétique sur le monde du sport.

8.1 Qu'est-ce que le dopage génétique ?

Nous comprenons tous le principe qui sous-tend le dopage pharmaceutique dans le sport. Nombre de médicaments ont la capacité d'améliorer la performance sportive en augmentant la croissance et la force musculaire, la vitesse de guérison, l'apport d'oxygène et l'élimination des déchets des muscles, la vivacité d'esprit et les délais de réaction, etc. Les médicaments utilisés dans cet objectif, comme les stéroïdes, les amphétamines, les hormones de croissance ou l'érythropoïétine (EPO) sont utilisés en toute légalité dans le traitement de maladies et de blessures, mais ont été largement employés dans le sport pour améliorer la performance.

Bien que la taille et la force des muscles, le rétablissement après l'entraînement ou une blessure, la production et l'utilisation de l'énergie métabolique, entre autres, puissent être influencés par des médicaments, ils sont aussi largement déterminés par nos gènes. Les cellules humaines contiennent et expriment environ 25 000 gènes, dont un grand nombre définissent notre physique, mais également notre personnalité et nos traits de caractère. Elles dessinent notre schéma corporel sous-jacent, qui est ensuite raffiné et modifié par l'entraînement sportif, la nutrition, etc., bref, tout ce qui fait d'une personne ayant un potentiel un sportif de compétition. Lorsque l'on sait que ce sont les gènes qui définissent la plus grande partie de notre potentiel sportif, on comprend que ce même potentiel puisse être amélioré en changeant le type de gènes contenu et exprimé par nos cellules.

Il peut paraître impossible de changer le type de gènes que nous portons ou exprimons, mais de récentes découvertes médicales ont démontré qu'il est possible d'introduire de nouveaux gènes normaux dans divers tissus humains et donc, de corriger les maladies découlant d'erreurs génétiques héritées de nos parents (maladies génétiques héréditaires, comme la fibrose kystique, la dystrophie musculaire, etc.) ou transmises par des toxines (produits chimiques nuisibles de notre environnement) et l'ADN (probablement la plupart des types de cancer, les maladies cardiaques, etc.). Il s'agit de « maladies génétiques », car elles sont causées par l'absence ou l'expression anormale des gènes nécessaires aux fonctions normales de la cellule. Il serait donc possible de corriger ces maladies en plaçant tout simplement des copies normales de ces gènes dans le tissu concerné. Cette méthode, que l'on nomme la thérapie génique, vise à modifier uniquement les tissus de la personne traitée, et non pas à changer les propriétés génétiques des cellules reproductrices. La thérapie génique ne produit donc aucun changement génétique dans les générations suivantes. Cette méthode thérapeutique s'est récemment avérée efficace pour traiter et même « guérir » les enfants nés avec de graves anomalies du système immunitaire dans certaines populations souffrant de problèmes génétiques de cécité et dans certaines sortes de cancer.

Comment peut-on introduire des gènes dans des tissus humains dans un but de thérapie génique ? La méthode la plus courante consiste à concevoir un virus en supprimant ses gènes et en les remplaçant par une copie du gène à visée thérapeutique à introduire dans l'être humain. Les virus ne sont que de petits paquets de protéines enroulés autour de gènes d'ADN ou d'ARN, et ayant évolué afin de remplir une fonction, qui est de transmettre des gènes aux cellules. Les récentes percées de la génétique ont débouché sur des méthodes permettant de supprimer ou d'inactiver les gènes du virus et de les remplacer par un gène à visée thérapeutique devant servir à restaurer une fonction perdue lors d'une maladie génétique. Par conséquent, le virus, incapable d'exprimer ses propres gènes pathogènes, devient un simple moyen de transport, ou « vecteur ». Ces vecteurs conservent toutefois leur capacité à introduire directement leur charge dans la cellule, mais le seul effet consiste à restaurer une fonction génétique perdue plutôt que d'exprimer des gènes viraux pathogènes. C'est exactement la méthode utilisée pour traiter les immunodéficiences, la cécité et les formes de cancer mentionnées plus haut. Bien que percutantes et efficaces, ces techniques s'accompagnent de nombreux risques et

dangers. En fait, parmi les résultats les plus flagrants du traitement génétique des immunodéficiences chez l'enfant, un certain nombre d'enfants traités ont contracté une leucémie virtuellement mortelle à cause de la manipulation génétique. Lorsqu'il s'agit de guérir une maladie grave, les patients, les familles, les médecins et la société en son ensemble acceptent les risques. Dans le cas de sportifs en bonne santé, ces conséquences ne sont pas acceptables sur le plan de l'éthique lorsque les manipulations ont lieu sans que les risques soient clairement expliqués, sans que les sportifs donnent leur consentement éclairé et sans que les normes établies pour la recherche clinique sur les humains soient intégralement respectées.

Une autre méthode potentielle de thérapie génique consiste à utiliser des médicaments agissant d'une tout autre manière, en modifiant la façon dont les gènes de la cellule sont de nouveau exprimés. Par exemple, certaines maladies sont causées non pas par l'absence d'un gène ou la présence d'un gène défectueux, mais par le niveau ou le moment anormal de son expression. En principe, il est donc possible de traiter ce type de maladies à l'aide de médicaments qui modifient le niveau ou le moment de l'expression du gène responsable. Ce mode de thérapie est moins perfectionné que la méthode d'introduction des gènes par vecteur viral, mais il reste intéressant dans le cadre de certaines maladies génétiques.

Bien que ces méthodes aient toutes été créées dans le but louable de traiter certaines maladies, il apparaît évident qu'elles peuvent s'appliquer à la manipulation génétique non pas des gènes pathogènes, mais de ceux qui touchent les fonctions normales comme la croissance musculaire, la production de globules rouges pour acheminer l'oxygène aux tissus, etc. Cette utilisation de méthodes génétiques pour modifier des fonctions normales en vue d'améliorer les résultats sportifs s'appelle le dopage génétique.

