



HAL
open science

Évaluation de l'entretien médical réalisé par les sportifs sanctionnés pour dopage : expérience de l'Antenne médicale de prévention du dopage Rhône-Alpes de 2002 à 2012

Sandra Winter

► To cite this version:

Sandra Winter. Évaluation de l'entretien médical réalisé par les sportifs sanctionnés pour dopage : expérience de l'Antenne médicale de prévention du dopage Rhône-Alpes de 2002 à 2012. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00803600

HAL Id: dumas-00803600

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00803600>

Submitted on 10 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Évaluation de l'entretien médical réalisé par les sportifs sanctionnés pour dopage - Expérience de l'Antenne Médicale de Prévention du Dopage Rhône-Alpes de 2002 à 2012

THÈSE PRÉSENTÉE EN VUE DE L'OBTENTION DU DOCTORAT EN
MÉDECINE - DIPLÔME D'ÉTAT

Soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble *

Le 15 mars 2013

Par Sandra WINTER

Née le 20 juin 1985 à Bron

Devant le jury composé de :

M. le Professeur Maurice DEMATTEIS	Président
M. le Professeur Thierry BOUGEROL	Membre
M. le Docteur François PAYSANT	Membre
M. le Docteur Bernard BRUNET	Membre
M. le Docteur Michel GUINOT	Directeur de thèse

TABLE DES MATIÈRES

Professeur des Universités - Praticien hospitalier 2012-2013	2
Maître de Conférence des Universités - Praticien hospitalier 2012-2013	6
Serment d'HIPPOCRATE	8
Remerciements	9
Résumé	11
Abstract.....	12
1. INTRODUCTION	13
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	16
3. RÉSULTATS.....	17
a. Caractéristiques des sportifs et sports pratiqués	17
b. Substances détectées lors des contrôles antidopage	18
c. Justifications de l'utilisation des substances détectées.....	19
d. Co-consommations et pharmacodépendance.....	19
e. Retentissement social et retentissement psychique.....	20
f. Relations à la pratique sportive et antécédents psychiatriques	21
g. Nécessité de suivi	21
4. DISCUSSION.....	22
a. Représentativité et limites de l'étude	22
b. Entretiens médicaux et suivi des sportifs	23
c. Sportifs sanctionnés et entretiens réalisés.....	25
d. Dopage et toxicoamnie	26
e. Les problèmes posés par la consommation de cannabis.....	27
f. Dopage et médicaments	29
5. CONCLUSION.....	30
Conclusion - Autorisation d'imprimer	31
Références bibliographiques.....	33
Sommaire des annexes.....	35
Annexe 1 : Liste des interdictions 2013 de l'AMA	36
Annexe 2 : Fiche de consultation	46
Annexe 3 : Cahier d'observation	50
Annexe 4 : Critères de dépendance selon le DSM-IV et la CIM-10.....	62
Annexe 5 : Décisions prises par l'AFLD en 2011 en fonction des substances détectées chez les humains (9)	63

Nom Prénom	Discipline
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BLIN Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA Christian	Pneumologie
BRAMBILLA Élisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

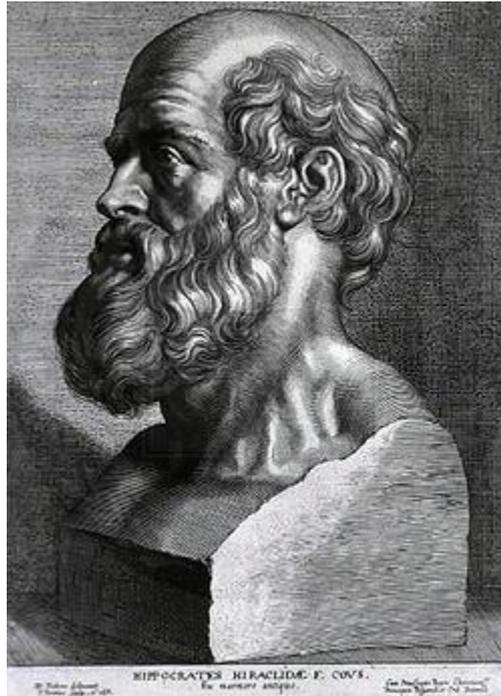
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
CHIROSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Éric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie

JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BAS Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
LUNARDI Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
PALOMBI Olivier	Anatomie
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET Jean-Paul	Ophthalmologie
SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Nom - Prénom	Discipline
APTEL Florent	Ophtalmologie
BOISSET Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
MALLARET Marie Reine	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie

MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
STASIA Marie Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER Renaud	Physiologie



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au jury

A Monsieur le Professeur DEMATTEIS. Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BOUGEROL et à Monsieur le Docteur PAYSANT. Merci d'avoir accepté de juger mon travail en étant membres de mon jury. Soyez assurés de ma gratitude et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bernard BRUNET. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci de m'avoir donné accès à vos dossiers de consultation et merci pour votre aide au cours de ce travail. Merci pour votre encadrement bienveillant et pour toutes les connaissances en médecine du sport que vous m'avez transmises lors de mon stage.

A Monsieur le Docteur Michel GUINOT. Merci de m'avoir proposé ce travail, qui, je l'espère, sera à la hauteur de tes attentes. Merci de tes conseils et remarques enrichissantes tout au long de ce travail, merci pour ta relecture attentionnée. Et merci de faire partie du jury.

Aux médecins et équipes paramédicales rencontrées pendant mes études

Au Dr OUILLON. Merci de m'avoir donné accès à vos dossiers de consultation et merci de votre aide et de vos remarques relatives à ce travail.

Au Dr EINSARGUEIX, du bureau DSB2 et à tous les responsables d'antennes, pour leurs réponses à mes sollicitations. Merci pour l'intérêt manifesté pour ce travail.

A Mme le Professeur BRUNET-GUEDJ et au Dr Jean-François LUCIANI. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine du sport au cours de mon externat et merci de m'avoir reçue en tant qu'interne dans votre service. Merci de m'avoir enseigné la médecine du sport et d'avoir éveillé en moi, une réelle vocation pour celle-ci.

Et à toute l'équipe de médecine du sport de Lyon. Aux Drs Christine POULARD, Guillaume DOREY, Hugues LE BORGNE et Éric RENAUD, merci de m'avoir fait partager vos expériences. A Séverine, Isabelle, Nathalie, Lara et Karine, merci pour votre accueil, votre écoute et votre soutien. Merci pour les bons moments partagés au cours de mes 6 mois de stage (et des mois suivants). J'espère vraiment pouvoir faire partie de votre équipe un jour.

Au Dr Maud OTTAVY et à Isabelle JACOB, merci de m'avoir fait découvrir et de m'avoir formée à la prévention du dopage. Et à toute l'équipe du réseau Prevdop, pour le travail réalisé et à venir.

Aux participants du DU Dopage, session 2011/2012, merci d'avoir enrichi cet enseignement par vos expériences. J'espère que nos échanges continueront.

Au Dr Irène MONTEIRO, aux rhumatologues de l'hôpital d'Annecy et à toute l'équipe de rhumatologie, merci pour votre accueil et votre accompagnement bienveillant au cours des 6 mois passés à vos côtés.

Au Dr René CHUMBI-FLORES et à l'équipe de pneumologie de Grenoble, merci pour votre soutien précieux et votre écoute attentive au cours de mon semestre avec vous.

A l'équipe des urgences d'Annecy, à l'équipe de gynécologie d'Aix les Bains et aux Drs RICHARD, CHAON et CHESNAIS merci pour les semestres passés avec vous. Et à tous les médecins et soignants rencontrés au cours de ma formation.

Merci à toutes ces personnes de m'avoir fait partager et de m'avoir transmis leur savoir, leur savoir faire et leur savoir être, qui feront de moi le médecin que je deviendrai.

A ma famille

A mon père, pour avoir respecté mes choix et m'avoir accompagnée aux cours de mes études de médecine, merci pour ta confiance, ton soutien et ton amour. A ma mère, pour notre complicité si précieuse, savoir que je peux compter sur toi à tout moment me rassure. Merci pour ton écoute attentive et tes conseils bienveillants qui m'aident à avancer. Merci à vous de m'avoir aidée à me construire et de m'accompagner encore. Soyez assurés de mon amour.

A mes frères, Nicolas et Maxime, pour notre fraternité et notre complicité qui me sont si chères, pour votre soutien et votre patience. Merci d'être là et merci pour tous les précieux instants passés ensemble. Soyez sûrs que je serai toujours présente pour vous.

A Mamie, pour ta présence et tes petites attentions. A Papi, pour ton écoute et tes conseils attentionnés issus de ton expérience passée, merci pour tout ce que tu m'as transmis et tout ce que tu me transmettras encore. Soyez assurés de mon amour et de mon respect.

A tout le reste de ma famille : tantes, oncles, cousines et cousins, pour votre présence et votre confiance, merci pour tous les bons moments passés en famille. Et à ceux partis trop tôt, qui seront toujours dans mes pensées.

Aux Camilles, merci pour votre présence aux côtés de mes frères, je vous souhaite beaucoup de bonheur. Merci pour tous les bons moments partagés ensemble. Soyez assurées de mon estime et de mon amitié.

A mes amis

A Marie, pour notre soutien mutuel au cours de toutes ces heures passées à travailler ensemble et pour tous les bons moments partagés, j'espère qu'il y en aura encore.

A Sandrine, pour ta confiance et ta présence à mes côtés.

A Gilles, Ibrahim et Sarah, Marco et Antoine, merci pour votre soutien et notre agréable cohabitation au cours du premier semestre. En serais-je là sans vous ?

A Amaury et à tous les internes et externes côtoyés aux cours de mes différents stages.

A Evelyne, Brice et Emilie, Bastien et tous les autres, merci de votre présence et merci de me permettre de passer de bons moments loin de la médecine !

Aux normaliens cachanais, pour toutes les soirées partagées. Les thésards, rassurez vous, on met tous un point final, un jour !

A Pierre, pour ce qui suivra.

Et aux amis proches de la famille, il est toujours agréable de partager des moments avec vous. Et merci de votre soutien et de votre confiance.

A toutes celles et tous ceux qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail

A toutes les personnes qui ont été à mes côtés à toutes les étapes de ce travail. Merci pour votre soutien, vos conseils, votre confiance et votre patience.

A celles et ceux qui ont relu attentivement cette thèse, dans son intégralité ou non, en français ou en anglais. Le temps de chacun est précieux, merci pour celui que vous m'avez accordé, merci pour vos remarques et corrections, merci pour l'aide à la mise en page et thank you for the help for the abstract's traduction ! Quel parfait "club de relecture" !

A toutes celles et tous ceux venus m'écouter, merci de partager ce moment avec moi !

Et à toutes celles et tous ceux qui ne peuvent pas être là, je penserai à vous...

RÉSUMÉ

Titre: Évaluation de l'entretien médical réalisé par les sportifs sanctionnés pour dopage - Expérience de l'Antenne Médicale de Prévention du Dopage Rhône-Alpes de 2002 à 2012.

Contexte: En France, l'accueil des sportifs ayant eu recours au dopage est délégué aux Antennes Médicales de Prévention du Dopage (AMPD) depuis 2001. Le Code du Sport prévoit que tout sportif sanctionné pour dopage sollicitant la restitution de sa licence réalise un entretien avec un médecin d'une AMPD. Au terme de cet entretien, une attestation nominative est délivrée au sportif qui doit la remettre à sa fédération.

Objectif: Analyser la pertinence sanitaire des entretiens réglementaires réalisés à l'AMPD Rhône-Alpes entre 2002 et 2012.

Méthode: Étude rétrospective analysant les observations issues des entretiens médicaux des sportifs sanctionnés pour dopage.

Résultats: 83 sportifs âgés de 28 (+/- 7) ans, majoritairement de sexe masculin, ont été vus. Le cannabis était la substance la plus fréquemment en cause (66,3%), suivi des glucocorticoïdes (19,3%), des stéroïdes anabolisants (7,2%), des diurétiques (4,8%) et des β 2 mimétiques (1,2%). Une pharmacodépendance était probable ou avérée dans 27,8% des cas. 7,2% des sportifs polyconsommateurs ne présentaient pas de dépendance. Au final, un suivi médico-psychologique a été proposé à 42,2% des sportifs.

Conclusion: Cet entretien médical semble pertinent compte tenu de la fréquence de sujets dépendants et/ou polyconsommateurs. Cette étude suggère des liens étroits entre l'usage de produits dopants, les usages à problèmes et les dépendances à diverses substances psychoactives. Deux tiers des sportifs ont été sanctionnés pour usage de cannabis, ce qui interroge sur la pertinence des dispositifs de lutte antidopage et de répression de l'usage des stupéfiants, plus généralement, pour réduire l'incidence de leurs consommations.

Mots clés: dopage, sport, consommation de substances psychoactives, cannabis, pharmacodépendance, Antenne Médicale de Prévention du Dopage (AMPD), attestation nominative.

ABSTRACT

Title: Assessment of a compulsory medical interview of athletes sanctioned for doping - Experience of the Preventive Unit for Doping (AMPD) in the Rhône-Alpes' region from 2002 to 2012.

Background: In France, since 2001, medical care of athletes resorting to doping are devolved to Preventive Units for Doping (AMPDs). Indeed, the French Sport Code mentions that each athlete sanctioned for doping, who wants his or her license back, has to be interviewed by an AMPD's practitioner. At the end of this interview, a nominative certificate is delivered to the athlete who has to put it back to his or her federation.

Objective: To assess the relevance of these medical interviews realized in the Rhône-Alpes' region's AMPD from 2002 to 2012.

Method: Retrospective study analyzing the medical observations arising from the doped athletes' interviews.

Results: 83 athletes, mainly men, mean age 28 (+/- 7) years old were received. The most frequently involved substance was cannabis (66,3%) followed by glucocorticoids (19,3%), anabolic steroids (7,2%), diuretics (4,8%) and β 2 agonists (1,2%). 23 athletes (27,8%) were likely or truly addicted. Among athletes who abused of several psychoactives substances, only 6 (7,2%) were addiction-free. Finally, a medical follow up was proposed to 35 (42,2%) athletes.

Conclusion: Given the high prevalence of addiction and/or polyconsumptions' problems among athletes who were sanctioned for doping, this interviewing process seems relevant. Moreover, this study highlights close links between the use of doping substances, drug abuse and addiction. Two thirds of the athletes were sanctioned for cannabis' consumption. So, the relevance of an antidoping fight's policy only bases on repression of drug abuse can be questioned in order to reduce theses consumptions among athletes who take part to competition.

