

# Le corps et la performance

**Avec les progrès de la médecine et la poussée de l'individualisme, le corps est devenu majeur et il est de la responsabilité de chacun de l'entretenir et de l'améliorer. Réflexions sur la confusion entre bien-être et mieux-être, entre santé et performance.**

**Isabelle Queval**

Philosophe, maître de conférences, université Paris-Descartes, faculté des Sciences humaines et sociales, Centre de recherche sens, éthique, société (CERSES/UMR 8137)

Les progrès médicaux des dernières décennies, l'allongement de la durée de vie dans les pays riches ont engendré une révolution : la croyance dans la capacité à « produire » le corps. De la naissance à la vieillesse, génétique, pharmacologie, chirurgie, diététique, cosmétologie, sport encouragent l'idée d'un corps maîtrisable, modifiable, perfectible à l'infini et objet d'une projection identitaire. Soigner (*se soigner*), bien manger, faire du sport composent ainsi un *paradigme médico-sportif* par lequel, en réponse aux actions de prévention pour l'hygiène publique, à dimension collective, s'organise une prise en charge individuelle et responsabilisée du *sujet* informé. En outre, alors que se sont effondrées, dans la deuxième partie du *xx<sup>e</sup>* siècle, les transcendants – politiques et religieuses – qui structuraient la vie sociale, l'individualisme de nos sociétés a pour corollaire un matérialisme croissant aux conséquences paradoxales : centration de l'identité contemporaine sur le corps, perception du corps comme *destin* (ne pas tomber malade, repousser la mort), fantasme d'immortalité exprimé *par le corps*. De la sorte, et comme illustration de ce phénomène, au succès médiatique du sport de haut niveau fait écho une *sportivisation* des mœurs et des corps : bouger, se sculpter, performer.

Le sport contemporain est l'emblème d'un culte du progrès hérité des Lumières. Au cours des années quatre-vingt en France, la performance sportive est venue s'inscrire dans un contexte social valorisant la concurrence, la compétition, le dépassement de soi, rejoignant en cela les nouvelles figures héroïques de l'entrepreneur et de l'aventurier. L'individu

des sociétés démocratiques se voit contraint de réussir par lui-même, dans un processus d'autonomisation qui a ses revers : stress, dépression nerveuse, addictions. Le culte de la performance questionne ainsi sur sa légitimité et ses implications, questionnement qui atteint peu le sport de haut niveau – à la différence d'autres domaines, celui de l'entreprise ou de l'école – dont l'essence même est l'amélioration des performances. Activité chiffrée, mesurée, archivée, dans le droit-fil de ses origines modernes au *xix<sup>e</sup>* siècle, le sport met en scène un égalitarisme de principe et une méritocratie de fait : que le meilleur gagne ! Ainsi s'établissent palmarès et records, icônes d'un évolutionnisme schématique. Le sport de haut niveau spectacularise le rêve séculaire d'un « perfectionnement de l'espèce », tandis que le dopage vient compléter la palette des moyens techniques à disposition.

La médiatisation du dopage sportif interroge à plusieurs titres. La spécificité même de cette médiatisation, qui démarque le sport d'autres domaines quant à la notion de tricherie, pointe l'activité sportive comme structurée ontologiquement par la règle et existant par elle. Pas de différenciation des sports, ni de méritocratie qui suppose une « transparence » des performances accomplies, sans règle du jeu. Par là, le sport capte la représentation idéalisée que la démocratie se fait d'elle-même. D'où le caractère socialement inacceptable du dopage qui vient contrevenir à l'idée d'égalité des chances, ainsi que la volonté de préserver, par la lutte antidopage, la permanence de cet idéal, la crédibilité du spectacle et l'existence du sport même.

Sur le plan médical, le dopage interroge,



bien évidemment sur les conséquences toxiques des produits consommés, sur le contournement possible de l'interdit par ceux qui choisissent – consciemment ou non – de mettre leur santé en péril, et sur l'âge des athlètes – beaucoup de mineurs – concernés par ces pratiques. Se pose aussi la question des cadences infernales – charges de travail et rythmes toujours plus soutenus des compétitions – qui peuvent mener à la tentation du dopage. Enfin, on ne peut éluder une réflexion sur l'avenir du dopage : est-ce que ses formes chimiques et pharmacologiques seront remplacées par des formes génétiques, par l'usage de nanotechnologies ? La question de la dangerosité se posera-t-elle dans les mêmes termes ?

Ces questions mènent au seuil de la réflexion philosophique. Le dopage n'est pas qu'une question de santé publique. Au travers du corps entraîné, dopé, augmenté, se dessine la surnature du sportif d'élite. Par l'usage des matériels sportifs et de techniques gestuelles sophistiquées, par le recours à des médicaments ou « pilules de la performance », par la manipulation des fonctionnements génétiques, hormonaux ou sanguins, l'usage possible des nanotechnologies ou l'appareillage du corps par des exosquelettes, s'accélère le processus ancestral d'hybridation du corps avec l'artifice. Être de culture autant que de nature, de savoir et de technique, l'homme renouvelle les malléabilités *eso-* et *exoplastiques* du corps et interroge les contours – éthiques, juridiques, scientifiques – de son identité future.

On peut remarquer, en outre, que le dépassement de soi n'est pas l'apanage du sportif de haut niveau. Au cœur de tout effort sportif, à haut niveau d'intensité ou à niveau moindre, un processus de dépassement de soi est à l'œuvre. Le « bien » visé – bien-être, équilibre, santé – croise le « mieux » – amélioration des records, mieux-être. Le sportif ordinaire éprouve comme le champion la tentation de repousser ses limites, de les quantifier. Les salles de « fitness », comme les matériels sportifs grand public regorgent ainsi d'appareils de mesure destinés à mesurer la « forme », c'est-à-dire à l'*améliorer*. La volonté de se parfaire emprunte les canaux du modèle compétitif, mais également ceux d'une idéologie devenue dominante : celle prônant la maîtrise d'un corps « rationnel », médicalisé, modelable, « sportivisé », comme support identitaire.