8.2 Que fait l'AMA pour lutter contre le dopage génétique ?

L'AMA est la plus grande organisation mondiale de recherche et d'éducation consacrée à la compréhension du potentiel technique et des dangers du dopage génétique et à la création de méthodes de détection. Elle est consciente des risques de dopage génétique depuis sa création en 2000. Elle a organisé un grand nombre d'ateliers et de symposiums pour informer les communautés scientifiques et sportives des possibilités et des dangers de cette forme de dopage éventuel (Banbury Center à New York en 2002, Boston en 2003, Seattle en 2004, Stockholm en 2005, Saint-Pétersbourg en 2008) et a financé la publication d'un livre sur le dopage génétique (Friedmann et Schneider, Gene Doping in Sports, Elsevier Press, 2006). Les procédures de plusieurs de ces ateliers ont été résumées dans des prises de position et des comptes-rendus de réunion (Banbury, Stockholm et Saint-Pétersbourg) et sont publiées sur le site Web de l'AMA. Au cours des prochaines années, l'AMA prévoit renforcer son programme de débat public et d'information des communautés scientifiques, sportives et sur la politique du sport concernant le dopage génétique par le biais d'autres réunions, de la publication de prises de position et de programmes éducatifs. Le dopage génétique a également été ajouté à la liste des substances et méthodes interdites de l'AMA.

En outre, cette dernière a particulièrement mis l'accent sur ce sujet dans son programme de recherche, et au cours des dernières années, elle a alloué plusieurs millions de dollars et des fonds de recherches à des laboratoires du monde entier pour étudier les méthodes potentielles d'utilisation du dopage génétique, ainsi que sa détection. L'AMA a créé un nouveau groupe sur la génétique chargé de coordonner ces recherches. Elle a également financé un nouvel établissement de bioinformatique à La Jolla, en Californie, qui servira de site unifié et centralisé pour l'évaluation des résultats génétiques des projets de recherche financés par l'AMA.

8.3 Que nous réserve l'avenir ?

Heureusement, les concepts et les outils puissants de la génétique moderne serviront de plus en plus à guérir les terribles maladies humaines par la thérapie génique. Il semble également inévitable que les méthodes de la génétique finiront par être utilisées non pas uniquement pour guérir des maladies, mais pour améliorer des traits humains « normaux ». Un des premiers exemples pourrait bien être l'utilisation de techniques génétiques pour prévenir la dégénérescence normale des muscles lors du vieillissement. Bien que cette dégénérescence ne soit pas une maladie, il s'agit d'un domaine dans lequel bien des gens aimeraient profiter des outils génétiques pour améliorer leur fonction musculaire et leur qualité de vie. Si l'amélioration génétique semble donc inévitable à long terme, il faudrait attendre l'amélioration des technologies de transfert et d'expression génétique pour ne pas répéter les erreurs faites lors du traitement des maladies immunodéficientes chez l'enfant.

Malheureusement, la tentation de recourir aux mêmes méthodes génétiques pour améliorer les résultats sportifs bien avant qu'elles soient véritablement sûres et prévisibles sera probablement irrésistible pour certains individus irresponsables et peu recommandables. En fait, le sport semble représenter l'un des domaines d'application les plus probables pour une utilisation précoce des technologies d'amélioration génétique. Il est toutefois très improbable que ce type d'utilisation respecte plusieurs ou toutes les exigences de base des expériences cliniques sur des humains, soit la divulgation des risques aux sportifs, le consentement libre et éclairé et le respect des normes éthiques. En l'absence de ces barrières, l'utilisation précoce des méthodes génétiques actuelles pour l'amélioration des résultats sportifs sera contraire à l'éthique.

8.4 De quelle manière les professionnels du sport devraient-ils réagir à la menace de dopage génétique ?

De plus en plus, notre société sera obligée de régler les problèmes découlant de l'utilisation de méthodes génétiques à des fins d'amélioration. Il semblerait que le sport soit l'un des domaines les plus susceptibles de connaître ces problèmes. Mais nous devons affronter cette perspective avec prudence et en respectant les normes régissant les études sur des êtres humains. Bien qu'extrêmement puissants, les techniques et les outils de modification génétique sont encore jeunes, et le risque de dégâts reste encore incompris. Dans le contexte des recherches cliniques de traitement contre des maladies graves et même mortelles, les risques sont généralement acceptés. Mais il pourrait encore s'écouler bien du temps avant que les méthodes soient suffisamment comprises pour que l'on puisse les utiliser largement sur des personnes normales en vue d'améliorer leurs traits.

Les représentants sportifs (médecins d'équipe, entraîneurs, soigneurs, entrepreneurs en génétique, etc.) qui, en toute connaissance de cause, permettent ce type d'utilisation en dépit des conséquences potentielles se rendent coupables de faute professionnelle. Les sportifs qui, en toute connaissance de cause, acceptent d'être l'objet de ces expériences dangereuses risquent de subir des préjudices dont l'importance est de loin supérieure aux bénéfices qu'ils pourraient en retirer. En outre, les conséquences des manipulations génétiques sont susceptibles de durer bien plus longtemps que celles de l'utilisation de substances, et d'être moins facilement réversibles. Plus que jamais, les sportifs DOIVENT être informés des manipulations qu'ils autorisent et se montrer très circonspects quant aux résultats prometteurs du dopage génétique. Étant donné le stade peu avancé de la technologie de transfert génétique dans le contexte de la thérapie génique, la promesse de bienfaits dans le sport reste trompeuse et dangereuse.