Key words: doping, sport, addiction, cannabis, Preventive Unit for Doping (AMPD), nominative certificate.

1. INTRODUCTION

Le dopage est défini, par le Code Mondial Antidopage (Code établi par l'Agence Mondiale Antidopage (AMA) en 2003 et révisé en 2009) comme une ou plusieurs violations des règles antidopage (1). Ces violations énoncées dans le Code sont, entre autre, l'usage, la tentative d'usage, la détention ou le trafic d'une substance ou méthode interdite, la présence d'une substance interdite dans un échantillon fourni par le sportif, le refus de se soumettre à un prélèvement d'échantillon, ou encore trois contrôles manqués pour les sportifs soumis à l'obligation de localisation (2). Les substances et méthodes interdites sont recensées dans la liste des interdictions (annexe 1), actualisée et éditée une fois par an par l'AMA. Pour être incluse dans cette liste, une substance ou méthode doit répondre à 2 critères parmi 3 qui sont : une amélioration potentielle ou effective des performances sportives, un risque avéré ou potentiel pour la santé du sportif et un usage contraire à l'esprit sportif (3).

Le Code Mondial Antidopage, dont le but est "d'harmoniser les principaux éléments liés à la lutte contre le dopage" pour "garantir aux sportifs l'équité et l'égalité dans le sport", traite principalement de l'aspect juridique du dopage (le contrôle du dopage, les sanctions, les responsabilités des gouvernements, des sportifs...). Cependant, la problématique de la protection de la santé des sportifs - en particulier la prise en charge des sportifs ayant eu recours au dopage - n'est pas prévue par ce texte, et il en est de même pour l'organisation de la prévention du dopage. Ainsi, le dopage peut être abordé de différentes manières ; si le Code Mondial Antidopage le fait essentiellement d'un point de vue juridique et répressif, les aspects de prévention et de santé des sportifs doivent également être pris en compte dans la mesure où l'objectif de la lutte antidopage est de réduire l'usage abusif et détourné de ces substances, au-delà même de la liste des interdictions (par exemple l'usage détourné de psychotropes). Il incombe donc à chaque état de décider ou non de la mise en place de dispositifs pour prévenir et protéger la santé des sportifs vis-à-vis du dopage.

Ainsi, la France, qui a intégré le Code Mondial Antidopage dans son dispositif législatif et réglementaire via la ratification de la convention internationale de l'UNESCO contre le dopage dans le sport, en février 2005 (4), est un des premiers pays à avoir instauré une législation relative au dopage et à la protection de la santé des sportifs. Si les premières lois de juin 1965 et juin 1989 (5) s'inscrivaient dans le champ de la répression du dopage, l'obligation pour les fédérations sportives de protéger la santé de leurs sportifs et de prendre en charge les sportifs sanctionnés pour dopage apparaît dans la loi du 23 mars 1999 (6). La loi du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs (7), versée au Code du Sport et actuellement en vigueur, reprend et abroge la loi éponyme du 23 mars 1999. Elle crée les Antennes Médicales de Prévention du Dopage (AMPD), structures situées dans les établissements publics de santé, qui sont chargées de plusieurs missions dont celles de soins, d'information, de prévention, de recherche, d'expertise et de

veille sanitaire comme stipulé dans le décret du 23 décembre 2006 relatif aux conditions d'agrément et de fonctionnement des AMPD (8).

Il est établi que les sportifs ayant eu recours au dopage sont susceptibles de présenter divers problèmes de santé dépendants, en partie, de la substance consommée. Le cannabis, les glucocorticoïdes, les stimulants et les stéroïdes anabolisants sont les substances les plus détectées en France en 2011 (9) et entraînent toutes des effets indésirables par toxicité aiguë ou chronique. Les effets psychologiques du cannabis (anxiété, paranoïa, troubles paniques, psychoses, déficit de la mémoire...) et ses effets systémiques (tachycardie, syncope, bronchite chronique, tumeurs pulmonaires, effets immunosuppresseurs...) sont connus et une dépendance au cannabis est possible (10). Les glucocorticoïdes, utilisés de façon prolongée, peuvent augmenter l'incidence d'événements cardiovasculaires et favorisent l'ostéoporose fracturaire. Leur risque majeur, bien qu'exceptionnel, reste l'insuffisance surrénalienne aiguë en cas de stress infectieux, traumatique ou chirurgical surajouté et dont la survenue est indépendante de la dose administrée (11). Une dépendance aux glucocorticoïdes pourrait également exister (12). Des effets indésirables cardiovasculaires à type d'hypertension, de tachycardie, d'arythmie, voire même de mort subite ou d'infarctus ont été mis en évidence suite à l'utilisation de stéroïdes anabolisants ou de stimulants (13). Les stéroïdes anabolisants ont divers autres effets secondaires systémiques : atteinte hépatique, effets endocrinologiques (hypogonadisme, stérilité, inhibition de l'ovulation...) (14), et des effets psychologiques majeurs avec une labilité émotionnelle, une agressivité importante et des troubles de la mémoire principalement. La dépendance aux stéroïdes anabolisants serait relativement fréquente. Enfin, un lien entre consommation de stéroïdes anabolisants et consommation d'autres substances psychoactives (cannabis, alcool, tabac, cocaïne, héroïne), via l'augmentation du potentiel addictogène de ces substances par les stéroïdes anabolisants a été mis en évidence (15)(16). Ainsi, la prise en charge des sportifs ayant eu recours au dopage semble indispensable face à ces effets secondaires et aux potentielles dépendances induites par les produits dopants utilisés.

En France, cette prise en charge est déléguée aux AMPD via des consultations spécialisées au terme desquelles un suivi médical peut être mis en place si nécessaire (17). Ainsi, tout sportif sanctionné pour dopage sollicitant la restitution, le renouvellement ou la délivrance d'une licence sportive doit réaliser un entretien avec un médecin au sein d'une AMPD. Une attestation nominative est délivrée au terme de cet entretien et le Code du Sport oblige toute fédération sportive compétente à subordonner la restitution, le renouvellement ou la délivrance d'une licence sportive à un sportif sanctionné pour dopage, à la production de cette attestation nominative (18).

En novembre 2012, 23 AMPD (réparties dans 20 régions métropolitaines et 1 DOM) ont bénéficié d'un renouvellement d'agrément par arrêté conjoint des Ministres chargés de la

santé et des sports (19). La région Rhône-Alpes compte 3 sites de consultations, ouverts depuis novembre 2001, dans les Centres Hospitaliers Universitaires de Grenoble, Lyon et Saint Étienne, réunis sous le nom d'AMPD Rhône-Alpes (AMPD-RA).

Chaque année, plusieurs dizaines de consultations et d'avis sont donnés par l'AMPD-RA au titre des différentes missions dont elle est chargée (entretiens pour délivrance de l'attestation nominative, consultations pour information, conseil, expertise...). Au cours de ces 11 années de fonctionnement, plus de 80 sportifs ayant été sanctionnés pour dopage ont consulté au sein de l'AMPD-RA afin de réaliser l'entretien médical permettant la délivrance de l'attestation nominative. Pour plusieurs sportifs, un suivi médical a été proposé face aux substances consommées, à l'existence d'une pharmacodépendance ou face aux conséquences du dopage (conséquences physiques, psychiques, retentissement social...).

Ces entretiens obligatoires, existent depuis 2001, mais aucun travail ne s'est intéressé à leur évaluation. Dans ce contexte, l'évaluation de la pertinence sanitaire de ces entretiens semblait nécessaire. L'objectif de ce travail est d'analyser les substances consommées par les sportifs sanctionnés pour dopage, les dépendances éventuelles à ces substances, leur relation avec la pratique sportive et les conséquences liées au dopage afin de proposer aux sportifs ayant eu recours au dopage, au terme de ces entretiens, un suivi médical adapté, si nécessaire.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette étude rétrospective analyse les observations médicales des sportifs sanctionnés pour dopage établies au cours des entretiens obligatoires réalisés dans les sites de consultations de Grenoble, Lyon et Saint Étienne (AMPD-RA) entre 2002 et 2012.

Les données analysées concernaient l'âge et le sexe des sportifs, le sport pratiqué (fédération, discipline, niveau de compétition), la ou les substances ayant positivé le contrôle antidopage (nom, mode et but de l'administration, présence d'une prescription médicale), la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, stupéfiants...) et la détermination d'une dépendance à l'une de ces substances, le retentissement social et le retentissement psychique (trouble des conduites alimentaires, trouble de l'humeur ou du comportement...) et la nécessité d'un suivi au terme de l'entretien.

Ces informations sont issues des déclarations des sportifs. Deux questionnaires différents ont été utilisés dans les antennes. D'une part, une "fiche de consultation" (annexe 2) axée sur les substances consommées, l'évaluation d'une dépendance et les conséquences du dopage (retentissements physique, psychique et social), utilisée à Saint Étienne et pour certains sportifs de Grenoble, et d'autre part un "cahier d'observation" (annexe 3), utilisé à Lyon et pour la moitié des sportifs grenoblois, plus axé sur l'évaluation de la pratique sportive (intensité de la pratique sportive, dépendance au sport), les troubles de l'humeur évalués par l'échelle d'anxiété et de dépression HAD et les comportements dits à risque : surentraînement, blessures, consommation de substances psychoactives, évaluation d'une co-morbidité addictive (avec le questionnaire AUDIT pour l'alcool et le test de Fagerström pour le tabac), et la recherche de troubles du comportement alimentaire.

3. RÉSULTATS

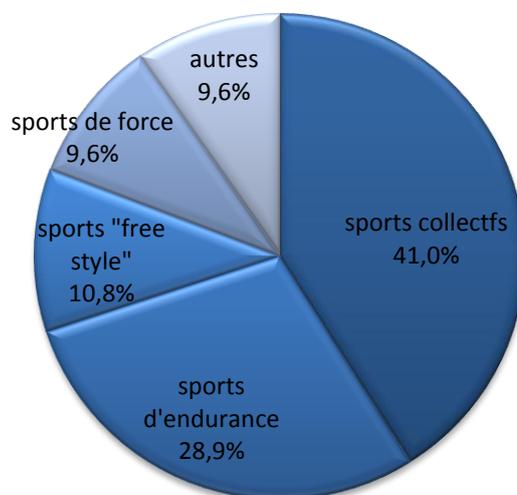
a. Caractéristiques des sportifs et sports pratiqués

Au cours des 11 années étudiées, 83 sportifs ont consulté dans l'un des trois sites de l'AMPD-RA (34,9% à Grenoble, 22,9% à Lyon et 42,2% à Saint Étienne). Il s'agissait de 13 femmes (15,7%) et 70 hommes (84,3%), âgés de 18 à 49 ans (moyenne d'âge 28 ans, écart type 7,1 ans) (tableau 1).

	Femmes	Hommes	Total
16-20 ans	1	5	6
21-25 ans	1	31	32
26-30 ans	4	19	23
31-35 ans	1	6	7
36-40 ans	5	3	8
41-50 ans	1	6	7
Total	13	70	83

Tableau 1 : Répartition des sportifs selon le sexe et l'âge

Les contrôles antidopage ont été réalisés au sein de 18 fédérations sportives, soit 30 disciplines sportives différentes. Ces disciplines peuvent être réparties dans les différentes "catégories" de sports que sont les sports collectifs (basketball, football, handball, hockey sur glace, rugby, volleyball, water-polo), les sports d'endurance (athlétisme, triathlon, cyclisme, aviron), les sports dit "free style" (BMX, VTT, ski cross, vol libre, motocyclisme), les sports de force (haltérophilie, force athlétique) et les autres sports (gymnastique, escalade, ski alpin, voile) comme indiqué dans le graphique 1. Aucun sport de combat n'était représenté dans l'étude.

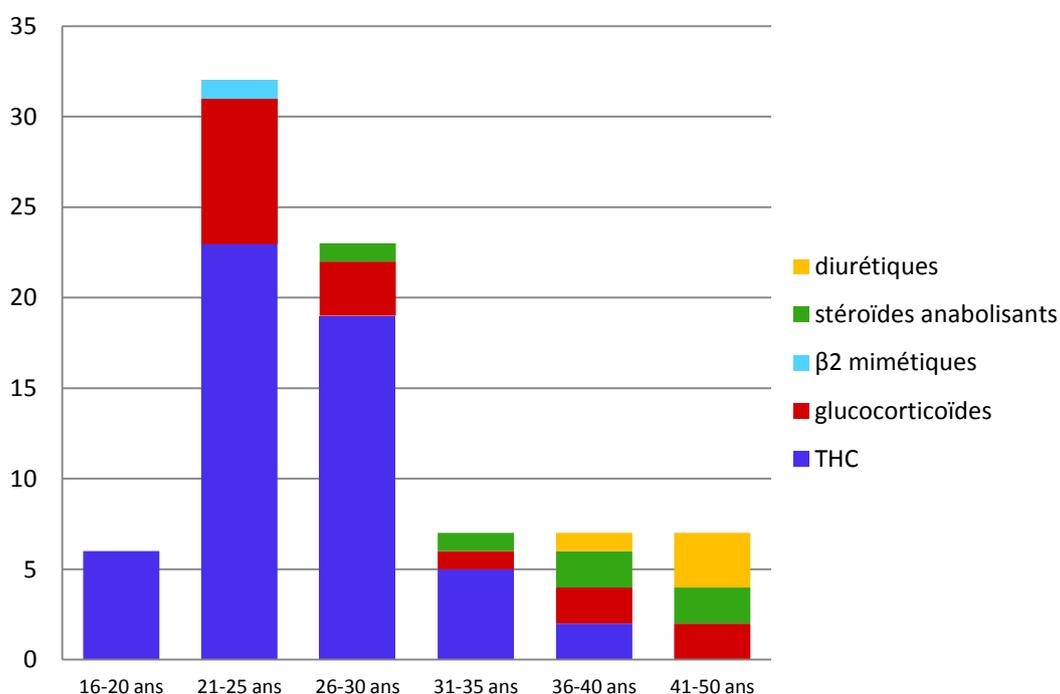


Graphique 1 : Répartition des contrôles antidopage selon les catégories de sports

La moitié des sportifs contrôlés (49,4%) était de niveau national, un quart environ de niveau régional (27,7%) et seulement 1,2% de niveau départemental. 13,3% étaient des sportifs de haut niveau et 8,4% des sportifs professionnels.

b. Substances détectées lors des contrôles antidopage

Dans deux tiers des cas (66,3%), la substance détectée était le tétrahydrocannabinol (ou THC qui est la substance psychoactive contenue dans le cannabis) dont 2 cas de détention simple. Les autres substances détectées étaient par ordre de fréquence : les glucocorticoïdes (19,3%), les stéroïdes anabolisants (7,2%), les diurétiques (4,8%) et les β 2 mimétiques (1,2%). Les substances détectées variaient selon les tranches d'âge (graphique 2).