Il y a donc un dopage amateur, sans doute moins sophistiqué que le dopage des

professionnels, mais que révèle en particulier les « numéros verts » de type « Écoute dopage ». Plus généralement, et comme la base immergée de l'iceberg, une sensibilité au dopage s'exprime au travers d'« attitudes dopantes ». « *Dépendance psychologique à l'idée qu'on ne peut accomplir une performance qu'en consommant un produit* », l'attitude dopante se généralise. Elle témoigne de la confusion entre bien-être et mieux-être, santé et performance. Bien qu'on doive la distinguer clairement du dopage et de la consommation de produits illicites, néanmoins son mécanisme est révélateur de la diffusion sociale de l'idée que l'on arrive à la performance par la « consommation de produits ». La publicité pour les produits alimentaires s'inscrit dans cette ligne, elle qui vante sans relâche les vertus de produits « enrichis en... ». Céréales, yaourts, jus de fruits sont ainsi vendus selon leurs propriétés *optimisantes*. Un discours diffus de la prise en charge de soi, du perfectionnement infini, de la performance quotidienne fait le succès de produits légaux : vitamines, compléments alimentaires, DHEA, Viagra, psychotropes, etc. La confusion s'établit entre la vitamine et le médicament, le médicament et la drogue, la thématique du dopage traversant autant une préoccupation de s'adapter à un monde difficile que de « surnaturer » le corps comme l'esprit.

Il semble que l'*optimisation par l'oralité* exerce une fascination sur la société en général et sur le milieu sportif en particulier. L'intérêt porté au sens intime, à la recherche de sensations, une volonté de bien-être mental et physique (définition par l'OMS de la santé), un attachement croissant à la purification – et à l'amélioration – de l'alimentation lient *santé* et *performance* à « la consommation de bons produits ». Ce thème dominant embrasse les champs de la médecine, de la diététique, de la cosmétologie et du sport. En outre, la pratique sportive en elle-même, *a fortiori* intensive, suppose une attention permanente à ce qui est énergisant, évite la fatigue, « dope » l'organisme. « Boire » et « manger », y compris préventivement, sont le commun du sport et cette focalisation comme condition de l'effort optimal n'est pas étrangère aux dérives addictives – consommations d'alcool, de produits dopants et de drogues – qui touchent les sportifs.

Disons un mot, pour finir, des principaux arguments en faveur de la légalisation du dopage. Le premier invoque la professionnalisation du sport et la responsabilité des athlètes. Chacun serait libre de participer à ce grand

spectacle, avec les moyens qu'il souhaite, à ses risques et périls. Outre qu'il balaie, d'emblée, la perspective d'une prévention de l'hygiène publique, cet argument occulte la présence, dans le sport de haut niveau, de nombreux mineurs, voire d'enfants, auprès desquels la responsabilité éthique et pédagogique interdit *a priori* tout dopage institué. Deuxièmement, on dit parfois que le dopage légalisé et encadré médicalement permettrait de limiter la dangerosité de la haute performance. Cela reste à prouver, requiert réflexion et législation, et situe, en tout état de cause, le dopage au cœur d'une réflexion sur l'hybridation, concertée ou dissidente, de l'homme avec la technique. ¶

Isabelle Queval est l'auteur de :  
*S'accomplir ou se dépasser. Essai sur le sport contemporain*, Gallimard, 2004.  
*Le corps aujourd'hui*, Gallimard, 2008.  
*Le sport – Petit abécédaire philosophique*, Larousse, 2009.

# Sport et intégration sociale

**Au-delà d'une simple occupation, le sport participe, avec ses valeurs, ses principes et ses règles, à l'intégration sociale, pour peu que sa pratique soit encadrée et s'inscrive dans la durée.**

**Brigitte Deydier**  
Directrice technique nationale,  
Fédération française de judo

**D**epuis les années quatre-vingt, l'expression « intégration par le sport » s'est développée avec la diversification des lieux de pratique et avec la prise de conscience par les pouvoirs publics et les collectivités des problèmes d'intégration sociale des jeunes.

## Politiques publiques : la confusion

Les différentes politiques publiques ont pris alors en considération les valeurs éducatives du sport. Mais la diversité de ces politiques publiques, l'absence de principes forts établis par le monde du sport, la prise en main du « service » par les professionnels de l'animation socioculturelle sans goût ni vraie connaissance du sport ont amené certes un progrès dans l'approche des jeunes, mais aussi une grande dispersion d'énergie et de moyens.

Notons que le mot « sport » n'existe pas dans les récents discours de la politique de la ville : le rapport de l'Observatoire national des zones sensibles en 2005 n'utilise pas le mot sport, la loi d'orientation et la préparation pour la ville et la rénovation urbaine de 2003 ne parlent jamais de sport. Le fossé est immense parfois entre la vision nationale et la mise en œuvre par les acteurs de terrain.

La compétence sportive est absente des lois de décentralisation, mais elle est prise en compte par tous sur le terrain.

J'aime à croire que, dans l'ensemble des activités mises en service localement pour l'intégration sociale, la partie sport joue pleinement son rôle d'ouverture sur le monde, de brassage social, d'apprentissage de la règle et du sens de l'équipe. Les évaluations de son rôle sont plus faciles à réaliser sur le terrain

qu'au niveau global, surtout avec le rôle d'exemplarité donné au sport et au sportif.

## Sport et éducation

Entre sport et intégration, nous ne pouvons pas ignorer l'étape « éducation ». Le sport est porteur de nombreuses valeurs éducatives et participe à l'épanouissement personnel, à une estime de soi retrouvée. Il contribue alors à l'intégration des jeunes, des handicapés, des femmes, de toutes les populations en difficulté.

Pratiquer dans un club, c'est participer à la vie d'un club, c'est favoriser les connexions sociales. Tout d'abord, les sportifs partagent une pratique, des actions. Ils se regroupent autour d'un même centre d'intérêt, ils partagent, qu'ils soient partenaires ou adversaires. La relation avec l'entraîneur, qui cadre l'activité, qui donne les consignes, les conseils pour progresser, conforte leur capacité d'écoute et de confiance. Dans toutes les autres activités de l'association aussi, le sportif va pouvoir échanger, donner, se tourner vers les autres pour des projets d'organisation d'activités d'animation, des moments festifs, etc.