Étude de cas – Le dopage génétique 8.1

« Les cellules souches »

Le représentant d'un programme de baseball d'une grande université contacte votre clinique de recherche orthopédique pour s'informer des possibilités d'injections de « cellules souches » afin de traiter la blessure au tendon d'un de ses joueurs, et de lui éviter de futures blessures. Il explique qu'une méthode publiée par votre clinique pour obtenir des cellules souches à partir d'un simple échantillon sanguin et consistant à les injecter directement dans la zone lésée pourrait avant tout aider le sportif à se rétablir, mais aussi à renforcer le tendon pour l'avenir. Vous expliquez que, jusqu'à présent, la méthode a uniquement été testée sur des animaux et des chevaux de course, mais pas lors d'essais cliniques sur des humains. Cependant, puisque les cellules appartiennent au sportif, le représentant pense fortement qu'il n'existe aucun danger de rejet de la greffe ni aucun risque de détection d'un corps biologique étranger. Il suggère également que son université serait ravie d'octroyer une généreuse subvention à votre clinique pour l'aider à mener les études cliniques nécessaires si vous acceptiez de faire les injections au sportif.

Questions en vue de la discussion :

1. Étant donné que les cellules injectées visent principalement à accélérer la guérison, et qu'elles sont celles du sportif, est-il raisonnable de penser que cette procédure est sans danger et justifiable sur le plan médical ?
2. Faut-il consulter le comité de recherche sur les humains afin de faire approuver la procédure ?
3. Est-il déplacé d'accepter des fonds d'étude dans ces conditions ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- Il existe de nombreuses espèces de cellules souches, et l'utilisation de la plupart d'entre elles dans un but thérapeutique n'est pas encore établie pour les humains. L'application clinique de cellules souches reste expérimentale et la seule certitude en la matière est que nous n'en savons pas encore assez sur la manière d'y parvenir, mais aussi d'éviter les dégâts. Par exemple, certaines espèces de cellules souches se définissent par leur capacité à produire des tumeurs dans certains environnements. Les effets à long terme, comme l'augmentation cellulaire possible dans la formation de cicatrices locales, pourraient entraîner des dégâts aux tissus.
- Le renforcement démesuré d'un tissu comme le tendon peut compromettre la fonction d'autres tissus, comme le muscle qui y est relié.
- Si la production de cellules souches fait intervenir le transfert de gènes étrangers dans les globules rouges, il s'agit de thérapie génique, et ce traitement doit être approuvé par des comités de surveillance locaux et nationaux. Par ailleurs, les risques et les avantages doivent être intégralement expliqués au participant, son consentement éclairé doit être obtenu, et tous les autres éléments de l'éthique en matière d'expérience sur les humains doivent être respectés.
- Si on vous fait miroiter des fonds d'études, il s'agit au premier abord d'un conflit d'intérêts de la part du demandeur, et la procédure est alors contraire à l'éthique.

Étude de cas – Le dopage génétique 8.2

« De nouvelles méthodes »

Vous êtes soigneur pour une équipe professionnelle de base-ball. Un médecin vient vous voir pour vous expliquer qu'il a produit une petite quantité d'un nouveau médicament expérimental visant à traiter le diabète et l'obésité. Il croit qu'il pourrait servir à améliorer les résultats sportifs. Ce médicament augmente l'activité des gènes qui commandent le métabolisme des graisses en renforçant la capacité des tissus musculaires à utiliser des sources d'énergie métabolique. L'un des effets secondaires inattendus est l'endurance prolongée à l'exercice constatée lors d'essais sur des animaux. Bien que le médicament soit très prometteur pour le traitement de l'obésité chez les humains, il va être utilisé dans un essai clinique officiel sur les humains dans le cadre du traitement du diabète. L'étude suggère que le médicament est sans danger, mais son efficacité pour le traitement de cette maladie n'a pas été prouvée. Le médecin vous demande si vous souhaitez en donner de petites quantités à plusieurs de vos sportifs pour voir s'ils améliorent leur performance uniquement lors de l'entraînement pour la compétition.

Questions en vue de la discussion :

1. Bien que le médecin ait reçu l'autorisation de tous les organismes de réglementation pour utiliser ce médicament dans le cadre de son étude sur le diabète, est-il convenable de l'utiliser pour le tester sur des sportifs sans les inclure dans l'étude officielle ?
2. Est-il permis d'utiliser ce médicament si c'est uniquement dans le cadre de l'entraînement et non en compétition ?

Lignes directrices pour l'animation de la discussion :

- Cette procédure relève de la thérapie génique, et doit donc être approuvée par les organismes locaux et nationaux de réglementation et de supervision.
- L'autorisation accordée au chercheur de mener l'étude sur le diabète ne peut être transférée en vue d'utiliser les mêmes méthodes et les mêmes matériaux dans d'autres buts.
- L'utilisation de ces méthodes doit également se faire dans le respect des principes de la recherche clinique sur des humains définis par les codes internationaux acceptés qui décrivent les méthodes éthiques de recherche clinique, comme celles établies par la Déclaration d'Helsinki, le rapport Belmont aux États-Unis ou les autres codes de conduite reconnus dans le monde entier.

Introduction au dopage génétique

Играть по правилам 公平竞争
aus māng franc jeu
gioca pulito igra pošteno шударга өрсөлдөe jogo limpo spiel gerecht play true
reilu peli ईमानदारी से खेलेo tiszta játék ren sport juego limpio
最高の感動のために hakça oyun العb النزیه

Qu'est-ce que le dopage génétique ?

L'utilisation de gènes, d'éléments génétiques ou de cellules dans un but non thérapeutique, pour améliorer les résultats sportifs.

Le patrimoine génétique

- Les cellules humaines contiennent environ 25 000 gènes.
- Nombre de nos traits physiques et notre potentiel sportif sont déterminés par notre patrimoine génétique.
- De même, notre personnalité et nos traits de caractère sont partiellement déterminés par notre patrimoine génétique.

La performance sportive

Il vient :

- des capacités génétiques héréditaires
- des compétences acquises lors de l'entraînement, par la nutrition...