Graphique 2 : Substances détectées selon les tranches d'âge

Dans 1 cas seulement (1,2%), 2 substances étaient mises en évidence au contrôle antidopage (association stéroïde anabolisant et éphédrine).

Un sportif, appartenant au groupe cible (groupe de sportifs, désigné par le Collège de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD), soumis à une obligation de fournir des renseignements précis et actualisés de leur localisation afin de permettre la réalisation de contrôles antidopage (20)) a été sanctionné suite à 3 contrôles manqués.

c. Justifications de l'utilisation des substances détectées

Dans plus de trois quarts des cas (76,4%), la consommation de cannabis était uniquement récréative, 12,7% des sportifs consommaient du cannabis à visée anxiolytique et 9,1% pour améliorer leur récupération. Un cas était lié à une consommation involontaire.

Dans 5 cas sur 6, la consommation de stéroïdes anabolisants était dans le but d'augmenter la masse musculaire et 1 cas était lié à une consommation involontaire (administration par un tiers dans le but de lui nuire rapportée par une sportive).

Dans un quart des cas (25,3%), la substance détectée était un médicament (glucocorticoïdes, diurétiques ou $\beta 2$ mimétiques) dont l'usage était strictement thérapeutique dans la moitié des cas seulement (52,4%) alors que des prescriptions médicales existaient dans 85,7% des cas. Lors de la détection de médicaments, 3 cas (14,3%) correspondaient à une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutique (AUT) non faite, 2 cas (9,5%) correspondaient à une utilisation médicale dans un contexte d'urgence selon les sportifs concernés et 10 cas (47,6%) relevaient d'une automédication à partir d'ordonnances anciennes.

Les diurétiques étaient utilisés à visée esthétique ou comme agent masquant dans trois quarts des cas et les glucocorticoïdes pour améliorer la récupération ou pour augmenter la force musculaire dans 37,6% des cas.

	récréatif	thérapeutique	force	récupération	anxiolytique	esthétique masquant	involontaire
THC	76,4%	-	-	9,1%	12,7%	-	1,8%
Stéroïdes anabolisants	-	-	83,3%	-	-	-	16,7%
Glucocorticoïdes	-	62,4%	18,8 %	18,8%	-	-	-
Diurétiques	-	25%	-	-	-	75%	-
$\beta 2$ mimétiques	-	100%	-	-	-	-	-
Total	50,6%	14,5%	9,6%	9,6%	8,4%	3,6%	2,4%

Tableau 2 : Justification de l'utilisation des substances détectées

d. Co-consommations et pharmacodépendance

12 sportifs (15,2%) déclaraient consommer de l'alcool de façon régulière. Seuls six sportifs buvant de l'alcool régulièrement avaient rempli le questionnaire AUDIT qui révélait une consommation nocive dans 4 cas et une alcoolodépendance dans 1 cas. Tous les sportifs consommant de l'alcool régulièrement étaient des sportifs contrôlés positifs au THC et 83,3% pratiquaient un sport collectif.

Une consommation occasionnelle d'alcool était retrouvée chez 50 sportifs (63,3%). Parmi ces sportifs, 42% pratiquaient un sport collectif, 22% un sport d'endurance et 12% un sport free style. Un lien de dépendance entre la consommation d'alcool et la catégorie de sport pratiqué était mis en évidence ($\chi^2 = 20,41$, $p = 0,008$).

36 sportifs (44,4%) déclaraient fumer du tabac quotidiennement. Parmi eux, 58,3% pratiquaient un sport collectif, 16,7% un sport "free style" et 13,9% un sport d'endurance. Neuf des sportifs fumeurs (25%) fumaient 10 cigarettes ou plus par jour, 77,8% de ces derniers pratiquant un sport collectif. Une consommation occasionnelle de tabac était retrouvée chez 9 sportifs (11,1%), la moitié pratiquant un sport collectif et l'autre moitié un sport d'endurance. Un lien de dépendance entre la consommation de tabac et la catégorie de sport pratiqué était mis en évidence ($\chi^2 = 32,97$, $p = 0,0009$). Tous les sportifs fumeurs (quotidiennement ou occasionnellement) étaient des sportifs contrôlés positifs au cannabis, dont 76,1% déclarant consommer du cannabis à visée récréative uniquement.

13 sportifs (15,7%) consommaient d'autres substances (hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, stupéfiants...) et 6 sportifs (7,2%) utilisaient des compléments alimentaires.

Une pharmacodépendance était avérée chez 11 sportifs (13,3%) et était suspectée chez 12 sportifs (14,5%), soit chez plus d'un quart des sportifs (27,8%) au total.

Dans plus de deux tiers des cas (69,6%), cette dépendance était à la substance ayant positivé le contrôle antidopage, le THC (68,8%), les stéroïdes anabolisants (18,8%) et les glucocorticoïdes (12,5%) étant les substances détectées chez ces sportifs. Pour les 30,4% des cas restant, la dépendance était relative à la consommation d'une autre substance psychoactive (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, alcool ou glucocorticoïdes).

Parmi les sportifs ayant une dépendance possible ou avérée, 39,1% pratiquaient un sport collectif, 21,7% un sport de force, 17,4% un sport "free style" et 13% un sport d'endurance. Un lien de dépendance statistiquement significatif entre l'existence d'une dépendance et le sport pratiqué n'était pas mis en évidence ($\chi^2 = 8,65$, $p = 0,07$).

Six sportifs (7,2%) consommaient diverses substances psychoactives sans présenter de dépendance ni à ces substances, ni à la substance ayant positivé le contrôle antidopage. Ces sportifs pratiquaient dans 66,7% des cas un sport d'endurance et dans 33,3% des cas un sport "free style".

e. Retentissement social et retentissement psychique

30,4% des sportifs rapportaient un retentissement sur leur vie sociale, à type de reproches de l'entourage familial, sportif ou professionnel (17,4%), d'augmentation des conflits (10,1%) ou d'épisode de rupture relationnelle sentimentale ou professionnelle (2,9%).

Le fait que ce retentissement social soit lié à une pratique sportive intensive ou au dopage n'était pas identifié dans les dossiers.

Des troubles de l'humeur ou du comportement (dépression, angoisse, anxiété, irritabilité, agressivité...) étaient notés dans 34,4% des cas.

Des troubles des conduites alimentaires étaient retrouvés chez 9% des sportifs. Il s'agissait soit de restriction alimentaire, soit de variations de poids importantes au cours d'une même saison (plus de 6kg en moins de 6 mois), soit de troubles de l'image corporelle.

Enfin, 69,7% des sportifs n'envisageaient pas d'alternative à leur pratique sportive.

f. Relations à la pratique sportive et antécédents psychiatriques

Seulement 31 dossiers sur les 83 contenaient des informations sur l'existence d'antécédents psychiatriques chez les sportifs et sur leur relation à la pratique sportive.

Ainsi, trois quarts de ces sportifs (74,2%) pratiquaient leur sport de manière intensive et présentaient des symptômes d'addiction au sport. 35,5% déclaraient continuer leur pratique sportive malgré l'existence d'une blessure et d'une contre indication médicale à la pratique sportive. Des symptômes de surentrainement étaient décelés chez 29% de ces sportifs.

Enfin, un quart de ces sportifs (25,8%) avaient des antécédents psychiatriques à type de dépression, de tentatives de suicide ou d'anorexie.

g. Nécessité de suivi

Au total, à l'issue de l'entretien médical, un suivi médical a été jugé nécessaire pour 35 sportifs (42,2%).

Ce suivi a été proposé principalement aux sportifs ayant eu recours aux stéroïdes anabolisants (6 suivis/6), à ceux ayant utilisé des diurétiques (3/4) ou des glucocorticoïdes (4/16) sans justification thérapeutique, aux sportifs ayant utilisé la voie intramusculaire (3/3), aux sportifs pour lesquels une dépendance à une substance était avérée ou probable (22/23), à ceux ayant une polyconsommation de substances psychoactives (10/14), aux sportifs ayant une consommation d'alcool régulière (10/12), aux sportifs présentant des symptômes de dépendance à la pratique sportive (11/23), des troubles des conduites alimentaires (5/6), des troubles de l'humeur ou du comportement (10/22), ou un retentissement sur leur vie sociale à type de conflits ou de ruptures relationnelles (7/9).

45,7% des sportifs auxquels un suivi a été proposé pratiquaient un sport collectif, 20% un sport de force, 14,3% un sport d'endurance et 11,4% un sport "free style". Un lien de dépendance entre la catégorie de sport pratiqué et la proposition d'un suivi était mis en évidence ($\chi^2 = 10,95$, $p = 0,027$).

4. DISCUSSION

En France, la prise en charge des sportifs sanctionnés pour dopage, régie par le Code du Sport, est déléguée aux AMPD, structures typiquement françaises créées en 2001. Les sportifs sanctionnés pour dopage sont accueillis dans ces AMPD, où ils doivent réaliser un entretien médical aboutissant à la délivrance d'une attestation nominative, obligatoire lors du renouvellement ou de la restitution de leur licence sportive par la fédération.

Depuis 2001, aucun travail ne s'est attaché à évaluer ces entretiens obligatoires. Si l'objectif principal de cette étude était d'évaluer la pertinence sanitaire de ces entretiens médicaux, plusieurs autres remarques émanent des résultats.

a. Représentativité et limites de l'étude

Concernant les données relatives aux caractéristiques des sportifs (sexe, âge et niveau de compétition) et à la substance ayant positivé le contrôle antidopage, les données de notre étude sont en accord avec celles de l'étude réalisée en 2010 par l'AMPD de Midi Pyrénées. Cette étude, qui est la seule étude réalisée au sein d'une AMPD à notre connaissance, révélait que les consultants étaient en majorité des hommes d'une moyenne d'âge de 28 ans. Le THC était la substance la plus souvent détectée, suivi des glucocorticoïdes, des stéroïdes anabolisants et des β 2 mimétiques (21).

Cependant, dans les rapports de l'AFLD de 2006 à 2011 (22)(23)(24)(25)(26)(9), le THC représente environ un tiers des contrôles positifs, tout comme les glucocorticoïdes, alors que dans notre étude, le THC est retrouvé dans 2 tiers des cas et les glucocorticoïdes dans 20% des cas environ. Les stéroïdes anabolisants et les diurétiques sont retrouvés dans des proportions sensiblement comparables à celles de notre étude. Par contre, la consommation de stimulants, en nette augmentation depuis 2006, n'est pas retrouvée dans notre étude où il n'y a aucun cas de dopage aux stimulants mentionné. La surreprésentation du cannabis dans notre étude peut s'expliquer probablement par le fait que beaucoup de sportifs pratiquaient un sport collectif ou un sport "free style" En effet, ceux-ci représentent 51,8% des sportifs de notre étude alors qu'ils ne représentent que 34,4% des contrôles positifs de l'AFLD en 2011, or le cannabis est plus consommé par les sportifs pratiquant des sports collectifs ou "free style" (27)(28). L'absence totale des stimulants dans notre étude est plus difficile à expliquer, le fait que les stimulants aient connu une forte hausse de détection entre 2010 et 2011 (de 10,7% en 2010 à 17,3% en 2011) et que les sportifs sanctionnés en 2011 n'aient pas encore consulté les AMPD est une hypothèse qui reste insuffisante pour expliquer l'absence de sportifs sanctionnés pour utilisation de stimulants dans notre étude.

Le nombre de sportifs sanctionnés pour dopage ayant consulté chaque année au sein de l'AMPD-RA afin d'obtenir la délivrance de l'attestation nominative semble représentatif du

nombre de sportifs sanctionnés pour dopage consultant au sein des AMPD françaises. En effet, d'après les données du Ministère des sports, en 2010, 77 sportifs ont eu un entretien médical dans une AMPD pour la délivrance d'une attestation nominative, ce qui équivaut à 3,7 patients par antenne environ, donc 11 patients pour les 3 sites de la région Rhône-Alpes où 13 patients ont été reçus. De même, en 2011, 71 sportifs ont consulté une AMPD, ce qui équivaut à 8 sportifs environ pour l'AMPD-RA où 5 sportifs ont consulté.

Cependant, compte tenu du nombre d'années étudiées (11 ans) et du fait que l'étude soit limitée à la région Rhône-Alpes, le nombre de dossiers analysés est de 83, ce qui est une fréquentation faible et insuffisante pour généraliser l'importance des phénomènes mis en évidence dans cette étude.

La "fiche de consultation" (annexe 2) était remplie dans 47% des dossiers et le "cahier d'observation" (annexe 3) était rempli dans 36,1% des dossiers, ainsi, 16,9% des dossiers ne contenaient aucun de ces questionnaires mais une simple observation écrite du médecin. Dans ces dossiers, la substance ayant positivé le contrôle antidopage, la consommation d'autres substances psychoactives et la recherche d'une pharmacodépendance étaient renseignées, il manquait uniquement les données relatives aux conséquences du dopage. Les biais de mesure et d'analyse relatifs aux données manquantes sont donc limités dans cette étude rétrospective. Cependant, l'analyse se basant sur des informations provenant des seules déclarations des sportifs, des biais de mémorisation et de déclaration existent vraisemblablement.

b. Entretiens médicaux et suivi des sportifs

Un suivi médical spécialisé a été jugé nécessaire par les médecins pour 42,2% des sportifs sanctionnés pour dopage vus en entretien.

La substance ayant positivé le contrôle antidopage n'apparaît pas être un facteur déterminant quant à la nécessité de mettre en place un suivi médical, hormis pour les sportifs ayant eu recours aux stéroïdes anabolisants, pour lesquels ce suivi a été systématiquement proposé. Ce suivi systématique est justifié du fait des multiples effets secondaires néfastes (14) et des risques de dépendance à d'autres substances psychoactives (cannabis, alcool, tabac, cocaïne) liés à la consommation de stéroïdes anabolisants (15)(16) qui ont pu être démontrés.