Dans les actions sportives menées dans les quartiers en difficulté sociale, nous notons des changements de comportement, d'attitude, de motivation chez les jeunes sportifs. Nous avons observé une régulière corrélation entre la pratique sportive des jeunes filles de ces quartiers et la réussite scolaire. Capacité à exister malgré les contraintes sociales, besoin de sortir du carcan local ?

Nous pouvons noter dans certains cas que le développement de connaissances cognitives favorise l'acquisition de compétences sociales. Béatrice Clavel, sociologue, mène des études



très intéressantes sur les méthodes pédagogiques interactives de résolution de problèmes.

### La culture et les règles

Si le sport n'est pas par essence éducatif, le judo est une exception. Jigoro Kano, universitaire japonais, a souhaité créer, à la fin des années 1800, « *une discipline éducative ayant pour mission l'épanouissement de l'individu* », et il l'a nommée le judo.

Dans la pratique sportive, tout le monde est à égalité de chances. Seules les qualités physiques ou mentales et le travail interviennent sur le résultat. Faire du sport, c'est prendre confiance en soi.

En judo, tous les pratiquants sont en kimono blanc. Tous égaux ! Sur le tapis, le judoka travaille avec différents partenaires, il travaille en collaboration avec chacun d'entre eux. Chacun a besoin de l'autre pour progresser. Une relation d'échange et d'attention mutuelle se crée. Le judoka « ceinture noire » va travailler avec le « ceinture blanche » débutant et ils partageront leurs savoirs. En judo, tous les exercices pédagogiques sont basés sur la coopération, y compris les combats d'entraînement appelés « randori ». Le professeur de judo est un éducateur avant tout.

Dans tous les sports de combat, le respect de l'adversaire est essentiel. Pour cela, le rituel permet d'isoler dans le temps et l'espace la confrontation, qui doit aussi respecter des règles très strictes. L'arbitre est partie intégrante de la compétition et il a une grande autorité. Aucun judoka ne peut contester une décision, il doit saluer son adversaire et le tapis à la fin du combat. Se contrôler, se maîtriser tout en donnant le meilleur de soi-même sont des éléments fondamentaux de la progression individuelle. La collaboration puis la compétition dans la règle sont indispensables à l'acquisition des règles du judo et des règles de vie.

L'identification aux valeurs du club et du sport, aux champions, aux maillots, aux ceintures noires pour les judokas est un relais que le sportif va montrer, va porter à l'extérieur. Le sportif apprend la responsabilité partagée des valeurs auxquelles il adhère.

### Le goût de l'effort lié au progrès

La difficulté est d'ancrer les jeunes dans les clubs et d'avoir une pratique régulière.

Pourtant, acquérir des valeurs éducatives demande de pratiquer le sport dans toutes ses composantes et surtout dans une durée suffisamment importante.

Dans les opérations « 100 ceintures noires, 100 emplois », opérations sociales du judo, l'objectif est de devenir ceinture noire.

Obtenir sa ceinture noire, c'est montrer la maîtrise de qualités mentales, techniques et physiques, comme le dit la définition du grade en judo : Shin-Gi-Tai. Cela demande de nombreuses heures de travail, de répétition, de coopération, de remise en question. C'est la pratique pendant les trois, quatre, cinq ans nécessaires pour acquérir respect et maîtrise symbolisés par la ceinture noire.

C'est pour cela que nous — Fédération française de judo-jujitsu et disciplines associées — insistons sur les nécessaires qualités pédagogiques de l'enseignant du judo.

Savoir se positionner par rapport à la règle, les respecter, aimer l'effort sont les qualités demandées par le monde de l'entreprise pour ses embauches, et les opérations que nous réalisons avec les jeunes judokas le démontrent régulièrement.

### Un sport éducatif

Oui, le sport, et le judo en particulier, est une activité socialisante si on respecte quelques fondamentaux comme la durée de la pratique, la qualité d'enseignement, l'appartenance à un club, la prise en compte de la famille, de l'environnement.


Pratiquer un sport éducatif aura pour conséquence une meilleure intégration sociale. L'adoption des règles communes, la nécessité d'un apprentissage, la détermination dans l'atteinte de l'objectif, et le plaisir de sa progression individuelle dans un collectif donnent toute sa légitimité au sport.

Le sport a des valeurs qui favorisent l'intégration sociale comme :

- un cadre institutionnel : l'association,
- un enseignement de qualité,
- un ancrage culturel,
- une notion de progression individuelle

et de réalisation personnelle.

Il est bien clair que le sport n'est qu'une partie des dispositifs d'insertion, il ne se suffit pas à lui-même. Par contre, le sport doit être la pierre de base avec ses valeurs, ses principes et ses règles. Il ne peut pas et ne doit pas être édulcoré. Il faut changer le regard sur le sport, car il ne peut être un simple pansement sur une douleur sociale.

Le sport n'est pas transpiration, il n'est pas simple occupation du temps des jeunes, il est formateur et, pour cela, il doit être pratiqué avec plaisir, avec respect et s'inscrire dans la durée. 

# Les conduites dopantes

**Le souci de performance est le déterminant unique des conduites dopantes. Leur prévention est basée sur le développement de compétences psychosociales c'est-à-dire les aptitudes à adopter un comportement approprié et positif face aux difficultés de la vie quotidienne.**

**Patrick Laure**

Médecin de santé publique, conseiller à la direction régionale et départementale de la Jeunesse et des Sports de Lorraine.

Que l'activité humaine soit physique, sportive ou intellectuelle, la recherche de la performance en constitue volontiers le filigrane, voire, parfois, le déterminant.

Aussi est-il fréquent d'observer, parallèlement à l'activité, une quête de tout moyen supposé augmenter la performance ou en préserver le niveau. La consommation de divers produits en fait partie, depuis les compléments alimentaires aux stéroïdes anabolisants, en passant par les tranquillisants.