Les méthodes du dopage génétique

- Modification de nos gènes considérée comme impossible auparavant
- Mais la thérapie génique permet d'introduire de nouveaux gènes dans divers tissus humains pour corriger l'absence ou l'expression anormale des gènes naturels.
- La même méthode devrait pouvoir être employée pour améliorer la performance sportive (croissance musculaire, transfert d'oxygène)

Comment peut-on introduire des gènes ?

- La méthode la plus courante fait intervenir des virus - Conception d'un virus en supprimant ses gènes et en les remplaçant par une copie du gène à visée thérapeutique
- Le virus devient un simple moyen de transport, ou « vecteur » de l'expression des nouveaux gènes.
- Méthodes non virales – L'ADN seul (plasmides) peut transférer l'information génétique.

Autre méthode de thérapie génique

- Augmente le niveau des gènes déjà présents dans les cellules, mais qui s'expriment mal
- Méthode moins perfectionnée et pleine de danger pour la santé
- Potentiellement applicable au sport (croissance musculaire, production de globules rouges...)

Le problème du dopage génétique

- Les techniques de thérapie génique sont percutantes et efficaces.
- S'accompagnent de nombreux risques et dangers
- La proportion risque/bienfait doit être acceptable pour les patients (voir les cas de leucémie dans le traitement génétique des immunodéficiences), mais non acceptable en matière d'éthique pour les sportifs en bonne santé

Actions de l'AMA

- Depuis sa création, l'AMA a alerté la communauté scientifique sur les risques potentiels du dopage génétique.
- Nombreux ateliers et symposiums organisés sur le sujet (New York 2002, Boston 2003, Seattle 2004, Stockholm 2005, Saint-Pétersbourg 2008)
- Enoncés et comptes-rendus de réunions publiés sur le site Web de l'AMA

Actions de l'AMA

- Important soutien financier accordé par l'AMA à la recherche sur le dopage génétique
- Dopage génétique ajouté à titre de méthode interdite dans la Liste des substances et méthodes interdites de l'AMA
- Des programmes pédagogiques sont prévus

Que nous réserve l'avenir ?

- Les méthodes génétiques seront probablement utilisées pour modifier des états autres que les maladies humaines, par exemple pour prévenir la dégénérescence normale des muscles lors du vieillissement.
- L'amélioration génétique de la performance sportive semble inévitable.
- Les techniques et les outils sont encore jeunes, et il existe un risque de dégâts importants. Ils doivent être exclus du sport

Comment éviter le dopage génétique ?

- De plus en plus, notre société sera obligée de régler les problèmes découlant de l'utilisation de méthodes génétiques à des fins d'amélioration.
- Nécessité d'un cadre strict limitant l'utilisation thérapeutique et établissant une éthique
- Les gouvernements doivent créer des règles et des barrières pour garantir une utilisation éthique et sans danger

Comment éviter le dopage génétique ?

- L'utilisation du dopage génétique dans le sport doit être déclarée inacceptable pour des raisons éthiques et sanitaires.
- Les sportifs et leur entourage doivent être bien informés et prévenus contre les risques.
- Les médecins et les professionnels de la santé et des sports qui ont recours à des méthodes d'amélioration génétique doivent être déclarés coupables de faute professionnelle.

Étude de cas 8.1 – Les cellules souches

Le représentant d'un programme de baseball d'une grande université contacte votre clinique de recherche orthopédique pour s'informer des possibilités d'injections de « cellules souches » afin de traiter la blessure au tendon d'un de ses joueurs, et de lui éviter de futures blessures. Il explique qu'une méthode publiée par votre clinique pour obtenir des cellules souches à partir d'un simple échantillon sanguin et consistant à les injecter directement dans la zone lésée pourrait avant tout aider le sportif à se rétablir, mais aussi à renforcer le tendon pour l'avenir. Vous expliquez que, jusqu'à présent, la méthode a uniquement été testée sur des animaux et des chevaux de course, mais pas lors d'essais cliniques sur des humains. Cependant, puisque les cellules appartiennent au sportif, le représentant pense fortement qu'il n'existe aucun danger de rejet de la greffe ni aucun risque de détection d'un corps biologique étranger. Il suggère également que son université serait ravie d'octroyer une généreuse subvention à votre clinique pour l'aider à mener les études cliniques nécessaires si vous acceptiez de faire les injections au sportif.

Étude de cas 8.1 – Les cellules souches

Questions en vue de la discussion :

1. Etant donné que les cellules injectées visent principalement à accélérer la guérison, et qu'elles sont celles du sportif, est-il raisonnable de penser que cette procédure est sans danger et justifiable sur le plan médical ?
2. Faut-il consulter le comité de recherche sur les humains afin de faire approuver la procédure ?
3. Est-il déplacé d'accepter des fonds d'étude dans ces conditions ?

Étude de cas 8.2 – De nouvelles méthodes

Vous êtes soigneur pour une équipe professionnelle de base-ball. Un médecin vient vous voir pour vous expliquer qu'il a produit une petite quantité d'un nouveau médicament expérimental visant à traiter le diabète et l'obésité. Il croit qu'il pourrait servir à améliorer les résultats sportifs. Ce médicament augmente l'activité des gènes qui commandent le métabolisme des graisses en renforçant la capacité des tissus musculaires à utiliser des sources d'énergie métabolique. L'un des effets secondaires inattendus est l'endurance prolongée à l'exercice constatée lors d'essais sur des animaux. Bien que le médicament soit très prometteur pour le traitement de l'obésité chez les humains, il va être utilisé dans un essai clinique officiel sur les humains dans le cadre du traitement du diabète. L'étude suggère que le médicament est sans danger, mais son efficacité pour le traitement de cette maladie n'a pas été prouvée. Le médecin vous demande si vous souhaitez en donner de petites quantités à plusieurs de vos sportifs pour voir s'ils améliorent leur performance uniquement lors de l'entraînement pour la compétition.