L'existence avérée ou probable d'une dépendance, définie par les critères établis par le DSM-IV ou la CIM 10 (annexe 4), apparaît, quant à elle, déterminante vis-à-vis de la nécessité de mettre en place un suivi médical, tout comme l'existence d'une polyconsommation de substances psychoactives sans dépendance avérée. En effet, un suivi médical a été proposé à 95,6% des sportifs pour lesquels des critères de dépendance étaient identifiés et à 50% des sportifs consommant diverses substances psychoactives sans critère de dépendance mis en évidence.

Plus d'un quart des sportifs vus en entretien (27,8%) ont des critères de dépendance, cette dépendance étant dans 69,6% des cas à la substance ayant positivé le contrôle antidopage (cannabis, glucocorticoïdes, stéroïdes anabolisants), et dans 30,4% des cas à une autre substance psychoactive co-consommée par le sportif (alcool, anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs...). Des études ayant mis en évidence des liens entre l'utilisation de substances dopantes interdites et la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis) chez des jeunes sportifs (29) (30), la recherche des substances consommées et d'une possible dépendance à l'une d'entre elles, semble donc nécessaire chez les sportifs ayant eu recours au dopage qui sont reçus en entretien.

En l'absence de pharmacodépendance ou de polyconsommation de substances psychoactives, les autres critères qui ont incité les médecins à proposer un suivi médical aux sportifs sont soit les co-morbidités psychiques associées au dopage, à type de troubles des conduites alimentaires, de troubles du comportement (violence, agressivité...) ou de troubles de l'humeur (angoisse, anxiété...), soit le retentissement social du dopage à type de conflits ou de ruptures relationnelles. Cependant, il reste difficile d'établir si ces troubles psychiques, comportementaux ou sociaux sont des conséquences du dopage ou une des raisons ayant conduit le sportif au dopage. En effet, il a été mis en évidence que le recours au dopage était plus fréquent chez les athlètes ayant un support social et psychologique plus faible (reproches des entraîneurs, peu de relations sociales, difficultés à gérer les erreurs...) (31), et que les jeunes sportifs utilisant des substances interdites semblaient être plus anxieux, avoir une plus faible estime d'eux mêmes (32) et avoir des relations conflictuelles avec leurs parents ou leur entourage (29). Quoi qu'il en soit, il semble que les sportifs sanctionnés pour dopage soient des sujets ayant des fragilités psychologiques et que le recours au dopage puisse s'inscrire dans le cadre de conduites à risque du jeune sportif, qu'il convient de détecter, de prévenir et d'accompagner.

On remarque l'intérêt de renseigner systématiquement un "cahier d'observation". En effet, cela permet de mieux repérer les sportifs ayant des antécédents psychiatriques et ceux pratiquant du sport de manière intensive et oriente la prise de décision du médecin pour proposer un suivi médical (la moitié de ces sportifs respectivement ayant eu un suivi médical proposé). Cette dernière observation est en accord avec une étude suggérant un lien entre pratique intensive du sport, consommation de substances dopantes et dépendance à une substance psychoactive (33).

La réalisation d'un entretien médical complet recherchant le type de substance ayant positivé le contrôle antidopage et les justifications de cet usage, des critères de dépendance à une substance psychoactive (cannabis, alcool, tabac, anxiolytiques, hypnotiques...), une pratique intensive du sport, des "fragilités" psychologiques ou sociales, ainsi que les

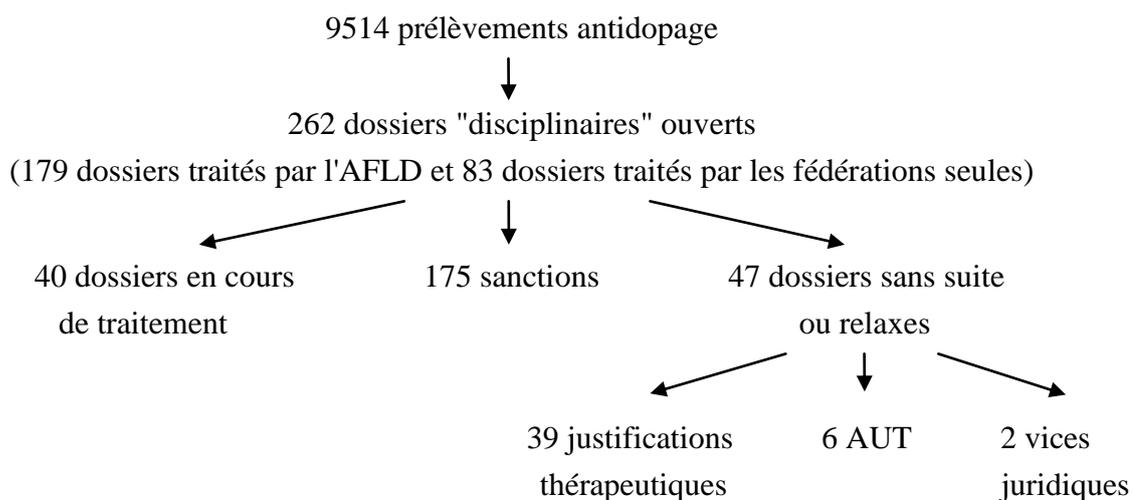
antécédents psychiatriques du sportif paraît donc pertinent pour les sportifs ayant eu recours au dopage afin d'établir si un suivi médical doit leur être proposé.

Mais, si 42,2% des sportifs vus en entretien se sont vus proposer un suivi médical, les questions relatives à la réelle mise en place de ce suivi et à son efficacité se posent et des études complémentaires relatives à ces sujets semblent nécessaires. Ainsi, une étude, qui soulignait que les sportifs avaient plus recours à certaines substances psychoactives que les non-sportifs avec les risques de dépendance associés à ces co-consommations, interrogeait sur la pertinence de traiter les sportifs de façon identique à celle des non-sportifs (34).

Ainsi, nos données semblent confirmer les relations, décrites dans les études sus citées, entre l'usage de produits dopants, la co-consommation de diverses substances psychoactives et les problèmes de dépendance à ces substances d'une part et l'usage de produits dopants et des phénomènes de troubles psychiques et comportementaux (troubles de l'humeur, troubles du comportement, troubles des conduites alimentaires, dépendance à la pratique sportive) d'autre part. Les sportifs ayant recours au dopage semblent donc s'inscrire dans certaines pratiques à risque qu'il est pertinent de dépister et de prendre en charge.

c. Sportifs sanctionnés et entretiens réalisés

On remarque que seulement 71 sportifs ont réalisé un entretien dans une AMPD en 2011 afin d'obtenir une attestation nominative. En comparaison du nombre de sportifs contrôlés positifs et sanctionné par l'AFLD en 2011 s'élevant à 175, ce chiffre est faible ne correspondant qu'à 40,6% des sportifs sanctionnés (graphique 3) (9).



Graphique 3 : Prélèvements antidopage et activité disciplinaire de l'AFLD en 2011 (9)

Une telle discordance peut s'expliquer par plusieurs faits. Certains sportifs sont sanctionnés sans perdre leur licence et sont donc "dispensés" de cet entretien, tout comme les sportifs qui ne reprendront jamais de licence. Mais, il semble surtout, que de nombreuses fédérations sportives délivrent des licences aux sportifs sanctionnés pour dopage sans leur préciser que la délivrance de la licence est conditionnée par l'obtention d'une attestation nominative, délivrée suite à un entretien dans une AMPD. Cette disposition est pourtant prévue dans le Code du Sport (18), mais il semble que l'injonction d'obtention de l'attestation de passage ne soit pas toujours prononcée dans le délibéré de la commission de discipline des fédérations sportives.

Un suivi médical ayant été proposé à 42,2% des sportifs sanctionnés pour dopage vus en entretien au sein de l'AMPD-RA, il semblerait nécessaire d'informer les fédérations de la pertinence de cet entretien et de leur rappeler les dispositions réglementaires existantes.

La question de rendre cet entretien obligatoire pour tout sportif contrôlé positif, qu'il sollicite ou non le renouvellement de sa licence, peut également se poser. En effet, plus d'un quart des sportifs de notre étude présente une pharmacodépendance, or, l'arrêt du sport ne signifiera pas, dans tous les cas, arrêt de consommation de substances, d'où la nécessité de rencontrer également ces sportifs et de leur proposer un suivi médical si nécessaire.

d. Dopage et toxicomanie

L'usage de substances illicites est soumis, en France, à la loi de 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses (35). Cette loi, instaure des mesures répressives mais également des mesures sanitaires. Le toxicomane est considéré comme une personne malade et le Procureur de la République peut prononcer une "injonction thérapeutique" (traitement imposé au toxicomane en alternative à des sanctions pénales). Les soins sont délégués à l'autorité sanitaire compétente, qui jugera, après examen médical et enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé, si une cure de désintoxication ou une surveillance simple sont nécessaires. Les personnes se présentant spontanément aux services de prévention ou de cure ne sont pas soumises à ce dispositif et l'anonymat leur est garanti.

Cependant, les sportifs consommant des stupéfiants sont sanctionnés pour cas de dopage suite à une décision des organes disciplinaires des fédérations sportives ou du Collège de l'AFLD. Ils ne sont donc pas jugés par les juridictions pénales habituelles, et les sportifs utilisant des substances illicites (le cannabis principalement) "échappent" aux dispositions prévues par la loi de 1970. La loi de 2006 reprend, en quelque sorte, la loi de 1970 en instaurant une forme d' "injonction de soins" pour tous les sportifs ayant eu recours au dopage, considérant ainsi ces sportifs comme des malades, voire des toxicomanes. Or, la toxicomanie pouvant être définie comme la dépendance à une drogue illicite, il paraît exagéré

d'assimiler les sportifs sanctionnés pour dopage à des toxicomanes même s'il existe des relations étroites entre le dopage et les addictions et s'il est fréquemment nécessaire de leur proposer des soins. La question de savoir si l'abus de substances illicites dans un cadre de compétition sportive peut être réduit à la problématique de conduites toxicomanes en dehors de tout contexte sportif reste posée (34).

Les remarques qui ont été faites vis-à-vis de la loi de 1970 valent également pour la loi de 2006. Pour être efficace, une prise en charge médicale se doit d'être réalisée avec le consentement et l'adhésion du patient, l'efficacité des "obligations de soins" peut donc être remise en cause. De plus, un programme relatif à la santé publique - qu'il s'agisse de la prise en charge des toxicomanes ou de celle des sportifs ayant recours au dopage, qui sont des problèmes de santé publique – peut-il être instauré suite à des dispositions qui relèvent de la répression ? Ainsi, il semble légitime de se demander si l'instauration de cet entretien médical ne serait pas plus efficace dans un autre cadre que celui de la répression du dopage où le sportif dopé est assimilé à un toxicomane.

e. Les problèmes posés par la consommation de cannabis

Dans notre étude, les trois quarts des sportifs sanctionnés suite à la détection de THC au contrôle antidopage, avaient une consommation uniquement récréative et "sociale" de cannabis. Dans le quart des cas restant, le cannabis était utilisé à visée anxiolytique ou pour améliorer la récupération. Les effets ergogènes du cannabis n'étant pas démontrés, ce sont ses effets anxiolytiques et relaxants qui en font un produit considéré comme dopant (36). Il apparaît, dans le rapport d'activité 2011 de l'AFLD (9), que les sportifs contrôlés positifs au THC sont sanctionnés dans pratiquement 100% des cas, alors que, par exemple, les sportifs ayant utilisé des glucocorticoïdes le sont dans 80% des cas et ceux ayant utilisé des $\beta 2$ mimétiques dans 17% des cas (annexe 5). Comment, d'un point de vue pédagogique, justifier les sanctions à l'encontre de tous les consommateurs de cannabis - substance interdite mais dont les effets ergogènes ne sont pas prouvés - alors que, pour toutes les autres substances, des relaxes sont prononcées ?

De plus, des difficultés relatives à l'interprétation d'un taux positif de THC dans les urines existent. En effet, du fait d'une élimination très variable d'une personne à l'autre (de 3 à 5 jours pour une consommation occasionnelle et jusqu'à 4 semaines lors d'une consommation régulière) un taux positif de THC dans les urines ne permet pas de déterminer le moment de la dernière consommation (36). Or, le cannabis est une substance interdite en compétition uniquement. La pertinence du dispositif de répression du dopage peut, à nouveau, être discutée : comment justifier des sanctions relatives à l'usage d'une substance interdite en compétition uniquement alors que sa détection dans les urines ne témoigne pas

nécessairement d'un usage en compétition ? Dans ce contexte, il semblerait plus pertinent que les cannabinoïdes soient interdits en permanence.

La consommation de cannabis chez les adultes jeunes, de sexe masculin surtout, a augmentée au cours des dernières années. En 2010, en France, 24% des hommes âgés de 15 à 34 ans rapportaient une consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois et 11,1% des femmes de la même classe d'âge (37). L'augmentation de la consommation de cannabis à visée festive par les jeunes sportifs semble donc aller de paire avec celle des jeunes non-sportifs. De plus, il a été mis en évidence que l'utilisation de cannabis est plus fréquente chez les jeunes sportifs masculins pratiquant des sports collectifs, des sports "free style" ou des sports de combat (28). Les résultats de notre étude sont en accord avec ces données. En effet, 89% des sportifs sanctionnés pour usage de THC étaient de sexe masculin, 71% pratiquaient des sports collectifs ou des sports "free style" et le THC était à l'origine de 100% des sanctions chez les sportifs de moins de 20 ans, de 76% des sanctions chez les 21-30 ans, de 46% des sanctions chez les 31-40 ans et de 0 sanction chez les plus de 40 ans. Il semblerait que le mouvement sportif veuille supprimer la consommation de cannabis dans le sport pour des raisons morales. Cependant, cette volonté entraîne de multiples sanctions à l'égard de jeunes sportifs, le plus souvent de sexe masculin et pratiquant des sports collectifs ou "free style", qui consomment du cannabis sans volonté de dopage. Ainsi, la moitié des sportifs de notre étude (50,6%) sont des sportifs jeunes sanctionnés pour consommation de cannabis dans un contexte festif. Une certaine discordance avec l'objectif annoncé par le Code Mondial Antidopage, de lutter contre l'usage abusif de substances ayant des effets ergogènes est donc mis en évidence dans cette étude. Et, bien que le cannabis soit une substance illicite et que le contexte festif ne puisse justifier son utilisation, n'y a-t-il pas nécessité de distinguer la consommation festive, de la consommation à visée dopante qui relève bien du champ sportif ?

