



HAL
open science

Dopage aux stéroïdes anabolisants dans le sport amateur : évaluation des attentes des sportifs envers les médecins généralistes

Marianne Hogu-Cacciari

► To cite this version:

Marianne Hogu-Cacciari. Dopage aux stéroïdes anabolisants dans le sport amateur : évaluation des attentes des sportifs envers les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01977540

HAL Id: dumas-01977540

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01977540>

Submitted on 10 Jan 2019

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ANNEE 2018

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE GENERALE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Par

HOGU Marianne

Née le 03/03/1986 à Nice

DOPAGE AUX STEROIDES ANABOLISANTS DANS LE SPORT AMATEUR :

EVALUATION DES ATTENTES DES SPORTIFS ENVERS LES MEDECINS GENERALISTES

Soutenu et présentée publiquement le 23 Octobre 2018 à Nice

Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Président du jury

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Assesseur

Monsieur le Docteur David DARMON

Assesseur

Monsieur le Docteur Igor SOZONOFF

Directeur de thèse



Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTER Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOUIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSÉ Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	Toulon Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nudéaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Benoit, je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse qui me tenait tout particulièrement à cœur. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Gardon, merci infiniment d'avoir bien voulu faire partie de mon jury et ainsi de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Darmon, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de vous être libéré pour être présent, malgré les contraintes de votre emploi du temps.

A Monsieur le Docteur Igor Sozonoff, merci d'avoir accepté de participer à ce projet et de diriger cette thèse. De par ton activité tant hospitalière que libérale, tu as su porter un œil indispensable à ce travail. Je sais que cette demande de diriger une thèse de ma part n'était pas évidente à accepter mais tu as immédiatement bien voulu prendre part à cette aventure. Je te remercie de m'avoir fait confiance et de m'avoir consacré du temps. Ce travail est l'occasion de te témoigner ma gratitude.

Un profond remerciement, à toutes et tous, professionnels et patients, rencontrés lors de mes stages qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis.

A Monsieur le Docteur Marc Castellani, qui en étant mon maître de stage en médecine générale par deux fois, m'a permis de développer mon identité médicale dans la pratique de la médecine générale. J'ai pu trouver en toi un professeur, mais également une écoute amicale. Tu m'as fait partager ta vision de la médecine libérale, et j'ai beaucoup appris auprès de toi. Tu m'as fait confiance pour te remplacer auprès de tes patients dans un cabinet qui me correspondait, aidée de Séverine qui a été un soutien indéfectible dans les moments difficiles. Je ne vous remercierai jamais assez pour l'accueil que vous m'avez offert et tout ce que vous m'avez apporté, tant au niveau professionnel que humain.

A mon chef de service le Docteur Mouries, à mes collègues de travail, le Docteur Chan, le Docteur Alfonsi et le Docteur Bernard. Vous avez été d'une aide indéfectible, un support quotidien durant ces derniers mois difficiles. J'ai pu compter sur votre énergie chaque jour pour me pousser à avancer, et sur votre bonne humeur quand le moral flanchait. Vous êtes tous des médecins exceptionnels, et j'ai énormément de chance d'évoluer professionnellement à vos côtés. Merci d'être là et de m'avoir soutenu tout au long de ce travail.

A Gwendoline, je suis très heureuse de pouvoir partager ces moments avec toi, après ces six mois d'internat passés ensemble. Tu es une personne généreuse et vaillante. Tu as toute mon admiration, tant personnelle que professionnelle pour la façon dont tu mènes ta vie. Tu iras loin. Même s'il est possible que nos lieux d'exercice se séparent quelque peu, cela n'enlève en rien l'affection que j'ai pour toi.

A Mademoiselle le Docteur Pierlovisi, ça y est, on l'a fait. A quelques semaines près, nous aurons mené notre barque au bout ensemble. Je suis ravie d'avoir passé mon internat à tes côtés, et j'espère que le chemin ne s'arrêtera pas là. Merci à toi pour tout ce que tu m'as apporté durant ces années, pour avoir été un des facteurs m'ayant conduit de l'autre côté de la mer, ce qui m'a permis d'avoir aujourd'hui la vie que j'ai. Ce n'est que le début, j'espère que le col de Vizzavona nous verra bien des fois passer par là pour nous retrouver.

A Madame le Docteur Benouali, tu as toujours été là pour moi depuis douze ans. Il s'en est passé des choses depuis le temps, et nous avons bien changé comparé à ce que nous étions en P2. Merci pour toutes ces années passées auprès de toi, elles sont inoubliables. Les semestres passés à vivre avec toi resteront des moments particuliers gravés dans mon cœur. J'espère que tu t'épanouiras autant

professionnellement que personnellement, tu sais à quel point ton bonheur me tient à cœur, et tu sais que je serai toujours là pour toi.

A mon service, aux infirmières et infirmiers, aides-soignants et ASH que j'ai la chance de côtoyer chaque jour, qui me supportent sans broncher et qui sont tout autant d'oreilles attentives. Vous êtes des âmes splendides, sans vous ce service ne serait pas le même. Même si je sais que ce n'est pas toujours évident, je vous remercie pour l'implication que vous avez auprès des patients, et du soutien indéfectible que vous nous apportez.

A ma famille et la celle de mon mari, à mes beaux-parents, ainsi qu'à Sabrina et Sébastien, merci de me soutenir dans ce travail et de vous inquiéter autant pour moi. Vous êtes devenus ces dernières années également ma famille. Et vous m'avez fait l'honneur d'être marraine d'une magnifique petite fille. Je ne vous remercierai jamais assez pour l'accueil que vous m'avez apporté.

A Marina, Francis, Enguerrand, Lionel, Cédric, Shirley et bien d'autres encore. Cela fait un certain temps que vous me suivez dans les péripéties de ce travail. Merci pour votre soutien, vos sourires, votre présence dans ma vie.

A Mélanie et Ludovic, que dire de plus que vous être une famille pour moi. Merci pour tous ces samedis et dimanches soirs de pause à manger une pizza, à discuter d'autre chose. Merci pour votre patience, de m'avoir acceptée dès le début auprès de vous. Merci pour toutes les preuves d'amitié que vous me portez chaque jour et d'être présent quoi qu'il se passe.

A Ghjuvanna, ma petite bulle d'oxygène, merci pour tes rires et tes sourires qui me permettent de voir les choses différemment à travers tes yeux d'enfants. Rien que le fait de te voir me fait oublier le poids de ces derniers mois.

A mon grand frère Alexandre, merci d'être présent dans ma vie, même si nous sommes loin l'un de l'autre géographiquement. Je suis tellement heureuse que tu trouves le bonheur, rien ne peut me rendre plus heureuse. Je t'aime de tout mon cœur.

A ma petite sœur Diane. Que dire de plus que tu ne saches déjà. Tu es l'extension de moi-même : Je suis heureuse quand tu es épanouie, je souffre lorsque tu es triste. Mais quel bonheur indescriptible d'être ta sœur. Je ne pourrais demander mieux, à part peut-être l'assurance que tu ne manques jamais de rien et que la vie te comble. Merci pour tout ce que tu es. Je t'aime.

A mon père Nicolas, le Docteur Hogu, qui a dû avoir des sueurs froides depuis six ans rien qu'à cause de cette thèse. Merci d'avoir été là tout au long du chemin, de m'avoir aiguillée dans les difficultés et d'avoir toléré mon rythme de travail peu académique. J'espère que tu seras fier de ce travail (il est en parti pour toi aussi), mais que tu seras aussi fier de moi. Tu es un médecin reconnu et c'est un honneur d'être ta fille. Ça a été un plaisir de te remplacer dans ton cabinet et de découvrir une facette de toi que je ne connaissais pas. Merci pour ton ouverture d'esprit et pour toutes les discussions que nous avons eues et que nous aurons encore. Je t'aime fort.

A ma mère Valérie qui est la terre qui me permet de marcher et le ciel qui me permet de rêver. Aucun mot ne pourra jamais suffisamment exprimer l'amour que j'ai pour toi, ainsi que l'admiration et la reconnaissance que je te porte. Tu es une femme admirable, un roc, une vague déferlante, un phare au milieu de la tempête. Tu es mon île, mon refuge, ma montagne paisible. Merci d'être qui tu es et d'avoir toujours été là pour nous. Ta fille qui t'aime plus que tout.

A mon mari Anthony. Merci d'avoir enduré ces deux années auprès de moi. Merci pour ton soutien infaillible et l'amour que tu me portes chaque jour. Je sais que ces derniers mois ont également été

difficiles pour toi et j'ai pu prendre pleinement conscience de l'empathie qui t'habite : Je ne dors pas, tu es fatigué. Je souffre, tu souffres. Je m'enferme pour travailler, tu t'isoles de ta vie. Mon amour, partager ta vie est le plus beau cadeau que je puisse espérer. Etre auprès de toi est la seule chose qui m'importe. J'ai tellement hâte que nous reprenions notre vie là où nous l'avons laissé et que je puisse te revoir sourire et te faire rire à nouveau. Merci d'être près de moi, je t'aime tellement.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	15
II.	MATERIEL ET METHODE	19
	A. Choix de l'étude.....	19
	B. Recueil des données.....	19
	C. Guide d'entretien	19
	D. Recrutement de l'échantillon.....	19
	E. La procédure.....	20
	F. Les entretiens	20
	G. La retranscription des données.....	20
	H. L'analyse des données.....	21
III.	RESULTATS.....	22
	A. DONNEES STATISTIQUES	22
	1. La sélection des participants	22
	2. Les entretiens réalisés.....	22
	3. Les caractéristiques démographiques.....	22
	B. ANALYSE THEMATIQUE	23
	1. LE SPORTIF.....	23
	a) Caractères socio démographiques	23
	b) Objectifs de la pratique sportive ;.....	24
	c) Sportif et suivi médical	25
	2. LE DOPAGE	26
	a) Connaissances des sportifs amateurs.....	26
	(1) Les substances dopantes.....	26
	(2) Les stéroïdes anabolisants.....	27
	b) Du sport au dopage aux SA	28
	(1) La performance : but 1 ^{er} du sport	28
	(2) Chronicisation.....	29
	c) Le recours médical.....	29
	(1) Les complications.	29
	(2) L'information	30
	3. LA SOCIETE.....	30
	a) Pression sociétaire, performance et esthétisme.....	30
	b) Le regard et la relation à l'autre	31

c)	Société de consommation et internet.....	32
d)	L'environnement	32
4.	LE MEDECIN	33
a)	Caractères socio démographiques	33
b)	La pratique médicale	34
(1)	Le recours au médecin généraliste dans la pratique courante	34
(2)	Le médecin généraliste dans le sport.....	34
(3)	Le médecin généraliste et la prévention dans le sport	35
c)	Le médecin et le patient.....	35
(1)	La relation médecin-patient	35
(2)	La position du médecin	36
(3)	Le médecin et la consommation de stupéfiants	36
(4)	L'examen médical du sportif	37
5.	LA FORMATION MEDICALE EN PRATIQUE SPORTIVE	37
a)	Formation médicale initiale.....	37
b)	Formation médicale continue.	38
IV.	DISCUSSION	40
A.	Les forces de l'étude.....	40
B.	Les limites de l'étude.....	40
C.	Reprises des principaux résultats et comparaison à la littérature.....	41
1.	LE SPORTIF.....	41
a)	Caractères socio démographiques	41
b)	Objectifs de la pratique sportive	42
c)	Sportif et suivi médical	43
2.	LE DOPAGE	45
a)	Connaissances des sportifs amateurs.....	45
(1)	Les substances dopantes	45
(2)	Les stéroïdes anabolisants.....	45
b)	Du sport au dopage aux SA	45
(1)	La performance	45
(2)	Chronicisation.....	46
c)	Le recours médical.....	47
(1)	Complications	47
(2)	Information.....	47
(3)	L'absence de verbalisation	48
3.	LA SOCIETE.....	48

a)	Pression sociétaire, performance et esthétisme.....	49
b)	Le regard et la relation à l'autre	49
c)	Société de consommation et internet.....	50
d)	L'environnement	51
4.	LE MEDECIN	52
a)	Caractères socio démographiques	52
b)	La pratique médicale	53
(1)	Le recours au médecin généraliste dans la pratique courante	53
(2)	Le médecin généraliste dans le sport	53
(3)	Le médecin généraliste et la prévention dans le sport	54
c)	Le médecin et le patient	55
(1)	La relation de confiance médecin-patient.....	55
(2)	La position du médecin	57
(3)	Le médecin et la consommation de stupéfiants	57
(4)	Le certificat médical d'aptitude et l'examen médical du sportif.....	58
5.	LA FORMATION.....	60
a)	Formation médicale initiale.....	60
b)	Formation médicale continue.	61
6.	RECOMMANDATIONS ACTUELLES.....	61
V.	CONCLUSION	63
VI.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	65
VII.	ANNEXES.....	75
A.	QUESTIONNAIRE.....	75
B.	LISTE DES ABREVIATIONS	77
VIII.	RESUME	78
IX.	SERMENT D'HIPPOCRATE	79

I. INTRODUCTION

En France, il existe une nette augmentation de la pratique sportive depuis les 30 dernières années. Effectivement selon l'enquête sur les pratiques physiques et sportives en 2010 (1), 89 % de la population déclare avoir pratiqué une activité physique ou sportive (APS) au moins une fois au cours des douze derniers mois. L'augmentation est de 16 points par rapport à 1985. C'est bien la confirmation de la massification de la pratique des activités physiques et sportives.

Parmi eux, en 2015, 22 millions ont une activité pluri hebdomadaire (6 millions de compétiteurs et 16 millions de personnes inscrites dans un club ou une association détenteurs d'une licence) (2), soit plus de 41% de la population.

Parallèlement, les chiffres du dopage présentent une nette tendance à la hausse. Dans son dernier rapport, l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD) évoque une augmentation du taux national moyen de rapports d'analyse anormaux (2,2%) lors des contrôles, notamment chez les sportifs "amateurs" (hors sportifs de haut niveau et professionnels) qui s'élève ainsi à 2,8 % (3). Une analyse de plusieurs études épidémiologiques établit que 5 à 15% des sportifs amateurs adultes auraient ainsi recours au dopage. Le dopage n'est donc pas uniquement une affaire d'athlète de haut niveau. (4)

En 2017, l'AFLD met en évidence une augmentation du recours aux stéroïdes anabolisants dans l'arsenal thérapeutique du dopage : 25% en 2017, contre 19% en 2016, 15% en 2012, et 11% en 2010. Ce qui en fait la classe de substances la plus décelée (devant les glucocorticoïdes 21%, les diurétiques et agents masquants 20% et les cannabinoïdes 14%). (5) (3)

Le dopage, et notamment aux SA, n'est pas uniquement l'apanage du sport professionnel : 67% des RAA des contrôles de l'AFLD ont été retrouvés chez des non-licenciés, donc hors fédération sportive, sport de haut niveau et professionnel. Parmi eux, 35% étaient relatifs au recours aux SA. (3)

Parallèlement, en Grande Bretagne 9% des sportifs amateurs adultes ont déjà consommé des SA (contre 2,3% chez les femmes), et respectivement 6% et 1,4% sont des consommateurs réguliers. Ce recours aux anabolisants s'étend également aux plus jeunes. En Norvège, 4% des adolescents ont déjà consommé des SA. (6)

De nombreuses études internationales depuis les années 1980 ont mis en évidence une prévalence plus importante de la consommation des stéroïdes anabolisants dans le culturisme, tels que le la musculation, le fitness et plus récemment le crossfit. (7)

Entre 2000 et 2010, cette famille d'activités a vu son taux passer de 18% de la population à 25%, soit la troisième famille d'activités pratiquée en France, comprenant 14 millions de pratiquants. (1)

La pratique du culturisme a été identifié comme un des facteurs de risque de consommation de SA à visée dopante. (8)

Au niveau international, le recours aux stéroïdes anabolisants dans le sport amateur représente 15 à 30% des pratiquants de bodybuilding et adeptes de musculation en salle. (9)

Il est à noter toutefois que deux tiers des utilisateurs de stéroïdes anabolisants sont des sportifs amateurs qui utilisent ces molécules pour des raisons esthétiques plutôt que pour augmenter leurs performances sportives. (9)

En France, le culturisme arrive en 2017 comme le sport ayant présenté le plus de résultats d'analyse anormaux lors des contrôles de l'AFLD avec 27% de résultats positifs, dont 45% aux SA. La majorité de ces résultats a concerné des sportifs amateurs. (3)

Il n'existe cependant pas à ce jour de données épidémiologiques en France sur la consommation de stéroïdes anabolisants chez le sportif amateur. (10)

Les SA sont des dérivés de la testostérone, et exercent une combinaison d'actions anabolisantes et androgéniques. Les utilisateurs de SA prennent des stéroïdes pour leurs effets anabolisants, en particulier pour accroître leur masse musculaire, ce qui permet d'améliorer les performances athlétiques. Cependant, les SA via leur action androgénique stimulent les caractères sexuels secondaires mâles. Les utilisateurs de SA essaient de maximiser les actions anabolisantes, tout en réduisant au minimum les effets secondaires des androgènes. Cependant, il n'existe aucun stéroïde purement anabolisant. (10)

Les effets secondaires du recours aux SA ne sont plus à démontrer. En effet de multiples études ont prouvé les conséquences d'une telle consommation sur la santé des consommateurs, que ce soit à court ou à long terme. Les effets chez les enfants et les adolescents sont critiques (accélération croissance, soudure prématurée épiphyses, puberté précoce) mais essentiellement de par la diminution de la réversibilité à l'arrêt de la consommation.

Les effets secondaires les plus fréquemment retrouvés lors de ces études sont l'augmentation de la libido et la pilosité, l'acné, et des troubles du comportement (notamment l'agressivité). Les anomalies de la sécrétion endogène de testostérone persistent plusieurs mois après le sevrage par dérégulation de l'axe hypothalamo hypophysaire responsables de troubles de la spermatogenèse chez l'homme.

Les SA affectent également le cerveau et le comportement, via les récepteurs aux androgènes des neurones centraux, qui lient la testostérone et d'autres androgènes. Chez l'homme, une agressivité excessive résultant de l'utilisation de stéroïdes a été largement reconnue dans la presse populaire, baptisée par les médias anglo-saxons « la rage des stéroïdes ».

Des études chez l'animal ont permis d'objectiver des effets de renforcement des stéroïdes sans notion de performance athlétique. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que ce sont les SA les plus androgéniques qui sont les plus renforçants.

L'abus des SA a été associé à des effets comportementaux et psychiatriques négatifs, tels que l'euphorie, la dépression, l'anxiété, la paranoïa et des comportements violents. En fait, les troubles majeurs de l'humeur liés aux SAA apparaissent souvent pendant le sevrage des SA. (10)

Chez les femmes, les effets indésirables fréquents sont liés à l'hyperandrogénisme. On retrouve l'hirsutisme, la raucité de la voix, des troubles du cycle menstruel pouvant aller de la dysménorrhée à l'aménorrhée ainsi qu'à la stérilité. Ces effets, contrairement à l'homme, peuvent cependant persister chez la femme malgré l'arrêt de la prise de SA. (11)

Des anomalies cardiovasculaires associant polyglobulie et hypertension artérielle, diminution du HDL-Cholestérol, phénomènes thromboemboliques, troubles du rythme et infarctus ont été mis en évidence et liés à la consommation de SA. Des dysfonctions ventriculaires gauches (dus à l'hypertrophie myocardique) ont été associées comme un effet secondaire à long terme d'une prise chronique de SA. (12)

Les SA présentent une hépatotoxicité reconnue, pouvant aller des hépatites médicamenteuses (notamment lors des prises orales), aux cirrhoses et stéatoses lors de consommations prolongées, jusqu'à causer des pathologies tumorales, comme des CHC.

Des troubles de la régulation glucidique ont également été mis en évidence, pouvant évoluer vers des diabètes insulino-dépendants. (13)

Le risque de mortalité est multiplié par 4,6. (14)

Tous ces effets secondaires à court, moyen et long terme sont autant de « Red Flags » pouvant alerter un public averti, comme les médecins généralistes, d'une prise de SA de la part d'un sportif amateur. Ils nécessitent non seulement une prise en charge adaptée thérapeutique mais détectés à un stade précoce, ils peuvent être le facteur déclenchant de mesures de prévention quant à l'apparition de complications sévères ultérieures.

Les médecins généralistes sont considérés selon plusieurs études comme les principaux acteurs de la lutte contre le dopage chez le sportif amateur.

En ce qui concerne la prévention du dopage chez le sportif amateur, l'AFLD notamment s'applique à mettre en œuvre des actions diverses, dont l'une d'elles est d'informer les médecins, notamment sur l'application en pratique médicale des procédures d'AUT et sur la sensibilisation à la prévention de l'automédication. Un enseignement spécifique est intégré dans la formation initiale des médecins du sport (DESC) et un diplôme universitaire est proposé en formation médicale continue "Formation à la lutte contre le dopage et à sa prévention". (3)

Il a été démontré qu'informer sur le dopage et le risque d'automédication avait un rôle protecteur significatif sur l'intention de consommer des substances à visée dopantes en augmentant la capacité de refus de consommation de ce type de substances dans la pratique sportive. (15)

Les médecins généralistes semblent donc avoir un rôle à jouer et une place primordiale (de par leur formation médicale) dans la prévention, non seulement du dopage aux SA dans le sport amateur, mais également des conséquences à long terme.

Cependant, ont-ils accès à cette population à risque ?

Des facteurs de risque de recours aux SA comme substance dopante dans le sport amateur ont été identifiés : sexe masculin, tranche d'âge entre 20 et 40 ans, pratique du culturisme, préparation à des compétitions, co-addictions, troubles du comportement, et de l'image de soi. (4)

Selon une étude de 2004 portant sur les consultations et visites en médecine générale en France, il a été mis en évidence que la tranche d'âge « 13-44 ans » représentait 29% des consultations. Par ailleurs, 9% des motifs étaient associés à la rédaction de certificats médicaux (indispensables pour l'inscription en salle de sport, l'obtention d'une licence sportive et la participation à une compétition) et/ou d'actes de prévention, 3% étaient liés à des troubles musculo squelettiques aigus. (16)

Selon le site du Bureau de la Prévention des Accidents en Suisse, en 2004, le nombre de blessures liées au sport représentait 2% de la population Suisse, tous sports confondus. Appliqué à la France, cela représenterait quasiment un million et demi de patients éventuels. (17)

On peut donc en déduire qu'effectivement les médecins ont accès à cette population à risque lors des consultations en médecine générale, que ce soit à travers la rédaction d'un certificat médical d'aptitude au sport, une blessure liée à la pratique sportive, une pathologie bénigne virale saisonnière (22% des motifs de consultations) ou bien un acte de vaccination (rappel DTP à 25 ans).

Il est intéressant de se demander quel est le positionnement des médecins généralistes en ce qui concerne la prévention au dopage dans le sport ?

Selon une étude menée en France en 2003 par le Dr Patrick Laure (médecin, spécialiste en santé publique et médecine sociale, diplômé en médecine et biologie du sport), 89% des médecins généralistes français pensent avoir un rôle à jouer dans la prévention au dopage, trouvant les campagnes de prévention peu efficaces et étant confronté à cette situation dans leur pratique médicale occasionnelle, voire quotidienne (en moyenne 34% dans les 12 derniers mois) : 11% d'entre eux ont déjà reçu des demandes de prescription de substances dopantes dans les 12 derniers mois et

10% supplémentaires ont déjà vu en consultation des sportifs consommant des produits dopants, principalement des SA, inquiets des effets secondaires potentiels sur leur santé et demandeurs d'information. (18)

Il émerge qu'ils s'estiment insuffisamment préparés, par manque de connaissances générales sur le dopage (substances interdites, dernières actualisations législatives), qu'ils soient ou non spécialisés dans le sport, et d'outils de prévention efficaces adaptés. (19)

Pourtant il semble que les médecins n'abordent pas le dopage comme un problème de santé à part entière, malgré le fait qu'ils l'associent à une forme d'addiction similaire à la consommation de stupéfiants, pouvant requérir un traitement de substitution.

