



**Commission médicale
du Comité National Olympique et Sportif Français**

Agence française de lutte contre le dopage

Actes de la réunion sur les Autorisations d'Usage Thérapeutiques

- 3 juin 2010 -

Les Autorisations d'Usage Thérapeutique

Maison du sport français

3 juin 2010

Organisée conjointement par la commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français et l'Agence française de lutte contre le dopage

Sommaire

Ouverture	3
Docteur Alain CALMAT Président de la Commission médicale et sport santé du CNOSF Professeur Michel RIEU Conseiller scientifique de l'Agence française de lutte contre le dopage	
Nouveau standard et statistiques	5
Docteur Véronique LEBAR Responsable de la cellule médicale de l'Agence française de lutte contre le dopage, en charge des AUT	
Actualité sur la bronchoconstriction d'effort ou non	13
Docteur Anne-Marie LECOQ Chef de service de la Fonction respiratoire et de la médecine du sport	
Problèmes spécifiques des bêtabloquants dans certains sports	21
Docteur Jacques GUENERON Cardiologue de l'INSEP, expert AUT eu sein de l'AFLD	
La responsabilité des experts	27
Professeur Jean LANGLOIS Ancien président de l'Ordre National des Médecins	
L'AUT, vue du côté sportif	31
Madame Meriem SALMI Psychologue à l'INSEP	
Rédaction d'un AUT et erreurs à ne pas commettre	35
Docteur Jacques LIENARD Membre de la commission dopage de l'UEFA, expert de l'AFLD	
Conclusion	41
Docteur Alain CALMAT	
Personnalités présentes	43

Ouverture

Docteur Alain CALMAT
Président de la Commission médicale du CNOSF

Cette réunion de travail est importante et je suis heureux de constater que vous êtes nombreux à avoir répondu présent. La Commission médicale du CNOSF se félicite d'avoir répondu favorablement à la proposition de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD).

Les autorisations d'usage thérapeutique (AUT) posent en effet problème, tant au niveau de la constitution du dossier envoyé à l'Agence que de l'expertise. Les AUT partent du principe, parfois discuté mais dont la finalité fait consensus, selon lequel un sportif peut avoir un état de santé nécessitant la prise de substances interdites sans que cela ne l'empêche de participer à une compétition. Les AUT permettent aux sportifs, en cas de contrôle positif, de ne pas encourir de sanctions pour les substances déclarées. Cette volonté d'équité a pour conséquence la mise en place d'un processus complexe. Le rendez-vous de cet après midi vise à vous apporter des précisions et à mieux connaître les difficultés réciproques de chacun.

Je remercie Monsieur le professeur Jean LANGLOIS, les Docteurs Véronique LEBAR, Anne-Marie LECOQ, Jacques LIENARD et Jacques GUENERON Madame Meriem SALMI, ainsi bien sûr que le Professeur Michel RIEU pour leur participation. J'espère que nos échanges seront fructueux.

Professeur Michel RIEU
Conseiller scientifique de l'Agence française de lutte contre le dopage

Je tiens à remercier le CNOSF et plus particulièrement le Docteur Alain CALMART. Depuis qu'il préside la commission médicale, la collaboration et les échanges entre l'AFLD et le CNOSF sont devenus encore plus étroits. C'est important pour l'Agence, dans la mesure où le CNOSF est une structure de relais essentielle pour garder le contact avec le terrain et les fédérations.

Pour lever tout malentendu, je préciserai que les AUT ne sont pas de notre fait. Notre marge de manœuvre est très restreinte concernant le respect et l'interprétation de la loi française, contrainte elle-même par le Code mondial antidopage et la Convention internationale contre le dopage dans le sport de l'UNESCO. L'Agence remplit une mission opérationnelle d'application de règlements qui nous échappent. Ceci ne nous empêche pas d'avoir une opinion : des modifications toujours plus nombreuses d'année en année (AUT standard, abrégées, seuils, déclarations d'usage etc.) rendent la situation difficile. Vous devez comprendre que l'Agence est parfois elle-même perdue dans ce dédale réglementaire et face aux légitimes récriminations des médecins et des sportifs. Je sollicite donc votre indulgence, en espérant que nos débats nous permettront de mieux nous comprendre.

Nouveau standard et statistiques

Docteur Véronique LEBAR

**Responsable de la cellule médicale de l'Agence française de lutte contre le dopage,
en charge des AUT**

Je rappelle que l'AFLD est compétente pour l'organisation des contrôles ainsi que pour l'analyse des échantillons grâce à son département des analyses représenté par le laboratoire de Châtenay-Malabry. Son rôle international est renforcé, au moins dans les textes. Elle est seule chargée de délivrer les AUT valables pour les compétitions nationales et à l'entraînement en France. Elle est également compétente en matière de dopage animal.

Le 27 mars 2007 a été créé le nouveau standard international des AUT, selon lequel les sportifs ont le droit de se soigner et de pratiquer leur sport en compétition. Un dossier de justification thérapeutique doit être envoyé pour chaque sportif souffrant d'une pathologie nécessitant un produit sur liste. (à télécharger sur le site de l'AFLD : aflld.fr)

Les experts doivent répondre à trois questions lorsqu'ils examinent une AUT :

- l'absence d'alternative thérapeutique (préjudice de santé pour le sportif s'il ne prend pas cette substance) ;
- l'absence d'amélioration de la performance ;
- un usage de la substance non consécutif à l'usage antérieur d'une substance dopante.