C'est ce qu'on appelle des conduites dopantes, ou comportements de consommation de substances à des fins de performance<sup>1</sup>. Ces conduites se distinguent à la fois des traitements médicamenteux, dont le but est préventif ou thérapeutique, et des conduites addictives, qui visent, en un résumé un peu hâtif, une recherche de sensations.

Dans les conduites dopantes, la nature des produits utilisés importe peu : il suffit que la personne les consomme avec l'objectif d'affronter de façon performante une situation quelconque, mais volontiers perçue comme un obstacle. Par exemple : un entretien d'embauche, des heures supplémentaires, une compétition sportive, etc. La difficulté réelle de la performance à réaliser compte moins que sa perception. Ainsi, certaines personnes sont paniquées à l'idée de prendre la parole en public, tandis que l'art de la rhétorique n'a pas de secret pour d'autres. De plus, si l'origine de cette perception est souvent la personne elle-même, elle peut aussi être celle de son entourage (parent, conjoint, compagnon de travail, entraîneur, professionnel de la santé).

1. Laure P. (dir.). *Dopage et société*. Paris : Ellipses, 2000.

Par exemple, les coéquipiers d'un sportif légèrement blessé qui, estimant le prochain match absolument décisif, l'incitent à recourir à un produit pour calmer sa douleur et pouvoir être « au top » de ses capacités (au risque d'aggraver sa blessure). Enfin, la performance est la réalisation d'une fonction en situation ordinaire dans le contexte de la vie courante. Il ne s'agit donc pas nécessairement d'un exploit. Cette performance s'apprécie selon deux échelles. La première, sans toujours être une norme, est communément acceptée par un grand nombre. C'est, par exemple, le fameux dix sur vingt qui permet d'être reçu à un diplôme. La seconde est propre à chacun et traduit, entre autres, le degré d'exigence que chaque personne s'applique. Ainsi en est-il de l'étudiant qui tient à décrocher son diplôme avec une note supérieure à dix-huit sur vingt, là où la moyenne précédente suffirait.

Le dopage est une conduite dopante particulière, car il ne concerne qu'une partie de la population, les sportifs qui participent à des compétitions, une partie des substances disponibles, celles qui sont inscrites sur les listes des substances et méthodes prohibées de l'Agence mondiale antidopage, et enfin qu'elle est interdite.

## Les conduites dopantes sont-elles répandues ?

Une partie parfois non négligeable de la population, adolescente comme adulte, est concernée par les conduites dopantes, ainsi que le suggèrent différentes études menées par entretiens ou questionnaires, voire par observation participante ou analyse d'échantillons biologiques.





Ainsi, quelques pour-cent des élèves en collège déclarent prendre régulièrement des vitamines pour mieux travailler en classe. Au Canada, 3 % des adolescents âgés de 11 à 18 ans consomment des stéroïdes anabolisants, des hormones dérivées de la testostérone, dans le but d'accroître un peu leur musculature, non pas à des fins sportives, mais pour améliorer leur apparence physique<sup>2</sup>.

Chez les adolescents sportifs, 3 à 5 % disent avoir déjà pris des substances prohibées, quelle que soit la discipline qu'ils pratiquent et leur niveau en compétition. Ainsi, une enquête auprès de 6 400 Français âgés de 14 à 18 ans et faisant en moyenne 10 heures de sport par semaine montre que 4,5 % d'entre eux ont déjà recouru au dopage<sup>3</sup>. Cet usage commence tôt, puisque, selon une étude menée auprès de 3 500 préadolescents, 1 % des jeunes âgés de 11 ans ont déjà été concernés au cours des six derniers mois<sup>4</sup>. Cette prévalence est plus élevée chez les garçons les plus âgés, ceux qui participent à des compétitions et, parmi eux, ceux qui concourent à haut niveau.

Quant aux adultes, le recours à des substances pour améliorer les performances serait encore plus répandu. En milieu professionnel, la prévalence de l'usage au moins une fois au cours de la vie pourrait être comprise en 10 et 40 %. Une étude réalisée par des médecins du travail auprès de 2 100 travailleurs montre que 20 % d'entre eux adoptent des conduites dopantes pour se sentir en forme au travail et 18 % pour se détendre après une journée difficile<sup>5</sup>. Dans une autre enquête, menée en France, 19 % des médecins généralistes reconnaissent consommer des anxiolytiques et 24 % des stimulants pour lutter contre le stress et la fatigue professionnelle, respectivement<sup>6</sup>. Les étudiants ne sont pas en reste : environ 20 % d'entre eux prennent des substances pour

préparer leurs examens<sup>7</sup>, un pourcentage plus élevé dans certaines filières, comme les futurs professionnels de santé.

Enfin, si les conduites dopantes des sportifs professionnels restent quasi inexplorées à ce jour, celles des amateurs sont mieux connues. On estime qu'en moyenne 5 à 15 % auraient déjà recouru à des substances interdites, quels que soient la discipline et le niveau de compétition. Cela dit, les études sont assez difficiles à comparer, notamment parce qu'elles portent sur des populations différentes (haut niveau, loisirs, etc.) et des produits divers (stéroïdes anabolisants seuls, tous produits confondus, etc.).

### La prévention des conduites dopantes

Par définition, la prévention consiste à aller au-devant d'un comportement individuel ou collectif jugé problématique par un groupe social par rapport à ses valeurs fondamentales.

Son objectif est d'éviter l'apparition de ce comportement, ou, à défaut, d'en limiter les effets indésirables pour la personne ou le groupe. Ses moyens sont constitués de toutes les formes d'interventions non coercitives, c'est-à-dire qui se font avec le consentement éclairé des personnes concernées.

Différents modèles théoriques tentent de mettre en scène les éléments essentiels à prendre en compte en prévention, considérée ici comme un processus évolutif d'accompagnement au changement. L'un d'entre eux, dit « tripartite », avance que les conduites dopantes seraient déterminées par la réunion et l'interaction de trois facteurs : la personne, les substances et l'environnement. Ceux-ci constituent autant de lieux d'action pour la prévention, laquelle doit en outre s'adapter en permanence, par exemple à l'origine culturelle, religieuse ou sociale de la personne, ou encore à l'évolution des mœurs, des connaissances, des croyances et du degré d'inquiétude engendré par ces conduites dopantes.