Aucune étude n'a toutefois évalué les attentes et projections de cette patientèle particulière (sportifs amateurs) envers les professionnels médicaux en ce qui concerne la prévention au recours à de telles substances dans leur pratique sportive.

Notre hypothèse est qu'il existe une attente importante de la part de ces patients, dont la connaissance permettrait aux médecins de mieux jouer leur rôle de prévention.

C'est pourquoi nous souhaitons réaliser une étude de ces attentes à travers une étude qualitative que nous décrivons dans la méthode.

L'objectif principal de notre travail est de déterminer les attentes des sportifs amateurs vis-à-vis de leur médecin généraliste, en matière de prévention du dopage aux stéroïdes anabolisants.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Déterminer le niveau de connaissance des sportifs non professionnels en ce qui concerne le dopage et les stéroïdes anabolisants ;
- Rechercher les déterminants à la consommation de stéroïdes anabolisants dans le sport amateur ;
- Sonder la place et le rôle des médecins généralistes dans la prévention au dopage, notamment aux SA, et en identifier les facteurs prédisposants et limitants éventuels.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Choix de l'étude

Pour répondre à notre objectif, la méthode choisie est une étude qualitative dont le but est d'analyser les phénomènes et situations complexes telles que les représentations, les ressentis et les attentes des individus interrogés.

B. Recueil des données

Les données ont été recueillies via des entretiens semi-dirigés individuels, méthode qui semblait la plus adaptée vu la délicatesse du sujet. Le recours à des substances dopantes dans le sport amateur et notamment aux stéroïdes anabolisants étant un sujet difficile à aborder, il semblait nécessaire de choisir une méthode permettant aux individus interrogés de se livrer sans l'appréhension d'un regard extérieur mais également pour leur permettre d'exprimer leurs expériences et ressentis, en limitant les interventions de l'enquêteur.

Les données qualitatives ont été recueillies au cours d'une entrevue entre l'enquêteur et le participant, axée sur le thème de la recherche et guidée par une série de questions ouvertes prédéterminées.

L'arrêt des entretiens a été réalisé lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire quand de nouveaux entretiens n'apportaient plus d'idées nouvelles. Soit un nombre total de dix entretiens. L'intérêt de la saturation des données est d'obtenir la compréhension la plus complète possible du sujet étudié.

C. Guide d'entretien

Il s'agit d'un questionnaire axé sur quatre thèmes en rapport avec nos objectifs secondaires :

- La place du médecin généraliste dans la pratique sportive non professionnelle,
- Les connaissances des sportifs en matière de dopage et de stéroïdes anabolisants,
- Les déterminants du dopage aux stéroïdes anabolisants dans le sport amateur,
- La place et le rôle du médecin généraliste dans la prévention du dopage aux SA et ses limites, ressenties par les patients pratiquants.

Chaque partie du questionnaire comporte entre deux et trois questions ouvertes. Une fois le guide réalisé, il a été testé sur deux sportifs amateurs pour juger de sa pertinence. Certaines questions ont été reformulées pour plus de clarté, d'autres retirées car elles étaient soit proches, soit non pertinentes. Le nombre de questions correspondait à un entretien d'environ 30 minutes, ce qui était acceptable pour les deux sportifs interrogés. Au fur et à mesure des entretiens, le guide a évolué pour rendre les questions plus abordables et compréhensibles pour les personnes interrogées, et deux questions ont encore été enlevées, étant perçues comme redondantes par les sportifs.

D. Recrutement de l'échantillon

Le recrutement a été fondé sur le facteur principal de risque d'exposition aux stéroïdes anabolisants, soit la pratique du culturisme. En Haute-Corse la ville principale étant Bastia (préfecture), les salles de sports y ont été identifiées comme les sites uniques de pratique du culturisme. La principale a été sélectionnée sur le nombre d'abonnés annuels pour cibler un maximum de participants, ainsi que de par sa diversité d'activités proposées (musclation, cours de fitness, crossfit) pour obtenir une plus grande diversité au niveau des profils. De plus, ce choix a tenu compte de la volonté d'avoir une répartition la plus homogène possible entre les hommes et les femmes.

Les critères de non inclusion étaient :

- Pratique sportive professionnelle actuelle ou ancienne (supérieure à un niveau national),
- Absence de pratique de la musculation ou du culturisme,
- Initiation à la musculation depuis moins de 6 mois,
- Fréquence de sport hebdomadaire inférieure à cinq heures,
- Pratique de la musculation inférieure à 50% du volume horaire d'entraînement,
- Ages inférieurs à 18 ans et supérieurs à 45 ans.

E. La procédure

Les abonnés ont été informés au sein de l'établissement par une affiche à l'entrée de celui-ci expliquant le sujet et les modalités de l'étude. Ils avaient ensuite la possibilité de contacter l'enquêteur via son adresse mail, qui vérifiait l'absence de critères de non inclusion au préalable puis recontactait les abonnés. Au total, 15 d'entre eux ont été recontactés.

Le sujet de la thèse était ré expliqué, ainsi que sa méthodologie. Les participants étaient alors informés de la réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels d'une durée approximative d'une trentaine de minutes, enregistrés et anonymes. Il leur était spécifié que leurs propos seraient retranscrits littéralement.

Les abonnés acceptaient alors ou non cet entretien et il était convenu pas conséquent d'un rendez-vous. Les lieux et dates du rendez-vous étaient laissés au choix du sportif pour favoriser son adhésion, sa disponibilité et la confidentialité de l'entretien.

Certains pratiquants initialement contactés par téléphone ont été recontacté par mail ou pas SMS, à leur demande afin de trouver un rendez-vous par la suite.

Cinq sportifs n'ont pas participé à l'étude à l'issu du premier contact téléphonique, soit parce qu'ils ne se sentaient pas concernés par le sujet de l'étude, soit car ils jugeaient ne pas avoir suffisamment de temps disponible pour y participer.

La prise de contact a été réalisée entre les mois de Février et Juin 2018.

F. Les entretiens

Les entretiens se déroulaient sur le lieu choisi par le participant.

Au préalable, l'enquêteur se présentait, rappelait le sujet de la thèse et expliquait brièvement le déroulement de l'entretien. Il demandait ensuite au participant s'il acceptait que l'entretien soit enregistré au moyen d'un smartphone. L'enquêteur précisait que l'enregistrement était anonyme, qu'il serait détruit après la rédaction de la thèse et qu'il servirait uniquement à la retranscription fidèle de leur propos. Après obtention de l'accord, l'enregistrement de l'entretien, orienté par le questionnaire, débutait.

G. La retranscription des données

Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot sur le logiciel WORD de Mars à Juillet 2018 au fur et à mesure de leur déroulement par l'enquêteur lui-même.

H. L'analyse des données

L'analyse repose sur le principe du codage et relève d'une approche interprétative. Elle permet de passer du verbatim aux thèmes.

Une première lecture linéaire permettait d'individualiser chaque idée qu'exprimait le participant. Ces idées exposées ont été illustrées par les verbatims ou citations considérées comme les plus pertinentes.

Ensuite, ces idées pertinentes ont été regroupées par thèmes puis sous thèmes.

III. RESULTATS

A. DONNEES STATISTIQUES

1. La sélection des participants

L'objectif a initialement été fixé à un nombre de 10 à 15 entretiens. 10 entretiens ont été nécessaires à la saturation théorique des données. Cependant 15 sportifs ont été contactés : trois d'entre eux devaient me recontacter pour refixer une date et une heure pour les entretiens suite à l'annulation de la première date pour indisponibilité de dernière minute, mais n'ont pas donné suite malgré plusieurs relances. Et deux ont refusé de participer à l'étude à posteriori.

2. Les entretiens réalisés

- Nombre d'entretiens réalisés : 10

- Lieu de réalisation des entretiens : au choix des participants (lieux de travail, domicile du participant ou de l'enquêteur).

- Période de réalisation des entretiens : le premier entretien a eu lieu le 07/04/2018 et le dernier le 21/07/2018.

- Durée des entretiens : l'entretien le plus court dure 24 minutes et le plus long 48 minutes. La durée moyenne des entretiens est de 38 minutes.

3. Les caractéristiques démographiques

- Sexe :

Six hommes et quatre femmes ont participé à l'étude.

- Age :

L'âge moyen est de 32 ans (25 à 43 ans).

- Profession :

Six salariés, trois auto-entrepreneurs et un participant avec une activité mixte.

Quatre participants ont une activité professionnelle en lien avec le sport (deux hommes et une femme sont coachs sportifs, une femme est hôtesse d'accueil dans un établissement sportif).

- Niveau d'études :

Secondaire = un homme.

Baccalauréat = une femme et trois hommes.

Etudes supérieures = cinq (une femme niveau licence, deux femmes et deux hommes niveau master).

- Statut relationnel :

Six sont en couples, quatre sont célibataires.

- Addictions :

Tabagisme chronique = quatre (deux hommes et deux femmes),

Cannabis = un consommateur occasionnel,

Stupéfiants = quatre participants en ont déjà consommé au moins une fois dans leur vie.

- Troubles du comportement lié à l'image de soi :

Deux protagonistes ont présenté des troubles du comportement alimentaire. Un participant présente des troubles du comportement modéré ne nécessitant pas un traitement médical. Aucun d'entre eux n'a eu de suivi médical à ce sujet ni de traitement médicamenteux.

- Sports pratiqués :

Tous les participants pratiquent ou ont pratiqué la musculation-culturisme-bodybuilding,

Cinq d'entre eux (exclusivement des hommes) pratiquent ou ont pratiqué des sports de combat,

Six (quatre hommes et deux femmes) pratiquent la course à pied.

- Niveau sportif :

Tous sont amateurs stricts, sans aucune expérience professionnelle. Quatre d'entre eux ont pratiqué à un niveau national amateur (trois hommes et une femme).

- Environnement sportif :

Les dix personnes pratiquent ou ont pratiqué en salle de sport. Tous ont pratiqué un sport en club dépendant d'une fédération avec détention d'une licence. Tous pratiquent actuellement en autonomie sans entraîneur/coach personnel.

- Fréquence de pratique sportive :

Tous pratiquent plus de cinq heures par semaine, dont deux plus de 20h. La moyenne d'entraînement hebdomadaire est de 11,4 heures.

B. ANALYSE THEMATIQUE

1. LE SPORTIF

a) Caractères socio démographiques

Tous expriment l'impression que leur pratique sportive a un impact positif sur leur santé.

Tous également consomment des compléments alimentaires dans le cadre de leur activité sportive ((substituts protéiques, poly vitamines, acides aminés, créatinine), dans le but de potentialiser les effets de leur entraînement ou bien de maintenir un volume horaire hebdomadaire d'entraînement. Ces compléments ne sont pas inscrits dans la liste des substances dopantes interdites en compétition.

Le bodybuilding et la musculation sont cités en premier par tous les participants parmi les disciplines en lien avec des pratiques dopantes.

Viennent ensuite la boxe, le cyclisme. Puis de manière moins fréquente le rugby, le football, le tennis, la natation, la course à pied.

Les deux sportifs ayant recours aux SA dans leur pratique sportive ont débuté leur consommation entre 20 et 40 ans et sont tous deux des hommes.

Toutefois il est rapporté dans le discours général que la population sportive s'exposant aux SA pour la première fois tend à être de plus en plus jeune et que les hommes sont plus exposés au risque que les femmes.

« Mais actuellement (...) il y a plein d'ados qui se lancent là-dedans » (4)

Les deux sportifs ayant recours à des SA ont un volume de pratique sportive important (plus de 20 heures hebdomadaires).

Un autre individu a déjà consommé un produit de phytothérapie pour augmenter naturellement la production de testostérone endogène.

Trois femmes ont été mises en contact avec les SA via un tiers (dans tous les cas leur compagnon) sans en consommer toutefois. Elles sont plus informées sur les effets recherchés et les effets secondaires de leur consommation, sans cependant y avoir recours. Même si elles n'en consomment pas actuellement, elles n'excluent pas totalement la possibilité un jour d'y avoir recours dans le cas où leurs objectifs physiques et sportifs pourraient le justifier.

« Je me suis déjà posée la question pour moi, parce que je m'entraîne beaucoup et que c'est énormément de sacrifices que ce soit l'entraînement ou la diète » (10)

Tous les individus interrogés connaissent dans leur entourage au moins un sportif consommateur de SA.

« J'en connais plusieurs qui en prennent, et je crois que quelques filles aussi » (10)

Tous ont déjà abordé le sujet dans leur entourage (vestiaires, amis, entraîneurs, collègues de travail) :

« Alors je n'en ai jamais consommé mais j'en ai déjà discuté, on ne m'a jamais proposé, on en a déjà discuté mais plutôt sur le ton de la plaisanterie sur mon lieu sportif, par rapport à des personnes que je côtoie » (2)

Cinq des participants ont déjà recherché des informations sur les stéroïdes anabolisants, via internet ou auprès de consommateurs :

« Du coup quand mon coach m'en a parlé je me suis renseignée sur internet » (9)

« On s'est renseigné auprès de 2-3 personnes qui s'y connaissaient vraiment » (7)

La consommation d'alcool et de cannabis, ainsi que les antécédents de troubles du comportement alimentaires ne sont pas exprimés comme ayant un lien avec le recours au dopage dans le sport.

b) Objectifs de la pratique sportive ;

Les objectifs de la pratique sportive sont multiples, cependant arrivent en tête deux buts principaux : Le sport apparaît comme une activité primordiale à l'équilibre personnel en apportant un bien-être significatif, où la transmission familiale joue un rôle important :

«C'est indispensable à mon équilibre, quand je n'en fait pas déjà j'ai l'impression de m'enliser, de végéter, et souvent mon moral s'en fait sentir. J'ai toujours fait du sport, en famille on faisait du sport tous ensemble » (9),

«Me défouler, me faire du bien, évacuer »(10)

La notion de compétition, qu'elle soit sous-jacente (interindividuelle) ou officielle, est omniprésente chez la plupart des participants, notamment masculins :

«J'ai un gros esprit de compétiteur, c'est le plaisir de faire des préparations pour les compétitions, le plaisir de gagner, de se dépasser : compétition c'est quand même le but final du sport. » (2)

« Plus compétitif possible, monter le plus possible dans le classement, pour bien figurer au championnat de Corse chaque été » (5)

La pratique sportive est également considérée comme un booster de la confiance et de l'estime de soi, qui du coup s'intègre facilement comme un mode de vie pour certains :

«Me dépasser moi avant tout. Je veux m'améliorer, progresser, être fière de moi sans toutefois écraser les autres. Je veux me prouver à moi-même que je suis capable. Ça fait partie intégrante de ma vie, c'est une habitude » (9)

«Se démarquer, de ne pas faire la même chose que tout le monde » (1)

L'esthétisme permet de développer l'image de soi, dans le but d'améliorer le rapport à son propre corps via le fait que le bodybuilding par définition est « *La construction du corps* » (3).

« Je ne suis pas satisfaite de ma forme physique actuelle, je souhaite évoluer au niveau de l'image de mon corps, avoir une meilleure image de moi, de mon corps, pour être jolie » (4)

Le sport est par ailleurs perçu d'un point de vue social. Certains avaient pour ambition d'en faire leur exercice professionnel et ont donc entretenu cette activité dans ce but :

« M'exprimer avec mon corps et en faire mon métier » (8)

Mais également pour créer ou entretenir un contact avec les autres :

« Côtoyer des gens à l'extérieur de ma sphère habituelle, pour rencontrer » (9)

c) Sportif et suivi médical

Les sportifs interrogés consultent en moyenne 2,7 fois par an leur médecin généraliste.

Les sportifs consultent leur médecin pour des motifs bénins comme la rédaction de certificats médicaux, des bilans sanguins et des viroses saisonnières.

« Maladies banales, un rhume, une gastro, des trucs comme ça » (10),

« Une fois par an je fais un bilan, un check up sanguin » (10)

« Pour la licence, les certificats médicaux, des trucs bateaux, » (6)

La persistance de douleurs secondaires au sport ainsi que la rédaction de certificats médicaux sont les motifs les plus fréquemment retrouvés justifiant une consultation médicale en lien avec la pratique sportive.

« Pour la licence, les certificats médicaux, des trucs bateaux, » (6)

« Quand ça ne passe pas malgré le recours au kiné ou l'ostéo » (5)

Uniquement trois des participants ont un suivi médical régulier en rapport avec leur activité sportive, notamment dans le but d'effectuer un bilan sanguin, allant de une à six fois par an.

« Bilans sanguins, et par rapport à mes activités comme je fais tout le temps du sport, quand je suis fatigué, voir si c'est normal, suivre mon sommeil, les blessures. » (7)

Les patients sportifs s'orientent donc systématiquement vers les paramédicaux (kinésithérapeutes, ostéopathes, diététiciennes) en ce qui concerne la prise en charge de difficultés liées à la pratique sportive.

« Ma diététicienne me suit pour ne pas que je grossisse » (10)

« En général pour les douleurs je vais d'abord chez le kiné, chez l'ostéo » (2)

Il est mis en évidence que les sportifs connaissent bien leur corps. Leurs connaissances par la pratique et l'expérience leur permettent d'appréhender de manière adaptée les complications bénignes les plus fréquentes découlant de leur pratique sportive, leur permettant de sursoir au recours médical, qui est perçu comme ne leur apportant pas un bénéfice supplémentaire :

« Ça ne m'apporte rien. Ce serait quelque chose de grave oui. Mais quand je connais la douleur, je sais quoi faire, et ça marche. Je connais mon corps et ma douleur » (3)

« Quand on connaît la douleur. Par exemple quand j'ai mal à l'épaule, on a souvent des blessures récurrentes. Donc là l'épaule je sais ce que je dois faire, ça ne sert à rien, de toute façon je sais ce qu'il va me dire, je vais m'acheter un strap et je vais me straper » (5)

L'accès facilité aux informations médicales (via internet notamment) permet aux sportifs de se renseigner sur les formes de traitements alternatifs et naturels, ainsi que sur la prévention des blessures (nutrition, entraînement, ...) :

« C'est vrai que maintenant avec la facilité d'accès à internet, on cherche un peu par soit même « tiens je dors mal en ce moment, qu'est-ce que je pourrais prendre, les compléments alimentaires, tiens j'ai perdu, tiens je mange un peu moins, qu'est-ce que je peux faire pour ne pas perdre trop de poids, perdre ma masse musculaire ». On va soit même un peu piocher sur internet ce qu'on a » (8)

Cependant il existe un défaut de connaissances de la part des sportifs du rôle du médecin généraliste dans la pratique du sport.

« Mais je ne me suis jamais vraiment intéressée à savoir si un généraliste avait des connaissances dans le domaine du sport » (6)

« Le médecin je n'ai pas l'impression que ce soit vraiment son rôle, il doit avoir autre chose à faire... » (1)

2. LE DOPAGE

a) Connaissances des sportifs amateurs.

(1) Les substances dopantes

Il apparaît que tous les sportifs interrogés peuvent citer au moins deux classes de substances dopantes, en plus des stéroïdes anabolisants, ainsi que certains effets secondaires de classe.

Les produits cités par plus de la moitié sont :

Certains médicaments quotidiens (béta-2 mimétiques et béta bloquants, corticostéroïdes, insuline, diurétiques, antalgiques de palier deux, hormones thyroïdiennes, vasoconstricteurs)

« Je sais que dans les médicaments de tous les jours il peut y avoir des dopants, car je sais qu'il y a des sportifs qui se sont fait épingleur sur des produits de la vie de tous les jours » (5)

« Souvent les gens qui ont du diabète ou de l'asthme ils prennent des produits, il y a un petit peu de dopant dedans. Et aussi les Beta bloquants pour les sports de tir pour ne pas trembler » (9)

« Il y a des sportifs qui ont été attrapés pour dopage parce que soi-disant ils étaient malades et qu'ils avaient pris des produits parce qu'ils avaient un rhume ou une sinusite » (6)

L'EPO, de par sa forte médiatisation dans le cyclisme

« Le tour de France, il y a toujours un petit chapitre dopage quand on regarde l'info sport tous les matins ».

Viennent ensuite de manière anecdotique : l'hormone de croissances, le Clembutérol, les stupéfiants, les transfusions.

« D'autres peuvent avoir recours à des substances pour gérer leur stress, la cocaïne, les drogues qu'on peut trouver, le cannabis. » (8)

L'augmentation des performances est l'effet recherché retrouvé dans le discours de tous les participants :

« C'est du dopage à partir du moment où on fait appel à quelque chose d'extérieur pour s'aider, pour améliorer nos aptitudes sportives » (1)

Notamment au niveau de l'endurance cardiovasculaire, la concentration, la tolérance à la douleur, l'augmentation de la force physique, la stimulation et la récupération plus rapide.

« Les capacités respiratoires et d'endurance pour l'EPO » (8)

« L'agressivité et l'insensibilité aux douleurs pour la cocaïne » (6)

Arrive en deuxième position pour la moitié d'entre eux la recherche de diminution de la masse grasse :

« Les hormones thyroïdiennes généralement c'est pour sécher, on utilise aussi des béta 2 mimétiques pour ça, parce que ça augmente la fréquence cardiaque » (9)

Il y a également les produits masquants :

« Qui sont utilisés pour cacher les substances dopantes » (5)

Tous les participants sont conscients que cette consommation de produits dopants présente des effets secondaires au niveau rénal, hépatique, endocrinien, cardiovasculaire, musculo squelettique, neuro psychiques voire néoplasique :

« Après tout ce qui est au niveau des organes, on les abime, les reins et le foie souvent » (5)

« Pour l'insuline c'est facile : l'hypoglycémie. Tout ce qui est hormonal ben ça dérègle donc des hypo productions secondaires » (9)

« Les béta bloquants une hypotension ou un malaise, ça j'en ai déjà vu » (10)

« Du coup on n'a plus les petits avertisseurs de notre corps qui nous disent stop parce que sinon ça va craquer, ben du coup on dépasse et c'est là qu'on se blesse » (1)

« Au niveau des effets secondaires, je sais que ça peut entrainer des sautes d'humeur, tous ce qui joue sur l'humeur » (5)

« Vu que l'organisme est boosté, si il y a des petites cellules cancéreuses ça doit surement accélérer le processus » (1)

Les sportifs interrogés savent que le dopage est interdit. La plupart estiment que ce n'est pas qu'un problème d'athlète de haut niveau, que cela existe dans le sport amateur et de manière fréquente :

« Contrairement à ce qu'on pense, on est plus touché en amateur, au niveau où je jouais, qu'en professionnel, puisque j'ai partagé le vestiaire avec des gens qui avait recours à du dopage » (5)

La compétition pousse à se dépasser, à adopter des comportements « dopants » :

« Après, il ne faut jamais dire jamais, si j'avais été rugbyman, par exemple pour rester sur le rugby et qu'on m'avait dit « Ecoute si tu veux être pro, et gagner la coupe du monde en final contre le All Blacks » j'aurai peut être cédé » (5)

Les complications sont perçus comme liées uniquement à une consommation répétée et importante :

« Si c'est pris à forte dose ou régulièrement oui ça peut poser des problèmes, après si c'est une fois comme ça ils ont essayé je ne pense pas que ça craigne grand-chose, mais à répétition oui » (6)

Bien souvent des médicaments sont utilisés sans connaissance du risque de positivité aux tests anti dopage, car disponibles sans prescription médicale ou prescrits couramment :

« On a tous déjà été dopé officiellement, parce qu'à partir du moment où en compétition on dit que les antalgiques c'est du dopant, c'est interdit pour les compétitions, on a tous déjà pris un cachet pour le mal de tête avant d'aller faire quelque chose, que ce soit un entrainement, un combat ou de la musculation » (1)

(2) Les stéroïdes anabolisants

Il a été vu précédemment que tous les participants connaissaient l'existence des stéroïdes anabolisants dans l'arsenal thérapeutique du dopage.