Statistiques 2009

Pour l'année 2009, la cellule médicale a reçu au 31 décembre, 2 461 dossiers, répartis entre :

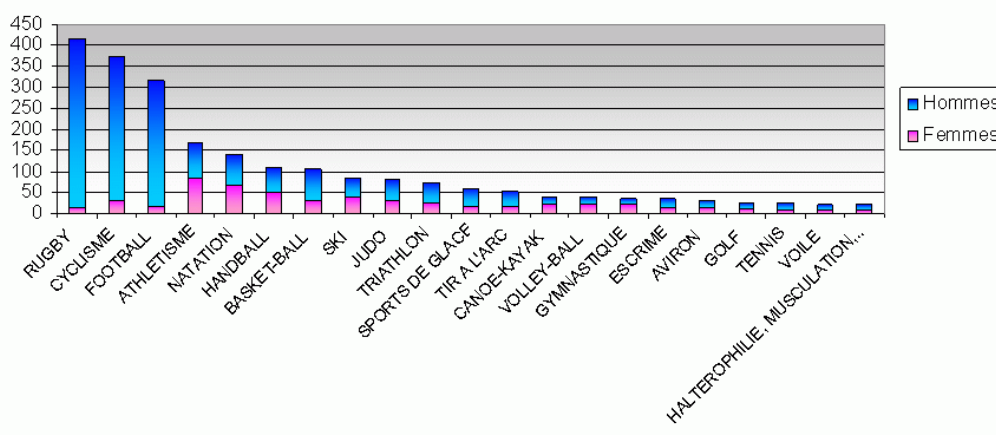
- 1 460 demandes d'AUT et 890 déclarations d'usage (DU) ;
- 52 justifications thérapeutiques et 59 associations non dopantes.

Sur les 1 460 demandes d'AUT, la cellule médicale a notifié 1 067 accords et 82 refus. 400 dossiers sont passés en refus administratifs, dont 140 ont été complétés depuis. A ce jour, il reste encore 260 dossiers en refus administratifs pour manque de pièces médicales. Sur l'ensemble des dossiers reçus, les trois quarts concernaient des hommes.

Les 52 justifications thérapeutiques font suite à des dossiers d'AUT incomplets ou vides. Dans ce cas, l'AFLD propose au sportif de se soumettre à l'ensemble des critères médicaux des AUT. Le sportif peut ne pas avoir envie de remplir le dossier selon ces règles. Il peut alors décider de ne pas poursuivre l'AUT en ayant le loisir, pour les compétitions nationales, de se défendre *a posteriori* en cas de contrôle positif.

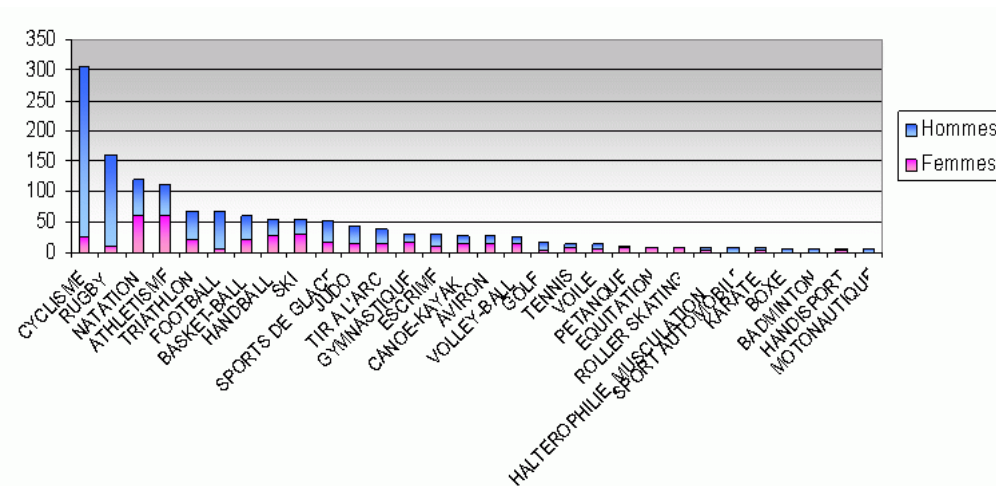
Parmi les familles pathologiques, les maladies de l'appareil respiratoire à type d'hyperréactivité bronchique, sont particulièrement présentes.

L'étude de la répartition par fédération tous dossiers confondus (plus de 20 dossiers) montre que le rugby, le cyclisme et le football sont les disciplines qui déposent le plus de dossiers.



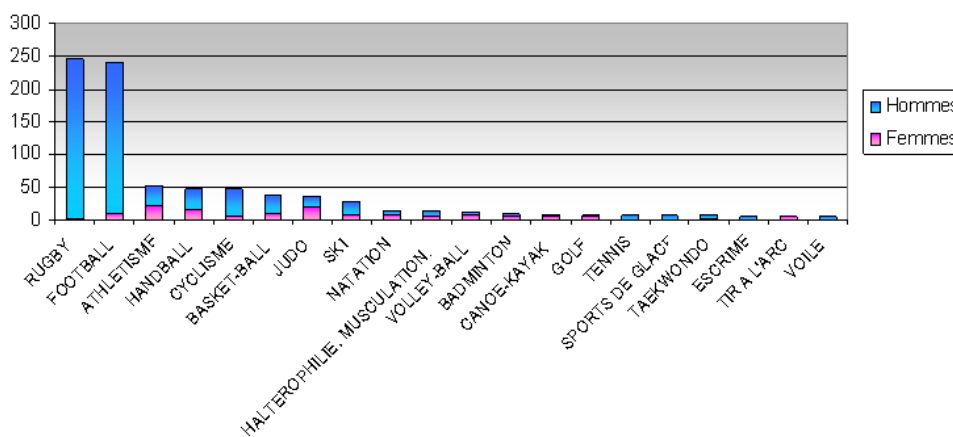
Répartition par fédération tous dossiers confondus (plus de 20 dossiers)

Le rugby et le football déposent de nombreux dossiers en traumatologie et le cyclisme, dans le domaine de l'hyperréactivité bronchique. Ces dossiers ne reflètent pas pour autant les pathologies existant dans les fédérations. Le cyclisme est la fédération la plus concernée par les demandes d'AUT (21 % des AUT en 2009).