Les actions centrées sur la personne recourent à différents concepts, dont celui de développement des compétences psychosociales, définies selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme les aptitudes d'une personne à adopter un comportement approprié et positif qui lui permet de répondre aux exigences et difficultés de la vie quotidienne<sup>8</sup>. Les objectifs du développement des compétences psychosociales sont,

entre autres, de renforcer les comportements positifs, sanitaires et sociaux, existants et de prévenir les conduites à risque. En pratique, les actions éducatives recommandées par l'OMS ou l'Unicef portent sur des aptitudes dites « essentielles » comme savoir prendre des décisions, avoir une pensée créatrice, avoir une pensée critique, avoir de l'empathie pour les autres, savoir communiquer, savoir gérer ses émotions, savoir s'affirmer et savoir dire non, etc.<sup>9</sup>. L'une des composantes fondamentales de nombreux programmes de prévention efficaces est l'aptitude à s'affirmer et à savoir refuser (« *self-assertion and refusal skills* » des Anglo-Saxons), en particulier dans le champ des substances psychoactives et dans celui du dopage et des conduites dopantes.

Ainsi ne s'agit-il plus d'imposer un comportement présumé être « bon pour l'individu », mais de favoriser l'émergence de conduites responsables et librement consenties.

### Conclusion

Le concept de conduites dopantes renvoie tout naturellement à la notion de performance, son unique déterminant.

Dès lors, de nombreuses questions surgissent. Parmi les principales d'entre elles : quelle valeur accorde-t-on à cette quête incessante de la performance ? La performance est-elle une valeur ? Pourquoi privilégie-t-on, en général, le résultat par rapport au processus qui y a mené ? Que faire des personnes qui, quelles qu'en soient les raisons, ne sont pas jugées performantes ? Quelle place devrait-on ménager à l'échec et à sa prise en compte ? 

2. Melia P., Pipe A., Greenberg L. The use of anabolic-androgenic steroids by Canadian students. *Clin J Sport Med* 1996 ; 6 : 9-14.

3. Laure P., Binsinger C. Adolescent athletes and the demand and supply of drugs to improve their performance. *J Sports Sci Med* 2005 ; 4 : 272-277.

4. Laure P., Binsinger C. Doping prevalence among preadolescent athletes : a 4 year follow-up. *Br J Sports Med* 2007 ; 41 : 660-663.

5. Lapeyre-Mestre M., Sulem P. *et al.* Conduite dopante en milieu professionnel : étude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la région toulousaine. *Thérapie* 2004 ; 59 : 615-623.

6. Laure P., Binsinger C. Consommations de produits « aux fins de performance » par les médecins généralistes. *Thérapie* 2003 ; 5 : 445-450.

7. Grignon C. (dir.) *Les conditions de vie des étudiants, enquête OVE*. Paris : PUF, 2000.

8. WHO. *Life skills education in schools*. WHO/MNH/PSF/97.Rev.3. Geneva, World Health Organization, 1997.

9. Unicef. *Life skills-based education for drug use prevention. Training manual*. New York : Unicef, 2004.

# Mort subite et exercice physique

**Si on sait que l'activité physique protège des maladies cardiaques, on a constaté que l'exercice par lui-même peut représenter un risque de mort subite. Le dépistage des pathologies sous-jacentes doit être une priorité avant la pratique d'un sport.**

**Yves Lecarpentier**  
PU-PH, chef de service  
**Jean-Louis Hébert**  
MCU-PH,

Service des explorations fonctionnelles  
cardio-vasculaires et respiratoires,  
CHU de Bicêtre

**N**ul ne saurait remettre en cause l'intérêt de l'exercice physique pour la santé en général, et la prévention des maladies cardio-vasculaires en particulier. L'absence permanente d'activité physique représente un risque majeur de maladie cardiaque coronaire. Il est cependant bien connu que des athlètes entraînés et en apparence bonne santé peuvent mourir subitement durant l'exercice. Peut-on concilier ces deux situations paradoxales : l'activité physique protège des maladies cardiaques, cependant que l'exercice par lui-même peut représenter un risque de mort subite? En fait, ce problème est soulevé depuis l'Antiquité. Déjà, Hippocrate déclarait que l'exercice présentait un risque cardiaque et que la condition d'athlète n'était pas naturelle. Six siècles plus tard, Galien pensait que les athlètes vivaient selon des préceptes contraires à l'hygiène et que leur mode de vie favorisait plus la maladie que la bonne santé.

Dans les temps modernes, l'aviron fut le premier sport qui souleva le problème de l'activité physique, à propos de la fameuse course opposant Oxford à Cambridge. À partir de là, une polémique s'est entretenue, les uns déclarant que l'aviron poussait les jeunes hommes dans la tombe, les autres arguant que l'espérance de vie n'était pas réduite. Les premiers travaux mentionnant les dangers de la course sur le cœur apparurent au début du xx<sup>e</sup> siècle. Cependant, sur une cohorte de 16 000 enfants scolarisés, il ne fut recensé que deux accidents mortels survenant au cours de l'exercice. Bien plus tard, dans les années 1970, furent rapportés de plus nombreux cas de morts subites survenant

au cours d'activités physiques modérées ou soutenues, spécialement durant le jogging. Dans le même temps, s'est posé chez les marathoniens le problème de la présence ou non d'athérosclérose coronaire (dépôts lipidiques dans la paroi artérielle). Les uns pensaient que le marathon était susceptible d'induire une sorte d'« immunité » contre les maladies coronaires et l'infarctus du myocarde (nécrose du muscle cardiaque privé d'apport sanguin), les autres prétendaient au contraire qu'il n'était pas en mesure d'assurer une protection contre l'athérosclérose coronaire. La réponse a été apportée dans les années 1980, lorsque furent publiés des cas de mort subite cardiaque chez des marathoniens dont les trois quarts avaient une atteinte coronaire prouvée par l'angiographie (radiographie des artères injectées d'un liquide opaque aux rayons X) ou l'autopsie.