Pour certains la connaissance va plus loin car deux d'entre eux sont capables de citer des produits de synthèse dérivés de la testostérone :

« Alors je connais le Déca, le Sustanon, Testopropionate, Anavar, y en a plein d'autres, le Winstrol etc... » (7)

Pour les autres, la notion se limite à « testostérone », « stéroïdes » et « anabolisants », sans toutefois pouvoir en expliquer la différence ou non.

Le recours à ce type de molécules semble se retrouver, pour tous les participants, essentiellement dans les sports de force (bodybuilding, musculation, fitness, crossfit), mais également le rugby qui

même en étant une discipline nécessitant des capacités aérobies, requiert toutefois une force musculaire importante. La boxe est citée une seule fois mais pour les catégories de poids lourds uniquement.

Le recours préférentiel dans ces disciplines à ce type de substances s'explique par les effets anabolisants de ces molécules. L'anabolisme musculaire et le catabolisme lipidique sont les effets recherchés les plus exprimés :

« On peut soulever beaucoup plus de charge, s'entraîner beaucoup plus longtemps, une masse musculaire qui augmente beaucoup plus vite. Une assimilation des macros et micro nutriments qui est beaucoup plus élevée, on augmente l'absorption » (3)

« Certains dérivés sont plus utilisés pour sécher » (7)

L'augmentation de l'adaptation et de la récupération à l'effort jouent un rôle positif également :

« Le fait de pouvoir tenir plus longtemps les séances de préparation, du coup d'être plus efficace le jour d'un match. Pour augmenter la récupération aussi » (5)

Il est intéressant cependant de noter que tous les participants ont connaissance d'un grand nombre d'effets indésirables.

Les complications endocriniennes sont les plus connues, et citées par tous les participants :

« La transpiration plus importante, l'acné, la perte des cheveux je crois mais surtout la pousse de poils (sur le dos, etc...), la nervosité, l'agressivité. Et plus tard la diminution de taille des testicules, la gynécomastie » (3)

« Pour les femmes le dérèglement menstruel, la voix rauque, la pomme d'Adam. La stérilité » (7)

Mais également cardiovasculaires et hépatiques :

« A un moment donné le cœur ça envoie du sang dans les veines, dans les muscles, le cerveau et tout notre organisme. Et quand le cœur il y a plus de demande que d'offre ben il n'arrive plus à suivre et il lâche » (1)

« Des problèmes de foie avec des cancers. Les hépatites en cas de prise orale » (7)

Les effets secondaires neuropsychiques sont également mis en avant de manière fréquente dans plus de la moitié des cas :

« En gros des effets secondaires psychologiques et physiques. L'agressivité, la paranoïa, effets neuropsychiatriques en gros qui jouent sur la personnalité, l'humeur » (7)

b) Du sport au dopage aux SA

(1) La performance : but 1^{er} du sport

L'argument le plus fréquent exprimé par tous les individus justifiant le recours aux SA dans le sport amateur est le besoin ressenti de performance physique au-delà de ce qui peut être obtenu de manière naturelle, que ce soit dans un but de compétition officielle ou de performance personnelle, y compris esthétique :

« En amateur, s'ils font une compétition je pense qu'à un moment donné ils sont obligés » (6)

« Le challenge, l'envie de gagner, d'être le meilleur, de gagner des compétitions » (1)

« Après il y en a qui en prennent juste dans un but esthétique, ils veulent devenir gros, ou très secs, tout simplement, mais qui ne font pas de compétition. J'en connais plein qui en prennent pour être beaux à la plage, physiquement » (3)

Et ce d'autant plus si dans la discipline (ou dans l'entourage) il est connu que les autres concurrents utilisent également des produits dopants.

En effet, les deux participants ayant déjà consommé des stéroïdes anabolisants justifient ce recours l'un pour des raisons compétitives, l'autre à visée professionnelle :

« C'était dans l'objectif de faire les championnats de France, je savais que personne n'était naturel donc forcément je voulais prendre les mêmes armes que les autres » (3)

« Comme j'étais dans le monde du sport je m'en suis servi pour pouvoir continuer mon activité physique en étant toujours au top » (7)

Pour les autres, certains facteurs « protecteurs » sont mis en avant, comme l'absence de projet de compétition, et l'absence de coach sportif individuel :

« Je n'ai pas d'objectif sportif démesuré de championnat du monde, ni personnel » (6)

« Au niveau de la musculation, tant qu'on n'a jamais pris d'entraîneurs qui sont allés taper à ce niveau-là, des gens que l'on va payer pour progresser... » (1)

(2) Chronicisation

L'appréhension de la perte du bénéfice acquis, tant en termes de performance que d'objectif physique, explique le passage à la chronicité. La diminution des performances est mal vécue par le sportif, entraînant un risque de reprise :

« Dans le sport en général si les performances baissent après c'est difficile » (6)

« On voit nos performances diminuer, et physiquement ça va avec, on va régresser » (1)

Mais également la perte du bien être obtenu, de la satisfaction suite à l'objectif atteint :

« Ils ont tellement atteint un haut niveau de satisfaction d'eux-mêmes, qu'ils ont besoin de retrouver ces sensations » (10)

« Parce qu'après quand on a eu ce résultat on est tellement bien peut-être » (4)

La dépendance n'est pas ressentie comme physique mais psychologique, liée à l'impact social.

Cette consommation entraîne toutefois des conséquences à l'arrêt, liées au déséquilibre hormonal, qui sont ressenties comme des symptômes de sevrage et qui favorisent la reprise :

« Ne plus avoir d'érection pendant 5 mois, ne rien pouvoir faire, ben au bout d'un moment tu pètes, tu fais une dépression » (3)

« On passe alors par la fatigue, la dépression. Plus envie de manger ni de s'entraîner » (7)

D'autres facteurs sont retrouvés ayant un impact moins important dans le passage à la chronicité et le sevrage. Le manque de communication et l'isolement lié au caractère tabou du sujet :

« Probablement de ne pas être suffisamment entouré, de ne pas en avoir parlé peut être. On en discute souvent comme ça, sur le ton de la rigolade mais personne ne parle de lui, on parle toujours des autres » (2)

Mais également le facteur économique :

« Risquer de perdre des contrats (pour le videur), ou ne plus pouvoir assurer une charge de travail aussi importante qu'auparavant » (7)

c) Le recours médical.

(1) Les complications.

L'apparition d'effets secondaires ou de complications liées à la prise de SA est la raison principale du recours au médecin généraliste :

« Par exemple moi une fois j'ai fait un abcès. Donc déjà une expérience négative : une mauvaise réaction, des effets secondaires qui sont néfastes, là tu lui en parles » (7)

« Généralement ils sont inquiets pour leur santé quand c'est arrivé, ce n'est pas en amont, c'est en aval qu'ils y vont. Quand ils ont une copine à un moment donné ça va poser des problèmes dans leur relation » (10)

(2) L'information

Le fait de pouvoir accéder à des informations via un autre biais que son médecin (tiers, internet, ...) amplifié par la sensation de manque de connaissance de la part du médecin favorise l'abstention au recours :

« Je ne serai pas tenté d'aller voir mon généraliste, j'irai plutôt vers un autre médecin qui s'y connaît un petit peu un sport » (4)

« J'ai même remarqué des phénomènes, c'est que quand il y a des effets secondaires, on ne va pas consulter de médecin, on en parle dans le cercle fermé des consommateurs » (7)

« Je ne pense pas qu'ils vont y aller avant d'avoir les effets secondaires, je pense qu'avant ils sont allés regarder sur internet, sur les sites » (10)

La minimisation des risques de la part des sportifs consommateurs peut expliquer l'absence de perception d'une nécessité de recours médical :

« Le déni de faire quelque chose de mal qui ne nécessite pas d'aller voir le médecin : je suis en très bonne santé, je suis bien, pas besoin » (2)

« Si tout se passe bien, tant qu'il n'y a pas de problèmes. Tant qu'ils prennent des produits et qu'ils n'ont pas d'effets secondaires » (7)

« Ils sont au courant des effets secondaires mais ils se disent « pourquoi moi ? », ils minimisent complètement » (10)

3. LA SOCIETE

La société semble avoir un impact sur le recours au dopage ainsi qu'aux SA dans le sport selon les patients interrogés, expliquant l'évolution des conduites dopantes ces dernières années.

« Cependant le bodybuilding existe quand même depuis pas mal d'années, c'est peut être une autre démarche » (8)

a) Pression sociétale, performance et esthétisme

Le dopage est considéré comme la possibilité d'accéder à une performance supérieure, qui ne serait pas accessible sans lui. La performance est le but principal du dopage, notamment aux SA, représenté dans tous les discours.

« Tu prends ça pour être toujours tout en haut, pour être le meilleur » (7)

« Tu visualises une image que tu ne peux pas avoir naturellement » (3)

Plusieurs facteurs sociétaux cristallisent cette course à la performance :

La représentation visuelle des signes de réussite.

« Visuellement quand on me voit on se doute que je suis compétent, alors que ça ne pourrait rien à voir parce que c'est les connaissances qui sont importantes. Mais visuellement ça joue, donc c'est déjà bien » (7)

« Pour le volume, pour les garçons c'est une forme de virilité, se sentir fort, musclé, imbattable » (8)

« On est dans un monde, dans une société où c'est que du paraître » (7)

L'apparition de nouveaux codes esthétiques.

« Tout ce qu'on diffuse aussi, c'est une période « anti gras », il ne faut pas être gros, il faut être sec, il faut avoir des muscles qui se voient, c'est toutes les images qu'on diffuse » (10)

« Au niveau des réseaux on est inondé par des images de corps parfaits et nous on est insatisfait, on a envie de leur ressembler. C'est comme la chirurgie esthétique, c'est banalisé. Les gens ne se posent pas de question » (8)

b) Le regard et la relation à l'autre

L'effet de groupe, la performance collective, le mimétisme et l'identification semblent jouer favorablement sur la volonté de consommation :

« Ce but de performance collective » (5)

« Ils nous ont vu exploser nous et plein d'autres en musculation, ça faisait des années qu'on en faisait. Et les nouveaux qui arrivaient, à 17 ans, ils voulaient prendre du poids, ils voulaient être les meilleurs » (3)

Le terrain psychologique semble également favoriser le recours à ce type de dopage (mal-être, manque d'estime de soi, mauvaise image de soi) :

« Sinon pour être satisfait de soi-même et satisfaire les autres, plus par l'image de soi » (8)

« Je pense que c'est plus un mal-être et vouloir se prouver quelque chose, avoir un corps disproportionné pour se rassurer. C'est plus une image qu'ils se donnent en prenant ça » (10)

Recoupant les troubles du comportement alimentaire avec la notion de dysmorphophobie :

« Il y a une distorsion de l'image qu'on a de soi, de la même manière qu'une personne anorexique va se voir tout le temps grosse et va vouloir maigrir jusqu'à disparaître, je pense que c'est l'inverse et qu'à partir du moment où on tombe là-dedans, on a envie d'avoir des muscles encore plus gros, encore plus volumineux, donc c'est un cercle vicieux » (10)

Le regard des autres sur la baisse de ses propres performances physiques et esthétiques a un fort impact négatif quant à la volonté d'arrêt :

« Les produits ne rendent pas addicts mais c'est les effets qui les rendent addicts : on est beaucoup plus secs, congestionnés H24, on est beaucoup plus costauds, donc forcément les gens sont addicts à leur image » (3)

« Le monde de la musculation c'est très narcissique, donc si il y a un changement à l'arrêt de ces produits le regard ne va plus être le même, il y a des critiques et ainsi de suite » (7)

Cependant, la vision négative de la société vis-à-vis du dopage, comme une pratique « non méritante », limite son recours.

« Moi la seule chose qui me dérange là-dedans, c'est d'arriver à un résultat qui n'est pas le résultat de tes efforts. La santé me gêne énormément mais ce point-là me gêne encore plus : Le corps qu'ils montrent est un mensonge » (10)

c) Société de consommation et internet

La tendance sociétale à la facilité et à la rapidité favorisent ce type de conduite dopante, notamment dans le sport amateur.

« C'est une histoire de génération, quand tu regardes : ils veulent tout avoir de suite, ils n'ont pas envie de passer du temps à la salle, de s'entraîner, de manger bien » (3)

« Le sport c'est sur du long terme, eux ils veulent tout, tout de suite, ils veulent un résultat direct. Les mecs ils ont plus envie de faire ça. Ils se disent « Hop, une injection, moi en 2 mois je vais être ce que lui a mis 3 ans à être » » (7)

Il y a une démocratisation des pratiques via internet et les réseaux sociaux.

« Avec internet et les réseaux sociaux, on a accès à des informations sur tout, tout le temps. C'est une histoire de génération, quand tu regardes : ils veulent tout avoir de suite. Tu n'as plus besoin de chercher dans des livres, cherche la page, il y a tout de suite sur internet, donc forcément ils n'ont pas envie d'attendre, ils sont habitués à ça » (7)

« Après il y a aussi au niveau des réseaux sociaux : en ce moment il y a d'anciens dopés qui partagent leur expérience sur les réseaux, qui disent qu'ils ont été dopés » (3)

Parallèlement cette banalisation est amplifiée par le fait qu'il existe une notion de minimisation des risques par défaut d'information malgré l'accès facilité à celle-ci, favorisée par le fait que le sujet est considéré comme « tabou » :

« Le fait que certains athlètes avouent s'être dopés et en parlent ouvertement, mais en ne parlant que très peu des effets secondaires, ou en les minimisant » (4)

« Le fait de ne pas savoir ce que c'est et les risques. En soit on se dit « c'est rien », c'est facile. Et c'est un peu tabou, les gens se cachent » (5)

d) L'environnement

L'isolement social notamment via le manque de relation avec l'entourage (familial, amical, sportif, professionnel).

« Probablement de ne pas être suffisamment entouré, de ne pas en avoir parlé peut être. On en discute souvent comme ça, sur le ton de la rigolade mais personne ne parle de lui, on parle toujours des autres » (9)

L'incitation aux pratiques dopantes par le référent, mais également le comportement à l'égard et la consommation de substances interdites par des collègues ou coéquipiers.

« Donc j'ai préféré prendre les mêmes armes qu'eux » (3)

« Moi j'y suis arrivé en m'entraînant avec un ami, c'est lui qui a voulu essayer. On s'entraînait toujours ensemble, il m'a dit « regarde on essaie » » (7)

« Tant qu'on n'a jamais pris d'entraîneur, des cours de coaching avec des gens qui sont allés taper à ce niveau-là, des gens que l'on va payer pour progresser » (1)

Le système de carrière et la recherche de célébrité.

« A partir du moment où ils commencent à rentrer dans le cadre du travail sportif, à devenir prof. Le fait qu'ils s'entraînent énormément et qu'ils ont beaucoup de cours à donner, et qu'à un moment donné peut être que physiquement l'organisme n'arrive plus à tenir aussi longtemps et ils ont recours à ces produits » (10)

« Un entrepreneur qui a une entreprise qui nécessite de la force physique, il sera peut être tenté de faire ça pour ne pas avoir de coup de mou, assurer plus de contrats. Donc il y a aussi l'aspect économique qui entre en jeu » (7)

« Comme dans la télé réalité : ils sont tous bodybuildés, musclés, presque secs, alors qu'ils font que sortir et s'entraînent 2 fois par semaine... » (9)

L'appréhension de la diminution des capacités liée à l'âge ou à une blessure (ou pathologie).

Mais aussi la gestion de la fin de carrière, l'abandon de la pratique, en particulier à haut niveau.

« Par exemple celui qui est videur de boîte de nuit, arrivé à un certain âge ou à cause d'une blessure ou autre, il ne peut pas se permettre d'arriver gringalet au travail » (7)

« La personne qui a été, même sans avoir recours au dopage, un sportif accompli ou qui avait une force physique, et qui n'accepte pas de se voir baisser » (1)

Ce constat est amplifié par la médicalisation actuelle de la vie :

« Maintenant prendre du Dianabol pour prendre de la masse, c'est rien, c'est comme prendre des acides aminés » (3)

« A un moment donné, le cachet, si on le sort de la boîte, quelle est la différence si je prends ce cachet ou un Dafalgan, on ne le voit plu » (5)

4. LE MEDECIN

a) Caractères socio démographiques

Il est ressorti de notre étude qu'il existait une influence sur la prise en charge du dopage dans le sport amateur attenante aux caractéristiques socio démographiques du médecin.

L'âge du médecin peut jouer comme un facteur favorisant ou non. Les médecins jeunes sont perçus comme disposant de connaissances plus actuelles en matière de sport et de dopage :

« En sport comme en médecine tout évolue, tout change. Donc un médecin généraliste qui sort super formé et qui a des connaissances sportives quand il a eu son diplôme, qui a aujourd'hui 50 ans... » (5)

« Peut-être que les nouveaux médecins ont des formations supplémentaires ou sont sensibilisés, mais mon médecin je doute qu'il ait de grandes connaissances là-dessus » (8)

Mais également considérés comme plus abordables à ce sujet.

« Après ça dépend : si on va voir un médecin de plus de 60 ans c'est plus compliqué » (7)

« Du coup, s'il était jeune, et si j'avais une bonne relation avec lui, plus détendue, moins rigide, plus amicale. » (9)

Le sexe du médecin n'a pas été exprimé comme une différence à ce sujet.

La pratique régulière du sport par le médecin est considérée par les patients sportifs comme une plus-value positive vis-à-vis des connaissances théoriques et pratiques à propos des complications liées au sport, comme le dopage.

« Je pense qu'il a un niveau assez correct, parce que en plus c'est un passionné de rugby aussi donc c'est pour ça qu'il suit un petit peu les choses. Donc je pense qu'il de nature assez curieuse, d'autant plus que c'est un vrai passionnée de sport. Au moins au travers des faits divers il va s'informer » (5)

« Avec qui je pourrais parler de manière plus libre. Sans avoir peur de me faire juger. Avec une expérience sportive et de compétition. Voire qui a pratiqué le même sport » (9)

« Il est calé déjà parce que en plus c'est un pratiquant sportif très régulier : il court, il fait du trail et du squash. C'est pour ça que quand il a vu mes prises de sang il ne lui a pas fallu 10 jours pour comprendre » (7)

b) La pratique médicale

(1) Le recours au médecin généraliste dans la pratique courante

La disponibilité et l'accessibilité jouent un rôle dans le recours au médecin généraliste. Notamment, il est considéré comme plus facile lorsque celui-ci consulte sur rendez-vous.

« Plus disponible car sur rendez-vous ». (1)

« Le temps déjà. Il faut prendre rendez-vous et souvent à l'avance. Avec le travail ce n'est pas toujours évident » (1)

Un temps de consultation considéré comme rapide et la notion d'un grand nombre de consultants par jour est considéré comme un facteur négatif.

« Après je sais qu'il se renseigne beaucoup, qu'il apprend beaucoup, ce n'est pas un médecin qui va enchaîner les patients, faire de la masse. C'est quand même un médecin de qualité. » (4)

(2) Le médecin généraliste dans le sport.

Nous avons vu plus haut que les sportifs consultent, en rapport avec leur pratique sportive, uniquement pour des douleurs persistantes ou inhabituelles ainsi que pour la rédaction de certificats médicaux.

Toutefois même dans ces cas-là, la prise en charge est exprimée comme insuffisante.

« Quand j'ai passé mon concours on m'a demandé un certificat médical ; c'est la seule fois, j'ai trouvé ça épatant, le médecin il m'a fait faire dix flexions de jambes, et après il a regardé si la fréquence cardiaque redescendait correctement. « Bon c'est bon vous êtes en forme »... Bon je trouve ça un peu léger... » (8)

Un médecin généraliste, connu pour son activité au sein de clubs de sport et auprès de sportifs, est perçu comme plus apte à prendre en charge les complications liées au sport.

« Je n'ai eu que 2 médecins traitants dans ma vie, le 1^{er} était médecin de l'équipe de France de rugby féminine, le 2^e pratique le tennis à un assez bon niveau : bon... je les ai choisis aussi » (5)
« Je crois qu'il est assez bon, il suit des équipes de sport » (4)

Le médecin du sport est considéré comme plus adapté à la prise en charge des patients sportifs qu'un médecin généraliste non spécialisé dans le sport, par une formation médicale plus poussée et plus spécialisée ainsi qu'une exposition plus importante aux pathologies liées au sport.

« C'est mon entraîneur de boxe qui m'a conseillé d'aller le voir, suite à certaines blessures à la boxe » (1)

« Ça a toujours été mon médecin traitant, vu ma profession c'est plus adapté » (7)

« Généralement quand on veut aller voir un médecin pour le sport, on va voir un médecin qui est spécialisé là-dedans » (1)

Les professionnels médicaux ne sont pas perçus comme rattachés au monde du sport par défaut de visibilité dans le monde sportif amateur, notamment lors de manifestations sportives.

« De plus en plus les gens ont recours au sport, ils ont envie de courir, etc... Peut être sous forme de campagnes de prévention dans le sens « vous pratiquez une activité sportive, les risques du dopages, etc... ». Par exemple aux départs de courses à pieds, dans les compétitions, des médecins qui seraient rattachés à des salles de sport ». (2)

(3) Le médecin généraliste et la prévention dans le sport

La prévention en médecine générale est uniquement axée sur le surentraînement et les blessures induites.

« Au niveau du suivi, il nous disait quand même « là tu fais ça comme sport, tu as telle douleur, il y a un moment où il faudra que tu arrêtes tes conneries parce que à un moment tu risques ça, ça et ça ». Après il ne va pas nous courir après » (1)

« Surtout curatif, j'allais le voir quand j'avais mal donc le but était de ne plus avoir mal et de pouvoir recommencer à m'entraîner de manière efficace » (1)

« Quand j'ai des douleurs ou des symptômes alarmants, mais jamais de la prévention » (5)

En ce qui concerne la prévention au dopage aux SA, uniquement deux participants ont déjà abordé le sujet avec leur médecin, mais en dehors de toute action de prévention ou d'information préalable. Le premier lors d'une discussion amicale en dehors du contexte médical, le deuxième après avoir présenté des complications liées à la prise de SA l'ayant incité à consulter et à aborder le sujet. Il en découle donc que la prévention au dopage dans le sport amateur, et notamment aux SA, est totalement absente de la pratique de médecine générale conventionnelle.

c) Le médecin et le patient.

Nous avons remarqué dans cette étude que la position de médecin de famille mais également la qualité de la relation qu'a le patient avec son médecin pouvaient avoir une répercussion positive ou négative selon les thèmes, pour aborder le sujet du dopage.

(1) La relation médecin-patient

La présence d'une relation de confiance médecin-patient est très fortement plébiscitée par les patients.

La confidentialité du secret médical et la position de médecin de famille sont considérées comme bénéfiques.

« Et puis ton médecin c'est ton médecin, entre 4 murs il va rien dire, il ne te juge pas. Donc après c'est plus facile d'être honnête » (7)

« Et puis c'est un professionnel, c'est comme quand on va voir un prêtre et qu'on se confesse. Il garde le secret professionnel. Ça, j'ai totalement confiance » (10)

Des capacités communications de la part du médecin sont reconnues par les sportifs comme pouvant favoriser le dialogue, notamment via la dédramatisation.

« Si j'avais une bonne relation avec lui, plus détendue, moins rigide, plus amicale. Avec qui je pourrais parler de manière plus libre. Sans avoir peur de me faire juger » (9)

« Ou peut être dédramatisé » (8)

Cependant, le regard de l'autre et notamment du médecin généraliste est un obstacle ressenti : l'appréhension du syndrome de l'imposteur.