Nombre de demande d'AUT par fédération (plus de 5 dossiers)

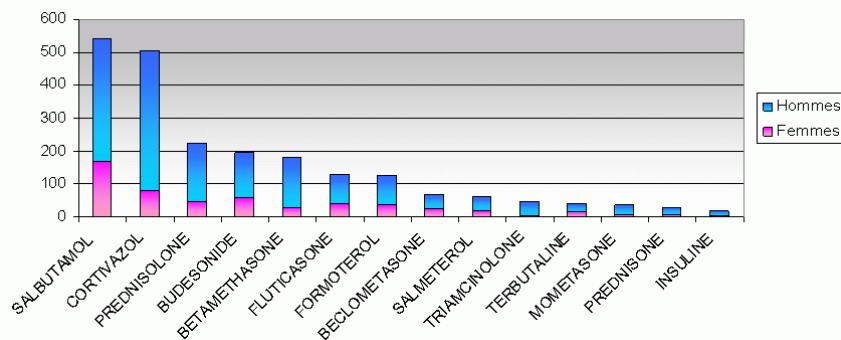
Concernant le nombre de déclarations d'usage (DU) par fédération, il convient de noter que les DU pour le rugby (245) et le football (242) représentent 482 DU sur les 890 enregistrées soit 55 % des déclarations.



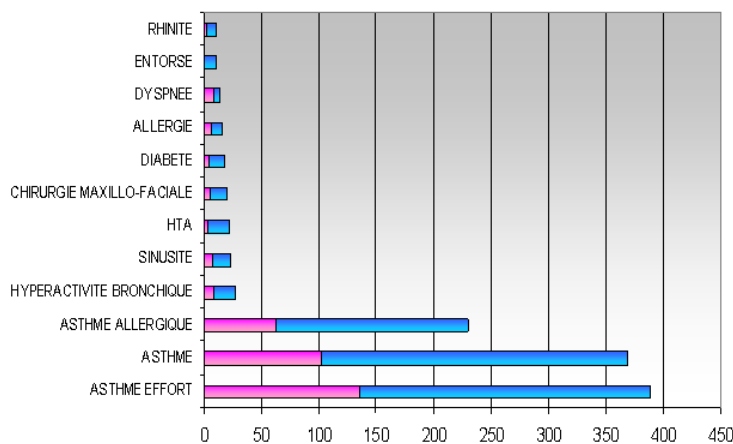
Nombre de déclarations d'usage par fédération

Tous dossiers confondus, les substances les plus fréquemment utilisées en 2009 pour traiter les maladies de l'appareil respiratoire sont le salbutamol, le budésonide et le fluticasone.

Concernant la fréquence des pathologies pour les AUT en 2009, il convient de noter que les demandes d'AUT pour asthme représentent 987 demandes sur les 1 460 demandes (soit 68 %). De plus, 149 diagnostics différents ont été à l'origine de demandes d'AUT.