## Les causes des morts subites

Il s'avère important de savoir si les morts subites survenant durant l'exercice sont dues à l'exercice lui-même, faisant alors de celui-ci une activité potentiellement dangereuse. En d'autres termes, y a-t-il causalité entre exercice physique et mort subite? En fait, les études réalisées sur un grand nombre de sujets montrent que, lorsque la mort intervient durant l'exercice, une pathologie sous-jacente et généralement cardiaque explique habituellement la mort subite. Parmi les origines cardiaques, l'insuffisance coronaire est le plus souvent en cause, en particulier chez les personnes de plus de 40 ans. Le paradoxe réside dans le fait que l'exercice régulier diminue le risque global de mort



subite chez les personnes porteuses d'une coronaropathie latente cependant que celui-ci augmente à l'exercice chez les sujets ayant une cardiopathie qui prédispose à la mort subite. Le mécanisme exact causant la mort subite chez les patients porteurs d'une pathologie coronaire n'est pas parfaitement connu. On retrouve des plaques athéromateuses avec des signes de rupture ou de thrombose dans 95 % des morts subites d'origine cardiaque dans la population générale, alors que cette proportion est plus faible lorsqu'il s'agit d'une mort subite d'origine ischémique ou par spasme coronaire mais survenant à l'exercice.

Il y a plusieurs mécanismes par lesquels l'activité physique intense peut précipiter l'ischémie myocardique (souffrance métabolique du cœur sans infarctus) chez les athlètes porteurs de pathologies coronaires. L'élévation initiale de la pression artérielle peut accélérer la fissuration d'une plaque athéromateuse jusque-là moyennement sténosante, entraînant une thrombose occlusive. D'autre part, une plaque athéromateuse non occlusive peut majorer une ischémie en déséquilibrant la balance entre la demande myocardique en oxygène et son apport, pouvant conduire à un infarctus du myocarde. Enfin, une ischémie myocardique peut résulter d'un spasme coronaire, le plus souvent au niveau de lésions athéromateuses. Il en résulte une baisse immédiate du débit cardiaque et du débit cérébral avec perte de conscience. Enfin, il peut s'agir d'une fibrillation ventriculaire (disparition des contractions coordonnées des ventricules) induite sur un myocarde particulièrement sensible.

À côté des pathologies coronaires latentes, il y a de nombreuses autres pathologies cardiaques susceptibles d'entraîner des morts subites. Les sujets porteurs de cardiomyopathies hypertrophiques (maladies génétiques entraînant un épaississement important localisé ou diffus de la paroi du ventricule gauche et une réduction du volume de la cavité ventriculaire gauche) présentent un risque accru de mort subite durant l'exercice dès avant 40 ans. Dans le cadre des valvulopathies (atteintes des valves cardiaques), la sténose aortique (rétrécissement de la valve aortique) peut entraîner une mort subite, dans les formes où la sténose entraîne une intolérance patente à l'exercice. Chez ces patients, il convient de réduire l'activité physique. Lors de myocardites (inflammation des tuniques musculaires du cœur), il est recommandé d'arrêter l'exercice physique au moins pendant deux semaines après retour à

l'apyrexie (disparition de la fièvre), disparition des myalgies (douleurs musculaires) et des arthralgies (douleurs articulaires). D'autres pathologies cardiaques sont susceptibles d'entraîner des morts subites, quoique plus rarement : anomalies d'origine et de trajet des artères coronaires, rupture aortique dans le cadre d'un syndrome de Marfan (maladie héréditaire du tissu conjonctif avec risque accru de dissection de la paroi aortique), prolapsus valvulaire mitral (bombement de la valve mitrale par dégénérescence de son tissu trop souple). D'autres pathologies cardio-vasculaires, bien que jugées compatibles avec une pratique sportive surveillée, peuvent cependant entraîner une mort subite : rétrécissement aortique congénital, certaines cardiomyopathies dilatées (dégénérescence du tissu cardiaque avec dilatation des cavités ventriculaires), les péricardites aiguës (inflammation du péricarde)...

Les causes de mort subite en relation avec le sport et survenant préférentiellement chez les sujets jeunes ont été étudiées de façon essentiellement rétrospective. Les séries nord-américaines dont nous disposons font ainsi état d'une incidence de l'ordre de 1 sur 100 000 [22]. La seule étude prospective importante est celle de Corrado en 2003 [8] faisant état d'une incidence de 2,3 sur 100 000 dans la région de Vénétie en Italie du Nord. Aucune étude française de cette envergure n'a été réalisée à ce jour, à notre connaissance. L'étude italienne réalisée sur une cohorte d'adultes jeunes et d'adolescents s'élevant à 1 386 600 individus couvre une très large période de vingt et un ans, de 1979 à 1999. Elle permet d'isoler 112 800 athlètes de compétition, dont 80 % d'hommes. Dans cette population totale, 300 cas de morts subites sont recensés, correspondant à une incidence générale de 1 sur 100 000. Parmi les athlètes, on déplore 55 décès, soit une incidence de 2,3 sur 100 000 par an, contre 245 décès chez les non-athlètes, soit une incidence de 0,9 sur 100 000 par an seulement. Le risque relatif de mort subite chez les athlètes est donc de 2,5 par rapport aux non-athlètes, sans différence entre les hommes et les femmes. Les causes cardio-vasculaires de ces morts subites arrivent largement en tête, avec une incidence de 2,1 pour 100 000 par an pour les athlètes contre 0,7 sur 100 000 seulement pour les non-athlètes. Parmi ces causes de mort subite d'origine cardio-vasculaire, l'athéromatose coronaire est de loin l'affection la plus fréquente, aussi bien chez les athlètes que chez les non-athlètes, et touche