*« Ce n'est pas super correct. Donc dans son regard après tu vas te demander ce qu'il va penser
« Finalement son physique ce n'est pas son vrai physique, etc... ». Tu as peur un peu de ce regard
là aussi. Donc ça c'est un obstacle » (7)*

*« Le regard du médecin je pense que c'est quelque chose qui peut gêner. Moi personnellement,
si je devais un jour en prendre, ça serait quelque chose qui me gênerait » (10)*

(2) La position du médecin

Un médecin qui aborderait le sujet de la prévention, du dopage et des SA, via des démarches de prévention, ou suite à l'observation de modifications corporelles évidentes (notion de Red Flags) est considéré comme plus productif de la part du patient.

*« Ou s'il aborderait le sujet lui. Peut-être oui. En gros s'il me tendait la main, ou une perche.
Qu'il me montre qu'il s'intéresse et qu'il a vu quelque chose de particulier » (4)*

*« Peut-être en amenant le sujet, mais pas à tout le monde parce que certains peuvent mal le
prendre. Mais proposer une aide, discuter du projet de compétition, demander les objectifs et
amener le sujet » (1)*

Un facteur exprimé comme contre-productif est le positionnement paternaliste du médecin avec la notion de jugement.

*« J'irai voir quelqu'un avec qui je sais que je peux parler de ça, sans le côté jugement, qui serait
moins dans le truc de « ce n'est pas bien, ta santé, etc. ». Moins dans le jugement, que je
penserai moins étriqué et plus ouvert » (10)*

*« Eux le seul truc qu'ils disent c'est « attention, ce n'est pas bon, il y a des effets négatifs, il ne
faut pas en prendre ». Ça ne suffit pas. C'est comme un bébé, tu lui dis de ne pas toucher, le
seul truc qu'il va vouloir c'est toucher ce que tu lui as interdit. Ce n'est pas assez développé »
(7)*

« La peur du jugement, d'être sermonné alors que c'est une décision « réfléchie » » (3)

A travers la notion de jugement émerge la peur de la sanction sportive qui freine les sportifs à consulter :

« La peur de la sanction » (5)

« Vouloir atteindre un but et avoir peur que le médecin ralentisse ma progression » (3)

« Je ne veux pas arrêter l'entraînement pour me faire soigner et du coup je laisse trainer » (6)

Le médecin peut par ailleurs être considéré comme le fournisseur de produit dopant.

*« J'ai eu à un moment donné des doutes sur un médecin qui pourrait être à même de procurer
ces choses-là, donc j'imagine que ça existe » (8)*

(3) Le médecin et la consommation de stupéfiants

Par ailleurs, l'analogie fréquente à la consommation de stupéfiant impose une barrière supplémentaire qu'est l'illégalité de la consommation. Elle soulève chez les sportifs une interrogation bien présente sur la déontologie médicale par rapport à l'aide médicale que nécessite la consommation de produits illicites.

*« Je pense que les obstacles sont encore plus renforcés que ceux pour le dopage en général : les
stéroïdes c'est le nec plus ultra du dopage. C'est comme si on parlait de la drogue en général :
Le cannabis on pourrait un petit peu en parler parce que ça se démocratise. L'héroïne, c'est
autre chose. Donc on a l'impression de faire quelque chose d'encore pire, donc on va le cacher
encore plus. On va éviter d'en parler au médecin » (5)*

*« Je pense que c'est une question d'éthique. Il y a des médecins qui se disent : « moi j'ai fait le
serment de soigner tout le monde, de faire tout ce que je pouvais faire pour soigner tout le*

monde ». Et ça comprend selon moi que ce soit dans la légalité ou dans l'illégalité. A partir du moment où l'on va aller taper dans des stéroïdes anabolisants, qui sont interdits, si le médecin bascule de ce côté-là, il est dans le côté « interdit » de la chose. Donc il a toujours ce choix de « est-ce que j'aide ce patient, et donc à se doper, ou à se soigner, concernant les stéroïdes, sachant que je n'ai pas à le faire vu que c'est interdit. Ou est-ce que je le laisse se démerder, à ce moment-là je ne prends pas de risque concernant « ma vie professionnelle », mon autorisation d'exercer peut-être, mais en contrepartie je peux avoir sur la conscience la mort de quelqu'un et donc je ne fais pas correctement mon boulot parce que j'ai fait le serment de soigner tout le monde ».

(4) L'examen médical du sportif

Les connaissances pratiques sont considérées comme insuffisantes, notamment en ce qui concerne l'examen clinique, que ce soit lors de la rédaction d'un certificat médical ou suite à une douleur liée au sport.

« Quand j'ai passé mon concours on m'a demandé un certificat médical ; c'est la seule fois, j'ai trouvé ça épatant, le médecin il m'a fait faire dix flexions de jambes, et après il a regardé si la fréquence cardiaque redescendait correctement. « Bon c'est bon vous êtes en forme »... Bon je trouve ça un petit peu limite » (3)

« J'avais des douleurs vraiment au niveau du tendon d'Achille qui étaient insupportables, ben il m'avait fait la mésothérapie pour me faire plaisir, mais je sentais que ma blessure n'était pas prise vraiment en considération » (8)

5. LA FORMATION MEDICALE EN PRATIQUE SPORTIVE

Les connaissances théoriques des médecins généralistes sur le sport et le dopage sont estimées insuffisantes.

« Je ne vais pas faire de généralité, mais je pense que c'est un petit peu limite » (8)

« Léger, si ce n'est pas un médecin du sport je ne pense pas qu'il soit ... » (10)

« Pas suffisant. Je pense que dans le cursus médical, on va plutôt s'orienter vers des maladies et des produits pour soigner des maladies, plutôt que des produits pour se faire du mal. Certes quand on va demander à un médecin les conséquences possibles lorsqu'on consomme des stéroïdes, il est médecin il a fait 10 ans d'études il sait quand même un minimum de choses » (1)

D'autant plus en ce qui concerne le recours aux stéroïdes anabolisants.

« 60% des médecins ont le minimum syndical de ce qu'ils ont appris à l'école sur le dopage et les stéroïdes » (1)

« Je pense qu'à ce niveau-là son niveau de connaissance est moindre que pour le dopage en général » (5)

a) Formation médicale initiale.

Elle est considérée comme basique.

« Leurs connaissances sont basées sur des faits qui se sont passés au moment de leurs études. Je trouve que malheureusement les médecins restent trop sur leurs acquis » (3)

« Je ne sais même pas si c'est enseigné en médecine durant les études, mais je crois que ça doit être léger... » (10)

« Ils doivent avoir une formation la dessus quand même, mais peut-être pas quelque chose de très poussé » (9)

Toutefois, les médecins généralistes spécialisés dans le sport sont reconnus comme ayant une formation initiale et donc des connaissances plus poussées en matière de dopage.

« Après comme il est spécialiste dans le domaine du sport il doit s'y connaître. Il fait beaucoup de formation je trouve, il s'instruit beaucoup. Donc je pense qu'il est quand même assez calé » (6)

b) Formation médicale continue.

Il est mis en évidence que les médecins semblent se former aux pathologies médicales à proprement dites, et les plus fréquemment retrouvées, pas en ce qui concerne le sport et ses risques.

« Je pense qu'il y a quand même des médecins qui s'informent plus que d'autres, c'est partout pareil certains vont aller chercher plus loin parce qu'ils sont dans un milieu sportif, qui les intéresse, ou parce qu'ils ont des connaissances qui sont dopées donc ils vont aller chercher un petit peu plus loin » (1)

« Ce n'est pas forcément ce sur quoi il va aller se travailler ou se cultiver. Il va plus se cultiver sur des cas de prise de petits médicaments en surconsommation. Par exemple l'aspirine, ça va plus l'intéresser. Parce que ça il y en a beaucoup plus. Celui qui joue le matin il prend un coup de chaud, et pour jouer le soir il prend 2 paracétamol 1 gramme avant un match. Ça ça va peut-être plus l'intéresser parce que c'est plus démocratisé » (5)

La formation médicale continue n'est pas connue en soi des sportifs. La plupart savent que leurs médecins continuent de se former, mais que cela dépend de leur activité professionnelle préférentielle mais également de leur intérêt personnel dans tel ou tel domaine.

« Alors quand on en a parlé, il m'a dit qu'il s'y connaissait un peu, maintenant je ne pense pas que ce soit un ponté là-dedans, mais il s'est quand même dirigé pour savoir ce que je prends, ce que je ne prends pas, à savoir ce que je peux risquer ou pas. Il s'est renseigné je le sais » (7)
« À part si ils se sont documentés. A part si il a des patients et des amis à lui qui auraient consommé... Qui présenteraient ces signes-là de dépendance aux stéroïdes, et du coup comme moi, ils se seraient intéressés à vouloir comprendre comment ça fonctionne » (10)

Cependant la majorité des médecins généralistes sont perçus comme non intéressés au développement de leurs connaissances et capacités en matière de suivi des pratiques sportives.

« Je trouve que malheureusement les médecins restent trop sur leurs acquis, ils ne se renseignent pas assez. Ça peut être par manque de temps, mais pourquoi certains médecins y arrivent et d'autres non ? » (4)

La faible exposition en cabinet libéral est évoquée pour justifier du manque de FMC et d'intérêt personnel porté sur le sujet du dopage et des SA.

« Ça ne doit pas être très fréquent d'avoir des patients qui se dopent. Ça ne doit pas revenir très souvent sur le tapis. Donc forcément on oublie un peu » (9)

« Après c'est juste un ressenti, mais chez les médecins généralistes parmi les patients qui viennent les voir, sur 100 personnes il en a 0,2 qui doivent être touchés par des cas de stéroïdes, donc ce n'est pas forcément ce sur quoi il va aller se travailler ou se cultiver » (5)

Toutefois l'incidence semble plus sous-estimée par la population médicale qu'insignifiante en pratique de ville.

« Ça se développe de plus en plus. Et il faut savoir que des sportifs, je ne sais pas sur une proportion, entre les semi pro, les amateurs et les loisirs, ça fait quand même du monde. Donc c'est quand même une part qu'il ne faut pas laisser. Dans plein d'autres sports ils se shootent. Les boxeurs, les rugbymans. Moi j'ai vu des rugbymans qui prenaient des choses, même de la cocaïne. Donc je pense que les connaissances et formations ne sont pas adaptées et qu'ils ne sont pas assez renseignés » (7)

« Mais actuellement avec les réseaux sociaux ça explose. Il y a plein d'ados qui se lancent là-dedans » (4)

« C'est plus renfermé, c'est soit un dopage de salle de sport, soit chez l'amateur donc c'est un cercle fermé. Je pense qu'il a moins de connaissance là-dessus. Je ne pense pas qu'il soit très au courant des pratiques ».

IV. DISCUSSION

A. Les forces de l'étude

L'étude qualitative est la méthode la plus adaptée pour répondre à l'objectif de notre étude. Elle permet l'analyse de phénomènes complexes tels que les difficultés ressenties par les patients sportifs dans la relation à leur médecin généraliste.

Les entretiens semi dirigés réalisés dans un lieu choisi par le patient sont plus performants qu'une étude par questionnaire à réponses multiples, qu'un questionnaire adressé par voie postale ou par mail. En effet, ils ont été menés via un guide d'entretien élaboré en fonction de nos objectifs de recherche. Celui-ci était composé de questions ouvertes permettant d'obtenir une plus grande liberté d'expression avec des réponses riches et variées.

Cette méthode a permis une analyse plus en profondeur de leur point de vue sur les obstacles rencontrés au quotidien en matière de prise en charge et de prévention au dopage en médecine de ville. C'est le point fort de la méthode utilisée qui laisse une place à la représentativité et les réponses témoignent du ressenti et du réel vécu de cette patientèle particulière.

L'échantillon de notre étude est représentatif de la population sportive à risque de consommation de SA (âge, volume d'entraînement hebdomadaire, type de sport pratiqué). La répartition des sexes est représentative avec plus de 60% d'hommes. La diversité socio-économique a été respectée avec des patients de catégories socio professionnelles diverses.

B. Les limites de l'étude

Parmi les biais potentiels de cette étude qualitative, nous pouvons retenir les conditions des entretiens qui ont été effectués dans un lieu choisi par chaque participant (lieu de travail, mais essentiellement domicile) après un rendez-vous téléphonique. De ce fait, certains entretiens ont été marqués par des interruptions (téléphone ou tierce personne) influençant ainsi sur la concentration des patients et donc sur leurs réponses. Parfois, le manque de temps ou l'allongement de l'entretien a pu avoir pour conséquence un empressement dans les réponses.

Par ailleurs, en fonction de leur degré d'activité ou d'implication dans le domaine du sport et du dopage, la durée des entretiens a varié. Pour les patients avec une pratique sportive de cinq à dix heures en moyenne par semaine, les entretiens ont été les plus courts.

Il existe un biais issu de l'échantillonnage : les sportifs interrogés durant l'étude se sont portés volontaires. Les déclarations viennent donc d'une population intéressée par le sujet de l'enquête et ayant peut-être plus d'attentes vis-à-vis des médecins que les non volontaires. Cela peut diminuer la représentativité des réponses collectées. C'est le biais de volontariat. Pour éviter ce biais il aurait fallu randomiser la population de la salle de sport et échantillonner selon une technique de tirage au sort puis sélectionner selon les critères de non inclusion. On aurait pu également comparer les caractéristiques de la population non répondante à la population volontaire pour diminuer l'impact de ce biais.

Un autre biais relatif à l'étude qualitative de notre travail est le biais de déclaration. En effet, il s'agissait de mettre en reliefs les connaissances personnelles en ce qui concerne le dopage aux SA et le rôle que leur médecin généraliste pouvait y jouer, notamment en matière de prévention. Les patients interrogés pouvaient se sentir jugés ou ne voulaient pas admettre qu'ils rencontraient des difficultés dans leur prise en charge ou étaient en attente d'une prise en charge plus approfondie. Ainsi, ils pouvaient donner des réponses ne reflétant pas la réalité, même si l'enquêteur avait prévenu tous les sportifs que les entretiens resteraient anonymes.

L'inexpérience de l'enquêteur est aussi un biais dans le recueil des données. L'absence de formation préalable et le fait d'être novice dans cet exercice ont pu biaiser l'étude. La qualité de l'entretien étant directement liée à la capacité de l'enquêteur à bien le conduire. Par ailleurs, l'enquêteur n'est pas toujours objectif et sa façon de poser les questions peut influencer et biaiser les réponses des patients.

L'analyse des résultats d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés est aussi dépendante de l'enquêteur. Son manque d'objectivité lors du classement des idées et du codage est un biais de l'étude. Il aurait fallu une analyse par une tierce personne afin de l'éviter et renforcer ainsi la validité des résultats.

Enfin, ce type d'étude ne permet pas la généralisation des résultats à partir d'un échantillon très faible. Les idées exprimées n'ont pas de valeur statistique.

C. Reprises des principaux résultats et comparaison à la littérature.

1. LE SPORTIF

a) Caractères socio démographiques

Notre échantillon de sportifs interrogés est représentatif de la population étudiée. En effet les femmes représentent en France, comme dans notre échantillon, 40% des pratiquants de musculation (20). Dans notre étude l'âge varie de 25 à 43 ans, avec une moyenne d'âge de 32 ans. La tendance nationale, elle, compte 50% des pratiquants entre 15 et 29 ans et 30% entre 30 et 49 ans. (21)

L'âge est exprimé comme un des facteur de risque de recours précoce au dopage aux SA (22) (7) (4), notamment avant 30 ans. C'est le cas d'un sportif consommateur sur deux dans notre étude, le deuxième reconnaissant que son initiation a été inhabituellement tardive. Toutefois la tendance s'oriente vers une incidence de plus en plus importante chez les jeunes sportifs (23) et notamment les adolescents. (4) (24)

La pratique de sports de force et notamment la musculation est associée au risque de recours aux SA dans le sport amateur. (7) (25)

En effet comme le montre B. Claudel dans sa thèse sur le dopage chez les utilisateurs de salle de sport, 49,25% déclarent avoir déjà consommé des substances pour améliorer leurs performances, dont 8,65% des substances interdites. (26)

Aucun lien entre la pratique de la musculation, le niveau d'étude et le niveau de vie des sportifs n'a été mis en évidence ici, ce qui est superposable à la littérature. (21)

La prise de compléments alimentaires dans le cadre de la pratique sportive est reconnu comme favorisant l'intention de recourir à des substances dopantes chez les sportifs non consommateur (27) (28). En moyenne un français sur deux a déjà eu recours à des compléments alimentaires dans le but de « préserver sa santé ». Une revue de la littérature met en avant la forte proportion d'étudiants sportifs (55%) consommant des compléments à visée sportive. (29)

Dans notre étude tous les sportifs ayant recours aux SA ont consommé au préalable des compléments pour améliorer leur performance et estiment en avoir tiré le maximum avant de s'orienter vers des

substances plus actives. En effet les compléments sont identifiés comme des aides artificielles, tout comme le dopage, ce qui tend à faciliter le passage aux substances dopantes illicites.

Le fait que la prise de SA par un sportif soit connu en renforce son attractivité et augmente le risque de conduite dopante dans l'entourage. (30) L'entourage social du sportif est identifié comme la première source de recours aux SA chez les utilisateurs (7) (23) (31). Une étude a démontré que le cas était identique au sein d'un couple, la consommation de SA par l'homme influençant grandement le recours aux substances dopantes ainsi qu'aux SA chez la femme. (32)

Les troubles en lien avec l'image corporelle (8) et les troubles psychologiques tels que la dépression (7) (24) ainsi que la consommation de stupéfiants (28) sont identifiés comme jouant un rôle positif dans la consommation de SA. Cependant cette étude n'a pas permis de mettre en valeur ce lien de causalité malgré le fait qu'elle soit fortement associée dans la littérature à une prédisposition à la consommation de SA.

b) Objectifs de la pratique sportive

Le bien-être et la compétition sont les objectifs recherchés les plus fréquemment exprimés. A travers eux, c'est l'accomplissement personnel physique et psychique qui transparait.

Déjà en 1967, Pierre Parlebas définissait le sport comme un « ensemble de situations motrices, institutionnalisées et codifiées sous forme de compétition ». (33)

Depuis sa création, le sport est considéré comme un divertissement. Son rôle et les objectifs de sa pratique ont évolué au fur et à mesure des siècles. Pour de nombreuses cultures préindustrielles, il servait de base permettant de définir des normes et des conventions. Pourtant le sport était déjà une activité où le mérite individuel était la règle, via la mise en compétition des pratiquants. Les aptitudes individuelles et les compétences acquises étaient valorisées, à l'inverse du statut à la naissance. (34) Il en découle dans la pratique actuelle une recherche du bien-être apporté par la performance. Cette performance finale à atteindre est relativement indépendante des performances des autres concurrents, et n'est pas une recherche de résultat. (35)

Certaines études ont mis en avant que le plaisir de la pratique relevait avant tout de la maîtrise sportive qui engendre la satisfaction, et non de la performance en elle-même. (36) (37) Cela est illustré dans l'ouvrage « Psychologie du sport » de Richard H.Cox de 2005 où la tentative de maîtrise d'objectifs multiples amène à la performance. (35) La compétition est donc plus perçue comme l'acquisition de la maîtrise d'objectifs comme synonyme d'accomplissement, la performance n'étant que secondaire.

Quand on aborde la définition de l'accomplissement, pour autant que ce dernier soit lié à des résultats ainsi qu'à une reconnaissance sociale, la notion de performance apparaît alors et introduit une interface entre le vécu subjectif et qualitatif de l'acte, et l'appréciation sociale. (38) Sport, accomplissement et reconnaissance sociale sont donc étroitement liés.

La pratique du sport est associée au lien social. (39) Dans un article, William Gasparini rappelle les principales vertus prêtées au sport, notamment associatif, à savoir de favoriser l'intégration sociale, de concourir à l'apprentissage des règles du «vivre ensemble», de contribuer à la formation civique et morale. Ces vertus seraient particulièrement précieuses pour des jeunes évoluant dans une société en proie à une crise du lien social.

Omar Zanna et Philippe Lacombe, dans le cadre de leur enquête sur les pratiques sportives en milieu carcéral, mettent en évidence le positionnement du détenu sur le terrain de football, qui représente d'abord son intégration des normes en vigueur dans l'espace carcéral. L'individu montre ensuite les

signes d'appartenance à son groupe, et cherche enfin la reconnaissance des siens à travers toute la gestuelle footballistique.

Le sport et l'expression corporelle se trouvent donc dans le camp de la promotion et de la valorisation du moi individuel. L'identité sportive, reconnue et acceptée comme telle, mène ainsi à l'intégration personnelle et, au-delà, à l'intégration sociale. (40)

Une étude de 2015, réalisée en Allemagne sur le bien-être subjectif lié à l'activité physique, fait ressortir que la satisfaction de l'exercice physique (du point de vue de la santé et du fitness) n'est pas liée à l'entraînement en lui-même mais à l'interaction sociale au sein de la salle de sport. (41)

Il est parait donc important de prendre en compte dans la prise en charge du sportif, non seulement la recherche d'épanouissement personnel, pouvant conduire à des pratiques déviantes, mais également son intrication avec le lien social qui semble indissociable de la pratique sportive.

c) Sportif et suivi médical

Selon une comparaison internationale sur l'activité des médecins en France, en 2014 ils pratiquaient en moyenne 1900 consultations par an. Plusieurs études estiment le nombre de consultations liées au sport à plus de 200 par médecin par an (soit un patient sur dix), dont 120 en moyenne en rapport avec la rédaction d'un certificat médical d'aptitude à la pratique sportive, soit un patient sur vingt (42). Pour plus de 35% des 12-18 ans, cette consultation sera l'unique dans l'année. (43), sachant que selon une étude réalisée en 2017 sur un site de prise de rendez-vous en ligne, les médecins généralistes effectuent en moyenne 22 consultations par jour. Ce qui en fait un motif de consultation relativement fréquent.

Par ailleurs, la rédaction du certificat médical d'aptitude au sport est le seul acte considéré par les sportifs interrogés comme un acte de médecine préventive (44) effectué par les praticiens généralistes.

La majorité des patients vus dans ce contexte sont des individus sains, sans plainte, ayant tendance à minimiser ou dissimuler des éléments de leur passé (45) et ne sont pas conscients de l'importance de la rédaction du certificat médical, ni de l'examen qui s'y associe. De plus, il est souvent demandé lors d'une consultation pour tout autre motif. (46)

Dans notre étude cependant, le médecin ne semble pas identifié par les sportifs comme ayant un rôle primordial dans leur pratique sportive. En effet, les sportifs s'orientent plus favorablement vers les ostéopathes et kinésithérapeutes pour leur prise en charge du sportif au long cours, que ce soit en termes de prévention ou de traitement des blessures.

Cette représentation des paramédicaux dans le sport, mais également d'autres professionnels en lien avec la santé, s'inscrit dans une tendance globale de la population à préférer les médecines alternatives à celle conventionnelle, perçue comme insuffisante. Ces pratiques associent une approche différente, une prise en charge globale et une implication supérieure du patient dans les soins, responsable d'un sentiment de contrôle. (47)

L'ostéopathie est perçue comme une alternative efficace, mais également naturelle, aux médicaments. Elle est considérée comme particulièrement utile pour les troubles musculo-squelettiques, notamment les blessures sportives. (48)

Aucune étude n'a cependant été retrouvée pour évaluer les motifs de non recours médical en cas de blessure liée au sport.