Enfin, le fait que tous les sportifs fumeurs de notre étude soit des sportifs sanctionnés pour utilisation de THC doit être relevé. Cette observation est en accord avec les résultats d'une étude mettant en évidence que les fumeurs précoces avaient 3 fois plus de risque que les non fumeurs de consommer régulièrement du cannabis (38). Il semble donc nécessaire de rechercher une consommation de cannabis chez les jeunes fumeurs - sportifs ou non - dans le but de réduire les risques liés à cette consommation.

Il reste, dans tous les cas, essentiel de prévenir la consommation de cannabis, de sensibiliser les sportifs aux méfaits de cette substance, de les informer que ce produit est sur la liste des substances interdites, ce qu'ils ignorent parfois, et que son usage est interdit de façon plus générale.

f. Dopage et médicaments

Un quart des sportifs sanctionnés dans notre étude (25,3%) l'était suite à l'utilisation d'un médicament délivré sur ordonnance (glucocorticoïdes dans 19,3% des cas, diurétiques dans 4,8% des cas et β 2 mimétiques dans 1,2% des cas).

Il apparaît que trois de ces sportifs (14,3%) auraient dû posséder une AUT (Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques) leur évitant l'ouverture d'une procédure disciplinaire et/ou une sanction. Deux sportifs (9,5%) ont été sanctionnés suite à une consommation médicamenteuse dans un contexte d'urgence, faute de justifications de cet usage dans les délais impartis.

Alors que l'utilisation de ces médicaments était purement thérapeutique dans 52,4% des cas, une prescription médicale existait dans 85,7% des cas. Il y a donc 33,3% de médicaments, prescrits par des médecins sur ordonnance, sans justification thérapeutique et qui sont utilisés par les sportifs à visée dopante. Cette observation est en accord avec l'étude de P. Laure menée auprès de médecins généralistes qui mettait en évidence que 14% des médecins généralistes étaient certains que les médicaments qu'ils avaient prescrits (particulièrement des stimulants et des glucocorticoïdes) étaient utilisés pour améliorer les performances sportives (39). Ainsi, la responsabilité des prescripteurs pourrait être engagée au cas où le sportif sanctionné pour dopage déciderait de tenter une action en justice, mais aussi pour tentative de dopage en cas de prescription non justifiée par l'état de santé du sportif.

Enfin, dix sportifs sanctionnés suite à l'usage de médicaments rapportaient une automédication à partir d'anciennes ordonnances. Cette automédication ne concernait que les glucocorticoïdes, elle ne relevait pas d'une réelle indication thérapeutique dans 40% des cas où les sportifs utilisaient ces glucocorticoïdes pour améliorer leur récupération ou augmenter leur force. Même si pour 60% de ces sportifs, l'usage du médicament était à visée thérapeutique, l'ancienneté des ordonnances ne pouvant attester que le médicament avait été prescrit au moment de la période du contrôle, ces sportifs ont été sanctionnés pour dopage.

Il semble donc nécessaire de sensibiliser les médecins sur les dispositions de la réglementation du dopage et de les informer des démarches nécessaires pour prescrire des substances interdites chez les sportifs. Il faudrait également sensibiliser les sportifs et les médecins aux problèmes posés par l'automédication chez les sportifs.

5. CONCLUSION

Cet entretien médical, rendu obligatoire par le Code du Sport, pour tout sportif sanctionné pour dopage semble donc pertinent face aux problèmes de pharmacodépendance et/ou de polyconsommations qu'il permet de révéler chez ces sportifs. Cependant, le nombre de sportifs vu en entretien est faible, ce qui rend difficile pour conclure quant à l'importance de ce phénomène. Quoi qu'il en soit, les résultats de cette étude suggèrent qu'il existe des relations entre l'usage de produits dopants et des phénomènes de consommation et de dépendance à diverses substances psychoactives d'une part et des phénomènes de troubles de l'humeur et/ou de troubles des conduites (troubles du comportement alimentaire, dépendance à la pratique sportive) d'autre part. Le sportif sanctionné pour dopage semble s'inscrire dans un cadre plus général de conduites à risque et il paraît donc pertinent de lui proposer cet entretien. Dans ce contexte, on peut s'interroger sur le devenir des sportifs ayant eu recours au dopage qui ne sollicitent pas le renouvellement de leur licence, pour lesquels aucune prise en charge n'est prévue par le Code du Sport. La réelle efficacité de la prise en charge des sportifs ayant eu recours au dopage n'a pas été évaluée et des études sur ce sujet semblent nécessaires.

Toutefois, cette obligation d'entretien médical peut être assimilée à "l'injonction thérapeutique" prévue par la loi de 1970, les sportifs dopés étant alors assimilés à des toxicomanes, ce qui soulève certaines interrogations.

La problématique de la consommation de cannabis par les jeunes sportifs est également soulevée dans notre étude. En effet, deux tiers des sportifs sanctionnés l'ont été pour usage de cannabis - substance dont les effets ergogènes ne sont pas démontrés - dont l'usage était purement récréatif dans deux tiers des cas. Le dispositif de répression du dopage semble donc sanctionner de jeunes sportifs, le plus souvent de sexe masculin pratiquant des sports collectifs ou "free style", qui consomment du cannabis comme leur pairs d'âge non-sportifs. Une discordance existe entre l'objectif annoncé par le Code Mondial Antidopage, de lutter contre l'usage abusif de substances ergogènes et le fait de sanctionner des sportifs qui ont des consommations le plus souvent récréatives et sans relation directe avec la performance sportive.

Quoi qu'il en soit, le dispositif de répression existant ne semble pas suffisant pour limiter les consommations de substances psychoactives (principalement le cannabis) chez les jeunes sportifs. Il semble donc nécessaire d'analyser ces diverses consommations qui s'inscrivent dans le cadre, plus général, des conduites à risque des jeunes - sportifs ou non - afin d'instaurer une prévention et une réduction des risques efficaces auprès des sportifs comme des non-sportifs.

TITRE: Évaluation de l'entretien médical réalisé par les sportifs sanctionnés pour dopage. Expérience de l'Antenne Médicale de Prévention du Dopage Rhône-Alpes de 2002 à 2012.

CONCLUSION

Le Code Mondial Antidopage, dont le but est "d'harmoniser les principaux éléments liés à la lutte contre le dopage", ne prévoit pas la prise en charge des sportifs ayant eu recours au dopage. Ainsi, face aux problèmes de santé pouvant être induits par la consommation de substances dopantes interdites, il incombe à chaque état qui le souhaite de l'instaurer. En France, les Antennes Médicales de Prévention du Dopage (AMPD) existent depuis 2001 et sont chargées de diverses missions dont celles d'accueillir les sportifs sanctionnés pour dopage et de leur proposer un suivi médical si nécessaire. Ainsi, un entretien avec un médecin d'une AMPD doit être réalisé par tout sportif sanctionné pour dopage sollicitant la restitution de sa licence sportive. Une attestation nominative est délivrée au terme de cet entretien et doit être exigée par toute fédération pour restituer leur licence à ces sportifs. La région Rhône-Alpes compte 3 sites de consultations (AMPD-RA) qui ont reçu, depuis leur ouverture en 2001, plusieurs dizaines de sportifs en application de ces dispositions réglementaires.

L'objectif de ce travail est d'analyser la pertinence de ces entretiens médicaux obligatoires en fonction des substances consommées, des conséquences psychiques et sociales du dopage et de la nécessité de prendre en charge ces sportifs.

Cette étude rétrospective a analysé les observations issues des entretiens médicaux des sportifs ayant consulté au sein de l'AMPD-RA entre 2002 et 2012.

En 11 ans, 83 sportifs ont satisfait à ces critères. Il s'agissait d'hommes (84,3%), d'une moyenne d'âge de 28 ans (écart type 7,1 ans). Lors des contrôles antidopage, la présence de métabolites du cannabis était détectée dans 66,3% des cas, suivi de celles des glucocorticoïdes (19,3%), des stéroïdes anabolisants (7,2%), des diurétiques (4,8%) et des $\beta 2$ mimétiques (1,2%). Une dépendance à la substance ayant positivé le contrôle antidopage ou à une autre substance psychoactive co-consommée (alcool, cannabis, hypnotiques, anxiolytiques...) était probable ou avérée chez 27,8% des sportifs. Seuls 7,2% des sportifs polyconsommateurs ne présentaient pas de pharmacodépendance. Par ailleurs, 34,4% des sportifs présentaient des troubles du comportement, 9% des troubles des conduites alimentaires et 30,4% des sportifs rapportaient un retentissement sur leur vie sociale. Finalement, un suivi médical a été jugé nécessaire pour 42,2% des sportifs.

Cet entretien médical semble donc pertinent dans la mesure où il révèle des problèmes de pharmacodépendance et/ou de polyconsommation chez des sportifs sanctionnés pour dopage. Les résultats de cette étude suggèrent qu'il existe des relations entre l'usage de produits dopants et des phénomènes de consommation et de dépendance à diverses substances psychoactives d'une part et des phénomènes de troubles de l'humeur et/ou de troubles des conduites (troubles du comportement alimentaire, dépendance à la pratique sportive) d'autre part. Ainsi, le sportif sanctionné pour dopage semble s'inscrire dans certaines pratiques à risques et il paraît nécessaire de lui proposer cet entretien. Cependant, compte tenu de la durée

de cette étude, le nombre de sportifs vu en entretien est faible, ce qui rend difficilement interprétable l'importance du phénomène.

Enfin, deux tiers des sportifs sanctionnés dans notre étude l'ont été pour usage de cannabis, ce qui interroge sur l'efficacité même du dispositif de répression du dopage qui sanctionne de jeunes sportifs masculins qui consomment cette substance comme leur pairs d'âge non-sportifs. De plus, les effets ergogènes du cannabis n'étant pas démontrés, une discordance avec l'objectif annoncé par le Code Mondial Antidopage, de lutter contre l'usage abusif de substances ayant des effets ergogènes est mis en évidence dans cette étude. Dans ce contexte, il semblerait nécessaire d'instaurer une prévention efficace relative aux consommations de substances psychoactives des jeunes sportifs comme non-sportifs, qui ne soit pas uniquement basée sur des dispositions répressives.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 25/1/2013

LE DOYEN

Pr J.P. ROMANET

A circular stamp with a signature inside, likely from the University of Grenoble.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr M. DEMATTEIS

A large, stylized signature of Maurice Dematteis.

CHU de GRENOBLE
Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
Médecine Légale - Addictologie
Professeur Maurice DEMATTEIS

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence Mondiale Antidopage. Code Mondial Antidopage. Première partie: Contrôle du dopage. Article 1 : définition du dopage. 2009.
2. Agence Mondiale Antidopage. Code Mondial Antidopage. Première partie: Contrôle du dopage. Article 2 : violations des règles antidopage. 2009.
3. Agence Mondiale Antidopage. Code Mondial Antidopage. Première partie: Contrôle du dopage. Article 4 : la liste des interdictions. 2009.
4. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Convention internationale contre le dopage dans le sport. Paris, 19 octobre 2005. Liste des États parties. Disponible sur: <http://www.unesco.org/eri/la/convention.asp?language=F&KO=31037#1>.
5. JORF du 01 juillet 1989. Loi n°89-432 du 28 juin 1989 relative à la prévention et à la répression de l'usage des produits dopants à l'occasion des compétitions et manifestations sportives.
6. JORF n°70 du 24 mars 1999. Loi n°99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage.
7. JORF n°82 du 6 avril 2006. Loi n°2006-405 du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs.
8. JORF n°303 du 31 décembre 2006. Décret n°2006-1830 du 23 décembre 2006 relatif aux conditions d'agrément et de fonctionnement des antennes médicales de prévention du dopage.
9. Agence Française de Lutte contre le Dopage. Rapport d'activité 2011. Mai 2012.
10. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *BJP*. 2 janv 2001;178(2):101-106.
11. Guinot M, Duclos M, Idres N, Souberbielle JC, Megret A, Le Bouc Y. Value of basal serum cortisol to detect corticosteroid-induced adrenal insufficiency in elite cyclists. *Eur. J. Appl. Physiol.* févr 2007;99(3):205-216.
12. Rochcongar P, De Labareyre H, De Lecluse J, Monroche A, Polard E. L'utilisation et la prescription des corticoïdes en médecine du sport. *Science & Sports*. juin 2004;19(3):145-154.
13. Angell PJ, Chester N, Sculthorpe N, Whyte G, George K, Somauroo J. Performance enhancing drug abuse and cardiovascular risk in athletes: implications for the clinician. *Br J Sports Med*. nov 2012;46 Suppl 1:i78-84.
14. Hallagan JB, Hallagan LF, Snyder MB. Anabolic-Androgenic Steroid Use by Athletes. *New England Journal of Medicine*. 1989;321(15):1042-1045.
15. Nyberg F, Hallberg M. Interactions between opioids and anabolic androgenic steroids: implications for the development of addictive behavior. *Int. Rev. Neurobiol.* 2012;102:189-206.
16. DuRant RH, Rickert VI, Ashworth CS, Newman C, Slavens G. Use of Multiple Drugs among Adolescents Who Use Anabolic Steroids. *New England Journal of Medicine*. 1993;328(13):922-926.
17. Code du sport. Partie législative. Titre III : Santé des sportifs et lutte contre le dopage. Chapitre II: Lutte contre le dopage. Article L232-1.
18. Code du sport. Partie législative. Titre III : Santé des sportifs et lutte contre le dopage. Chapitre I: suivi médical des sportifs. Article L231-8.
19. JORF n°0277 du 28 novembre 2012. Arrêté du 14 novembre 2012 relatif à l'agrément des antennes médicales de prévention du dopage.
20. Code du sport. Partie législative. Titre III : Santé des sportifs et lutte contre le dopage. Chapitre II: Lutte contre le dopage. Article L232-15.