les individus les plus âgés de la cohorte. Les myocardopathies arythmogènes du ventricule droit (maladies du muscle ventriculaire droit par transformation fibro-graisseuse pouvant entraîner des troubles du rythme graves à l'effort) arrivent en deuxième place et touchent les athlètes cinq ans plus tôt que les non-athlètes. Cette affection est en concurrence avec la myocardopathie hypertrophique obstructive en termes de fréquence, chez les non-athlètes. Il semble important d'insister sur le fait que le dépistage de masse des sujets jeunes porteurs de myocardopathies arythmogènes du ventricule droit est beaucoup plus délicat, en particulier dans les populations où cette affection est peu répandue (incidence de 1 sur 10 000 en France), que le dépistage des myocardopathies hypertrophiques obstructives, qui représentent habituellement une « évidence » échographique qui permet d'éloigner de toute compétition sportive les sujets à risque alors que les signes échographiques des myocardopathies arythmogènes du ventricule droit débutantes sont discrets et difficiles à identifier. La très grande fréquence de ces affections dans cette série correspond probablement à un biais de recrutement par rapport aux séries nord-américaines en raison de l'incidence élevée bien connue de cette affection en Italie du Nord dans la plaine du Pô. Quoi qu'il en soit, dans cette série, le risque relatif représenté par la myocardopathie arythmogène du ventricule droit est de 5,4 chez les athlètes par rapport aux non-athlètes. Viennent ensuite, par ordre de fréquence décroissante des morts subites, les cardiopathies ischémiques silencieuses, les anomalies de naissance des coronaires, le prolapsus valvulaire mitral et les myocardites aiguës. Le sexe masculin apparaît dans cette étude comme un facteur de risque plus important de mort subite, en relation avec la pratique sportive. La plus grande intensité des sports pratiqués par les hommes par rapport aux femmes semble responsable de cette différence. La pratique sportive n'est pas en soi une cause de mortalité accrue, mais représente le phénomène révélateur chez les sujets porteurs d'une cardiopathie sous-jacente prédisposant à des arythmies (troubles du rythme cardiaque) ou à des désamorçages cardiaques au cours des exercices physiques intenses ou prolongés.

### La nécessité de dépister les risques chez les personnes pratiquant un sport

Deux questions se posent alors : l'exercice augmente-t-il le risque de mort subite ?



L'exercice diminue-t-il l'espérance de vie chez les patients à haut risque? Le risque de mort subite est manifestement réduit dans la population générale chez les personnes qui pratiquent l'exercice physique régulièrement. Cependant, parmi les sujets qui présentent une pathologie coronaire, la probabilité de survenue d'une mort subite durant l'exercice physique, ou juste après, est plus grande, en dépit d'un exercice musculaire régulier. Le paradoxe est que si les patients atteints d'une pathologie cardiaque interrompaient tout exercice musculaire, le risque global de mort subite serait augmenté et non diminué. En fait, plus le risque coronarien est élevé, meilleur est le bénéfice de l'exercice musculaire modéré, régulier et surveillé. Il semblerait, d'autre part, que l'exercice ne diminue pas de façon nette l'espérance de vie chez ces patients.

Il est de la responsabilité du médecin d'éliminer la présence d'une maladie aiguë ou chronique et en particulier cardiaque, susceptible d'entraîner une mort subite, lorsqu'un sujet commence la pratique de l'exercice physique ou veut continuer l'exercice au même niveau que précédemment, et d'autant plus si la personne veut pratiquer son sport à un niveau plus élevé. L'incidence de ces maladies dans la population adulte est très faible, de l'ordre de 1 pour 10 000 personnes pratiquant l'exercice, et même passe à 1 pour 200 000 chez les enfants et les adultes jeunes. Il s'avère donc difficile de détecter ces pathologies cardiaques sous-jacentes. En outre, les tests d'effort ne détectent pas toujours chez les athlètes des anomalies de l'électrocardiogramme orientant vers une cardiopathie donnée. De plus, lorsqu'on détecte une pathologie cardiaque latente sous-jacente, il n'est pas toujours évident que celle-ci entraîne potentiellement une mort subite. De nombreux sujets porteurs de pathologies cardiaques, et spécialement d'atteintes coronaires, peuvent pratiquer un exercice physique modéré dans de bonnes conditions de sécurité et sans risque de mort subite. Ces patients cependant doivent être bien distingués de ceux dont le risque de mort subite à l'exercice est manifeste. Un examen cardio-vasculaire est indispensable chez toute personne de plus de 50 ans désirant commencer ou redémarrer une activité physique. Les personnes plus jeunes doivent aussi subir un examen cardio-vasculaire avec un interrogatoire précis, surtout en ce qui concerne l'histoire familiale et l'existence éventuelle de mort subite, en particulier à l'effort. Les symptômes et signes fonctionnels et cliniques de pathologies

cardio-vasculaires doivent être recherchés, de même que les facteurs de risques cardio-vasculaires : tabac, diabète, surpoids, dyslipidémie (troubles métaboliques des graisses dans le sang), hypertension artérielle, etc. La présence d'une histoire familiale évocatrice de facteurs de risque, de signes cliniques, de manifestations fonctionnelles doit faire pratiquer une épreuve d'effort maximale. Si l'on détecte des anomalies, il convient de pratiquer une échocardiographie, voire dans certains cas une coronarographie (radiographie des artères coronaires injectées d'un liquide opaque aux rayons X). Cependant, malgré ces précautions et investigations cardio-vasculaires, moins de 20 % des sujets susceptibles de développer un accident cardiaque durant l'exercice peuvent être identifiés. Il semble prudent de décourager les athlètes de continuer leur pratique sportive lorsqu'ils présentent une symptomatologie cardiaque susceptible d'entraîner une mort subite. Malheureusement, dans environ 20 % des cas, la mort subite demeure le premier symptôme de la maladie cardiaque responsable. ¶¶



# Avis d'un profane et regard de l'épidémiologiste sur le dopage

**Double point de vue sur le dopage et les difficultés à le maîtriser et à le prévenir.**

**Roger Salamon**  
Président du Haut Conseil de la santé publique, professeur de santé publique, Isped, Bordeaux

Ce dossier d'*adsp* consacré au sport et à la santé concerne deux domaines qui me sont fort chers : le sport, qui est une de mes passions pour l'avoir longtemps pratiqué, et la santé publique, qui constitue mon activité professionnelle.