Toutefois il est à noter que ce type de blessures n'est pas anecdotique en pratique de médecine de ville. Il est mis en évidence dans une étude Allemande de 2006 que les traumatismes liés au sport représentent le deuxième motif d'accident de la vie courante, dont 14% de l'activité des urgences. (42) Ils atteignent 3% de la population globale et 6% des sportifs réguliers en présenteront au moins une fois dans l'année.(49) Plus de 60% des sportifs ont déjà été blessés lors de leur pratique (50), majoritairement des hommes (70% versus 49% chez les femmes). (44)

Par ailleurs d'autres études ont démontré la forte prévalence des atteintes de l'appareil locomoteur dans ce type de blessure. Selon une étude néerlandaise de 2007 à 2009 sur l'incidence et la prévalence des traumatismes sportifs en médecine générale, 92,5% de ces blessures concernent l'appareil locomoteur, dont 20% de tendinopathies qui représentent un tiers des consultations en médecine générale et médecine du sport. (51)

Il est à noter que dans plus d'un tiers des cas (36,5%) l'action du médecin généraliste se limite à la dispensation de conseils, dans 25% d'un traitement médicamenteux ou d'un bandage et dans 20% de séances de kinésithérapie. Seulement 7% nécessiteront le recours d'un spécialiste (chirurgien orthopédique ou un médecin du sport). Par ailleurs, le diagnostic est posé dans 60% des cas sur la symptomatologie douloureuse, dont 80% ne nécessiteront pas de test physique d'aide au diagnostic (52).

Ces données, ainsi que le recours fréquent à l'automédication chez le sportif amateur (53), expliquent peut-être la faible perception de bénéfice de la consultation en médecine généraliste lors de traumatismes associés au sport.

Par ailleurs le recours à l'information via internet semble impacter négativement la perception de nécessité de recours médical.

Dans l'enquête de Diaz et al. (54), 59 % des patients cherchant de l'information en santé sur Internet déclaraient qu'ils n'en discutaient pas avec leur médecin et 11 % déclaraient utiliser Internet plutôt que de consulter ou de parler avec leur médecin. Les raisons les plus fréquentes invoquées étaient la facilité d'accès aux informations et la gratuité. Les autres raisons étaient dans le but de vérifier la nécessité d'un recours médical, l'absence d'ouverture du médecin au dialogue et le manque de temps du médecin pour fournir davantage d'information sur un sujet.

Il est à noter que ces informations retrouvées via internet sont jugées pertinentes pour 52% des patients. (55)

Il en résulte que les sportifs consultent peu leur médecin en lien avec leur pratique sportive, majoritairement pour la rédaction de certificats médicaux, ou bien en cas de blessure liée à la pratique et ne s'améliorant pas malgré le recours aux paramédicaux (consultés en première ligne) ou à l'automédication. Le médecin n'est pas considéré comme un bénéfice dans le cas de douleurs habituelles, le sportif connaissant bien son corps et ayant pris l'habitude de s'auto traiter pour les complications bénignes récurrentes, et de s'informer sur internet. Le médecin n'est pas identifié comme ayant un rôle dans la pratique sportive courante.

2. LE DOPAGE

a) Connaissances des sportifs amateurs.

(1) Les substances dopantes

Tout comme dans cette thèse, l'enquête du Ministère des Sports en 2014 relève que les sportifs sont majoritairement informés du dopage par les médias (56) mais ont toutefois du mal à en donner une définition précise de ce qu'est le dopage. De fait, la majorité des personnes interviewées n'a pas de connaissances claires sur les produits qui sont licites ou illicites en compétition ou en préparation. Cependant ils sont conscients de la présence de substances pouvant être détectées aux tests anti-dopage dans des médicaments de la vie courante. (26)

Une étude de 2013 effectuée auprès de jeunes sportifs en Autriche met en avant le fait que leurs connaissances sont limitées en termes de dopage mais surtout en ce qui concerne les effets secondaires liés à la consommation de ces substances. Cependant la plupart des sportifs amateurs ont conscience que le recours à de tels produits est illégal et peut entraîner des sanctions. (57)

(2) Les stéroïdes anabolisants

Les connaissances liées au dopage aux SA sont essentiellement via l'observation des sportifs consommateurs par leurs pairs. En effet, plusieurs études observationnelles ont mises en évidence l'apparition de symptômes liés à leur utilisation dans le sport. (58) (11) (59)

Lors d'une étude effectuée par l'antenne d'aide médicale de prévention au dopage sur les sportifs sanctionnés, on pouvait relever que 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. (60).

Dans une enquête comparant des consommateurs à des non consommateurs, on a pu relever des cas fréquents de gynécomastie, de diminution de la taille des testicules et une augmentation du LDL-cholestérol. (58)

Toutefois, malgré la connaissance théorique des sportifs en matière d'effets secondaires, les études ont tendance à montrer qu'ils ont peu conscience des risques encourus en adoptant un comportement trop optimiste à ce sujet, favorisant le recours. (25) Une étude Autrichienne évaluant les connaissances en matière de dopage auprès de 408 sportifs juniors a révélé un niveau très modéré des règles anti dopage. Seulement un tiers connaissaient l'existence de la liste des substances interdites, alors qu'une grande majorité pouvant citer plusieurs catégories de produits dopants savaient que leur recours étaient interdit. (61)

b) Du sport au dopage aux SA

(1) La performance

Nous avons vu précédemment que le but premier de la pratique sportive est la recherche de performance, qu'elle soit liée ou non à la notion de compétition. Pierre de Coubertin désignait le sport comme « le culte volontaire et habituel de l'effort musculaire intensif appuyé sur le désir de progrès et pouvant aller jusqu'au risque ».

Le sport par définition amènerait-il donc indubitablement au dopage ?

Notre enquête a mis en avant également le rôle de la pratique sportive dans le recours au dopage et aux SA, ce qui se retrouve dans la littérature, où l'amélioration de la performance sportive, que ce soit l'apparence, les muscles ainsi que de la force, était le motif primordial de l'initiation à l'utilisation des SAA. (7) (62) (22)

L'efficacité de ce type de molécules sur la prise musculaire n'est plus à démontrer. Déjà en 1996, Bhasin et al. mettaient en évidence un gain de masse, de volume et de force musculaires chez des sujets masculins eugonadiques plus important dans le groupe associant un entraînement de musculation à une prise de testostérone que dans les autres groupes (testostérone sans entraînement, placebo sans entraînement, placebo avec entraînement). De plus, l'entraînement majore l'effet des androgènes sur le muscle. Il existe par ailleurs un effet dose-réponse entre les doses de testostérone reçues. (62)

Le caractère professionnel peut également être un facteur expliquant le recours à des substances dopantes, les travailleurs utilisant volontiers des psychotropes pour lutter contre le stress professionnel, pour suivre les cadences imposées par les contraintes de production et de compétitivité. Dans ce contexte, l'étude de Pidetcha révèle qu'un tiers des chauffeurs routiers thaïlandais utilise des amphétamines pour repousser la fatigue et avaler les kilomètres. Chez les travailleurs français, les chiffres vont de 15 à 20 % d'usagers de produits (cadres d'entreprises, professionnels de la santé, etc.) de natures diverses (médicaments psychotropes, stimulants, etc.). (63)

L'entraîneur mais aussi l'entourage sportif favorise la consommation de SA dans le sport, via son influence directe ou indirecte sur la recherche de performances. (30) (7) (23) (31).

La performance physique est recherchée et favorisée par l'accès aux compétitions mais aussi par le caractère professionnel de la pratique (différente du sportif professionnel). D'autant plus si la pratique est (re)connue dans le milieu. Par ailleurs l'entraîneur, l'entourage sportif et les « adversaires » en compétition occupent une place importante dans le passage à l'acte.

(2) Chronicisation

L'isolement social est identifié comme un facteur de risque de recours à des pratiques dopantes (64) ainsi que le manque d'information (57). Tous deux favorisent une consommation chronique et expliquent les difficultés au sevrage. Ces données peuvent être reliées à la consommation de stupéfiants où également l'entourage socio familial et l'absence d'information préalable jouent un rôle majeur dans ces conduites à risque. (65)

La perte de la performance, mais également des bénéfices qui en découlent (bien-être, répercussions économique et sociales) entraîne une dépendance exprimée comme plus psychologique que physique, et participe au risque de chronicité de la conduite dopante.

Dans la littérature, une pharmacodépendance est observable. Lors de l'évaluation médicale auprès des sportifs contrôlés positivement entre 2002 et 2012 par l'Antenne Médicale de Prévention au Dopage, une pharmacodépendance était avérée dans 13% des cas et suspectée dans 14,5%), soit chez plus d'un quart des sportifs au total. Dans plus de deux tiers des cas, cette dépendance était à la substance ayant positivé le contrôle antidopage, dont 19% aux stéroïdes anabolisants (18,8%). Parmi les sportifs ayant une dépendance possible ou avérée, 21,7% pratiquaient un sport de force. Un lien de dépendance statistiquement significatif entre l'existence d'une dépendance et le sport pratiqué n'était pas mis en évidence. (60)

Selon plusieurs études, il est intéressant de montrer que la dépendance n'est pas forcément liée aux substances consommées, mais plutôt à l'objectif recherché. Il est prouvé que l'approche de l'objectif par la maîtrise a un effet renforçateur sur le plaisir mais également sur l'espoir du sportif. Ce n'est pas

le cas de l'approche par la performance, qui n'est qu'une résultante secondaire (37), alors que le plaisir a une action indirecte positive sur la satisfaction, la performance et les efforts. (36) L'antécédent de réalisation d'objectif a un rôle bénéfique sur la peur de l'échec, les limites personnelles et l'inquiétude quant aux erreurs. (37) Un sportif ayant donc atteint son objectif avec l'aide de SA aura donc un renforcement positif de leur utilisation et aura tendance à chroniciser sa consommation.

c) Le recours médical

(1) Complications

Actuellement seule l'apparition d'effets secondaires invalidants ou de complications pousse le sportif à consulter à ce sujet. Une faible proportion de consommateurs aborde le sujet avec leur médecin généraliste.

Selon la thèse de B. Claudel en 2017 évaluant la place des médecins généralistes dans le dopage des sportifs en salle, uniquement 37% des consommateurs de produits dopants interrogés en avaient déjà parlé à leur médecin traitant, 20.1% souhaitaient lui cacher, alors que les trois quarts le considéraient comme compétent pour donner des informations relatives au dopage. Il en conclut que si les utilisateurs de produits dopants ne parlent pas à leur médecin traitant de leur consommation, il semble que ce soit plutôt par négligence. (26)

Selon D. Hauw dans son ouvrage sur la psychologie du dopage, cette pratique considérée socialement comme déviante, peut expliquer la minimisation des risques et des complications par les consommateurs, ainsi que par sa « désirabilité sociale ». (66)

(2) Information

Nous avons vu précédemment que l'information sur le dopage est un facteur déterminant dans le recours au dopage chez le sportif amateur mais qu'uniquement une faible proportion de sportifs, consommateurs ou non, se tournent vers leur médecin pour obtenir des informations à ce sujet.

Une étude de 2003 sur les articles relayés dans la presse concernant le dopage a mis en avant que la majorité d'entre eux provenait de l'Agence France Presse. C'est une agence de presse mondiale et généraliste d'origine française chargée de collecter, vérifier, recouper et diffuser l'information, sous une forme neutre, fiable et utilisable directement par tous types de médias mais aussi par des grandes entreprises et administrations. Les données recueillies sont essentiellement issues des résultats de contrôles anti dopage. L'analyse de ces articles a permis de mettre en évidence la gravité des informations relatives au dopage, de souligner les risques de consommation de compléments alimentaires, de montrer l'intérêt des enquêtes judiciaires comme source d'information sur les produits dopants dans le sport et d'identifier les sports les plus impliqués dans le dopage. Il en ressort que l'analyse systématique de la presse grand public pourrait ainsi constituer un outil intéressant de veille et de suivi pharmaco épidémiologique des substances dopantes dans le sport, mais également qu'elle peut jouer un rôle fiable d'information du grand public. (67)

Les pairs jouent un rôle important dans l'accès à l'information sur les SA mais aussi d'une manière plus globale sur les médicaments, en renseignant sur les modes d'utilisation et les façons de maximiser les effets recherchés, en plus de faciliter l'accès au médicament (68). Internet constitue aussi une source d'information largement mobilisée par les jeunes. Des études portant surtout sur les médicaments détournés (69) (70) (71) soulignent par ailleurs le rôle des espaces d'échange en ligne, et en particulier des forums, dans le partage de connaissances et surtout d'expériences de consommation des produits. Ces travaux montrent que les informations recherchées visent, non seulement à identifier les

substances présentant un potentiel et leur mode d'utilisation mais aussi, à minimiser les risques associés à leur consommation.

Les forums de discussion sur internet sont considérés comme des espaces où le sujet du dopage est abordé facilement. Ces lieux de discussion virtuelle permettent d'obtenir des informations rapides et considérées comme adaptées de la part d'individus confrontés à la même situation et favorisent l'échange de connaissances. (72) Une enquête effectuée sur le rôle d'internet sur la construction des savoirs relatifs aux médicaments montre que les points les plus abordés sont les modalités d'utilisation de produits détournés, leur efficacité, leurs effets secondaires ainsi que les moyens de s'en procurer. Les savoirs partagés sont essentiellement de nature expérientielle et les références aux experts biomédicaux relativement peu nombreuses. L'expertise profane collective est donc assez limitée. (73)

L'information des sportifs sur des supports tels qu'internet mais également au sein du microcosme de consommateurs a pour effet de minimiser les risques en les rendant plus abstraits et anecdotiques. Cela a pour conséquence d'entretenir la connotation de pratique « tabou » et la perception d'une absence de nécessité de recours médical.

(3) L'absence de verbalisation

La faible verbalisation du dopage dans le sport amateur, considéré comme un sujet tabou par les pratiquants à risque, a un impact négatif sur le recours au médecin généraliste. Nous avons vu précédemment que pourtant seulement une minorité refuse totalement la possibilité d'aborder le sujet avec lui. (26) Pour 80% cela serait plutôt secondaire à un « non-dit », qui peut être liés soit au médecin mais également au patient lui-même. Selon la thèse de Vignon E. sur les non-dits des patients en médecine générale, certains sujets et notamment les thèmes portant sur les addictions ainsi que les complications qui en découlent (sexualité, pathologies, troubles psychiques) sont plus difficilement abordés par les patients, notamment les hommes. Les sentiments de pudeur, de honte, de culpabilité et de peur, auxquels peuvent s'ajouter des difficultés d'élaboration et d'expression sont des motifs de non-dits retrouvés dans son étude. Le non-dit est alors consécutif à la mise en place de mécanismes de défense de la part du patient, dont la banalisation et le déplacement sur d'autres sources de préoccupations, comme un autre motif de consultation, font partie. (74)

Certains motifs de non-dits sont le signe d'une indépendance du patient vis-à-vis du médecin, notamment suite à la consultation d'une autre source d'information ou le choix de se confier à une autre personne, comme il a été abordé dans le chapitre précédent.

3. LA SOCIÉTÉ

Le culturisme est mis en avant comme l'un des principaux facteurs de risque de consommation de SA à visée dopante dans le sport amateur. Toutefois il est reconnu que ce sport n'est pas nouveau et que cependant, le recours aux SA est en nette augmentation ces dernières années.

Le dopage dans le sport amateur semble être une juste succession parallèle de l'évolution de la société, de ses représentations et de ses attentes vis-à-vis des individus. La prévention du recours aux SA passe donc par la prise en compte du rôle de la société à cet égard et des facteurs psychosociaux qui en découlent.

a) Pression sociétaria, performance et esthétisme

Dans nos sociétés occidentales, le dépassement de soi est devenu une norme qui s'inscrit dans le culte de la performance et de l'efficacité. (75) Le marché du fitness est en plein développement en France : près de 15 millions de personnes pratiquent le fitness, la gymnastique d'entretien ou la musculation. Le marché pèse à lui seul 1,27 milliard d'euros. Ce développement est principalement dû au fait que chacun de nous est de plus en plus soucieux de son apparence physique et de sa santé et que la pratique du sport n'a jamais été aussi forte. Cela s'explique aussi par les campagnes gouvernementales mises en place ces dernières années. (76)

Nous avons mis en évidence à travers le discours des patients interrogés que plusieurs items concernant le rôle et l'impact de la société et son évolution ces dernières années entraînent en interaction avec le dopage, y compris aux stéroïdes anabolisants.

L'évolution en société de consommation ainsi que l'individualisation favorisent le recours au dopage selon les patients interrogés. En effet à partir des années 1960, le dithyrambe (éloge enthousiaste) du corps devient tendance selon de nombreux auteurs, dans le but de vivre son corps pour le dominer et non plus pour le contraindre. Le principe rejoint la structuration individualiste des sociétés occidentales, dans leur phase narcissique. Les pratiques d'alimentation et de sport ne sont pas uniquement des pratiques individuelles, mais avant tout dirigées par les échanges avec autrui. Ce qui revient à dire qu'individu et société sont interdépendants. (77)

A travers le problème du dopage sportif se pose en réalité la question de la conception même du sport, et cette question renvoie directement à un débat beaucoup plus large qui est celui d'un choix de société. Dans une société de la performance, qui est aussi une société du risque, les conduites dopantes sont le fait des non-sportifs aussi bien que des sportifs, et sont justifiées par la recherche de la réussite individuelle et du profit, promus par les sociétés occidentales capitalistes. (78)

En effet selon un rapport de 2014 de la banque mondiale à propos du lien « société-comportements », les individus sont influencés par des préférences, des réseaux, des identités, des attentes et des normes sociales. Ils se soucient de ce que les personnes autour d'eux font et de la façon dont ils s'intègrent dans leur groupe, et imitent le comportement des autres presque automatiquement. (79)

L'esthétisme, comme une attente sociale, favorise également de manière importante les conduites dopantes. L'attractivité de la consommation de SA est mise en évidence chez les sportifs via le fait de vouloir « gagner à n'importe quel prix », y compris en ce qui concerne l'attrait physique. La performance sportive et physique est alors considérée comme le reflet de la réussite personnelle et professionnelle. (80)

b) Le regard et la relation à l'autre

Le dopage peut être expliqué par ces facteurs sociétaux évolutifs. L'identification au groupe ainsi qu'à l'autre, la recherche d'adhésion sociale et d'une identité définie par la relation à l'autre exposent aux risques de consommations de substances dopantes, d'autant plus chez les individus jeunes.

Dans une analyse critique de la littérature sur les facteurs déterminants au dopage chez les adolescents, Salla J. et al. ont identifiés cette population comme la plus à risque, associé au rôle de certains facteurs éducatifs et psycho-environnementaux. Sur le plan psychologique, il a été observé que les jeunes les plus exposés au dopage dans le cadre de leur pratique sportive semblent être ceux ayant une faible estime de soi, manifestant de l'anxiété et étant influencés par la pression de leurs pairs. (31)

Il ne faut cependant pas négliger l'impact du groupe sur le développement de conduites à risque dans un but de performance collective. Une étude scandinave de 2015 a en effet démontré la création d'un

lien d'interdépendance entre des coéquipiers lors d'une saison d'entraînement et de compétition, et son influence sur les perceptions des individus du groupe. (81) L'appréhension d'une déception dans les performances sportives a été identifiée comme un facteur de risque de recours à des pratiques dopantes. (82) (83) Cette interdépendance des individus du groupe présente donc le risque de glissement vers des pratiques pour augmenter artificiellement les performances individuelles dans un but de réalisation de l'objectif collectif, et d'obtention de la satisfaction du groupe.

Par ailleurs, le recours au dopage est influencé par la notion d'image de soi, basée sur les modèles esthétiques sociaux actuels et les normes culturelles. Les sportifs interrogés ont exprimés la volonté d'amélioration de la perception de l'image de soi via le sport ainsi que dans la consommation de SA. Une enquête effectuée en 2015 en Norvège a mis en évidence une plus grande proportion de troubles de l'image de soi chez les consommateurs de SA et chez les sportifs ayant l'intention d'en consommer. Pourtant le recours à ce type de substances dopantes ne diminuait en rien les préoccupations liées à l'image corporelle. (8)

Alors que le recours aux SA est fréquemment associé à la volonté de prise de masse chez l'individu, aux Etats Unis lors d'une étude réalisée en 2016 sur des adolescents, le risque de dopage aux SA augmentait d'une manière identique en cas de trouble de l'image de soi lié à la perception d'un surpoids ou d'un sous poids. (24)

D'une manière identique, la recherche de l'acquisition d'un physique stéréotype calqué sur des modèles masculins hyper virilisés peut expliquer la préférence d'orientation vers les SA de par leurs capacités de stimulation des caractères sexuels secondaires mâles. (10)

La pression du groupe dans la recherche de la performance renforce la notion de mal-être et la recherche d'une identité forte et solide au sein de la société. Les troubles du comportement alimentaire et de l'image de soi cristallisent cette pression, poussant à se tourner vers des aides artificielles. La peur du regard de l'autre sur la baisse de ses propres performances impacte négativement la volonté d'arrêt de la consommation de SA. Toutefois ce recours est toujours considéré comme négatif du point de vue de la société.

c) Société de consommation et internet

Si les techniques de dopage se sont diversifiées, c'est aussi le cas de la disponibilité des produits (accessibilité sur Internet, marché noir, voire criminalisation du commerce avec véritable trafic de produits dopants). Le dopage a dépassé le cadre des sportifs de haut niveau pour atteindre celui des amateurs, et ce de plus en plus jeunes. De plus, l'accès à des produits via Internet peut conduire à l'usage « tout public » de produits dopants. (84) (85)

Dans un cours sur l'addictovigilance effectué à l'Université de Toulouse en 2016, la dangerosité du dopage est expliquée par plusieurs facteurs : Le détournement de produits médicamenteux à des posologies inhabituellement élevées par le biais de l'automédication, ainsi que la facilité d'accès par internet de substances de qualité douteuse ayant un fort risque de toxicité. (86)

Les utilisateurs de stéroïdes anabolisants consomment en général des doses très élevées, estimées à en moyenne 20 fois la production naturelle de testostérone, et souvent en combinaison avec d'autres agents anaboliques. Pour obtenir de telles doses, il faut mélanger plusieurs molécules de stéroïdes, ces molécules étant obtenues par le marché noir, la contrebande ou Internet, avec utilisation de produits dont on connaît mal l'origine. (87)

Le fait qu'il existe sur Internet de nombreuses informations sur les « bénéfiques » des stéroïdes anabolisants et leur mode d'administration, ajouté à la facilité de s'en procurer par Internet, suggèrent

que la réalité de la consommation dans le sport amateur se situe bien au-delà des données déclaratives actuelles. (87)

Parallèlement aux psychotropes, dont la consommation s'intensifie depuis plusieurs années, le recours à des substances dopantes dans le sport amateur s'associe à un but d'intégration sociale en rapport avec une culture d'entreprise invitant chacun à aller jusqu'au bout et par tous les moyens. (88)

Ce recours est donc perçu comme une facilité pour accéder à la performance dans une société de consommation où tout est accessible et facilité. Internet favorise ce développement pas l'accès à ces substances mais aussi par la démocratisation de la pratique via une plus grande exposition médiatique. Malgré cela les sportifs sont toutefois mal informés des risques par banalisation et minimisation des effets secondaires.

d) L'environnement

Nous avons vu que l'entourage sportif, que ce soit les coéquipiers, les entraîneurs, ou les proches, pouvaient avoir une influence positive en ce qui concerne le recours à des substances dopantes dans le sport (89) : L'incitation aux pratiques dopantes par le référent, mais également le comportement à l'égard de telles pratiques, ainsi que la consommation de substances interdites par des coéquipiers. D'un autre côté l'isolement social notamment via le manque de relation avec l'entourage (familial, amical, sportif, professionnel) peut également avoir un effet indirect favorisant ce type de conduite. Selon Arnaud Robert dans sa thèse sur les corticoïdes dans le dopage, la désocialisation du sportif engendré par sa pratique intensive et l'éloignement amical et familial est un risque supplémentaire de dopage. (90)

Le système de carrière et la recherche de célébrité, mais aussi la gestion de la fin de carrière et de l'abandon de la pratique, en particulier à haut niveau (89) mais également l'apparition de blessure peut également influencer sur la volonté de recours à des pratiques permettant d'améliorer les performances. (17) (30)

La médicalisation à outrance ne permet plus de distinguer la différence entre un traitement et une aide chimique prohibée, et les médecins sont identifiés comme de potentiels fournisseurs de substances dopantes. (91)

Les médecins jouent un rôle dans la prescription de médicaments pouvant améliorer les performances via les protocoles d'Autorisation d'Usage Thérapeutique (AUT) soumise auprès de l'AFLD en vue d'une compétition au sein d'une fédération sportive. Elles permettent aux sportifs malades ou blessés d'utiliser sous certaines conditions des produits ou substances interdites. Ces AUT sont perçues par la plus de la moitié des sportifs comme des « autorisations médicales » au dopage (92) et ils considèrent que pour la majorité des cas elle n'est pas justifiée médicalement. C'est une manière de concourir à « armes égales » avec certains concurrents.