Étude de cas 8.2 – De nouvelles méthodes

Questions en vue de la discussion :

1. Bien que le médecin ait reçu l'autorisation de tous les organismes de réglementation pour utiliser ce médicament dans le cadre de son étude sur le diabète, est-il convenable de l'utiliser pour le tester sur des sportifs sans les inclure dans l'étude officielle ?
2. Est-il permis d'utiliser ce médicament si c'est uniquement dans le cadre de l'entraînement et non en compétition ?

Personne-ressource

BUREAU PRINCIPAL

**Tour de la Bourse
800, Place Victoria,
bureau 1700
Montréal (Québec) H4Z 1B7
CANADA**

**Tél. : +1 514 904-9232
Télec. : +1 514 904-8650**

**info@wada-ama.org
www.wada-ama.org**

BUREAUX REGIONAUX

**Europe
MSI Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne
Suisse
Tél. : +41 21 343 43 40**

**Asie / Océanie
a/s de Institut japonais des
Sciences du Sport
3-15-1 Nishigaoka, Kita-Ku
Tokyo, 115-0056 JAPON
Tél. : +81 3 5963 4321**

**Afrique
Protea Assurance Building, 8^e étage
Greenmarket Square
Le Cap, 8001 AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 21 483 9790**

**Amérique latine
Centre mondial du commerce de
Montevideo
Tour II - Unité 712 – 18^e étage
Calle Luis A de Herrera 1248
Montevideo, URUGUAY
Tél. : +598 2 623 5206**

9. Questions pratiques

Cette partie reprend toutes les études de cas présentées dans les chapitres précédents de la mallette des médecins du sport et les présente dans un format prêt à utiliser pour les participants lors de séances de formation en personne.

Il est recommandé d'utiliser les cas suivants pour la discussion en lien avec les différents thèmes soulevés dans la mallette :

Le dopage et l'éthique de la médecine sportive

1. Après une opération chirurgicale (2.1.1)
2. La confidentialité (2.2.1)
3. L'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (2.2.2)
4. Le conflit d'intérêts (2.2.3)
5. Établir une relation (2.3.1)
6. L'entourage (2.3.2)
7. Une période d'inactivité (2.4.1)
8. Les premiers signes (2.4.2)
9. De mauvaises habitudes (2.4.3)

La liste des interdictions

10. Les compléments alimentaires (5.1.1)
11. Les raccourcis (5.1.2)

L'amélioration de la performance sans dopage

12. Un certain niveau d'énergie (6.1.1)

Le dopage génétique

13. Les cellules souches (8.1)
14. De nouvelles méthodes (8.2)

Veillez noter que chaque chapitre comprend des lignes directrices destinées à l'animateur de la discussion.

Scénario 1 : Après une opération chirurgicale (2.1.1)

Une sportive d'élite est à trois mois de ce qui devrait être son dernier championnat mondial. Tout de suite après, elle doit prendre sa retraite. Elle souffre d'une blessure grave qui exige une opération chirurgicale lourde. Elle devrait rester en convalescence pendant au moins six semaines. Sa discipline nécessite une force musculaire importante dans le haut du corps. Elle a fait des recherches sur sa blessure et réalise que le traitement habituel et la durée du rétablissement vont compromettre sa participation au championnat. Pour avoir une chance d'être remise au moment de participer, elle décide qu'elle devra prendre une dose d'hormones de croissance humaines en même temps que les analgésiques normaux. Elle pense que cela devrait raccourcir la durée de son rétablissement. Elle explique que les risques d'être découverte sont minimes et qu'il n'y a pas d'autres risques de santé en lien avec l'opération chirurgicale. Vous lui dites être certain qu'il sera impossible d'obtenir une AUT pour ce type d'intervention. Elle insiste et dit qu'elle le fera avec ou sans vous.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

- Comment procéder ?

- Jusqu'à quel point faut-il respecter son autonomie ?

- Le devoir de soigner la sportive peut-il vous obliger à aller à l'encontre de votre engagement envers un sport sans dopage ?

- Pensez-vous que vous pouvez vous informer auprès d'un tiers ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?

Scénario 2 : La confidentialité (2.2.1)

Vous êtes le médecin de l'équipe et l'un de vos sportifs sollicite une conversation en privé avec vous, hors du milieu sportif. Au cours de l'entretien, il vous demande s'il peut vous faire confiance, si vous avez son intérêt à cœur et si vous allez protéger la confidentialité de la conversation. Vous le rassurez quant à votre professionnalisme et votre discrétion. Il vous dit alors qu'il a partagé des seringues pour s'injecter des stéroïdes et d'autres substances comme de l'insuline, et qu'il a peur d'avoir été infecté. Vous ne savez pas si vous devriez en parler à quelqu'un et si oui, à qui. Vous envisagez de l'envoyer chez un médecin qui n'est pas employé par l'équipe.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

- Quelles sont vos responsabilités professionnelles dans ce type de scénario ?

- Jusqu'où va votre devoir de soigner ?

- Pouvez-vous et devriez-vous faire la distinction entre le traitement de l'infection et la réaction aux choix faits par le sportif ?

- Au début du traitement, avez-vous parlé des personnes avec lesquelles vous pourriez avoir à partager d'autres renseignements ?

Scénario 3 : L'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (2.2.2)

Vous traitez une sportive pour son asthme. Elle utilise un inhalateur pour lequel elle a obtenu une l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT). Mais comme elle n'aimait pas le mécanisme de l'inhalateur, elle en a trouvé un autre, d'utilisation plus facile. Il contient les mêmes principes actifs. Vous décidez de lui prescrire le nouveau produit.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

- Quelles sont vos responsabilités professionnelles dans ce type de scénario ?

- Votre devoir de suivi médical signifie-t-il que vous devriez lui suggérer de ne pas expérimenter de nouveaux produits pharmaceutiques ?

- Devriez-vous continuer à rechercher d'autres produits pour la sportive sur une base constante ?