21. Senard-Ojero A, Durrieu G, Depiesse F, Schmitt L, Riviere D, Montastruc J-L. Consommation de substances interdites chez le sportif: étude à l'Antenne Médicale de Prévention du Dopage de Midi-Pyrénées (AMPD-MP). *Thérapie*. 13 déc 2010;65(5):459-463.
22. Agence Française de Lutte contre le Dopage. Rapport d'activité 2006. Mai 2007.
23. Agence Française de Lutte contre le Dopage. Rapport d'activité 2007. Mai 2008.
24. Agence Française de Lutte contre le Dopage. rapport d'activité 2008. Mai 2009.
25. Agence Française de Lutte contre le Dopage. Rapport d'activité 2009. Mai 2010.
26. Agence Française de Lutte contre le Dopage. Rapprt d'activité 2010. Mai 2011.
27. National cannabis prevention and information center. Cannabis and sport. Research brief. juill 2011;8:1-5.
28. Pokrywka A, Obmiński Z, Kwiatkowska D, Grucza R. Cannabinoids cases in polish athletes. *Biol Sport*. 2009;26(2):119-135.
29. Laure P, Lecerf T, Friser A, Binsinger C. Drugs, recreational drug use and attitudes towards doping of high school athletes. *Int J Sports Med*. févr 2004;25(2):133-138.
30. Buckman JF, Yusko DA, White HR, Pandina RJ. Risk profile of male college athletes who use performance-enhancing substances. *J Stud Alcohol Drugs*. nov 2009;70(6):919-923.
31. Kumar Neeraj, Paul Maman, Sandhu J. Why Players Engage in Drug Abuse Substances? A Survey Study. *The Doping Journal*. mai 2011;Vol. 8 article 1.
32. Laure P, Binsinger C. Doping prevalence among preadolescent athletes: a 4-year follow-up. *Br J Sports Med*. oct 2007;41(10):660-663; discussion 663.
33. Franques P, Auriacombe M, Tignol J. Sports, use of performance enhancing drugs and addiction. A conceptual and epidemiological review. *Ann Med Interne (Paris)*. nov 2001;152 Suppl 7:37-49.
34. McDuff DR, Baron D. Substance use in athletics: a sports psychiatry perspective. *Clin Sports Med*. oct 2005;24(4):885-897, ix-x.
35. JORF du 3 janvier 1971. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
36. Saugy M, Avois L, Saudan C, Robinson N, Giroud C, Mangin P, et al. Cannabis and sport. *Br J Sports Med*. juill 2006;40 Suppl 1:i13-15.
37. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Statistical bulletin 2012. General Population Surveys. Table GPS-5: last 12 months prevalence of drug use by age, gender and country, most recent national general population survey available since 2000. Part iii to vi.
38. P L Ellickson JST. High-risk behaviors associated with early smoking: results from a 5-year follow-up. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2001;28(6):465-73.
39. Laure P, Binsinger C, Lecerf T. General practitioners and doping in sport: attitudes and experience. *Br J Sports Med*. 8 janv 2003;37(4):335-338.

SOMMAIRE DES ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Liste des interdictions 2013 de l'AMA.....	36
<u>Annexe 2</u> : Fiche de consultation.....	46
<u>Annexe 3</u> : Cahier d'observation.....	50
<u>Annexe 4</u> : Critères de dépendance selon le DSM-IV et la CIM-10.....	62
<u>Annexe 5</u> : Décisions prises par l'AFLD en 2011 en fonction des substances détectées chez les humains (9).....	63

Annexe 1 : Liste des interdictions 2013 de l'AMA



Code mondial antidopage

**LISTE DES
INTERDICTIONS 2013

STANDARD
INTERNATIONAL**

Le texte officiel de la *Liste des interdictions* sera tenu à jour par l'AMA et publié en anglais et en français. La version anglaise fera autorité en cas de divergence entre les deux versions.

Cette liste entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

LISTE DES INTERDICTIONS 2013

CODE MONDIAL ANTIDOPAGE

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013

En conformité avec l'article 4.2.2 du Code mondial antidopage, toutes les *substances interdites* doivent être considérées comme des «substances spécifiées» sauf les substances dans les classes S1, S2, S4.4, S4.5, S6.a, et les *méthodes interdites* M1, M2 et M3.

SUBSTANCES ET MÉTHODES INTERDITES EN PERMANENCE (EN ET HORS COMPÉTITION)

SUBSTANCES INTERDITES

S0. SUBSTANCES NON APPROUVÉES

Toute substance pharmacologique non incluse dans une section de la *Liste* ci-dessous et qui n'est pas actuellement approuvée pour une utilisation thérapeutique chez l'Homme par une autorité gouvernementale réglementaire de la Santé (par ex. médicaments en développement préclinique ou clinique ou qui ne sont plus disponibles, médicaments à façon, substances approuvées seulement pour usage vétérinaire) est interdite en permanence.

S1. AGENTS ANABOLISANTS

Les agents anabolisants sont interdits.

1. Stéroïdes anabolisants androgènes (SAA)

a. SAA exogènes*, incluant :

1-androstènediol (5 α -androst-1-ène-3 β ,17 β -diol) ; **1-androstènedione** (5 α -androst-1-ène-3,17-dione) ; **bolandiol** (estr-4-ène-3 β ,17 β -diol) ; **bolastérone** ; **boldénone** ; **boldione** (androsta-1,4-diène-3,17-dione) ; **calustérone** ; **clostébol** ; **danazol** ([1,2]oxazolo[4',5':2,3]prégna-4-ène-20-yn-17 α -ol) ;

déhydrochlorméthyltestostérone (4-chloro-17 β -hydroxy-17 α -méthylandrosta-1,4-diène-3-one); **désoxyméthyltestostérone** (17 α -méthyl-5 α -androst-2-ène-17 β -ol); **drostanolone**; **éthylestrénol** (19-norprégna-4-ène-17 α -ol); **fluoxymestérone**; **formébolone**; **furazabol** (17 α -méthyl[1,2,5]oxadiazolo[3',4':2,3]-5 α -androstane-17 β -ol); **gestrinone**; **4-hydroxytestostérone** (4,17 β -dihydroxyandrost-4-ène-3-one); **mestanolone**; **mestérolone**; **métérolone**; **méthandiénone** (17 β -hydroxy-17 α -méthylandrosta-1,4-diène-3-one); **méthandriol**; **méthastérone** (17 β -hydroxy-2 α ,17 α -diméthyl-5 α -androstane-3-one); **méthyl-diénone** (17 β -hydroxy-17 α -méthylestra-4,9-diène-3-one); **méthyl-1-testostérone** (17 β -hydroxy-17 α -méthyl-5 α -androst-1-ène-3-one); **méthyl-nortestostérone** (17 β -hydroxy-17 α -méthylestr-4-en-3-one); **méthyltestostérone**; **métribolone** (méthyltriénone, 17 β -hydroxy-17 α -méthylestra-4,9,11-triène-3-one); **mibolérone**; **nandrolone**; **19-norandrostènedione** (estr-4-ène-3,17-dione); **norbolétone**; **norclostébol**; **noréthandrolone**; **oxabolone**; **oxandrolone**; **oxymestérone**; **oxymétholone**; **prostanazol** (17 β -[(tétrahydropyrane-2-yl)oxy]-1'H-pyrazolo[3,4:2,3]-5 α -androstane); **quinbolone**; **stanozolol**; **stenbolone**; **1-testostérone** (17 β -hydroxy-5 α -androst-1-ène-3-one); **tétrahydrogestrinone** (17-hydroxy-18 α -homo-19-nor-17 α -prégna-4,9,11-triène-3-one); **trenbolone** (17 β -hydroxyestr-4,9,11-triène-3-one); et autres substances possédant une structure chimique similaire ou un (des) effet(s) biologique(s) similaire(s).

b. SAA endogènes** par administration exogène :

androstènediol (androst-5-ène-3 β ,17 β -diol); **androstènedione** (androst-4-ène-3,17-dione); **dihydrotestostérone** (17 β -hydroxy-5 α -androst-3-one); **prastérone** (déhydroépiandrostérone, DHEA, 3 β -hydroxyandrost-5-ène-17-one); **testostérone**;

et les métabolites et isomères suivants, incluant sans s'y limiter :

5 α -androstane-3 α ,17 α -diol; **5 α -androstane-3 α ,17 β -diol**; **5 α -androstane-3 β ,17 α -diol**; **5 α -androstane-3 β ,17 β -diol**; **androst-4-ène-3 α ,17 α -diol**; **androst-4-ène-3 α ,17 β -diol**; **androst-4-ène-3 β ,17 α -diol**; **androst-5-ène-3 α ,17 α -diol**; **androst-5-ène-3 α ,17 β -diol**; **androst-5-ène-3 β ,17 α -diol**; **4-androstènediol** (androst-4-ène-3 β ,17 β -diol); **5-androstènedione** (androst-5-ène-3,17-dione); **épi-dihydrotestostérone**; **épitestostérone**; **étiocolanolone**; **3 α -hydroxy-5 α -androst-17-one**; **3 β -hydroxy-5 α -androst-17-one**; **7 α -hydroxy-DHEA** ; **7 β -hydroxy-DHEA** ; **7-keto-DHEA**; **19-norandrostérone**; **19-norétiocolanolone**.

2. Autres agents anabolisants, incluant sans s'y limiter :

Clenbutérol, **modulateurs sélectifs des récepteurs aux androgènes (SARMs)**, **tibolone**, **zéranol**, **zilpatérol**.

Pour les besoins du présent document:

* « exogène » désigne une substance qui ne peut pas être habituellement produite naturellement par l'organisme humain.

** « endogène » désigne une substance qui peut être produite naturellement par l'organisme humain.

S2. HORMONES PEPTIDIQUES, FACTEURS DE CROISSANCE ET SUBSTANCES APPARENTÉES

Les substances qui suivent et leurs facteurs de libération sont interdits :

- 1. Agents stimulants de l'érythropoïèse [par ex. érythropoïétine (EPO), darbépoétine (dEPO), méthoxy polyéthylène glycol-époétine bêta (CERA), péginesatide (Hématide), stabilisateurs de facteurs inductibles par l'hypoxie (HIF)];**
- 2. Gonadotrophine chorionique (CG) et hormone lutéinisante (LH),** interdites chez le *sportif* de sexe masculin seulement;
- 3. Corticotrophines;**
- 4. Hormone de croissance (GH), facteur de croissance analogue à l'insuline-1 (IGF-1), facteur de croissance dérivé des plaquettes (PDGF), facteur de croissance endothélial vasculaire (VEGF), facteur de croissance des hépatocytes (HGF), facteurs de croissance fibroblastiques (FGF), facteurs de croissance mécaniques (MGF),** ainsi que tout autre facteur de croissance influençant, dans le muscle, le tendon ou le ligament, la synthèse/dégradation protéique, la vascularisation, l'utilisation de l'énergie, la capacité régénératrice ou le changement du type de fibre;

et autres substances possédant une structure chimique similaire ou un (des) effet(s) biologique(s) similaire(s).

S3. BÊTA-2 AGONISTES

Tous les bêta-2 agonistes, y compris tous leurs isomères optiques (par ex. *d-* et *l-*) s'il y a lieu sont interdits, sauf le salbutamol inhalé (maximum 1600 microgrammes par 24 heures), le formotérol inhalé (dose maximale délivrée de 54 microgrammes par 24 heures) et le salmétérol administré par inhalation conformément aux schémas d'administration thérapeutique recommandés par les fabricants.

La présence dans l'urine de salbutamol à une concentration supérieure à 1000 ng/mL ou de formotérol à une concentration supérieure à 40 ng/mL sera présumée ne pas être une utilisation thérapeutique intentionnelle et sera

considérée comme un *résultat d'analyse anormal*, à moins que le *sportif* ne prouve par une étude de pharmacocinétique contrôlée que ce résultat anormal est bien la conséquence de l'usage d'une dose thérapeutique par inhalation jusqu'à la dose maximale indiquée ci-dessus.

S4. MODULATEURS HORMONAUX ET MÉTABOLIQUES

Les substances suivantes sont interdites:

1. **Inhibiteurs d'aromatase**, incluant sans s'y limiter: **aminoglutéthimide, anastrozole, androsta-1,4,6-triène-3,17-dione (androstatriènedione), 4-androstène-3,6,17 trione (6-oxo), exemestane, formestane, létrozole, testolactone.**
2. **Modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes (SERM)**, incluant sans s'y limiter: **raloxifène, tamoxifène, torémifène.**
3. **Autres substances anti-œstrogéniques**, incluant sans s'y limiter : **clomifène, cyclofénil, fulvestrant.**
4. **Agents modificateurs de(s) la fonction(s) de la myostatine**, incluant sans s'y limiter : **les inhibiteurs de la myostatine.**
5. **Modulateurs métaboliques:**
 - a) **Insulins**
 - b) **les agonistes du récepteur activé par les proliférateurs des péroxysomes δ (PPAR δ) (par ex. GW 1516) et les agonistes de l'axe PPAR δ -protéine kinase activée par l'AMP (AMPK) (par ex. AICAR).**

S5. DIURÉTIQUES ET AUTRES AGENTS MASQUANTS

Les agents masquants sont interdits. Ils incluent :

Diurétiques, desmopressine, probénécide, succédanés de plasma (par ex. glycérol; administration intraveineuse d'albumine, dextran, hydroxyéthylamidon et mannitol), et autres substances possédant un (des) effet(s) biologique(s) similaire(s). L'administration locale de la félypressine en anesthésie dentaire n'est pas interdite.

Les diurétiques incluent :

Acétazolamide, amiloride, bumétanide, canrénone, chlortalidone, acide étacrynique, furosémide, indapamide, métolazone, spironolactone, thiazides (par ex. bendrofluméthiazide, chlorothiazide, hydrochlorothiazide), triamtèrene, et autres substances possédant une

structure chimique similaire ou un (des) effet(s) biologique(s) similaire(s) (sauf la drospirénone, le pamabrome et l'administration topique de dorzolamide et brinzolamide, qui ne sont pas interdits).

L'usage *en compétition*, et *hors compétition* si applicable, de toute quantité d'une substance étant soumise à un niveau seuil (c'est-à-dire formotérol, salbutamol, cathine, éphédrine, méthyléphédrine et pseudoéphédrine) conjointement avec un diurétique ou un autre agent masquant, requiert la délivrance d'une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques spécifique pour cette substance, outre celle obtenue pour le diurétique ou un autre agent masquant.