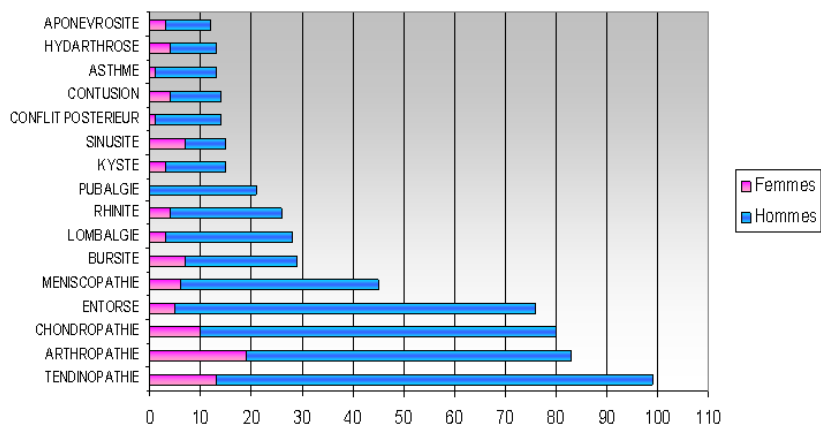


Les substances les plus fréquemment utilisées en 2009 tous dossiers confondus



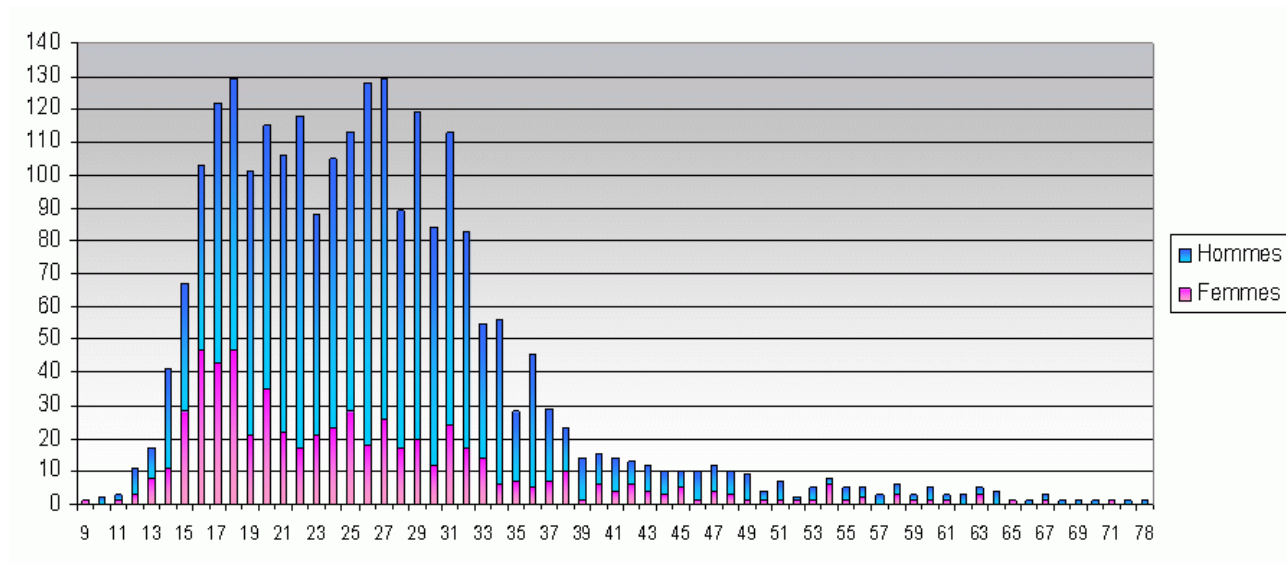
Fréquence des pathologies pour les demandes d'AUT en 2009

S'agissant de la fréquence des pathologies pour les DU en 2009, il convient de noter que 127 pathologies différentes ont été à l'origine de déclarations d'usage par les sportifs en 2009. Les pathologies les plus fréquentes relèvent de la traumatologie.



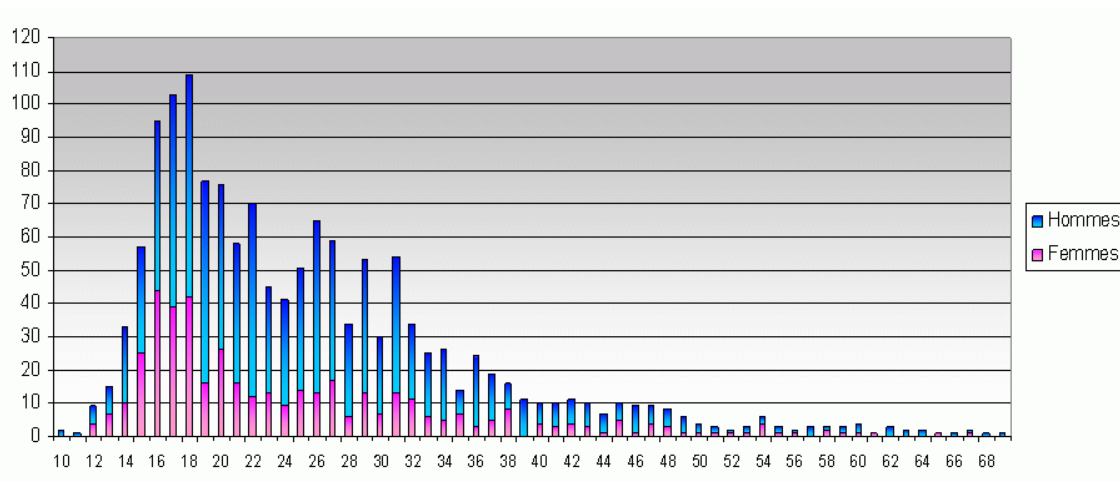
Fréquence des pathologies pour les déclarations d'usage en 2009

L'Agence étudie également la répartition de l'âge des sportifs tous dossiers confondus.



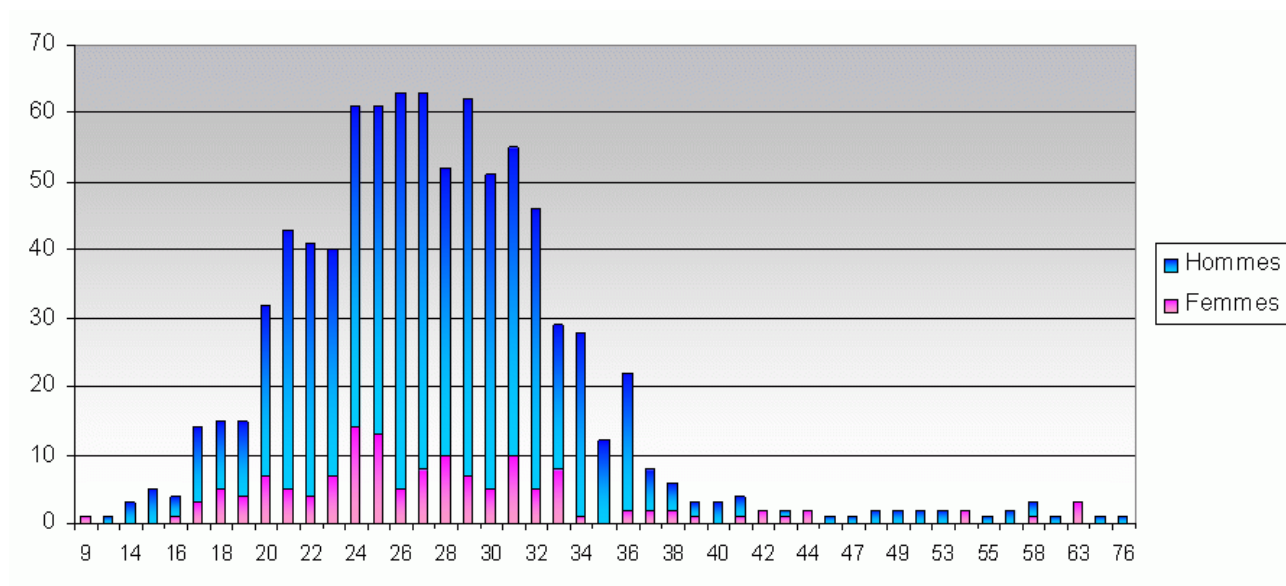
Répartition de l'âge des sportifs tous dossiers confondus