Scénario 4 : Le conflit d'intérêts (2.2.3)

Il est courant pour les membres du réseau sportif, du personnel d'encadrement et de l'entourage médical d'être en relation étroite les uns avec les autres. Supposez que vous soyez à la fois le médecin de l'équipe et le partenaire de l'entraîneur. Vous constatez que les sportifs ne vous disent pas tout sur leur état de santé et sur leurs programmes d'entraînement, et qu'ils ne viennent pas vous voir concernant leurs blessures, leur rétablissement ou tout simplement au sujet de leur utilisation de produits ou de suppléments. Vous commencez à vous demander s'ils redoutent un conflit d'intérêts potentiel.

Votre fonction vous impose un devoir de soigner. Cependant, à titre de partenaire de l'entraîneur, vous ressentez probablement le besoin de lui divulguer des renseignements sur l'état de santé des sportifs. Ces derniers considèrent votre intervention possible comme contraire à leurs intérêts en matière de sélection, de négociation de contrats, etc.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

- De quelle manière établissez-vous la priorité de vos obligations ?

- Comment gérez-vous la communication entre les parties ?

- Que risque le sportif qui ne reçoit plus vos soins médicaux ?

- Comment la qualité des autres conseils médicaux est-elle assurée ?

Scénario 5 : Établir une relation (2.3.1)

Un sportif vient vous demander de soigner sa blessure. Vous venez d'arriver dans l'équipe et vous ne le connaissez pas depuis longtemps. Pour établir le contact, vous lui demandez comment se passe son entraînement, et sa vie en général. Il commence à vous parler de ses problèmes familiaux et conjugaux. Vous voulez l'interrompre avant d'être impliqué dans ses problèmes personnels, mais avant que vous puissiez parler, il vous dit qu'il a commencé à prendre de la cocaïne pour relaxer. Il explique que nombre de ses coéquipiers boivent, et qu'il est préférable de prendre de la cocaïne que de l'alcool.

Il vous demande votre avis. Vous ne le connaissez pas personnellement. Vous ne savez pas trop quoi dire.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

Comment procéder ?

Outre le sportif, envers qui avez-vous des obligations ?

Certaines de ces obligations passent-elles avant la confidentialité du patient ?

Autres questions à envisager :

- Avez-vous les compétences pour traiter des cas de toxicomanie ?
- Devriez-vous noter la conversation dans son dossier médical ? Qui peut y avoir accès ?
- Avez-vous besoin de partager ces renseignements avec d'autres professionnels de la santé ?
- Si c'est nécessaire, le ferez-vous sous le sceau de la confidentialité ? Allez-vous tout simplement lui suggérer une autre aide, ou allez-vous contacter vous-même un autre médecin ?
- Qui pourrait être informé de sa situation si vous le recommandez personnellement ?
- Si vous le recommandez, allez-vous tout inscrire dans son dossier ?

Scénario 6 : L'entourage (2.3.2)

Vous êtes massothérapeute pour l'équipe de sportifs, qui pensent qu'ils peuvent se confier à vous. Etant donné que vous êtes un ancien sportif d'élite, vos patients vous voient comme « l'un d'entre eux ». Vous avez souvent des renseignements très poussés sur l'état de santé des membres de l'équipe. Vous avez toujours respecté une politique de silence absolu lorsqu'on vous posait des questions, et ce, peu importe qui les posait, que ce soit la presse, l'entraîneur ou votre employeur. Tout le monde connaît votre position, et tout le monde vous respecte pour ça.

Un jour, le médecin de l'équipe vient vous voir pour discuter de la lenteur du rétablissement d'un sportif qui a subi une blessure des tissus mous qui le paralyse. Vous connaissez ce sportif, qui souffre de cette blessure depuis plus de 10 ans. La blessure ne guérit pas, et le médecin se demande si ce n'est pas parce qu'il prend des médicaments sans ordonnance. Elle le pense parce qu'elle a vu des marques d'aiguille sur les muscles fessiers du sportif. Elle croit que vous lui cachez des renseignements qui ralentissent le traitement. Elle est également préoccupée par le bien-être du sportif et le renouvellement de son contrat à la fin de la saison.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

- Comment procéder ?

- Outre le sportif, envers qui avez-vous des obligations ?

- Certaines de ces obligations passent-elles avant la confidentialité du patient ?

Autres questions à envisager :

- Avez-vous le sentiment que le sportif doit tout vous dire pour que vous puissiez le traiter efficacement ?
- S'il nie utiliser des médicaments hors indications ou s'il reconnaît le faire sans vouloir dire de quel produit il s'agit ni la manière dont il l'a obtenu, pouvez-vous refuser de le traiter ? Devriez-vous le faire ?
- Quels détails de la conversation devez-vous noter dans son dossier ? Qui peut y avoir accès ? S'il faut inscrire ces renseignements, le ferez-vous de manière confidentielle ?

Играть по правилам 公平竞争
aus māng 公平競爭
jogo limpo 公平競爭
игра по правилам 公平競爭
tranc jeu 公平競爭
ευγενής άμιλλα 公平競爭
шударга ерселдые 公平競爭
чесна гра 公平競爭
gioca pulito play true 公平競爭

- Si vous refusez de le traiter, l'inscrirez-vous clairement dans son dossier ?
- Avez-vous le sentiment que si vous ne signalez pas le sportif au gérant de l'équipe, vous pourriez perdre votre emploi ? Est-ce une raison pour transmettre de l'information sur le patient ?
- Quels sont les règlements régissant ce type de divulgation dans votre pays et dans votre contrat professionnel ?
- Le sportif est-il conscient de vos obligations envers l'équipe ? Ce sujet a-t-il fait l'objet d'une discussion au début de votre relation professionnelle ?

Scénario 7 : Une période d'inactivité (2.4.1)

Un sportif revient en pleine forme d'une période d'inactivité. D'autres joueurs de l'équipe suggèrent même qu'il semble en trop bonne forme. Il est plus musclé et plus résistant qu'auparavant. L'entraînement préparatoire n'a pas encore commencé, donc ces améliorations sont intervenues à un moment creux de ses cycles de performance et d'entraînement.