MÉTHODES INTERDITES

M1. MANIPULATION DE SANG OU DE COMPOSANTS SANGUINS

Ce qui suit est interdit :

1. L'administration ou réintroduction de n'importe quelle quantité de sang autologue, homologue ou hétérologue ou de globules rouges de toute origine dans le système circulatoire.
2. L'amélioration artificielle de la consommation, du transport ou de la libération de l'oxygène incluant, sans s'y limiter, les produits chimiques perfluorés, l'éfaproxiral (RSR13) et les produits d'hémoglobine modifiée (par ex. les substituts de sang à base d'hémoglobine, les produits à base d'hémoglobines réticulées), mais excluant la supplémentation en oxygène.
3. Toute manipulation intravasculaire de sang ou composant(s) sanguin(s) par des méthodes physiques ou chimiques.

M2. MANIPULATION CHIMIQUE ET PHYSIQUE

Ce qui suit est interdit :

1. La *falsification*, ou la tentative de *falsification*, dans le but d'altérer l'intégrité et la validité des *échantillons* recueillis lors du *contrôle du dopage*. Cette catégorie comprend, sans s'y limiter, la substitution et/ou l'altération de l'urine (par ex. protéases).
2. Les perfusions intraveineuses et/ou injections de plus de 50 mL par période de 6 heures, sauf celles reçues légitimement dans le cadre d'admissions hospitalières ou lors d'examens cliniques.

M3. DOPAGE GÉNÉTIQUE

Ce qui suit, ayant la capacité potentielle d'améliorer la performance sportive, est interdit :

1. Le transfert de polymères d'acides nucléiques ou d'analogues d'acides nucléiques;
2. L'utilisation de cellules normales ou génétiquement modifiées;

SUBSTANCES ET MÉTHODES INTERDITES EN COMPÉTITION

Outre les catégories S0 à S5 et M1 à M3 définies ci-dessus, les catégories suivantes sont interdites *en compétition* :

SUBSTANCES INTERDITES

S6. STIMULANTS

Tous les stimulants, y compris tous leurs isomères optiques (par ex. *d-* et *l*) s'il y a lieu, sont interdits, à l'exception des dérivés de l'imidazole en application topique et des stimulants figurant dans le Programme de surveillance 2013*.

Les stimulants incluent :

a : Stimulants non spécifiés :

Adrafinil, amfépramone, amiphénazole, amphétamine, amphétaminil, benfluorex, benzphétamine, benzylpipérazine, bromantan, clobenzorex, cocaïne, cropropamide, crotétamide, diméthylamphétamine, étilamphétamine, famprofazone, fencamine, fenétylline, fenfluramine, fenproporex, furfénorex, méfénorex, méphentermine, mésocarbe, méthamphétamine (*d-*), *p*-méthylamphétamine, méthylènedioxyamphétamine, méthylènedioxyméthamphétamine, modafinil, norfenfluramine, phendimétrazine, phenmétrazine, phentermine, 4-phenylpiracétam (carphédon), prénylamine, prolintane.
Un stimulant qui n'est pas expressément nommé dans cette section est une substance spécifiée.

b : Stimulants spécifiés (exemples):

Adrénaline^{}, cathine^{***}, éphédrine^{****}, étamivan, étiléfrine, fenbutrazate, fencamfamine, heptaminol, isométhéptène, levmétamfétamine, méclofenoxate, méthyléphédrine^{****}, méthylhexaneamine (diméthylpentylamine), méthylphenidate, nicéthamide, norfénéfrine, octopamine, oxilofrine (méthylsynéphrine), parahydroxyamphétamine, pémoline, pentétrazole, phenprométhamine, propylhexédrine, pseudoéphédrine^{****}, sélégiline, sibutramine, strychnine,**

tuaminoheptane; et autres substances possédant une structure chimique similaire ou un (des) effet(s) biologique(s) similaire(s).

* Les substances figurant dans le Programme de surveillance 2013 (bupropion, caféine, nicotine, phényléphrine, phénylpropanolamine, pipradrol, synéphrine) ne sont pas considérées comme des *substances interdites*.

** L'usage local (par ex. par voie nasale ou ophtalmologique) de l'**adrénaline** ou sa co-administration avec les anesthésiques locaux ne sont pas interdits.

*** La **cathine** est interdite quand sa concentration dans l'urine dépasse 5 microgrammes par millilitre.

**** L'**éphédrine** et la **méthyléphédrine** sont interdites quand leurs concentrations respectives dans l'urine dépassent 10 microgrammes par millilitre.

***** La **pseudoéphédrine** est interdite quand sa concentration dans l'urine dépasse 150 microgrammes par millilitre.

S7. NARCOTIQUES

Ce qui suit est interdit:

Buprénorphine, dextromoramide, diamorphine (héroïne), fentanyl et ses dérivés, hydromorphone, méthadone, morphine, oxycodone, oxymorphone, pentazocine, péthidine.

S8. CANNABINOÏDES

Le Δ 9-tétrahydrocannabinol (THC) naturel (par ex. le cannabis, le haschisch, la marijuana) ou synthétique et les cannabimimétiques (par ex. le "Spice", le JWH018, le JWH073, le HU-210) sont interdits.

S9. GLUCOCORTICOÏDES

Tous les glucocorticoïdes sont interdits lorsqu'ils sont administrés par voie orale, intraveineuse, intramusculaire ou rectale.

SUBSTANCES INTERDITES DANS CERTAINS SPORTS

P1. ALCOOL

L'alcool (éthanol) est interdit *en compétition* seulement, dans les sports suivants. La détection sera effectuée par éthylométrie et/ou analyse sanguine. Le seuil de violation (valeurs hématologiques) est 0,10 g/L.

- Aéronautique (FAI)
- Automobile (FIA)
- Karaté (WKF)
- Motocyclisme (FIM)
- Motonautique (UIM)
- Tir à l'arc (FITA)

P2. BÊTA-BLOQUANTS

À moins d'indication contraire, les bêta-bloquants sont interdits *en compétition* seulement, dans les sports suivants.

- Automobile (FIA)
- Billard (toutes les disciplines) (WCBS)
- Fléchettes (WDF)
- Golf (IGF)
- Ski (FIS) pour le saut à skis, le saut *freestyle /halfpipe* et le *snowboard halfpipe/big air*
- Tir (ISSF, IPC) (aussi interdits *hors compétition*)
- Tir à l'arc (FITA) (aussi interdits *hors compétition*)

Les bêta-bloquants incluent sans s'y limiter :

Acébutolol, alprénolol, aténolol, bétaxolol, bisoprolol, bunolol, cartéolol, carvédilol, céliprolol, esmolol, labétalol, lévobunolol, métipranolol, métoprolol, nadolol, oxprénolol, pindolol, propranolol, sotalol, timolol.

Annexe 2 : Fiche de consultation

FICHE DE CONSULTATION

1. COORDONNEES DU CONSULTANT

Date de la consultation :

Dossier n°

4	2																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Date de naissance :
- Sexe :
- Numéro de téléphone :

- * Profession :
- * études :
- * Niveau d'études :

TYPE DE CONSULTANT :

SPORTIF.....	<input type="checkbox"/>	EDUCATEUR.....	<input type="checkbox"/>
PARENT ou CONJOINT.....	<input type="checkbox"/>	MEDECIN.....	<input type="checkbox"/>
DIRIGEANT.....	<input type="checkbox"/>	AUTRE.....	<input type="checkbox"/>
ENTRAINEUR.....	<input type="checkbox"/>		

MODE DE CONSULTATION :

APPEL TELEPHONIQUE.....	<input type="checkbox"/>
SITE INTERNET.....	<input type="checkbox"/>
CONSULTATION.....	<input type="checkbox"/>
AUTRE.....	<input type="checkbox"/>

2. MOTIF DE LA CONSULTATION

CONTROLE ANTIDOPAGE POSITIF.....	<input type="checkbox"/>
DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUR UN PRODUIT.....	<input type="checkbox"/>
NOM DU PRODUIT :	
MOTIF :	
DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUR UNE METHODE.....	<input type="checkbox"/>
TYPE DE METHODE	
MOTIF :	
BILAN MEDICAL APRES PRISE DE PRODUIT OU UTILISATION DE METHODE.....	<input type="checkbox"/>
DEMANDE D'EXPERTISE.....	<input type="checkbox"/>
AUTRE.....	<input type="checkbox"/>

3. SPORT ET NIVEAU DE PRATIQUE DU SPORTIF

- SPORT PRATIQUE :
- DISCIPLINE SPORTIVE :
- DUREE HEBDOMADAIRE (heures)

NIVEAU : DEPARTEMENTAL REGIONAL NATIONAL INTERNATIONAL

- PROFESSIONNEL
- SPORTIF SUR LISTE DE HAUT NIVEAU MINISTERIELLE
- LOISIRS :

4. PROCÉDES UTILISÉS

a. SUBSTANCE UTILISÉE

- Nom commercial et DCI :
- Dose et fréquence d'administration :
- Voie d'administration :
- Durée de la prise :

b. AUTRE SUBSTANCE DOPANTE

- Nom commercial et DCI :
- Dose et fréquence d'administration :
- Voie d'administration :
- Durée de la prise :

c. METHODE UTILISEE

- Type :
- Rythme :
- Organisation

d. COMPLEMENT VITAMINIQUES ET PROTIDIQUES

Nom commercial et fréquence d'absorption :

e. AUTRES MEDICAMENTS ET TOXIQUES ENTRAÎNANT UNE DEPENDANCE

	JAMAIS	A L'OCCASION	> 2 FOIS PAR SEMAINE	QUOTIDIENNEMENT
TABAC				
ALCOOL				
CANNABIS				
AUTRES TOXIQUES				
ANTIDEPRESSEURS				
SOMNIFERES				
ANXIOLYTIQUES				

5. MOTIVATIONS DE L'UTILISATION DU PROCÉDE DOPANT

- Augmentation des performances
- Augmentation de la masse musculaire
- Esthétique
- Peur de subir un échec
- Lutte contre la fatigue
- Tenir la saison ou la compétition
- Lutte contre la douleur
- En dehors de l'activité sportive
- Autres

6. RENCONTRE AVEC LE PROCEDE DOPANT

- Début de la consommation du produit ?
- Qui vous l'a fait connaître ?
- Comment vous procurez-vous le produit ?
- Comment utilisez-vous la méthode ?

7. CONSEQUENCES DU DOPAGE SUR :

• LE RETENTISSEMENT PHYSIQUE

- Symptômes neurologiques
- Symptômes cardiovasculaires
- Dermatologiques
- Hépatiques
- Sexuel
- Blessures
- Autres

• LE RETENTISSEMENT PSYCHIQUE

- Troubles de l'humeur (Dépression, excitation)
- Troubles du comportement (Agressivité, irritabilité)
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'appétit
- Troubles de la libido

• LES REACTIONS DE L'ENTOURAGE PROCHE

- Reproches de l'entourage (père, mère, fratrie, conjoint ?)
- Reproches de l'entourage sportif (entraîneur, dirigeant de club, staff médical, cadre technique, dirigeant)
- Augmentation des conflits
- Rupture relationnelle

• LE RETENTISSEMENT DANS LA VIE SPORTIVE

- Relations avec l'entraîneur, les dirigeants, les partenaires
- Performance

• LE RETENTISSEMENT DANS LA VIE PROFESSIONNELLE

- Reproches de l'entourage
- Augmentation des conflits
- Licenciements

• LES CONSEQUENCES FINANCIERES (Coût, emprunts)

Annexe 3 : Cahier d'observation

CAHIER D'OBSERVATION

Ce questionnaire est anonyme et confidentiel.

Préambule:

Ce cahier d'observation est constitué d'une succession de questions abordant les relations entre votre qualité de vie et votre pratique sportive.

Il a pour objectifs de mettre en évidence les liens entre la dépendance à l'activité sportive et les comportements dits « à risque » (Surentraînement, blessures, dopage, consommation de substance psycho-actives, troubles du comportement alimentaire).

Ce document est anonyme et confidentiel. Il s'agit d'un questionnaire effectué dans un cadre de RECHERCHE.

Pour garder l'objectivité de ce questionnaire, nous vous demandons de faire des réponses les plus spontanées et les plus proches de votre pensée.

Si vous éprouvez des difficultés de compréhension ou si vous voulez obtenir des précisions sur certaines des questions, vous pouvez contacter :

Monsieur Tijlbert VINK, étudiant en DEA STAPS,
Adresse : 2 rue Colbert 38000 Grenoble
Tel : 04 76 43 20 60 Email : tijlbert@hotmail.com

Monsieur le docteur Michel GUINOT, coordinateur de l'antenne de prévention du dopage de Rhône Alpes.
Adresse : CHU de Grenoble, Hôpital Sud 38022 Grenoble cedex
Tel : 04 76 76 93 03 Email : MGuinot@chu-grenoble.fr

Numéro de dossier :

Date de passage du questionnaire

PRATIQUE SPORTIVE ET RETENTISSEMENTS PHYSIQUES, FAMILIAUX OU SOCIAUX

Pour chacune des propositions suivantes cochez la case qui correspond à la réponse qui vous convient le mieux. Référez-vous aux douze derniers mois.

1. Lorsque vous êtes obligé d'arrêter votre pratique sportive plusieurs jours,

Ressentez vous comme « un vide » ?

Jamais Quelques fois Souvent La plus part du temps

Etes vous Irritable ?

Jamais Quelques fois Souvent La plus part du temps

Vous a t'on déjà reproché d'être irritable ?

Jamais Quelques fois Souvent La plus part du temps

Avez vous des difficultés de sommeil (d'endormissement ou de réveils fréquents) ?

Jamais Quelques fois Souvent La plus part du temps

Ressentez vous le besoin de manger plus, de grignoter entre les repas.

Jamais De temps en temps Souvent La plus part du temps

Perdez vous l'appétit ?

Jamais De temps en temps Souvent La plus part du temps

Ressentez-vous le besoin de pratiquer une activité physique de remplacement ?

Jamais De temps en temps Souvent La plus part du temps

Etes-vous obligé de pratiquer une activité physique de remplacement ?

Jamais De temps en temps Souvent La plus part du temps

Vous vous sentez bien et en profitez pour vous reposer.