Depuis 2009, les glucocorticoïdes locaux sont passés sous le régime de la déclaration d'usage et sont donc, de fait, autorisés. On constate de plus en plus d'infiltration sur des sportifs très jeunes (jusqu'à 8 ans). La majorité des dossiers sont déposés pour les 15-31 ans en général. Pour les AUT, la majorité des dossiers concerne les 16-30 ans et pour les DU, les 24-36 ans. Pour les AUT, le plus jeune sportif est âgé 10 ans et le plus âgé, de 69 ans ;



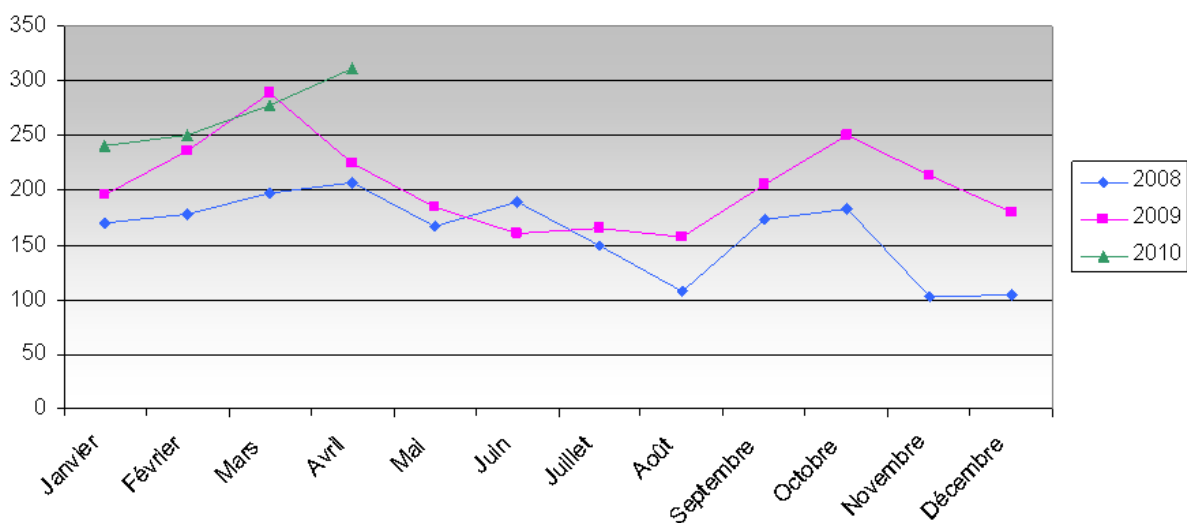
Répartition de l'âge des sportifs en fonction des demandes d'AUT

Pour les DU, le plus jeune est âgé de 9 ans et le plus âgé de 76 ans.



Répartition de l'âge des sportifs en fonction des déclarations d'usage

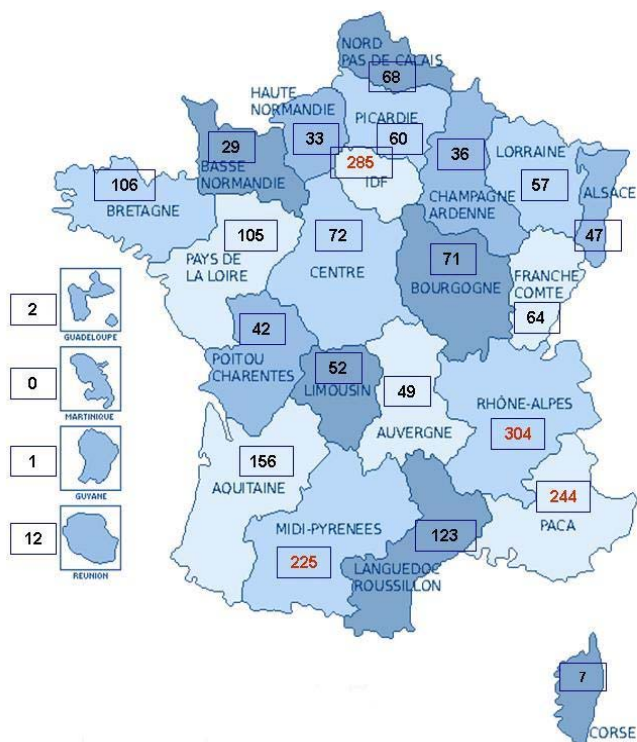
Le nombre de dossiers reçus augmente d'année en année. Les fédérations remplissent de plus en plus de dossiers AUT et la communication dans ce domaine porte progressivement ses fruits auprès des médecins du sport, généralistes et spécialistes.



Nombre de dossiers reçus (tous confondus) de 2008 à avril 2010

L'étude des variables caractérisant le type d'AUT montre qu'en France, sont davantage concernés des mineurs, des femmes et des personnes souffrant d'une hyperréactivité bronchique, ainsi que les disciplines du cyclisme et de la natation au niveau national. Sont concernés par les DU davantage d'hommes souffrant d'un problème traumatologique, dans les disciplines du foot, du rugby et au niveau international.

Les régions Rhône-Alpes, PACA, Midi-Pyrénées et Île-de-France sont celles qui déposent le plus de dossiers d'AUT et de déclarations d'usage.