L'un des joueurs vous suggère de chercher à savoir s'il s'est dopé. Après tout, avance-t-il, la totalité de l'équipe sera compromise et en subira les conséquences si le sportif a pris des substances interdites et se fait prendre au cours de la saison.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

Comment procéder ?

Autres questions à envisager :

- Pourquoi le sportif se dope-t-il ? Est-ce accidentel ou intentionnel ?
- Qu'est-ce qui motive son choix ?
- Est-ce sa première infraction ou s'agit-il d'une habitude ?
- À quel point est-ce grave ?
- À quel point le dopage a-t-il modifié ses résultats ?
- Le sportif est-il autonome ou fait-il partie d'une équipe ?
- L'information doit-elle faire l'objet d'une fuite ou être révélée de manière explicite ?
- Qui doit la divulguer ?
- La culpabilité du sportif doit-elle être révélée à l'interne, de manière privée, ou à l'externe, de manière publique ?
- Quand faut-il la révéler ?
- Le cas échéant, quel rôle avez-vous joué (de manière intentionnelle ou non) dans la décision qu'a prise le sportif de se doper ?
- Quelles sont vos motivations pour révéler ou forcer le sportif à révéler la nature et la portée de ses actions ?

Scénario 8 : Les premiers signes (2.4.2)

Vous traitez une sportive d'élite depuis plusieurs années. Vous la connaissez très bien et vous avez établi une excellente relation avec elle au fil du temps. Vous avez remarqué qu'elle est particulièrement en forme et qu'elle continue à obtenir d'excellents résultats même si elle a atteint un âge où ses capacités devraient commencer à décliner. Vous savez qu'elle fréquente moins le club et qu'elle s'entraîne davantage dans une salle de musculation locale. Vous avez aussi constaté chez elle d'importantes sautes d'humeur et une grande agressivité lors de ses récentes séances d'entraînement, et en compétition. Vous soupçonnez fortement que malgré une carrière irréprochable, elle pourrait consommer des substances interdites dans le but de la prolonger.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

Comment procéder ?

Autres questions à envisager :

- Pourquoi le sportif se dope-t-il ? Est-ce accidentel ou intentionnel ?
- Qu'est-ce qui motive son choix ?
- Est-ce sa première infraction ou s'agit-il d'une habitude ?
- À quel point est-ce grave ?
- À quel point le dopage a-t-il modifié ses résultats ?
- Le sportif est-il autonome ou fait-il partie d'une équipe ?
- L'information doit-elle faire l'objet d'une fuite ou être révélée de manière explicite ?
- Qui doit la divulguer ?
- La culpabilité du sportif doit-elle être révélée à l'interne, de manière privée, ou à l'externe, de manière publique ?
- Quand faut-il la révéler ?
- Le cas échéant, quel rôle avez-vous joué (de manière intentionnelle ou non) dans la décision qu'a prise le sportif de se doper ?
- Quelles sont vos motivations pour révéler ou forcer le sportif à révéler la nature et la portée de ses actions ?

Scénario 9 : De mauvaises habitudes (2.4.3)

Un sportif mature et réfléchi vous confie qu'il consomme parfois de la cocaïne. Selon lui, il ne le fait que lors de ses périodes d'inactivité. Il pense que ce la ne pose pas de problème et que la cocaïne ne devrait pas se trouver dans la liste des interdictions, car elle n'améliore pas la performance. Il explique que cela ne nuit pas à sa santé, que ça ne fait de mal à personne, et qu'il n'y a aucun rapport avec ses résultats sportifs. Vous avez tendance à être d'accord avec ses arguments et à penser en votre for intérieur qu'il n'y a aucune raison pour que la cocaïne se trouve dans la liste des interdictions.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

Comment procéder ?

Autres questions à envisager :

- Pourquoi le sportif se dope-t-il ? Est-ce accidentel ou intentionnel ?
- Qu'est-ce qui motive son choix ?
- Est-ce sa première infraction ou s'agit-il d'une habitude ?
- À quel point est-ce grave ?
- À quel point le dopage a-t-il modifié ses résultats ?
- Le sportif est-il autonome ou fait-il partie d'une équipe ?
- L'information doit-elle faire l'objet d'une fuite ou être révélée de manière explicite ?
- Qui doit la divulguer ?
- La culpabilité du sportif doit-elle être révélée à l'interne, de manière privée, ou à l'externe, de manière publique ?
- Quand faut-il la révéler ?
- Le cas échéant, quel rôle avez-vous joué (de manière intentionnelle ou non) dans la décision qu'a prise le sportif de se doper ?
- Quelles sont vos motivations pour révéler ou forcer le sportif à révéler la nature et la portée de ses actions ?

Scénario 10 : Les compléments alimentaires (5.1.1)

Depuis quelque temps, un sportif manque d'énergie. Il a du mal à respecter le rythme de l'entraînement et à atteindre des performances. Un ami lui a conseillé de prendre un complément alimentaire, que nous nommerons X, vendu sur Internet et qui, selon lui, augmente l'endurance, améliore le sommeil et donne un regain d'énergie. Ce sportif est préoccupé par le risque de dopage. Il vérifie le contenu de X, et ne trouve aucune substance pouvant être vue comme un agent dopant. Sans consulter qui que ce soit, il décide donc de prendre X régulièrement, et trouve que ça l'aide effectivement à s'entraîner et à mieux se préparer pour les compétitions à venir. Il doit concourir dans un mois. A cette occasion, il subira probablement un contrôle du dopage. Il n'est toutefois pas inquiet...

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

- Le sportif a-t-il suivi la bonne procédure ? Quelle aurait été votre réaction ou votre conseil en découvrant sa décision ?