Un article de revue de 2011 pose le problème de l'ambivalence de la médecine via le développement récent d'une pratique médicale de performance qui s'oppose à la médecine thérapeutique. (93) Les évolutions médicales et technologiques associées ne sont plus utilisées uniquement à des fins de traitement des patients, mais également pour augmenter les capacités du corps humain. La société actuelle n'est plus dans une optique de restauration de la santé ni de promotion de la santé, mais bien de performance médicalement assistée.

Le dopage ne doit pas être appréhendé seulement en référence aux sportifs de haut-niveau. Il ne convient pas non plus de se limiter à une approche qui ne concernerait que la pratique sportive. A travers le problème du dopage sportif se pose en réalité la question de la conception même du sport, et cette question renvoie directement à un débat beaucoup plus large qui est celui d'un choix de

société. Dans une société de la performance, qui est aussi une société du risque, les conduites dopantes sont le fait des non-sportifs aussi bien que des sportifs, et sont justifiées par la recherche de la réussite individuelle et du profit.

4. LE MEDECIN

a) Caractères socio démographiques

Les médecins jeunes ont été identifiés par les sportifs comme plus abordables et plus disponibles mais également disposant de connaissances plus actualisées en matière de dopage. Selon une enquête de l'Inpes de 2009 sur la prévention en médecine générale, on peut voir que les médecins de moins de 40 ans sont les plus susceptibles d'aborder systématiquement des sujets en rapport avec les addictions avec les patients vus en consultation (74% versus 58% pour les plus de 50 ans). (94) Pourtant c'est les plus de 50 ans qui mettent quasi systématiquement des actions d'éducation.

Cependant les durées de consultations ne semblent pas varier en fonction de l'âge (moyenne de 15 minutes) mais plus en fonction du sexe (17 minutes chez les femmes). (95)

Les médecins de moins de 40 ans utilisent plus favorablement des questionnaires pré établis pour la prise en charge des thèmes de prévention et sont plus souvent formés en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique. Le nombre de jours de formation médicale continue (FMC) joue également un rôle significatif. (94)

De nombreuses études sur des sujets médecins ont démontré par ailleurs un rendement à la baisse avec l'augmentation du nombre d'années en pratique médicale². Au nombre des explications plausibles de ces conclusions, on peut mentionner la moins grande disposition des médecins plus âgés à adopter de nouvelles thérapies et normes de soins, l'inefficacité des programmes de formation médicale continue, l'effet de cohorte impliquant une génération de médecins confrontés à des changements considérables dans la prise en charge des maladies et les techniques d'évaluation du rendement. (96)

L'idée que la pratique personnelle du sport par le médecin joue un rôle sur ses connaissances médicales par l'intérêt personnel qu'il y porte a été avancée. Selon un article de revue de 2009 rédigée par B. Viaud, la biographie médicale et notamment le rapport au sport peut influencer l'orientation de la pratique médicale du médecin et en être la pierre angulaire, malgré des formations scientifiques identiques. Il considère que pour les médecins généralistes qui s'inscrivent dans des stratégies locales (à contrario des médecins du sport, notamment hospitaliers), le degré d'inculcation des valeurs sportives n'est pas forcément élevé, mais suffisant pour créer la « passion sportive », celle-là même qui est à l'origine du « choix » de l'orientation professionnelle vers la médecine du sport

En effet, s'il est établi que cette médecine du sport de « cabinet » peut être lue dans le contexte très spécifique de transformation de la médecine généraliste depuis les années 1970, il n'en reste pas moins que tous les généralistes ne s'y forment pas, et que le rapport au sport reste déterminant dans ce « choix ».

Il est observé dans son enquête que sur les quatre médecins au sein même des structures sportives de haut niveau qui les emploient (football, gymnastique et handball), tous ont été pratiquant de la discipline sportive qu'ils encadrent médicalement (dont trois à un niveau d'expertise élevé), trois ont été entraîneurs, et le quatrième est toujours juge.

La sensibilité pour le jeu sportif s'explique en partie par la persistance de leur activité. Ce placement spécifique leur permet, en effet, d'en partager les nécessités ressenties par le patient sportif. (97)

L'âge du médecin a donc un impact sur ses actions de prévention mais également sur ses capacités d'aborder des sujets sensibles tels que les addictions et le mode de vie. Ils sont plus au fait des nouvelles stratégies médicales de promotion de la santé et plus impliqués en matière de FMC. Il en est de même lorsque le médecin pratique une activité sportive régulière, perçue comme un intérêt personnel plus important et donc une tendance à l'actualisation de ses connaissances à ce sujet et sa capacité à prendre en charge les sportifs.

b) La pratique médicale

(1) Le recours au médecin généraliste dans la pratique courante

L'accessibilité du médecin généraliste semble être un facteur important pour les patients sportifs pouvant influencer positivement ou négativement sur leur volonté de consulter leur médecin. Cela ressort également dans la littérature, où le temps consacré au patient au sein de la consultation ainsi que la disponibilité du médecin arrive au même niveau d'importance pour la majorité des patients que le niveau de connaissances et compétences médicales, l'humanité et les compétences relationnelles et de communication. (98)

Le temps médical a lui aussi un impact. A l'échelle de la consultation, le temps que le médecin consacre au patient contribue à la qualité de la relation, au sein de laquelle la confiance peut s'installer et permettre au patient de se confier. (74) Selon une enquête de 2013 sur la satisfaction des patients en consultation de médecine générale, il est mis en évidence que le délai d'attente et l'accès médical sont des attentes relativement fréquentes de la part des patients, tout âge et catégories socio professionnelles confondus. (99) En moyenne le temps de consultation au cabinet de médecine générale est de 15 minutes (100), et 33% durent moins de 14 minutes. La durée de consultation varie selon plusieurs facteurs, comme le nombre de motifs abordés, l'âge du patient et la pathologie diagnostiquée. Il est à noter que ce temps passe sous la barre des 15 minutes dans la population cible (moins de 44 ans), et en cas d'acte de prévention. Dans le cas d'une consultation pour la rédaction d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport, cette durée est inférieure à 20 minutes dans 70% des cas, et inférieure à 5 minutes pour plus d'un patient sur 10. (42)

La disponibilité médicale et sa facilité d'accès, notamment via la possibilité de prise de rendez-vous, des horaires d'ouverture compatibles avec l'activité professionnelle des patients, un planning non surchargé mais également un temps de consultation suffisamment long, sont des facteurs identifiés comme favorisant le recours au médecin en pratique générale.

(2) Le médecin généraliste dans le sport.

Nous avons vu plus haut que les sportifs consultaient de manière peu fréquente leur médecin dans le cadre de leur pratique sportive. Cette notion paraît être secondaire à la faible perception du lien « médecin-sport » par la population.

Il en est autrement du médecin spécialisé dans le sport, qui est positionné dans l'idée collective comme le médecin attiré des sportifs, disposant d'une formation spécifique adaptée et dont la pratique est reconnue du monde des sportifs et connue de la population. Plus de 50% des patients suivis par un médecin du sport estiment être mieux examinés, et 35% être traités plus efficacement. (101)

Les médecins du sport représentent 6% des médecins généralistes (101), pour une population sportive de plus en plus importante. Leur pratique médicale spécialisée est principalement orientée vers la prise en charge des pathologies liées au sport et à la prévention. Elle représente plus de 50% de leur temps d'activité médicale pour la majorité, et 20% d'entre eux la pratiquent exclusivement. (102)

La patientèle des médecins du sport est jeune (64% ont entre 10 et 44 ans), 45% consultent pour un motif lié à la traumatologie du sport, une même proportion pour des demandes de bilans, moins de 10% pour des motifs en lien avec la médecine générale. La prise en charge du sportif est basée essentiellement sur des conseils (55%) et le dépistage (20%).

Deux pour cent consultent en lien avec les produits liés à la performance. (101)

Selon Risser B. dans son étude de 2014, le médecin généraliste est en première ligne pour la prise en charge du patient sportif. Il est le médecin le plus consulté par les patients pour un traumatisme sportif dans 64,7% des cas, devant les chirurgiens orthopédiques, les urgentistes, les médecins du sport et les rhumatologues, 60% des sportifs ayant déjà rencontré une pathologie orthopédique causée par la pratique de leur sport. Le médecin généraliste réalisera par ailleurs au moins deux consultations par jour liées au sport dont une en rapport avec la rédaction d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport. (50)

Une enquête sur les connaissances des médecins généralistes sur la pratique de la médecine du sport met cependant en avant que malgré cette position centrale, plus de 70% d'entre eux se sentent insuffisamment entraînés à cette pratique. (103)

Malgré le fait que le médecin généraliste soit peu identifié au suivi des sportifs, par manque d'exposition au sein des manifestations et des lieux de pratique sportive, il reste cependant l'acteur principal de la prise en charge des complications qui en découlent, malgré la faible perception de son rôle dans le suivi. Les médecins spécialisés dans le sport sont peut être perçus comme plus formés mais sont néanmoins trop peu nombreux par rapport à l'augmentation de la pratique sportive dans la population générale.

(3) Le médecin généraliste et la prévention dans le sport

D'une manière globale plus de 75% des médecins estiment que la prévention fait partie de leur rôle, notamment dans les domaines des addictions et de l'activité physique (94) (104) (105). Un certain nombre d'études tendent à émettre la même tendance en ce qui concerne le dopage dans le sport amateur. (106) (107)

Alors que l'efficacité de la prévention primaire n'est plus à faire, notamment via l'exemple islandais sur la consommation d'alcool et de tabac des adolescents entre 1997 et 2014 (108), la pratique médicale préventive est encore trop peu effectuée en cabinet de ville (105), considérée comme nécessitant des actions plurisectorielles mais également individualisées, comme en Allemagne où seulement un quart des médecins abordent le sujet en consultation. (104)

En France, la prévention primaire est abordée dans moins de 15% des consultations de médecine générale, et la proportion diminue concernant les patients de moins de 18 ans et lors de consultations de moins de dix minutes. (109)

En ce qui concerne la prévention au dopage dans le sport amateur, les méthodes de prévention actuelles sont perçues comme insuffisamment efficaces par les médecins généralistes (19) (106) qui considèrent avoir un rôle à jouer grâce notamment à leur exposition en cabinet. Approximativement 30% d'entre eux ont déjà été confrontés à une demande de renseignement sur les pratiques dopantes

dans le sport, plus de 10% à une demande de prescription de substances dopantes (107), malgré le fait qu'ils n'abordent que rarement le sujet avec les patients (110).

Cependant ils ne se sentent pas suffisamment formés et informés (106) (107). Une revue de la littérature sur des études menées en France, Angleterre, Italie, Grèce et Irlande, expose que les médecins généralistes présentent des connaissances limitées en terme de réglementation anti dopage. Cela a pour conséquence une éducation insuffisante des patients via un manque de conscience et de compréhension des risques, pouvant amener à des infractions aux règles anti dopage. (111)

Nous avons vu que le médecin pouvait être un fournisseur indirect de substances dopantes (91) (26). Selon l'étude de P. Laure menée en France sur les prescriptions en médecine générale de substances dopantes, les SA sont essentiellement obtenus en alléguant une pathologie limitant la performance ou bien un antécédent de blessure. Selon l'AFLD, dans un quart des cas de contrôle positif aux tests anti dopage, la substance détectée est un médicament, mais dont l'usage est strictement thérapeutique uniquement pour la moitié, alors que des prescriptions médicales existaient dans 85,7% des cas. Lors de la détection de médicaments, 14% correspondent à une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutique (AUT) non faite, 10% à une utilisation médicale dans un contexte d'urgence selon le sportif et presque la moitié relève d'une automédication à partir d'ordonnances anciennes. (60)

Les médecins sont donc peu au fait des modalités de prescriptions des AUT et des conséquences en matière de contrôle anti dopage, comme le souligne P. Laure en 2003 en évaluant l'expérience des médecins généralistes sur le dopage. (112) C'est le rôle du médecin de s'informer sur les modalités des règles anti dopage ainsi que les substances interdites, et d'en informer les patients pouvant y être exposés. Sa responsabilité médicale est engagée en cas de prescription de médicaments à un sportif participant à des compétitions pouvant positiver un test anti dopage. (113)

La prévention primaire est faiblement mise en œuvre en consultation de médecine générale. Le sujet du dopage y est également rarement abordé, encore moins au sujet des SA.

Dans sa thèse sur la perception du rôle du médecin généraliste dans le dopage chez les pratiquants de salle de sport, B. Claudel a identifié certaines occasions permettant au médecin d'aborder le sujet du dopage avec le patient (26). En ce qui concerne les consultations habituelles, cela peut se faire lors de l'évocation de la consommation de certaines substances (tabac, alcool, cannabis,...), lors de la demande de prescription d'un médicament pour améliorer les performances autres que physiques (pour passer un cap difficile, examen, entretien d'embauche, ...), ou en cas de situation inhabituelle dans la vie d'une personne, dont elle juge l'enjeu important et pour laquelle elle se sent peu (mal) préparée.

Chez le sportif, la consultation liée à la délivrance du certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive, exigé pour l'obtention d'une licence sportive et la participation aux compétitions sportives est un moment opportun d'éducation, de prévention et d'information, d'autant plus chez le jeune, notamment pour aborder les substances consommées. La survenue d'une blessure (a fortiori de blessures à répétitions), d'un échec important, de l'arrêt du sport de haut niveau (moment présentant un risque de difficultés psychologiques, de dépendance) sont également des opportunités à saisir en médecine générale permettant d'amener le sujet.

c) Le médecin et le patient

(1) La relation de confiance médecin-patient

La relation médecin-patient a été identifiée par les sportifs interrogés comme un déterminant majeur pour aborder certains sujets délicats en médecine générale, comme le dopage aux SA.

Depuis la fin des années cinquante, la relation médecin-malade a donné lieu à une littérature scientifique et médicale de plus en plus abondante. Celle-ci, a mis en évidence une évolution de la relation médecin-malade au gré des changements de société, élément nécessaire à l'efficacité des soins. (114)

Le professeur Louis Portes, Président de l'Ordre des Médecins, distingue, 3 principaux modèles de relation médecin-patient : Le modèle du médecin décideur (ou modèle paternaliste) est le plus ancien et repose sur une dissymétrie entre le médecin et son patient, où ce dernier est placé dans un statut infantile. La décision pleine et entière revient au médecin d'où ce vocabulaire courant de « l'ordonnance » et de « la prescription ». « Le médecin ordonne et le patient obéit ».

En opposition est né dans les pays anglo-saxons le modèle du patient décideur. Le patient a alors une souveraineté pleine en matière de décision. L'acteur principal est le patient-client. Le médecin est assimilé à un « prestataire au service » de son client.

A fait suite le modèle actuel qui est celui de « la décision partagée », basé sur le partage des connaissances médicales du médecin. Il demeure celui qui respecte au mieux à la fois la psychologie des patients et leur autonomie. Ce dernier modèle permet ainsi un réel échange d'informations bi directionnelles et rassure le patient qui se sent aidé par le médecin pour décider.

Le partenariat passe certes par l'acceptation du médecin du partage de ses compétences mais aussi par un nécessaire accompagnement, l'équilibre n'étant pas toujours facile à trouver. Dans son livre "savoir parler à son médecin", Tim Graecen décrit ce partenariat comme résultant du sentiment d'avoir comme médecin, un allié, un compagnon de voyage, quelqu'un sur lequel on peut s'appuyer pour traverser le gué. (115)

Il a été abordé plus haut que seulement un tiers des patients consommateurs de substances dopantes abordaient le sujet avec leur médecin, et 20% souhaitaient lui cacher. (26) Le sujet du dopage semble donc faire partie d'un sujet « non-dit » pour la moitié des sportifs ayant des pratiques dopantes. Dans sa thèse sur le non-dit du patient en consultation de médecine générale, E. Vignon (74) met en avant plusieurs étiologies à ce mécanisme dont les compétences du médecin en savoir-être, savoir-faire et savoir-dire. La relation entre le patient et son médecin est ainsi déterminante dans l'apparition de certains non-dits. Le manque de confiance envers le médecin est le principal motif de non-dit propre à la relation. Pourtant, elle met en valeur que si certains sujets deviennent plus facilement abordables avec le temps, un excès de confiance et le sentiment d'absence d'anonymat du patient pour le médecin peuvent entraver la prise de parole du patient. Par ailleurs la distance relationnelle créée par les représentations du médecin (omnipotent, paternaliste, impuissant) par le patient peut empêcher ce dernier de s'exprimer.

Plusieurs thèmes jouent sur la construction de cette relation de confiance. Le temps que le médecin consacre au patient contribue à la qualité de cette relation, au sein de laquelle la confiance peut s'installer et permettre au patient de se confier. L'importance du temps accordé par le médecin n'est pas simplement celle de la durée de la consultation, mais celle de la qualité de l'échange et de la capacité du médecin à « faire don » de son temps. Les patients sont également sensibles à la communication non verbale, qui prédomine à hauteur de 70% dans les échanges interpersonnels, régie par certains codes qui semblent refléter pour le patient de l'intérêt que leur porte le médecin. Dans sa thèse E. Vignon conclue que les patients attendent beaucoup du médecin pour favoriser l'expression de ce qu'ils refoulent, mettant la plupart des non-dits à leur portée et les aiguillant sur la piste via une communication non verbale. (74)

Une relation de confiance, des capacités de communications mais également la confidentialité du secret médical sont ressenties favorablement par les sportifs comme les aidants à aborder des sujets délicats avec leur médecin, malgré l'appréhension du regard de l'autre.

Ceci est confirmé par le rapport de l'ONDPS 2006-2007, dans lequel le point de vue de représentants de patients sur leurs attentes du médecin généraliste a été demandé. Il en ressort qu'ils attendent plutôt du médecin généraliste le rôle de médecin de famille, qui aurait une approche globale de la personne, un temps de consultation compatible avec l'écoute du patient et un rôle pédagogique, tant en terme d'explication que d'éducation thérapeutique. Ils sont donc plus à la recherche des qualités humaines du médecin généraliste que de ses compétences scientifiques, attribuant ces dernières au médecin spécialiste. (116)

(2) La position du médecin

En ce qui concerne les relations interpersonnelles, la notion de jugement de la part du médecin ainsi que le non-respect du patient si celui-ci n'accepte pas la voie psychologique que le médecin lui propose est un obstacle ressenti pas les patients pour aborder le sujet délicat du dopage aux SA. Ainsi selon Dedianne M. dans sa thèse sur les attentes des patients envers leur médecin, pour créer, développer et entretenir une relation de confiance de qualité, ce dernier doit être un accompagnateur, il ne doit pas prendre position par rapport aux attitudes ou comportements du patient, il doit regarder, écouter, comprendre, reformuler, sans juger, en respectant les barrages et défenses du patient. Il ne peut être qu'à côté et non pas précéder. (115)

Certains comportements vis-à-vis du patient peuvent affecter cette relation, comme la prise de distance du médecin à leur égard, se manifestant par un manque d'écoute et d'empathie, une mauvaise gestion du temps, une absence de contact visuel, mais également par un discours dévalorisant ou banalisant le propos du patient, un évitement du sujet et l'absence de questions. (74)

Le positionnement paternaliste du médecin apporte une sensation d'infantilisation et de non responsabilisation du patient, l'empêchant de se sentir acteur de sa santé. Il revendique donc d'être considéré comme une personne et non un objet. Une autre formulation consiste à dire que la relation attendue est celle d'un partenariat. En effet, si les patients souhaitent être bien informés, et pouvoir participer aux décisions, ils ont parfois besoin et le reconnaissent volontiers, d'être motivés et encouragés pour certains soins, ce qui remet en cause la notion d'autonomie pure. (115)

Dans cette étude comme dans la littérature retrouvée, un positionnement négatif comme paternaliste et moralisateur a un impact négatif sur la volonté des sportifs pour consulter à propos du dopage aux SA, avec l'appréhension d'une sanction (morale ou sportive) de la part du médecin.

(3) Le médecin et la consommation de stupéfiants

Dans le discours retrouvé, il est souvent fait l'analogie entre le dopage et la consommation de stupéfiant, notamment dans le recours au milieu médical. Pour les médecins cette association pose le même problème de santé public, 80% considérant le dopage dans le sport amateur de la même façon qu'une addiction aux stupéfiants et plus de la moitié étant favorable à des méthodes de substitution (112), comme retrouvé dans la prise en charge des patients toxicomanes. La réalité du dopage, à la suite de l'affaire Festina, a porté sur le devant de la scène un nouveau type de pratique médicale, issue de la lutte contre la toxicomanie, amenant avec elle une demande de politique de réduction des risques. (117)

En France, le développement et la diffusion des thérapies de substitution aux opiacés par les médecins a eu de nombreux avantages (diminution du nombre de consommateurs par voie injectable, d'overdoses, de consommateurs d'héroïne, de délinquance associée, ainsi qu'une baisse de la prévalence du VIH). L'impact positif a aussi influé positivement sur l'observance des traitements antirétroviraux pour le VIH et le VHC. (118)

Les médecins généralistes se sont retrouvés impliqués parmi les acteurs de soins de la toxicomanie à partir des années 1990 via la prescription de produits de substitutions. Cette politique de réduction des risques mise en place postule pour la rationalité et la responsabilité des usagers de drogues dont les pratiques sont reconnues comme des choix personnels de consommation, pas toujours exempts de risques, que les usagers eux-mêmes intègrent selon leur propre perception. Le toxicomane devient un patient ordinaire dans le cadre d'un traitement de substitution. Ce qui se négocie en définitive dans la relation, c'est simplement le droit du toxicomane d'avoir un point de vue différent de celui du médecin. (119)

Cette pratique auprès des patients toxicomane n'est pas exceptionnelle en cabinet. En Norvège, près de 60% des médecins généralistes ont déjà prescrit des produits de substitution dans le cadre de toxicomanies, et plus de la moitié des médecins interrogés considère cette pratique comme relevant de leurs attributions. (120) (121) En France, 43% des médecins généralistes ont déjà été confrontés à des patients héroïnomanes dans leur pratique, et plus de 80% d'entre eux prescrivent des traitements de substitution, convaincus des bénéfices de ce type de thérapie auprès de ces patients (122).