Non Pas vraiment un peu Tout à fait

2. Voici une liste de propositions. Pour chacune cochez la case qui vous semble correspondre le mieux à votre situation, votre état d'esprit ces douze derniers mois.

Ressentez-vous le besoin d'augmenter la durée ou le volume de vos entraînements?

- Jamais** **De temps en temps** **Souvent** **La plus part du temps**

Après une interruption, (pour maladie ou blessure) comment reprenez-vous votre pratique sportive?

- Vous reprenez progressivement** **Vous essayez de respecter une marge de progression** **vous avez des difficultés à respecter une marge de progression** **vous êtes obligé de reprendre à la même intensité qu'avant l'interruption**

Ressentez-vous le besoin d'augmenter l'intensité de vos entraînements ?

- Jamais** **De temps en temps** **Souvent** **La plus part du temps**

Eprouvez-vous le besoin irrésistible de pratiquer votre activité sportive ?

- Jamais** **De temps en temps** **Souvent** **La plus part du temps**

Vous arrive-t-il de dépenser plus d'argent que prévu pour acquérir un équipement ou de la documentation en rapport avec votre pratique ?

- Jamais** **De temps en temps** **Souvent** **La plus part du temps**

Ressentez-vous le besoin d'augmenter le nombre de vos entraînements ?

- Non** **Pas tellement** **Oui, parfois** **Oui, la plus part du temps**

Pour vous sentir bien, vous devez vous entraîner plus qu'auparavant :

- Non** **Pas tellement** **Oui, parfois** **Oui, la plus part du temps**

Avez-vous peur de prendre du poids si vous arrêtez ou diminuez votre entraînement ?

- Pas du tout** **Pas vraiment** **un peu** **Tout à fait**

Vous sentez-vous coupable lorsque vous manquez une séance ?

- Pas du tout** **Pas vraiment** **un peu** **Tout à fait**

Si vous diminuez votre charge d'entraînement, avez-vous peur de perdre de la masse musculaire ?

- Pas du tout** **Pas vraiment** **un peu** **Tout à fait**

Dans la journée, vous arrive-t-il de penser à votre prochaine séance d'entraînement ?

Non, pas du tout **Quelques fois** **Assez régulièrement** **Oui, tout le temps**

Organisez-vous votre activité quotidienne en fonction de la programmation de vos entraînements ?

Non, pas du tout **Quelques fois** **Assez régulièrement** **Oui, tout le temps**

Même quand vous n'avez pas le temps, choisissez-vous de faire du sport plutôt qu'une autre activité (Etudes, travail...) ?

Non, pas du tout **Quelques fois** **Assez régulièrement** **Oui, tout le temps**

Estimez-vous qu'il est important de consacrer une majorité de votre temps à votre activité sportive ?

Pas du tout **Pas vraiment** **Assez d'accord** **Oui, tout à fait**

En plus de votre activité sportive consacrez-vous du temps à consulter des revues spécialisées portant sur votre activité ?

Jamais **Rarement** **Souvent** **Très fréquemment**

Avez-vous diminué les sorties avec vos amis et/ou proches ?

Non, pas du tout **Pas vraiment** **un peu** **Oui, tout à fait**

Comment ont évolué vos relations avec vos amis ? Vous les voyez :

Plus du tout **Vraiment moins qu'avant** **Moins qu'avant** **Autant que par le passé**

Avez-vous diminué le temps consacré à d'autres loisirs que votre sport ?

Non, pas du tout **Un peu seulement** **Sensiblement** **Beaucoup**

Comment définiriez-vous les relations avec vos collègues (à l'école ou sur votre lieu de travail) ?

Difficiles, peu de contact **Insuffisantes** **Plutôt bonnes** **Bonnes et fréquentes**

Eprouvez-vous le besoin d'avoir une relation amoureuse ou amicale ?

Non **Pas vraiment** **un peu** **Oui, tout à fait**

Consacrez-vous du temps à rechercher des relations amicales et/ou amoureuses ?

Non **Quelques fois** **Régulièrement** **Oui, beaucoup**

Avez-vous conscience que vous faites trop de sport ?

Non, pas du tout **De temps en temps** **Souvent** **Tout le temps**

Avez-vous essayé de réduire votre pratique sportive ?

Non **Pas vraiment** **un peu** **Oui**

Etes-vous parvenu à réduire votre activité sportive ?

Non **Pas vraiment** **Un peu** **Oui**

Continuez-vous à vous entraîner même si vous êtes blessé ?

Non **Pas vraiment** **un peu** **Oui**

Continuez-vous à pratiquer votre activité sportive malgré l'interdiction du médecin en cas de maladie ou blessure ?

Non **Pas vraiment** **un peu** **Oui**

Vous continuez à vous entraîner davantage même si vous êtes fatigué(e) ?

Non **Pas vraiment** **un peu** **Oui**

Vos proches (famille, amis) vous ont-ils reprochés de trop faire de sport ?

Jamais **De temps en temps** **Souvent** **Tout le temps**

Vos partenaires sportifs ou entraîneurs vous ont-ils déjà reprochés de « trop en faire » à l'entraînement ?

Jamais **De temps en temps** **Souvent** **Tout le temps**

3. Avez-vous déjà subi au cours de votre carrière sportive un ou plusieurs épisode(s) prolongé(s) (supérieur à 3 semaines) de diminution de la performance (malgré un entraînement constant) ?

Jamais **1 fois** **2 fois** **+ de 2 fois**

Si oui à quoi les attribuez-vous ?

4. Votre pratique sportive a-t-elle déjà entraîné une ou plusieurs blessures ayant entraîné un arrêt complet de votre activité sportive de plus d'une semaine ?

oui **Non**

Si oui, précisez le type de la ou des blessures ?

Si oui, avez-vous continué à vous entraîner malgré la douleur ou l'avis contraire d'un professionnel de la santé ?

oui Non

5. Depuis que vous pratiquez votre activité sportive avez-vous constaté des changements dans votre vie familiale, amicale ou professionnelle ?(Merci de cocher les réponses correspondantes)

- Augmentation des conflits** (disputes, irritabilité...)
- Episodes de rupture (Séparation, divorce, licenciement ou avertissement professionnel ou scolaire)**
- Baisse de rendement professionnel ou scolaire (Mauvais résultat reprochés par vos supérieurs ou enseignants)**
Quantifier :
- Autres :**

6. Ci dessous quelques questions concernant votre comportement alimentaire des douze derniers mois. Cochez la case qui vous semble correspondre au mieux à votre personne :

Vous arrive-t-il de restreindre vos apports alimentaires dans le but d'améliorer vos résultats sportifs ?

Tout le temps **Souvent** **De temps en temps** **Jamais**

Vous sentez-vous trop gros(se) alors que votre entourage vous trouve maigre ?

Oui **un peu d'accord** **Pas d'accord** **Absolument pas**

Avez-vous eu des fluctuations de poids supérieures ou égales à 6 kg en moins de 6 mois ?

Non **Pas vraiment** **un peu** **Oui**

Perdez-vous parfois le contrôle de ce que vous mangez ? (grignotages, accès boulimiques)

Très souvent **Parfois** **Très rarement** **Jamais**

Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Tout à fait d'accord **Plutôt d'accord** **Pas vraiment d'accord** **Pas du tout d'accord**

Vous arrive-t-il de vous faire vomir lorsque vous avez trop mangé ?

Tout le temps **Souvent** **Rarement** **Jamais**

7. Ces douze derniers mois, avez-vous consommé une ou plusieurs des substances ou médicaments suivants ? (Merci de cocher la case précédant votre réponse)

	Jamais	Exceptionnel	Régulièrement	Consommation ancienne mais arrêtée ***
Tabac*				
Alcool *				
Cannabis				
Somnifères				
Anxiolytiques (LEXOMIL, ROHYPNOL...)				
Antidépresseurs				
Antalgiques (aspirine, paracétamol, anti-inflammatoires...) **				
Corticoïdes**				
Amphétamines				
Produits dopants hormonaux**				
Stupéfiants (cocaïne, héroïne, LSD)**				

* Si vous avez répondu "régulièrement" aux lignes concernant le tabac et/ou l'alcool veuillez bien répondre aux questionnaires de mesure de la dépendance à chacun d'eux.
Page 9 pour le questionnaire concernant l'alcool.
Page 10 pour le questionnaire concernant le tabac.

** Si vous répondez oui, précisez le mode d'administration (orale, intramusculaire, inhalation, dermatologique, autre).

*** Si vous avez arrêté de prendre une des substances si dessus mentionnées veuillez préciser depuis combien de temps vous avez arrêté.

Si vous consommez de l'alcool veuillez remplir ce petit questionnaire.

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'un occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez trop bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
TOTAL						

Si vous fumez régulièrement veuillez remplir ce questionnaire, merci.

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	- moins de 5 minutes : - 6 à 30 minutes : - 31 à 60 minutes : - après 60 minutes :	3 2 1 0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans des endroits interdits ?	- oui - non	1 0
Quelle cigarette trouvez vous la plus indispensable ?	- la première - une autre	1 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	- 10 ou moins - 11 à 20 - 21 à 30 - 31 ou plus	0 1 2 3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	- oui - non	1 0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	- oui - non	1 0
		Total

Quelle est la marque de vos cigarettes ?

Quelle est le taux de nicotine ?

Voici deux tableaux qui permettent de recueillir des informations sur votre état d'humeur et d'anxiété. Veuillez cocher la case qui vous correspond le mieux en vous référant aux douze derniers mois.

Je me sens tendu(e) ou énervé(e)	<input type="checkbox"/>	La Plupart du temps	<input type="checkbox"/>	Souvent	<input type="checkbox"/>	De temps en temps	<input type="checkbox"/>	Jamais
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	<input type="checkbox"/>	Oui, très nettement	<input type="checkbox"/>	Oui, mais ce n'est pas grave	<input type="checkbox"/>	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	<input type="checkbox"/>	Pas du tout
Je me fais du souci	<input type="checkbox"/>	Très souvent	<input type="checkbox"/>	Assez souvent	<input type="checkbox"/>	Occasionnellement	<input type="checkbox"/>	Très occasionnellement
Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)	<input type="checkbox"/>	Oui, quoi qu'il arrive	<input type="checkbox"/>	Oui, en général	<input type="checkbox"/>	rarement	<input type="checkbox"/>	jamais
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Assez souvent	<input type="checkbox"/>	Très souvent
J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	<input type="checkbox"/>	Oui, c'est tout à fait le cas	<input type="checkbox"/>	Un peu	<input type="checkbox"/>	Pas tellement	<input type="checkbox"/>	Pas du tout
J'éprouve des sensations soudaines de panique	<input type="checkbox"/>	Vraiment, très souvent	<input type="checkbox"/>	Assez souvent	<input type="checkbox"/>	Pas très souvent	<input type="checkbox"/>	Jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	<input type="checkbox"/>	Oui, tout autant	<input type="checkbox"/>	Pas autant	<input type="checkbox"/>	Un peu seulement	<input type="checkbox"/>	Presque plus
Je ris facilement et vois le bon côté des choses	<input type="checkbox"/>	Autant que par le passé	<input type="checkbox"/>	Plus autant qu'avant	<input type="checkbox"/>	Vraiment moins qu'avant	<input type="checkbox"/>	Plus du tout
Je suis de bonne humeur	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Rarement	<input type="checkbox"/>	Assez souvent	<input type="checkbox"/>	La plupart du temps
J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	<input type="checkbox"/>	Presque toujours	<input type="checkbox"/>	Très souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Jamais
Je ne m'intéresse plus à mon apparence	<input type="checkbox"/>	Plus du tout	<input type="checkbox"/>	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais	<input type="checkbox"/>	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	<input type="checkbox"/>	J'y prête autant d'attention que par le passé
Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	<input type="checkbox"/>	Autant qu'auparavant	<input type="checkbox"/>	Un peu moins qu'avant	<input type="checkbox"/>	Bien moins qu'avant	<input type="checkbox"/>	Presque jamais
Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision	<input type="checkbox"/>	Souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Rarement	<input type="checkbox"/>	Très rarement

DONNEES PERSONNELLES

- **Date de naissance :**
- **Sexe :**
- **Taille (mètre):**
- **Poids (kg):**
- **Situation familiale :**
 En couple Seul(e) Divorcé(e)
- **Situation professionnelle :**
- **Niveau d'études :**
- **Etudes en cours :**
- **Nombre d'heures de travail hebdomadaires (hors pratique sportive) :**

- **SPORT PRINCIPAL PRATIQUE :**
- **DISCIPLINE SPORTIVE :**
- **DUREE HEBDOMADAIRE (précisez le nombre d'heures) :**

Envisagez-vous une alternative à votre pratique sportive ?

Avez-vous envisagé une reconversion après votre carrière sportive (Pour les sportifs professionnels ou de haut niveau) ?

oui Non

Précisez ?

Avez-vous eu des difficultés psychologiques importantes (tentative(s) de suicide, dépression, comportement(s) violent(s), fugues...) ?

oui Non

Précisez ?

Annexe 4 : Critères de dépendance selon le DSM-IV et la CIM-10

Critères de dépendance selon le DSM-IV (1994)

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

1. Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
2. Syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
3. Utilisation de la substance en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
6. Abandon ou réduction d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs, en raison de l'utilisation de la substance.
7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Critères de dépendance selon la CIM-10 (1992)

La dépendance est un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite de la consommation répétée d'une substance psycho-active, se manifestant par la survenue d'au moins trois des signes ci-après, présents en même temps, au cours d'une période de 12 mois, que ces signes aient persisté au moins un mois ou soient survenus de manière répétée sur une période prolongée :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active.
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation).
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation de la substance comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
4. Tolérance aux effets de la substance (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire).
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets.
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Annexe 5 : Décisions prises par l'AFLD en 2011 en fonction des substances détectées chez les humains (9)

	En cours de traitement	Classements sans suite	Relaxes	Sanctions	Total (dossiers)
Cannabinoïdes	9	-	-	47	56
Agents anabolisants	4	1	1	13	19
Glucocorticoïdes	8	3	-	12	23
Stimulants	1	2	1	18	22
Diurétiques et autres agents masquant	3	2	2	6	13
Hormones et substances apparentées	3	1	-	4	8
Bêta-2 agonistes	1	4	1	1	7
Antagonistes et modulateurs hormonaux	-	-	-	-	-
Alcool	-	-	-	1	1
Narcotiques	1	-	-	-	1