- Comment le sportif peut-il être sûr que les ingrédients de X ne contiennent aucun agent dopant ? Quelles sont les sources qu'il devrait consulter ?

- Quelle est votre conseil ou votre position sur l'utilisation des compléments alimentaires ?

- Que se produirait-il, si, lors d'un contrôle, on découvrait dans l'échantillon du sportif une substance interdite non mentionnée dans la liste des ingrédients de X, pour la présence de laquelle il est incapable de donner une explication raisonnable ?

Scénario 11 : Les raccourcis (5.1.2)

Une sportive d'élite se prépare en vue des prochains Jeux olympiques, qui représentent sa dernière chance après qu'elle ait échoué à faire partie de l'équipe nationale lors des deux dernières éditions. Elle pense à prendre sa retraite par la suite. Malheureusement, elle se fait une déchirure grave du ligament pendant l'entraînement et va devoir s'abstenir pendant 8 semaines au moins, ce qui compromet sérieusement sa participation aux Jeux. Vous connaissez cependant une procédure qui peut réduire de moitié la durée du rétablissement. Mais cette procédure n'a pas été totalement reconnue comme pratique médicale admissible³. Elle insiste cependant pour la suivre.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

- Comment procéder ?

- Quels sont les risques que cette pratique soit vue comme une méthode interdite dans le sport ?

- Quel risque y a-t-il pour la sportive de suivre une procédure dont l'efficacité peut être anecdotique, mais dont l'utilisation sur les humaines n'a pas été officiellement approuvée ?

Scénario 12 : Un certain niveau d'énergie (6.1.1)

Amy, une excellente nageuse de 17 ans, ressent tout à coup une fatigue inexplicable et a du mal à égaler ses propres résultats. Elle a augmenté sa charge de travail, car elle envisage de participer aux championnats mondiaux l'année prochaine. De plus en plus fatiguée pendant l'entraînement, elle est devenue léthargique et abattue. A la demande de ses parents et de son entraîneur, elle accepte de consulter un médecin. Un médecin sportif avisé l'interroge au sujet de son régime alimentaire et de ses menstruations. Elle avoue être devenue végétarienne depuis un an. Selon elle, ses cycles menstruels sont irréguliers, plus difficiles et plus douloureux depuis six mois. Amy a perdu du poids (3 kg) et est très pâle. Le diagnostic provisoire est le surentraînement avec anémie potentielle due à une carence en fer.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

- Quelles sont les étapes suivantes en ce qui vous concerne ?

- Qu'allez-vous dire à l'entraîneur et à la famille, et quand allez-vous le faire ?

- Qu'allez-vous faire si la sportive accepte de suivre des conseils diététiques (plus d'aliments riches en fer) et de prendre des comprimés de fer, mais refuse de réduire l'entraînement, même temporairement ?

- Doit-elle renoncer à être végétarienne ?

- Faut-il regarder du côté de ses menstruations ?

Scénario 13 : Les cellules souches (8.1)

Le représentant d'un programme de baseball d'une grande université contacte votre clinique de recherche orthopédique pour s'informer des possibilités d'injections de « cellules souches » afin de traiter la blessure au tendon d'un de ses joueurs, et de lui éviter de futures blessures. Il explique qu'une méthode publiée par votre clinique pour obtenir des cellules souches à partir d'un simple échantillon sanguin et consistant à les injecter directement dans la zone lésée pourrait avant tout aider le sportif à se rétablir, mais aussi à renforcer le tendon pour l'avenir. Vous expliquez que, jusqu'à présent, la méthode a uniquement été testée sur des animaux et des chevaux de course, mais pas lors d'essais cliniques sur des humains. Cependant, puisque les cellules appartiennent au sportif, le représentant pense fortement qu'il n'existe aucun danger de rejet de la greffe ni aucun risque de détection d'un corps biologique étranger. Il suggère également que son université serait ravie d'octroyer une généreuse subvention à votre clinique pour l'aider à mener les études cliniques nécessaires si vous acceptiez de faire les injections au sportif.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

- Étant donné que les cellules injectées visent principalement à accélérer la guérison, et qu'elles sont celles du sportif, est-il raisonnable de penser que cette procédure est sans danger et justifiable sur le plan médical ?

- Faut-il consulter le comité de recherche sur les humains afin de faire approuver la procédure ?

- Est-il déplacé d'accepter des fonds d'étude dans ces conditions ?

Scénario 14 : De nouvelles méthodes (8.2)

Vous êtes soigneur pour une équipe professionnelle de baseball. Un médecin vient vous voir pour vous expliquer qu'il a produit une petite quantité d'un nouveau médicament expérimental visant à traiter le diabète et l'obésité. Il croit qu'il pourrait servir à améliorer les résultats sportifs. Ce médicament augmente l'activité des gènes qui commandent le métabolisme des graisses en renforçant la capacité des tissus musculaires à utiliser des sources d'énergie métabolique. L'un des effets secondaires inattendus est l'endurance prolongée à l'exercice constatée lors d'essais sur des animaux. Bien que le médicament soit très prometteur pour le traitement de l'obésité chez les humains, il va être utilisé dans un essai clinique officiel sur les humains dans le cadre du traitement du diabète. L'étude suggère que le médicament est sans danger, mais son efficacité pour le traitement de cette maladie n'a pas été prouvée. Le médecin vous demande si vous souhaitez en donner de petites quantités à plusieurs de vos sportifs pour voir s'ils améliorent leur performance uniquement lors de l'entraînement pour la compétition.

Après avoir lu le scénario ci-dessus, répondez aux questions suivantes.

- Bien que le médecin ait reçu l'autorisation de tous les organismes de réglementation pour utiliser ce médicament dans le cadre de son étude sur le diabète, est-il convenable de l'utiliser pour le tester sur des sportifs sans les inclure dans l'étude officielle ?

- Est-il permis d'utiliser ce médicament si c'est uniquement dans le cadre de l'entraînement et non en compétition ?