Les médecins jouent également un rôle dans d'autres addictions. Une enquête observationnelle française de 2015 montre que 96% des médecins généralistes suivent des patients atteints de troubles liés à la consommation de substances, telles que le tabac, l'alcool, les neuroleptiques, le cannabis et l'héroïne. (122)

Pourtant malgré cette exposition, il ressort que les médecins généralistes ont un rôle mal défini dans la prise en charge et l'accompagnement des problèmes découlant de ce type de consommation, avec des recommandations peu adaptées à la pratique. (123)

Le dopage et la consommation de SA, considérés comme une addiction par les médecins et les sportifs au même titre que la toxicomanie, pourrait relever d'une prise en charge identique (de prévention, suivi, substitution) dans le but d'obtenir des résultats positifs superposables en terme de consommation et de diminution des risques.

Le caractère prohibé des produits de synthèse de la testostérone émet un doute sur la possibilité d'aborder le sujet par les sportifs avec leur médecin et sur la conduite qu'aura celui-ci. La déontologie est perçue comme un facteur limitant les médecins à aborder le sujet superposable à la consommation de stupéfiants et de substances addictives, et donc à les prévenir et à les prendre en charge.

(4) Le certificat médical d'aptitude et l'examen médical du sportif

Le certificat médical est le premier motif de consultation médicale des sportifs amateurs, suivi par les blessures liées à la pratique sportive. Toutefois même dans ces cas-là, la prise en charge est perçue comme superficielle, notamment à travers l'examen clinique d'aptitude au sport. Pourtant ces consultations sont jugées comme un moment opportun de prévention par l'éducation et l'information, notamment pour aborder le risque de recours à des substances dopantes.

Les certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive sont exigés pour l'obtention d'une licence sportive (première demande ou renouvellement) et la participation à une compétition dans le cadre de la fédération. (124) Ils ne sont pas obligatoires pour la pratique d'un sport sans délivrance de licence fédérale ou de participation à des compétitions. Cependant de nombreux clubs

ou associations sportives demandent pour toute pratique, même occasionnelle, la réalisation d'un examen médical préalable à la pratique. (125) En France, le nombre de sportifs détenteurs d'une licence est de 15 millions (126) et donc pour lesquels la rédaction d'un certificat médical d'aptitude au sport est obligatoire. Le médecin généraliste est donc amené à réaliser fréquemment la consultation préalable à ce certificat. (127)

Leur rédaction est régie par le code de santé publique et le code du sport. C'est un acte qui s'inscrit dans le cadre de la prévention primaire, presque la moitié des médecins abordant le sujet de la prévention aux blessures et au mode de vie. 70% d'entre eux considèrent d'ailleurs que cet acte devrait être remboursé comme un acte de prévention habituelle. (42) L'objectif de ce certificat est de dépister des pathologies pouvant induire un risque vital ou fonctionnel grave, favorisé par cette pratique. La délivrance du certificat est un acte médical à part entière et doit pour cela respecter des règles précises et ne pas être une formalité réalisée sur un « coin de table ». Le certificat est pourtant fréquemment demandé lors de la consultation pour un tout autre motif (125), 70% des médecins le rédigeant lors d'une consultation de moins de 20 minutes et 10% de moins de dix minutes. D'ailleurs un quart estiment la consultation comme non fiable car trop rapide. (42)

Cet acte engage la responsabilité du médecin prescripteur sur le plan professionnel, ordinal mais également sur le plan civil et pénal. (128) Selon l'article 28 du code de déontologie « la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ». En cas de fraude ou de déclaration mensongère, les sanctions peuvent être disciplinaires, civiles et/ou pénales (articles 441-7 et 441-8 du code pénal). Pourtant 40% des médecins généralistes ont déjà fait rédiger un certificat médical d'aptitude au sport sans voir le patient, ce qui met en valeur une négligence de sa valeur juridique et de la responsabilité mise en jeu. (42)

La nature et les modalités de l'examen médical sont définies par un règlement préparé par la commission médicale de chaque fédération, adopté par le comité directeur de la fédération et approuvé par le ministre chargé des sports (décret du 1er janvier 1987). En parcourant la littérature, on constate qu'il n'y a pas de réel consensus quant à cette consultation, en dehors des sportifs professionnels et de haut niveau. Elle est donc laissée à la libre appréciation du praticien. (126) Toutefois la Société Française de Médecine du Sport a rédigé une fiche d'examen médical de non contre-indication apparente à la pratique d'un sport qui peut servir de base à la consultation pour les médecins. (129)

Les recommandations actuelles prônent la recherche de notions relatives à l'hygiène de vie, sur la consommation d'alcool, de tabac, la prise de compléments alimentaires, le type de pratique sportive et les motivations (demandés par la quasi-totalité des médecins), les contraintes potentielles (professionnelles, stress, environnement familial) mais également la prise médicamenteuse, certains médicaments ayant une influence potentielle directe sur la pratique sportive (sédatifs, hypnotiques et sport à risque). De plus, certains traitements figurent sur la liste des produits dopants et leur utilisation est strictement réglementée chez le sportif, spécifiquement lors de la participation à des compétitions. (125) 95% des médecins généralistes déclarent porter une attention particulière aux médicaments prescrits en cas de pratique sportive en compétition. (42)

Cependant aucun texte de loi en vigueur ne mentionne la recherche de consommation de stupéfiants ni de pratiques dopantes lors de la rédaction de ce certificat. (130) Pourtant le sujet semble abordé par près d'un tiers des médecins malgré le fait qu'un certain nombre pensent ne pas posséder la liste des substances interdites, pourtant présente dans toutes les éditions du Vidal et retrouvé au cabinet d'une majeure partie des médecins. (42)

Une enquête de pratique datant de 2013 a montré que les médecins généralistes réalisent un interrogatoire et un examen clinique complet. En revanche, il existe certaines lacunes sur la législation et la plupart jugent utile la mise en place d'une consultation de prévention spécialisée en sport. Le développement de données insuffisamment connues (fiche de la SFMES, auto-questionnaire...), la création d'un examen-type recommandé et une aide du ministère pour intégrer ce certificat dans une consultation de prévention pourraient contribuer à faciliter selon les médecins cet acte préalable. (126)

5. LA FORMATION

Les connaissances théoriques des médecins ont été jugées insuffisantes en matière de dopage et de consommation de SA dans le sport amateur par les sportifs interrogés. Plusieurs études confirment qu'ils sont peu au fait des substances utilisées et des dernières législations en matière de dopage et qu'ils se considèrent trop peu formés à la prévention en la matière. (112) (126) (131) (132) (112) Les analogues de la testostérone sont les produits les plus fréquemment cités par les médecins interrogés sur les molécules à visée dopante utilisées dans le sport amateur. (131) 75% des médecins estiment avoir besoin d'informations complémentaires en rapport avec le dopage (liste des produits dopants, risques sanitaires, règles de prescription des Autorisations d'Usage Thérapeutique, prise en charge thérapeutique de patients ayant ou ayant eu recours au dopage). (133)

a) Formation médicale initiale.

Les médecins, en concordance avec les résultats des entretiens, s'estiment mal informés et déclarent ne pas avoir reçu d'enseignement universitaire spécifique sur le dopage. (132)

Parallèlement, en matière de formation aux pathologies du sport, la quasi-totalité des internes estiment leur formation au cours du cursus de médecine en traumatologie du sport insuffisante, entraînant des difficultés lors de l'examen médical, le diagnostic, les traitements et la prévention, plus particulièrement en ce qui concerne les pathologies sportives chroniques. (50) Il en est de même pour près des trois quart des médecins généralistes. (103)

Pourtant des enseignements sur le dopage sont inclus dans le programme de formation médical durant le deuxième cycle des études médicales en France. (134) (135) Aucun enseignement théorique des pathologies liées au sport n'est effectué à ce niveau.

L'enseignement porte sur les conduites dopantes, les objectifs du dopage, les substances hormonales utilisées et les méthodes de lutte contre le dopage en France. Les objectifs pédagogiques visent à acquérir des connaissances sur les principales substances utilisées, les circonstances du dépistage, la prise en charge médicale et les principes de lutte contre le dopage dans le sport. L'information est succincte et l'attention est essentiellement portée sur les effets secondaires des substances les plus fréquemment consommées et les législations en cours. A aucun moment le rôle du médecin généraliste n'est mis en évidence. Toutefois le recours dans le sport amateur est indiqué.

Il existe bien une formation théorique initiale pour les étudiants en médecine générale, cependant elle reste superficielle et anecdotique dans le volume d'enseignement transmis durant les neuf années que durent la formation des médecins généralistes ; d'où la considération globale de la part des

médecins généralistes ne s'étant pas formés au décours et des patients d'un manque de connaissances pour la prise en charge du sportif et du dopage.

Cependant les médecins sont demandeurs d'une formation plus appuyée sur ces sujets, également lors de leur diplôme d'études spécialisées. (50)

b) Formation médicale continue.

Un grand nombre de diplômes universitaires (23 de répertoriés) ainsi qu'un diplôme d'études spécialisées complémentaires et une capacité sont disponibles dans le but de se former aux pathologies liées au sport, à visée des internes et des médecins en exercice. Uniquement trois diplômes universitaires forment au dopage et à sa prise en charge. (136) Cependant Contrairement à la Capacité, les DU et DIU ne permettent pas d'exercer une activité de conseil auprès des structures administratives du domaine sportif, de délivrer des certificats médicaux pour certaines disciplines sportives à risque et d'exercer au sein des fédérations, ligues et clubs sportifs.

Dans sa thèse sur les besoins des médecins généralistes en matière de ressources informationnelles en rapport avec le dopage, Q. Pagès avance le fait que leur rôle dans la prévention du dopage contraste avec leur manque de moyens, notamment par déficit voire absence de formation en la matière. (133) 87,2% des médecins généralistes estiment qu'une ressource leur étant spécifiquement destinée afin de mieux appréhender les questions relatives au dopage leur serait utile.

La formation médicale continue des médecins semble être dépendante des pratiques préférentielles du médecin. Ainsi les professionnels n'ayant pas ou peu d'intérêt dans le suivi de patients sportifs seraient moins disposés à s'y former.

Le dopage et les complications liées au sport ne sont pas identifiés comme relevant du rôle médical habituel, dû à la faible exposition en médecine de ville mais également à la sous-estimation du dopage dans la patientèle sportive. Cependant les médecins généralistes se considèrent investis d'une mission de prévention du dopage notamment aux SA dans le sport amateur (112), de par son augmentation, sa tendance de plus en plus jeune et la faible efficacité perçue des mesures actuelles de lutte contre le dopage.

6. RECOMMANDATIONS ACTUELLES

Plusieurs documents à visée informative et préventive sont destinés aux sportifs (137) ainsi que plusieurs sites issus d'agences de lutte contre le dopage (AMA/WADA, AFLD) et gouvernementaux. Si certains disposent de chapitres visant les médecins, ceux-ci n'informent que sur les procédures d'ATU, et les conduites à tenir en cas de pathologies nécessitant la prise de traitements pouvant exposer le sportif à un résultat positif aux contrôles anti dopage.

L'AFLD organise des colloques médicaux dans le cadre de la sensibilisation à la prévention du dopage. (138) Ces interventions répondent à plusieurs objectifs dont l'un d'eux est l'information des médecins. L'information délivrée porte également sur l'application en pratique médicale des procédures d'AUT et sur la sensibilisation à la prévention de l'automédication. Ces colloques et temps d'enseignements visent un public médical, mais relativement restreint aux médecins spécialisés dans le sport. (139)

Les médecins recherchent des recommandations de bonnes pratiques pour les orienter dans la prise en charge, plusieurs sont proposées mais aucune n'a été retrouvée spécifique à la pratique de la

médecine générale. (140) (141) (139) Ces derniers sont favorables à l'élaboration d'un support d'informations de référence sur le dopage, qui puisse répondre aux problématiques qu'ils rencontrent en consultation. (133) Développer un tel support paraît indispensable pour aborder efficacement par les médecins généralistes la prévention au dopage aux SA dans le sport amateur.

V. CONCLUSION

L'information et la prévention au dopage aux SA dans le sport amateur est un domaine essentiel dans lequel les médecins généralistes ont un rôle considéré comme majeur, non seulement par les patients sportifs mais également par les médecins eux-mêmes, du fait d'une consommation de plus en plus importante ces dernières années en dehors du sport de haut niveau et confirmé par les agences de lutte contre le dopage ainsi que de nombreuses études actuelles.

Nous avons pour objectif dans ce travail d'évaluer les attentes des sportifs amateurs envers les médecins généralistes à ce sujet.

Pour ce faire, la réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de sportifs non professionnels paraissait intéressante pour étudier au mieux les représentations qu'ils avaient du rôle qu'y jouaient les médecins ainsi que les facteurs déterminants le recours médical en la matière pour proposer des pistes d'amélioration en ce qui concerne la prévention.

Les résultats ont montré que les principales attentes étaient :

- Une identification plus importante de la place du médecin généraliste dans la prise en charge des sportifs amateurs ;
- Un temps de consultation dédié, dans le but de libérer du temps médical pour la prévention dans le sport et à l'information du dopage aux SA ;
- Une pratique de prévention personnalisée, adaptée aux patients cibles, identifiés via la présence de facteurs de risques de consommation et/ou de symptômes d'hyperandrogénisme ;
- Un suivi des patients consommateurs de SA pour prévenir les complications résultantes de ce type de pratique ;
- Une aide au sevrage des SA dans la lignée de celle existant déjà pour les toxicomanies et les addictions ;
- Une relation plus moderne médecin-patient, basée sur la collaboration, l'échange d'information, la responsabilisation des patients et la confiance ainsi que l'absence de positionnement culpabilisateur de la part du médecin ;
- Une formation médicale initiale universitaire pour sensibiliser les étudiants au rôle du médecin généraliste à la prévention au dopage et les former dans ce domaine, associée à une formation médicale continue comportant une réactualisation des connaissances.

Des propositions peuvent cependant être faites pour améliorer ces points :

Associer des médecins généralistes à des évènements sportifs locaux, au plus près des sportifs (compétitions départementales ou régionales, courses, salles et clubs de sport), en y intégrant des démarches de prévention et d'éducation (stands avec brochures, entretiens d'information, dépistages de substances dopantes, ...), pour d'un côté sensibiliser la population, les informer et favoriser l'identification du médecin aux pratiques sportives.

Sensibiliser les sportifs dès leur plus jeune âge, notamment lors du cursus scolaire, au même titre que l'éducation à la santé, l'activité physique, l'éducation sexuelle, la prévention aux IST et aux

addictions, en faisant intervenir des médecins généralistes dans des structures scolaires mais également sportives.

Mettre en place une consultation dédiée en médecine générale, notamment lors de la rédaction du certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive, afin de prendre le temps d'aborder les points essentiels et d'initier une pratique préventive.

Par ailleurs, une meilleure formation médicale doit être mise en place, par exemple en mettant en avant le rôle du médecin dans la prévention au dopage lors des enseignements spécifiques sur le sujet durant l'externat. Il pourrait être intéressant également de créer un séminaire d'information des conduites dopantes durant l'internat, associé à la prise en charge des addictions, comme ceux déjà en place sur les sujets de la communication, et des pathologies chroniques.

Enfin, il paraît indispensable de créer un support d'information spécifique aux médecins généralistes sur le dopage et les SA, regroupant les facteurs de risques potentiels et les Red Flags leur permettant d'identifier les patients à risque, ainsi que les effets secondaires principaux, les réseaux d'aide actuels (Antenne Médicale de Prévention Dopage, EcouteDopage) et les méthodes de prise en charge (suivi biologique, aide au sevrage, ...).

Afin de confirmer ces résultats, des études de plus grandes envergures seraient intéressantes à faire à l'avenir.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lefèvre B, Thiery P. Les premiers résultats de l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France [Internet]. Institut national du sport, de l'expertise et de la performance; 2010. Disponible sur: http://www.sports.gouv.fr/IMG/archives/pdf/Stat-Info_01-11_decembre2010.pdf
2. Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire. Les Chiffres Clés du sport. 2017.
3. Agence Française de Lutte contre le Dopage. Rapport d'activité 2017. 2017.
4. Laure P. [Doping: epidemiological studies]. Presse Medicale Paris Fr 1983. 8 juill 2000;29(24):1365-72.
5. Agence Française de Lutte contre le Dopage. Rapport d'activité 2012. 2012.
6. Korkia P, Stimson GV. Indications of prevalence, practice and effects of anabolic steroid use in Great Britain. *Int J Sports Med.* oct 1997;18(7):557-62.
7. Sagoe D, Andreassen C, Pallesen S. The aetiology and trajectory of anabolic-androgenic steroid use initiation: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2014;9(1):27.
8. Jenssen IH, Johannessen KB. Aggression and body image concerns among anabolic androgenic steroid users, contemplators, and controls in Norway. *Body Image.* janv 2015;12:6-13.
9. Duclos M. Usage et abus de stéroïdes anabolisants et de glucocorticoïdes dans le sport. *Ann Endocrinol.* sept 2007;68(4):308-14.
10. Schumacher M. Les stéroïdes anabolisants : une attraction fatale ? [Internet]. UMR 788 Inserm - Université Paris 11; 2011. Disponible sur: <https://www.societe-neuroendocrinologie.fr/Breves/25-Les-steroides-anabolisants-une-attraction-fatale>
11. Vorona E, Nieschlag E. Adverse effects of doping with anabolic androgenic steroids (AAS) in competitive athletics, recreational sports and bodybuilding. *Minerva Endocrinol.* 19 févr 2018;
12. Vanberg P, Atar D. Androgenic anabolic steroid abuse and the cardiovascular system. *Handb Exp Pharmacol.* 2010;(195):411-57.
13. Niedfeldt MW. Anabolic Steroid Effect on the Liver. *Curr Sports Med Rep.* mars 2018;17(3):97-102.
14. Pärssinen M, Kujala U, Vartiainen E, Sarna S, Seppälä T. Increased premature mortality of competitive powerlifters suspected to have used anabolic agents. *Int J Sports Med.* avr 2000;21(3):225-7.
15. Laure P, Lecerf T. [Prevention of doping in sport in adolescents: evaluation of a health education based intervention]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr.* août 1999;6(8):849-54.
16. Direction de la recherche des études et de l'évaluation statistique. Les consultations et visites des médecins généralistes : Un essai de typologie, étude et résultats. Ministère de la santé et de la prévention sociale; 2004.

17. Rechik V, Lindsay M, Nowak A. Sport et santé : les blessures chez les sportifs, immersion en communauté [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2006_2007/travaux/07_r_sport.pdf
18. Laure P, Binsinger C, Lecerf T. General practitioners and doping in sport: attitudes and experience. *Br J Sports Med*. août 2003;37(4):335-8; discussion 338.
19. Laure P. [General practitioners and doping in sports: knowledge and attitudes]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. juin 1997;9(2):145-56.
20. Insee. Participation culturelle et sportive. 2003.
21. Muller L. La pratique sportive en France, reflet du milieu social. Données sociales, édition française; 2006.
22. Al Ghobain M, Konbaz MS, Almassad A, Alsultan A, Al Shubaili M, AlShabanh O. Prevalence, knowledge and attitude of prohibited substances use (doping) among Saudi sport players. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 16 avr 2016;11:14.
23. Razavi Z, Moeini B, Shafiei Y, Bazmamoun H. Prevalence of anabolic steroid use and associated factors among body-builders in Hamadan, West province of Iran. *J Res Health Sci*. 2014;14(2):163-6.
24. Jampel JD, Murray SB, Griffiths S, Blashill AJ. Self-Perceived Weight and Anabolic Steroid Misuse Among US Adolescent Boys. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. avr 2016;58(4):397-402.
25. Fayyazi Bordbar MR, Abdollahian E, Samadi R, Dolatabadi H. Frequency of Use, Awareness, and Attitudes Toward Side Effects of Anabolic-Androgenic Steroids Consumption Among Male Medical Students in Iran. *Subst Use Misuse*. 10 nov 2014;49(13):1751-8.
26. Claudel B. Dopage et conduites dopantes, perception du rôle du médecin généraliste chez des utilisateurs de salle de sport [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=224265067&COOKIE=U10178,Klecteurweb,I250,B341720009+,SY,NLECTEUR+WEBOPC,D2.1,Ef83d0657-305,A,H,R176.164.209.181,FY>
27. Barkoukis V, Lazuras L, Lucidi F, Tsorbatzoudis H. Nutritional supplement and doping use in sport: Possible underlying social cognitive processes. *Scand J Med Sci Sports*. déc 2015;25(6):e582-588.
28. Leifman H, Rehnman C, Sjöblom E, Holgersson S. Anabolic androgenic steroids--use and correlates among gym users--an assessment study using questionnaires and observations at gyms in the Stockholm region. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(7):2656-74.
29. Colls Garrido C, Gómez-Urquiza JL, Cañadas-De la Fuente GA, Fernández-Castillo R. [USE, EFFECTS, AND KNOWLEDGE OF THE NUTRITIONAL SUPPLEMENTS FOR THE SPORT IN UNIVERSITY STUDENTS]. *Nutr Hosp*. 1 août 2015;32(2):837-44.
30. Whitaker L, Long J, Petróczi A, Backhouse SH. Using the prototype willingness model to predict doping in sport. *Scand J Med Sci Sports*. oct 2014;24(5):e398-405.
31. Salla J. et al. Les facteurs associés aux produits dopants chez l'enfant et l'adolescent sportif: Analyse critique de la littérature. *Psychologie canadienne*; 2015.