Nombre d'AUT et de DU reçus en 2009 par région de France

Nouveau standard

Depuis le 1^{er} janvier 2009, les dossiers d'asthme sont étudiés par un CAUT, à l'exception des demandes relatives à un traitement n'impliquant que des glucocorticoïdes par voies non systématiques qui relèvent du régime de la déclaration d'usage. Depuis le 01 janvier 2010, Le salmétérol et le salbutamol passent en DU, ainsi que les injections de plaquettes intratendineuses. La Pseudoéphédrine, délivrée sans ordonnance en pharmacie, est un cas particulier : le mieux est de l'arrêter 24 heures avant la compétition ou de demander une AUT, en raison de sa présence sur la liste en compétition.

Questions-réponses avec la salle

Jacques THERON, Fédération Française de Pétanque et Jeu Provençal

Notre fédération a beaucoup insisté auprès des sportifs pour qu'ils demandent des AUT. Récemment, un sportif souffrant d'hypertension artérielle a été contrôlé positivement à une substance interdite, qu'il prend pour des raisons médicales. La commission de discipline de la fédération lui a donné un avertissement pour ne pas avoir demandé d'AUT. L'AFLD a ensuite réformé cette décision pour blanchir le sportif. Sans nous opposer à une telle décision, nous nous interrogeons sur l'utilité des AUT, si le sportif qui n'en demande pas n'encourt pas de sanction.

Docteur Véronique LEBAR

Pour les compétitions inscrites au calendrier national, les AUT ne sont pas obligatoires : l'Agence ne peut donc sanctionner un sportif pour n'avoir pas déposé de demande. Quant à l'usage du bêtabloquant pour l'hypertension artérielle ou les infarctus, c'est un véritable problème qui ne peut être résolu clairement pour l'instant.

Professeur Michel RIEU

Un sportif contrôlé positif possède toujours un droit de défense : il est donc possible qu'il soit sanctionné par sa fédération, que son dossier soit repris par l'Agence, qui doit fonder sa décision sur des justifications thérapeutiques. Le bien-fondé d'une justification explique le relâchement du sportif. L'AUT présente l'avantage pour le sportif de passer par une première instruction au niveau de la fédération, puis de l'ALFD.

Docteur Marie-Philippe ROUSSEAUX-BLANQUI, membre de la commission médicale de la FI de Ski

Les statistiques ne sont-elles pas biaisées par le fait que les sportifs de niveau international envoient leur dossier aux fédérations internationales ? Avez-vous accès au logiciel ADAMS pour les sportifs internationaux ?

Docteur Véronique LEBAR

Les statistiques 2009 sont élaborées uniquement à partir des AUT et DU reçues par l'AFLD. Pour l'instant, elles ne reflètent donc pas la situation médico-sportive française. Nous n'avons pas accès à ce logiciel et ne nous y intéressons pas, pour des raisons de respect du secret médical.

Docteur Marie-Philippe ROUSSEAUX-BLANQUI

Les procédures dites d'urgence pour l'usage des corticoïdes par voie générale posent souvent problème. Pouvez-vous nous recommander une conduite pratique ?

Docteur Véronique LEBAR

Ce n'est pas simple effectivement, puisque la demande d'AUT ne peut être déposée qu'*a posteriori* *puisque*, la substance a été administrée avant la réponse de l'AFLD ; il se peut que l'AUT soit donc refusée. Pour minimiser les refus, le médecin en charge de l'AUT doit remplir minutieusement les antécédents pathologiques et la clinique afin que les experts disposent d'un minimum d'informations afin de traiter leur dossier. En cas d'administration de corticoïdes per os, il est recommandé de ne pas faire de compétition le lendemain, puisque l'usage de ces substances entraîne une amélioration de la performance. Je recommande de respecter ces deux conditions pour maximiser les chances d'accord de l'AUT.

Docteur Philippe LEVAN, chargé de mission, Commission médicale du CNOSF

Dans quels cas les DU sont-ils obligatoires pour les corticoïdes (voie locale / voie générale) ?

Docteur Véronique LEBAR

Il ne faut pas faire de DU pour l'administration de corticoïdes par voie générale. Pour les voies locales (intra-tendineuse, péri-tendineuse et sous-cutanée), une DU est nécessaire. La question des topiques est également importante. Selon le standard de l'AMA, ils ne sont pas dopants. Il n'en demeure pas moins, par exemple que le traitement d'une pathologie dermatologique étendue par une crème à base de corticoïdes, peut entraîner un passage notable de ces substances. Il est donc conseillé au sportif de faire une DU et de l'envoyer à l'AFLD. En revanche, la DU est obligatoire pour les traitements par inhalation de corticoïdes.

Docteur Valérie PONCIN, membre de la commission médicale de la FF Etudes et Sports Sous-Marins

Les sportifs doivent-ils renouveler annuellement leurs DU et demandes d'AUT?

Docteur Véronique LEBAR

La durée de l'AUT est fixée en se conformant à l'ordonnance du médecin et doit donc être renouvelée au terme de la durée de prescription fixée par celui-ci. La démarche est gratuite et consiste à remplir un formulaire (à télécharger sur le site de l'AFLD : aflld.fr) en y joignant l'ordonnance de l'année en cours. Le médecin doit donc surveiller l'échéance de la DU et remplir une demande de renouvellement quand la date précédente est échu.

Actualité sur la broncho constriction d'effort

Docteur Anne-Marie LECOQ
Médecin des hôpitaux honoraire

L'hyperréactivité bronchique à l'effort présente des particularités pathologiques, physiologiques et cliniques qui rendent son diagnostic difficile. Sa prévalence est en augmentation.