C'est à double titre que j'ai souhaité proposer deux courts points de vue sur le dopage : l'un est un avis profane, l'autre témoin du regard d'un épidémiologiste.

## Un point de vue profane sur le dopage

Je ne pense pas inventer grand-chose en disant que le dopage et sa quasi-inéluclabilité ne peuvent être compris qu'en les analysant dans un contexte socio-économique.

Si le sport est conçu comme une simple activité professionnelle, rien ne pourra éviter certaines pratiques médicamenteuses, au même titre qu'elles peuvent se trouver aux détours de toute autre vie professionnelle (enseignant déprimé, chirurgien exténué, politicien exalté, comédien paralysé par le trac...).

Mais le sport est aussi autre chose : c'est un spectacle avec un public de plus en plus nombreux et exigeant, avec une télévision qui impose ses règles, ses horaires, ses valeurs... Lorsque nous apprécions un spectacle, peu nous importe que l'artiste soit ou non soutenu par des produits chimiques : tel chanteur se drogue, tel écrivain est un ivrogne... Cela ne nous empêche d'apprécier leurs œuvres.

Alors pourquoi ne pas l'accepter pour un sportif ? Parce que le sport n'est pas seulement une activité professionnelle ou un spectacle artistique : il offre une compétition entre individus ou entre équipes. Cette compé-

tition est faussée et le spectacle décrédibilisé, et donc sans intérêt, si certains se dopent et d'autres non.

« Ils n'ont alors qu'à tous le faire et c'est toujours le meilleur qui gagnera, avec en prime un spectacle rehaussé par des performances exceptionnelles », diront certains. C'est bien d'ailleurs ce qui se passe le plus souvent dans des sports aussi différents que l'athlétisme, le cyclisme et bien d'autres...

« Et tant pis s'ils se bousillent la santé, c'est leur affaire et ils sont assez grands pour prendre leurs responsabilités. En plus, vue ce qu'ils gagnent, il n'est pas anormal qu'ils prennent des risques », pourraient-ils rajouter.

Voilà tout ce que nous pouvons entendre dans tel ou tel Café du commerce, avec finalement quelque justesse dans certains de ces arguments.

Mais le sport est bien autre chose : c'est une activité exemplaire dont les plus jeunes s'inspirent en copiant leurs idoles. Ces jeunes n'ont parfois que ces repères sportifs pour s'intégrer dans une société qui quelquefois les rejette ou que souvent ils rejettent. Ces jeunes ne doivent pas être déçus ou croire que la drogue est leur seule issue, légalisée à leurs yeux par la pratique de leurs champions.

C'est pour eux surtout que nous devons réfuter toutes les explications les plus raisonnables qui tendraient à nous faire comprendre ou pire accepter, les pratiques de dopage.

Ce sera difficile car bien évidemment l'envahissement du sport par l'argent rend le combat assez inégal, et les pratiques de dopage seront sans doute de plus en plus sophistiquées pour échapper à des contrôles qui jamais ne pourront prétendre à des financements

équivalents. Il faut pour cette raison aussi avoir une vigilance et une sévérité sans faille.

### La prévention du dopage : un point de vue d'épidémiologiste

La prévention est un art difficile et dans le domaine du dopage tout particulièrement. La prévention concerne le plus souvent des publics indemnes de maladie, qui ne sont porteurs ni de plaintes ni de demandes médicales.

Ce ne sont généralement pas les fumeurs qui promeuvent les lois antitabac, ni les sportifs dopés qui sollicitent des contrôles exacerbés.

Programmer une intervention publique en matière sanitaire, en l'absence de demande sociale, représente une difficulté majeure. Pour le dopage, la demande sociale existe, mais elle n'est pas de nature sanitaire même si elle essaie d'en prendre le masque.

Pour mettre en place une action de prévention efficace, deux préalables sont nécessaires :

- bien connaître les risques et leur impact;
- ne pas mésestimer les écarts entre les risques réels et les risques perçus.

Pour le dopage, ces préalables sont particulièrement difficiles à garantir. Les risques du dopage pour la santé sont bien sûr réels, mais difficiles à préciser face à la multiplicité des modalités de dopage et au manque d'études épidémiologiques sérieuses sur ce sujet. Quelques drames peuvent parfois émouvoir et faire l'objet d'une efficace médiatisation (néanmoins, le décès de Tom Simpson n'a guère modifié les pratiques dans le cyclisme).

### Le perçu et le réel

En matière de prévention, deux situations favorisent considérablement l'action publique. Lorsque le risque n'est pas choisi par une population « innocente », l'action s'impose aisément. Ainsi le tabagisme actif représente un risque choisi contre lequel la lutte est malaisée, tandis que face au tabagisme passif, dès qu'il a été démontré un effet délétère (pourtant infiniment moindre que le tabagisme actif), des mesures sévères antitabac ont été prises par le gouvernement. En matière de dopage, le risque est exclusivement actif et l'on peut donc pressentir des difficultés pour la prévention.

La différence entre le perçu et le réel doit être bien comprise si l'on veut mettre en place une action de prévention. Les différences sont souvent importantes. Le risque nucléaire, par exemple, est généralement perçu dans une

exacerbation, parfois proche de la panique, qui contraste remarquablement avec une acceptation résignée ou indifférente face à des risques bien plus importants tels que le tabagisme ou les accidents de la route. Dans le domaine du dopage, plus encore qu'ailleurs, on est confronté ainsi à des situations qui témoignent des diverses manières dont le risque est ressenti :

- les conséquences sanitaires délétères du dopage sont pour certains inexistantes, ou encore pour un futur si lointain qu'ils se refusent à l'imaginer;
- pour certains, tout cela n'arrive qu'aux autres;
- pour d'autres, les risques encourus constituent un stimulant supplémentaire;
- pour d'autres, les avantages immédiats du dopage dépassent largement tous les risques potentiels pour leur santé;
- pour d'autres enfin, rien ne dépasse le dogme d'une totale liberté individuelle.

On conçoit donc qu'en matière de santé publique la prévention individuelle du dopage s'avère très difficile. On peut comprendre alors que l'on préfère l'arme de la sanction, en l'espérant exemplaire. ¶