32. Börjesson A, Gårevik N, Dahl M-L, Rane A, Ekström L. Recruitment to doping and help-seeking behavior of eight female AAS users. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 5 mars 2016;11:11.
33. PARLEBAS P. Éléments de sociologie du sport [Internet]. Presses universitaires de France; 1986. Disponible sur: https://www.persee.fr/docAsPDF/agora_1268-5666_2003_num_33_1_2112.pdf
34. Scanlon T. L'homme qui joue : conséquences modernes du sport antique [Internet]. Bibliothèque des sciences de l'antiquité - Université de Lille; 2016. Disponible sur: <https://insula.univ-lille3.fr/2016/12/l-homme-qui-joue-consequences-modernes-du-sport-antique/>
35. Bacquaert P. Se fixer des objectifs sportifs... [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://www.irbms.com/fixation-objectif-sportif/>
36. Puente-Díaz R. The effect of achievement goals on enjoyment, effort, satisfaction and performance. *Int J Psychol J Int Psychol*. 2012;47(2):102-10.
37. Puente-Díaz R. Achievement goals and emotions. *J Psychol*. juin 2013;147(3):245-59.
38. Ben Mahmoud et al. L'attractivité d'un événement sportif, entre accomplissement personnel et enchantement touristique : le cas du marathon Nice-Cannes [Internet]. *Revue de recherche en tourisme*; 2012. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/teoros/2350>
39. Ernst A, Pigeassou C. « Être seuls ensemble » : une figure moderne du lien social dans les centres de remise en forme. *Sci Mot*. 2005;(56):65-74.
40. TAP P. La société Pygmalion ? Dunod; 1988.
41. Wicker P, Coates D, Breuer C. Physical activity and subjective well-being: the role of time. *Eur J Public Health*. oct 2015;25(5):864-8.
42. Venturi, C. Evaluation qualitative de la consultation pour la délivrance du certificat médical de non contre-indication aux sports en médecine générale. [Internet]. Université Paris VI - Pierre et Marie Curie; 2004. Disponible sur: http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/these_venturi.pdf
43. Loiseau V. L'examen de non-contre-indication à la pratique sportive de l'enfant et de l'adolescent chez le généraliste : prévention et dépistage de pathologies. Université de médecine de Brest; 2003.
44. Risser B. IMPORTANCE DE LA PATHOLOGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ LE PATIENT SPORTIF EN MÉDECINE GÉNÉRALE. [Internet]. UNIVERSITÉ DE LORRAINE, FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY; 2014. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_RISSER_BERTRAND.pdf
45. Monod H. Examen médical de base dit d'aptitude, *Médecine du sport*. Collection « pour le praticien », Ed Masson.; 2000.
46. Jousselin E. Non-contre-indication au sport : un certificat à ne pas bâcler. *Rev. prat. Méd. gén.*, , 14, N°508 : 1521-1523.; 2000.
47. Magnier D. Recours à un médecin généraliste pratiquant la médecine-manuelle-ostéopathie : représentations des patients. [Internet]. Université de Lille; 2016. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7015>

48. Rechik et al. SPORT ET SANTÉ: LES BLESSURES CHEZ LES SPORTIFS. Faculté de médecine de Genève; 2007.
49. Schneider S, Seither B, Tönges S, Schmitt H. Sports injuries: population based representative data on incidence, diagnosis, sequelae, and high risk groups. *Br J Sports Med.* avr 2006;40(4):334-9; discussion 339.
50. Risser B. IMPORTANCE DE LA PATHOLOGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ LE PATIENT SPORTIF EN MÉDECINE GÉNÉRALE. [Internet]. UNIVERSITÉ DE LORRAINE, FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY; 2014. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_RISSER_BERTRAND.pdf
51. Sancerne A, Kaux JF. Revue épidémiologique des tendinopathies les plus fréquentes. *J Traumatol Sport.* déc 2015;32(4):223-8.
52. Baarveld F, Visser CAN, Kollen BJ, Backx FJG. Sports-related injuries in primary health care. *Fam Pract.* 1 févr 2011;28(1):29-33.
53. Abitteboul Y, Boisson C, Rivière D, Oustric S. Automédication des rugbymen amateurs. *Sci Sports.* sept 2011;26(4):242-5.
54. Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedmann PD, Moulton AW. Patients' use of the Internet for medical information. *J Gen Intern Med.* mars 2002;17(3):180-5.
55. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, White M, et al. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. *Arch Intern Med.* 28 juill 2003;163(14):1727-34.
56. Étude qualitative sur les représentations concernant le dopage et sa prévention chez les sportifs et leur entourage [Internet]. Ministère chargé des sports; 2014. Disponible sur: http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/MinisSport/EtudeRepresentationsDopageEtPreventionChezLesSportifs_12062014_vf.pdf
57. Al Ghobain M, Konbaz MS, Almassad A, Alsultan A, Al Shubaili M, AlShabanh O. Prevalence, knowledge and attitude of prohibited substances use (doping) among Saudi sport players. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 16 avr 2016;11:14.
58. Pope HG, Katz DL. Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use. A controlled study of 160 athletes. *Arch Gen Psychiatry.* mai 1994;51(5):375-82.
59. Hartgens F, Kuipers H. Effects of androgenic-anabolic steroids in athletes. *Sports Med Auckl NZ.* 2004;34(8):513-54.
60. 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 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00803600/document>
61. Blank C, Leichtfried V, Schaiter R, Fürhapter C, Müller D, Schobersberger W. Doping in sports: knowledge and attitudes among parents of Austrian junior athletes. *Scand J Med Sci Sports.* févr 2015;25(1):116-24.

62. Duclos M. Androgens as doping agent, Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition - Vol. XV - nos 334 9-10. déc 2011; Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/18026.pdf>
63. Conduites dopantes. Bruxelles: De Boeck; 2002.
64. Performances, dopage et conduites dopantes. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2008.
65. Haggerty KP, Skinner ML, Catalano RF, Abbott RD, Crutchfield RD. Long-term effects of staying connected with your teen[®] on drug use frequency at age 20. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* mai 2015;16(4):538-49.
66. Hauw et al. Psychologie du dopage. [Internet]. Ouvertures Psychologiques; 2016. Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=GMvWDgAAQBAJ&pg=PA96&lpg=PA96&dq=motifs+consultation+dopage+steroides&source=bl&ots=T8jMjM-Vkc&sig=yLVGmZbZ9tlwQX_XmL62hJcvtCs&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwi1ju6Cl_XdAhUtzIUkHeZgCjgQ6AEwCXoECAAQAQ#v=onepage&q=motifs%20consultation%20dopage%20steroides&f=false
67. Durrieu G, Gorsse E, Montastruc J-L. La presse grand public est-elle une source d'information sur le dopage dans le sport ? *Thérapie.* janv 2004;59(1):89-91.
68. McCabe SE, Boyd CJ. Sources of prescription drugs for illicit use. *Addict Behav.* août 2005;30(7):1342-50.
69. Thoër C, Robitaille M, Duetto A. Le rôle d'Internet dans la construction des risques relatifs à la consommation détournée de médicaments par des jeunes adultes québécois. *Temps Médias.* 2014;23(2):144.
70. Thoër C, Aumond S. Construction des savoirs et du risque relatifs aux médicaments détournés. *Anthropol Sociétés.* 2011;35(1-2):111.
71. Quintero G, Bundy H. « Most of the time you already know »: pharmaceutical information assembly by young adults on the internet. *Subst Use Misuse.* 2011;46(7):898-909.
72. Thoer et al. Enjeux éthiques de la recherche sur les forums Internet portant sur l'utilisation des médicaments à des fins non médicales. *Revue internationale communication sociale et publique;* 2012.
73. Renaud L. Les Médias et la Santé: De L'Émergence à L'Appropriation des Normes Sociales. 2010.
74. Vignon E. LE NON-DIT DU PATIENT EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE : Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 15 patients [Internet]. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2015. Disponible sur: file:///C:/Users/Marianne/Downloads/THm_2015_VIGNON_Elodie.pdf
75. Ehrenberg, A. Le culte de la performance. Calmann-Levy; 1991.
76. Etudes et Analyses : Le marché des salles de sport en France, le cas de l'entreprise Keep Cool. 2012; Disponible sur: <https://www.etudes-et-analyses.com/marketing/marketing-sportif/etude-de-cas/marche-salles-sport-france-cas-entreprise-keep-cool-327962.html>

77. Meidani A. Les fabriques du corps. Presses Universitaires du Mirail, Université de Toulouse-Le Mirail; 2001.
78. GALLIEN CL. Société de la performance et dopage. *Ann Pharm Fr.* 2002;60(5):296-302.
79. World Bank. World Development Report 2015: Mind, Society, and Behavior [Internet]. The World Bank; 2014 [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-1-4648-0342-0>
80. Kerr JM, Congeni JA. Anabolic-androgenic steroids: use and abuse in pediatric patients. *Pediatr Clin North Am.* août 2007;54(4):771-85, xii.
81. Evans MB, Eys MA. Collective goals and shared tasks: interdependence structure and perceptions of individual sport team environments. *Scand J Med Sci Sports.* févr 2015;25(1):e139-148.
82. Barkoukis V, Lazuras L, Tsorbatzoudis H. Beliefs about the causes of success in sports and susceptibility for doping use in adolescent athletes. *J Sports Sci.* 2014;32(3):212-9.
83. Lazuras L, Barkoukis V, Tsorbatzoudis H. Toward an integrative model of doping use: an empirical study with adolescent athletes. *J Sport Exerc Psychol.* févr 2015;37(1):37-50.
84. Thevis M, Geyer H, Thomas A, Schänzer W. Trafficking of drug candidates relevant for sports drug testing: detection of non-approved therapeutics categorized as anabolic and gene doping agents in products distributed via the Internet. *Drug Test Anal.* mai 2011;3(5):331-6.
85. Pineau T, Schopfer A, Grossrieder L, Broséus J, Esseiva P, Rossy Q. The study of doping market: How to produce intelligence from Internet forums. *Forensic Sci Int.* nov 2016;268:103-15.
86. Ojero Senard et al. Automédication et dopage (UE Conseils et prise en charge du sportif à l'officine). UFR Pharmacie - Université Toulouse III CEIP-Addictovigilance Antenne Médicale de Prévention du Dopage; 2016.
87. Duclos M. Le dopage et ses conséquences en termes de santé individuelle et de santé publique. *Trib Santé.* 2012;35(2):57.
88. Ehrenberg, A. L'individu sous perfusion Société concurrentielle et anxiété de masse. Editions Esprit; 1996.
89. Lentillon-Kaestner V, Carstairs C. Doping use among young elite cyclists: a qualitative psychosociological approach. *Scand J Med Sci Sports.* avr 2010;20(2):336-45.
90. Arnaud R. L'utilisation des corticoïdes dans le dopage. Thèse, UFR des sciences pharmaceutique de Limoges; 2005.
91. Laure P. Doping in sport: doctors are providing drugs. *Br J Sports Med.* sept 1997;31(3):258-9.
92. Overbye M. Between medical treatment and performance enhancement: an investigation of how elite athletes experience Therapeutic Use Exemptions. *Int J Drug Policy.* nov 2013;24(6):579-88.
93. Missa J-N. [Doping in sport and enhancement medicine]. *J Int Bioethique Int J Bioeth.* déc 2011;22(3-4):93-121, 196-7.

94. Gautier A. et al. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale [Internet]. Baromètre santé médecins généralistes; 2009. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
95. La durée des séances des médecins généralistes. 2006.
96. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med.* 15 févr 2005;142(4):260-73.
97. Viaud B. Médecines du sport, sports de médecins : Quand les biographies sportives s'inventent dans le jeu des carrières professionnelles. *Sci Soc Sport.* 2009;2(1):129.
98. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med* 1982. nov 1998;47(10):1573-88.
99. Kreuwen A. et al. La satisfaction de la consultation en médecine générale : typologie des patients et déterminants. *Exercer la revue française de médecine générale;* 2013.
100. BREUIL-GENIER P. et al. La durée des séances des médecins généralistes. direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques ; 2006.
101. Alain et al. Le médecin du sport : un acteur de santé mal connu. Étude exploratoire en Ile-de-France. [Internet]. Direction régionale de la Jeunesse et des Sports; 2001. Disponible sur: https://www.openrome.org/documents/epi/assissport_15_12_2001.pdf
102. DiFiori JP, Kinderknecht J. Family Physicians with a Sports Medicine Certificate of Added Qualification (CAQ): Well Prepared to Meet a Significant Patient Care Need. *J Am Board Fam Med JABFM.* déc 2015;28(6):693-4.
103. Buckler DG. General practitioners' training for, interest in, and knowledge of sports medicine and its organisations. *Br J Sports Med.* oct 1999;33(5):360-3; discussion 364.
104. Holmberg C, Sarganas G, Mittring N, Braun V, Dini L, Heintze C, et al. Primary prevention in general practice - views of German general practitioners: a mixed-methods study. *BMC Fam Pract.* 25 mai 2014;15:103.
105. Dickfos M, King D, Parekh S, Boyle FM, Vandelanotte C. General practitioners' perceptions of and involvement in health behaviour change: can computer-tailored interventions help? *Prim Health Care Res Dev.* mai 2015;16(3):316-21.
106. Woods CB, Moynihan A. General practitioners knowledge, practice and training requirements in relation to doping in sport. *Ir Med J.* janv 2009;102(1):8-10.
107. Auersperger I, Topič MD, Maver P, Pušnik VK, Osredkar J, Lainščak M. Doping awareness, views, and experience: a comparison between general practitioners and pharmacists. *Wien Klin Wochenschr.* janv 2012;124(1-2):32-8.
108. Kristjansson AL, Sigfusdóttir ID, Thorlindsson T, Mann MJ, Sigfusson J, Allegrante JP. Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addict Abingdon Engl.* avr 2016;111(4):645-52.

109. Gelly J, Le Bel J, Aubin-Auger I, Mercier A, Youssef E, Mentre F, et al. Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care--an observational cross-sectional multicentre study. *Fam Pract*. août 2014;31(4):445-52.
110. Momaya A, Fawal M, Estes R. Performance-Enhancing Substances in Sports: A Review of the Literature. *Sports Med*. avr 2015;45(4):517-31.
111. Backhouse SH, McKenna J. Doping in sport: a review of medical practitioners' knowledge, attitudes and beliefs. *Int J Drug Policy*. mai 2011;22(3):198-202.
112. Laure P, Binsinger C, Lecerf T. General practitioners and doping in sport: attitudes and experience. *Br J Sports Med*. août 2003;37(4):335-8; discussion 338.
113. Pruvost J, Depiesse F. [Medicolegal aspects of doping in sports]. *Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeduction Fonct Readaptation Med Phys*. août 2004;47(6):263-73.
114. Silverstone K. L'INFORMATION MEDICALE RECUEILLIE PAR LE PATIENT SUR INTERNET : QUELS ECHANGES AVEC LE MEDECIN GENERALISTE ? [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4577_SILVERSTON_these.pdf
115. Dédiante M. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups [Internet]. Faculté de médecine de Grenoble; 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00784221/document>
116. Malvezin E. La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : Christian LEHMANN, Luc PERINO et Martin WINCKLER [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/These_2010_relation-malvezin.pdf
117. Brissonneau C. Hippocrate ou Coubertin : le dilemme de la médecine du sport. *Revue internationale d'éthique sociétale*; 2005.
118. Michel L. [Opioid substitution therapy in France: a physician's overview]. *Ann Pharm Fr*. sept 2009;67(5):369-73.
119. Megherbi S. Les stratégies de soins des toxicomanes. *Psychotropes*. 2006;12(3):141.
120. Waal H, Brekke M, Clausen T, Lindbæk M, Rosta J, Skeie I, et al. General practitioners' views on drug-assisted rehabilitation. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 4 sept 2012;132(16):1861-6.
121. Aasland OG, Spilhaug G, Johannesen A. [General practitioner views on drug-assisted rehabilitation and the Norwegian substance abuse reform]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 15 janv 2009;129(2):97-100.
122. Poloméni P, Bronner C, Fry F, Ravoninjatovo B, Fatseas M. The management of opiate use disorders in France: results of an observational survey of general practitioners. *Addict Sci Clin Pract*. 28 juin 2015;10:16.
123. MALICHER E. RÔLE ET PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS L'ACCOMPAGNEMENT : LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES D'ALCOOL. Université Paris 7; 2017.

124. simplifications administratives de l'exercice libéral : Les certificats médicaux [Internet]. Direction de la sécurité sociale avec la collaboration du conseil national de l'Ordre des médecins; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/331_annexe_certifs_medicaux.pdf
125. BORDERIE M. LE CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT EN MEDECINE GENERALE : ENQUETE DE PRATIQUE CHEZ L'ADOLESCENT DE 13 A 17 ANS EN REGION LIMOUSIN [Internet]. 2012. Disponible sur: [file:///C:/Users/Marianne/Downloads/M20123106%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Marianne/Downloads/M20123106%20(3).pdf)
126. Redon C, Coudreuse J-M, Pruvost J, Viton J-M, Delarque A, Gentile G. Le médecin généraliste face au certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive : à propos d'une enquête de pratique. *Sci Sports*. avr 2013;28(2):65-74.
127. Labalue P. [Attitude of general practitioners regarding health certificates for sports participation]. *Rev Med Liege*. avr 2001;56(4):285-7.
128. Toussaint D. [The sportive certificate and...the responsibility!]. *Rev Med Brux*. sept 2004;25(4):A334-336.
129. FICHE D'EXAMEN MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE à la PRATIQUE D'UN SPORT [Internet]. Société Française de Médecine du Sport; Disponible sur: http://auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/sfms_visite_nci.pdf
130. La santé des pratiquants sportifs, SUIVI DES SPORTIFS. [Internet]. Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Auvergne-Rhône-Alpes; 2017. Disponible sur: <http://auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/spip.php?article1323>
131. Dièye et al. A. Médecins de l'Association sénégalaise de médecine du sport et dopage sportif : enquête sur les connaissances et attitudes. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*; 2005.
132. Delaunay S, Rochcongar P, Bourges G, Vernhet L, Daniel V, Andre AM. Connaissances des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine en matière de dopage sportif. *Sci Sports*. févr 2014;29(1):34-41.
133. Pagès Q. Etat des lieux de la connaissance, de l'usage, et des besoins des médecins généralistes en matière de ressources informationnelles en rapport avec le dopage [Internet]. Université de Lyon; 2016. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=192885383&COOKIE=U10178,Klecteurweb,I250,B341720009+,SY,NLECTEUR+WEBOPC,D2.1,Efac084e6-305,A,H,R176.167.161.172,FY&COOKIE=U10178,Klecteurweb,I250,B341720009+,SY,NLECTEUR+WEBOPC,D2.1,Ec08a01ab-305,A,H,R176.167.3.159,FY>
134. DOPAGE -Unité d'enseignement d'Endocrinologie, Diabétologie et des Maladies Métaboliques. [Internet]. Société Française d'Endocrinologie; Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/810/poly201-item-78-ndash-ue-3-dopage>
135. N° 78 - Dopage. COLLEGE NATIONAL UNIVERSITAIRE DES ENSEIGNANTS D'ADDICTOLOGIE;
136. Lhuissier F et al. FORMATION UNIVERSITAIRE EN MÉDECINE DU SPORT : LES DIFFÉRENTS DIPLÔMES [Internet]. Site de la médecine du sport; 2009. Disponible sur: <https://www.lamedecinedusport.com/formation-universitaire-en-medecine-du-sport-les-differents-diplomes/>

137. Brochure prévention-dopage-sport-santé. [Internet]. Institut de Recherche du Bien-être, de la Médecine et du Sport; 2008. Disponible sur: <https://www.irbms.com/download/documents/brochure-prevention-dopage-sport-sante-2008.pdf>
138. Prévention du dopage et des conduites dopantes, Actes du colloque du 30 janvier 2015 à Lyon. [Internet]. DRJSCS Rhône-Alpes / IREPS Rhône-Alpes; 2015. Disponible sur: file:///C:/Users/Marianne/Downloads/actes_dopage_2015.pdf
139. Agence Française de Lutte contre le Dopage. Rapport d'activité 2017. 2017.
140. ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE. « L'actualité de la lutte contre le dopage » Séance thématique du 23 janvier 2013 RECOMMANDATIONS [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.acadpharm.org/dos_public/Recommandations_Dopage_VF_2013.02.14.pdf
141. Weber C. et al. Lutte antidopage – Aspects pratiques [Internet]. Forum Med Suisse; 2013. Disponible sur: <https://medicalforum.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/smf/fr/fms.2013.01650/fms-01650.pdf/>

VII. ANNEXES

A. QUESTIONNAIRE

« LE DOPAGE AUX STEROIDES ANABOLISANTS DANS LE SPORT AMATEUR : EVALUATION DES ATTENTES DES SPORTIFS ENVERS LES MEDECINS GENERALISTES. »

Guide d'entretien

Bonjour, Je m'appelle Marianne Hogu, je finalise mes études de médecine générale et je rédige actuellement une thèse qui, devant l'augmentation du dopage aux stéroïdes anabolisants dans le sport amateur, cherche à évaluer les attentes des sportifs vis-à-vis de leur médecin généraliste en matière de prévention.

Ce questionnaire, d'une durée approximative de trente minutes, a donc pour but de recueillir votre expérience et votre ressenti à ce sujet à travers un entretien individuel strictement anonyme. Votre témoignage, indispensable pour répondre au questionnement posé par cette thèse, sera reçu sans jugement.

Si vous êtes d'accord, cet entretien sera enregistré puis retranscrit, tout en préservant l'anonymat des propos recueillis.

CARACTERISATION DE L'ECHANTILLON

- Sexe
- Age
- Statut professionnel
- Niveau d'études
- Statut relationnel
- Conduites addictives
- Troubles du comportement en rapport avec l'image de soi
- Types de sports pratiqués
- Niveau sportif
- Environnement sportif
- Objectifs sportifs
- Fréquence de pratique sportive

THEME 1 : La place du médecin généraliste dans la pratique sportive

1. Pouvez-vous me parler de votre suivi médical et des raisons pour lesquelles vous consultez votre médecin en général ?
2. En rapport avec votre pratique sportive, quelle est la place de votre médecin généraliste ? Quels sont les obstacles selon vous pouvant limiter le recours à votre médecin à ce sujet ?

THEME 2 : Les connaissances sur le dopage et les stéroïdes anabolisants

1. Quelles sont vos connaissances en matière de dopage dans le sport en général ?
2. Que pouvez-vous me dire à propos du dopage aux Stéroïdes Anabolisants ? Et quelle est votre expérience personnelle à ce sujet ?

THEME 3 : Les facteurs de consommation de stéroïdes anabolisants

1. Selon vous, quelles sont les raisons pouvant expliquer le recours aux Stéroïdes Anabolisants dans le sport amateur ainsi que leur consommation chronique ?
2. Les stéroïdes anabolisants ne sont pas identifiés comme pouvant entraîner une dépendance physique contrairement aux stupéfiants, considérez-vous qu'il existe des difficultés au sevrage à ce type de substance dopante ?

THEME 4 : La place du médecin généraliste dans la prévention du dopage aux stéroïdes anabolisants dans le sport amateur

1. Quelle est la place de votre médecin généraliste en ce qui concerne la prévention des conduites dopantes dans le sport amateur, et notamment le recours aux stéroïdes anabolisants ? Selon vous, dispose-t-il de connaissances à ces sujets ?
2. Quels sont les difficultés et obstacles pouvant limiter le recours à votre médecin en cas d'exposition aux stéroïdes anabolisants ? Existe-t-il des facteurs qui vous inciteraient à consulter ?
3. Quels seraient vos besoins en tant que sportif amateur en matière de prévention aux stéroïdes anabolisants ?

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce projet qui m'est cher et du temps que vous m'avez accordé.

B. LISTE DES ABREVIATIONS

AFLD : Association Française de Lutte contre le Dopage

AMA : Agence Mondiale Antidopage

AMPD : Antenne Médicale Prévention Dopage

AUT : Autorisation d'Utilisation Thérapeutique

CM : Certificat Médical

FMC : Formation Médicale Continue

IST : Infection Sexuellement Transmissible

RAA : Résultats d'Analyses Anormaux

SA : Stéroïdes Anabolisants

SAA : Stéroïdes Anabolisants Androgènes

WADA : World Anti Doping Agency

VIII. RESUME

Introduction : Le dopage aux stéroïdes anabolisants (SA) se démocratise ces dernières années au sport amateur, notamment chez plus jeunes. En musculation, 15 à 30% des pratiquants ont recours à ce type de pratique. Au point que les SA sont devenus en 2017 la première famille de substance détectée aux contrôles antidopage par l'AFLD. Cependant les sportifs sont peu informés des dangers relatifs à une telle consommation. Les médecins généralistes, de par leur formation médicale ainsi que leur rôle dans la prévention et la promotion de la santé, favorisé par les politiques gouvernementales actuelles, semblent être les plus à même de mener des actions de prévention et d'information efficaces sur le dopage aux SA auprès des sportifs.

Objectif : Evaluer les attentes des sportifs amateurs envers les médecins généralistes en matière de dopage aux SA.

Méthode : Etude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés effectués de Février à Juin 2018, auprès de sportifs amateurs volontaires, pratiquants la musculation de manière régulière.

Résultats : Dix sportifs ont participé à l'étude. L'analyse des entretiens nous a permis d'identifier les besoins ressentis par les sportifs amateurs en matière de prévention au dopage aux SA par les médecins généralistes. Tous les champs de la prévention sont abordés : primaire, secondaire et tertiaire. Nous retiendrons principalement le souhait d'un temps médical dédié, d'une prise en charge adaptée collaborative, d'une relation patient-médecin de confiance, d'une plus grande identification du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sportif, ainsi qu'un suivi et une aide au sevrage des consommateurs. Une sensibilisation des médecins généralistes sur le dopage via une formation médicale initiale et continue plus approfondie paraît indispensable, ainsi que la création d'un support informationnel dédié à visée des professionnels de santé.

Conclusion : Cette étude nous éclaire sur les attentes ressenties par les sportifs amateurs en matière de prévention et d'information au dopage aux SA par les médecins généralistes, afin de développer des axes d'amélioration de prise en charge préventive, axés sur leurs besoins.

Mots clés : Dopage, stéroïdes anabolisants, prévention, médecins généralistes, sport amateur.

IX. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.