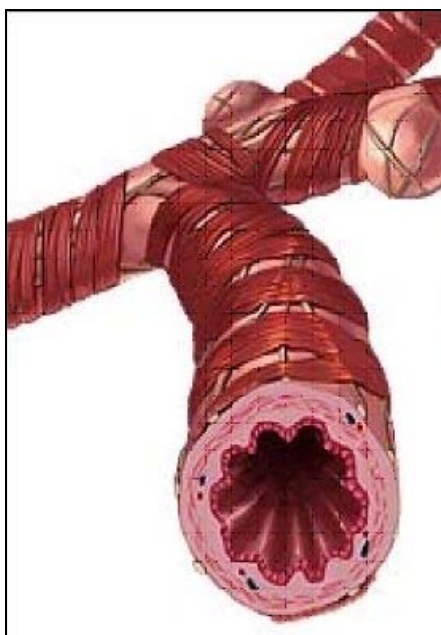
Présentation de l'hyperréactivité bronchique

Les termes utilisés pour désigner l'hyperréactivité bronchique sont les suivants :

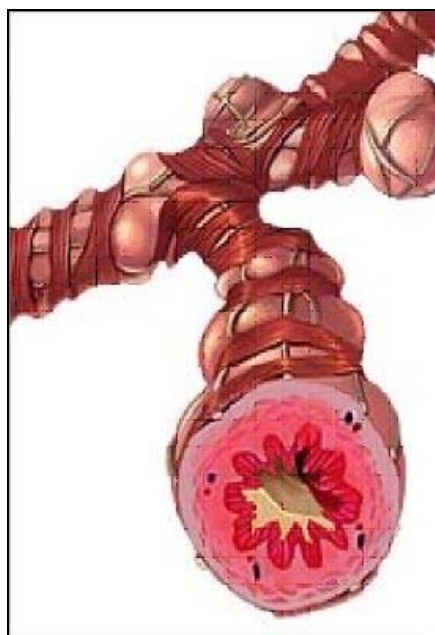
- Asthme d'effort ;
- Asthme induit par l'exercice ;
- Bronchospasme post exercice (BPE).

Le terme d'asthme à l'effort prête à confusion. L'asthme est une maladie respiratoire au cours de laquelle un sujet se sensibilise à un agent extérieur allergène. Les facteurs peuvent être environnementaux (pollution, allergènes tels que pollens, poussière, poils d'animaux, etc.) ou congénitaux (familles d'asthmatiques).

Le bronchospasme d'effort est un rétrécissement temporaire des voies aériennes qui est la conséquence d'une broncho-constriction accompagnée d'une inflammation bronchique, deux phénomènes transitoires en réponse à l'exercice. A l'inverse, l'exercice peut être regardé comme l'exacerbation d'une HRB et d'une inflammation bronchique préexistantes.



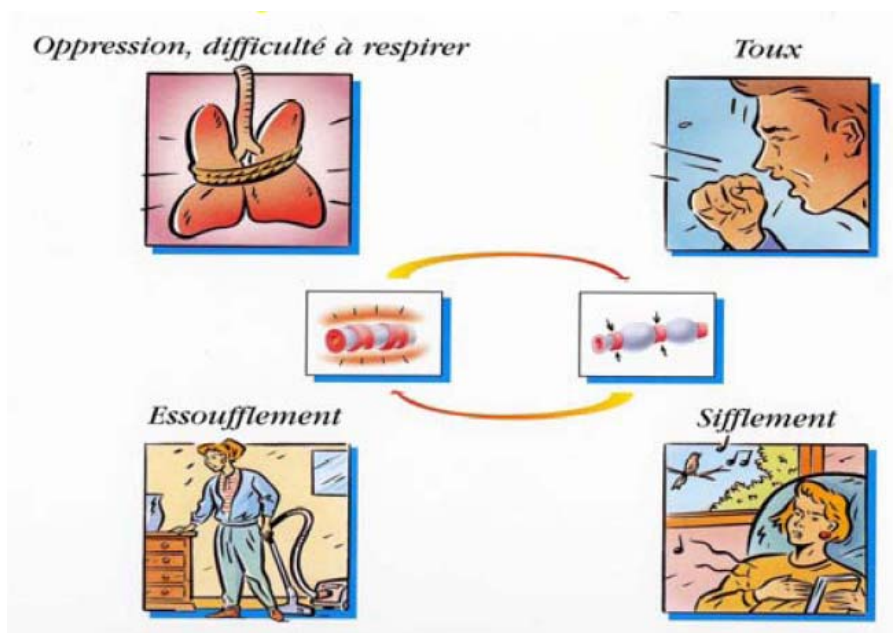
Bronchiole normale



Bronchiole asthmatique

Le BPE est spécifique. Selon la théorie « thermique », il est déclenché par le refroidissement des voies aériennes. Selon la théorie osmotique, il résulte d'une hyperventilation d'exercice entraînant une déshydratation de la muqueuse, ensuite compensée par une extravasation plasmatique et une production accrue de mucus, provoquant un épaissement de l'épithélium bronchique et une augmentation des résistances des voies aériennes.

Le bronchospasme se manifeste par une crise d'asthme typique, mais survient 5 à 10 minutes après l'arrêt de l'effort et régresse 30 à 60 minutes plus tard. Il peut être suivi d'une période réfractaire de 2 à 4 heures. Parfois, le bronchospasme ne survient que 4 à 10 heures après l'effort. Cette crise d'asthme typique est rare : les symptômes les plus courants sont une toux, une sensation d'oppression thoracique ou des sifflements, parfois difficiles à rattacher à un bronchospasme d'effort.



Comment se manifeste le bronchospasme induit par l'effort ?

Le nombre d'asthmatiques est en constante augmentation. Parmi la population générale, on recense 150 millions d'asthmatiques dans le monde. La France compte 3,5 millions d'asthmatiques, dont 5 à 7 % de la population adulte, 10 % des enfants d'âge scolaire, en sachant que ce nombre est sous-estimé. Il existe des disparités géographiques : la prévalence est plus forte dans le Nord et l'Ouest que dans les zones à climat sec.

La prévalence est supérieure chez les sportifs de haut niveau par rapport aux sportifs de loisir. Il n'est en effet pas anodin de ventiler plusieurs heures par jour des quantités d'air importantes, surtout si l'air est froid et contient des éléments allergisants. La prévalence du BPE augmente dans la population sportive, notamment dans le cyclisme, dans les sports d'endurance et dans des conditions environnementales agressives pour le système respiratoire (air froid et sec, pollué et contenant plus ou moins d'allergènes). Une étude de J. Médelli en 2006 a montré que 72 % des sportifs d'une équipe professionnelle de cyclisme décrivaient des symptômes bronchiques. 52 % avaient une HRB à la métacholine, contre 3 à 20 % dans la population générale, avec une fonction pulmonaire au repos normale.

Démarche diagnostique

La démarche diagnostique du BPE doit être rigoureuse. Elle comprend un interrogatoire et un examen clinique, une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) de repos, laquelle est normale dans le cas du BPE, et des tests complémentaires. Ces tests sont au nombre de trois.

1. Test à la Métacholine

Ce test sert à mettre en évidence une HRB éventuelle. Il est interdit si le VEMS de repos est abaissé et doit être pratiqué dans des conditions contrôlées : simple et reproductible, il n'est pas toujours fiable.



Pléthysmographe

Le protocole prévoit l'inhalation de la solution de Métacholine à doses progressivement croissantes jusqu'à ce qu'une dose cumulative soit atteinte. La mesure des débits ventilatoires et des RVA est réalisée dans un pléthysmographe avant le test et répétée 30 à 90 secondes après chaque inhalation de Métacholine. Le test est arrêté lorsque le VEMS chute de 20 % : la réponse est alors exprimée en termes de PD20 (concentration de Métacholine faisant chuter le VEMS initial de 20 %). Si la dose cumulée nécessaire pour faire chuter le VEMS d'au moins 20% est inférieure à 3100 µg, la preuve d'une HRB est acceptée et le test est positif. Le bronchospasme ainsi induit est de brève durée (20 min) et réversible. En fin de test, la réversibilité du trouble obstructif est appréciée par l'inhalation d'un bêta-2-mimétique (Ventoline).

Dans le cas particulier du sportif traité par corticoïdes inhalés depuis plus de 3 mois, l'HRB peut être absente.

Le test requiert de respecter trois conditions : arrêt des Bronchodilatateurs avant le test, pas d'inhalation de corticoïdes le jour du test et pas de caféine le matin.

2. Test d'effort d'effort réalisé en laboratoire ou sur terrain

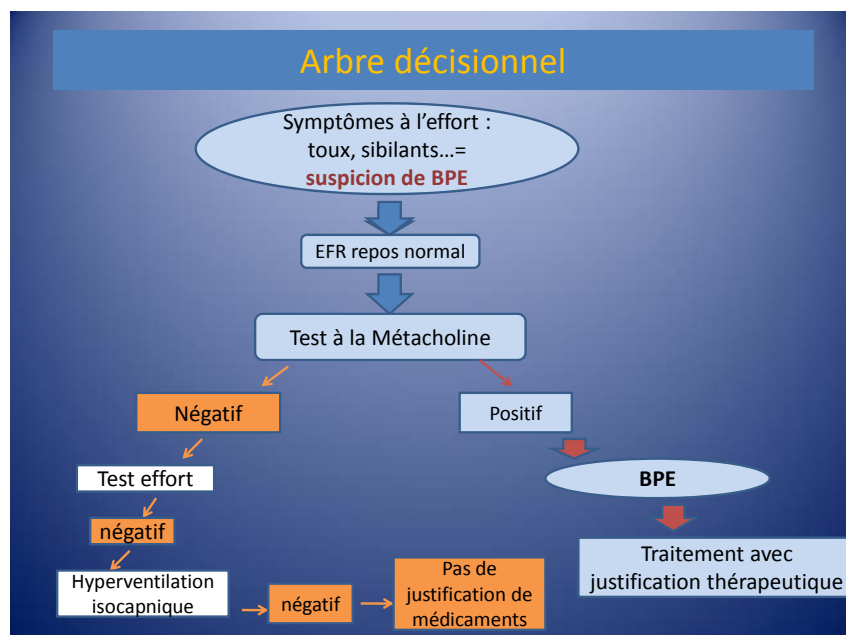
Ce test permet de poser spécifiquement le diagnostic de BPE. Il est réalisé sur cycloergomètre ou tapis roulant ; la durée de l'effort est comprise entre 6 et 8 minutes avec une charge de travail constante maintenue au moins 4 minutes au cours desquelles la fréquence cardiaque se situe entre 80 et 90% de la fréquence cardiaque maximale théorique. Idéalement, l'air inspiré doit être sec (humidité relative inférieure à 50 % pour une température de 20 à 25°). Les résultats sont exprimés à partir de la mesure du VEMS par pléthysmographie. Les mesures sont faites 5, 10, 15, 20 et 30 minutes après l'arrêt de l'effort. La présence d'une chute significative du VEMS n'apparaît fréquemment que 20 minutes après l'effort. En laboratoire, le test est positif si le VEMS chute d'au moins 10 %. Sur le terrain, une chute de 15 % est demandée.

3. Test d'hyperventilation isocapnique

Ce test repose sur le principe selon lequel le facteur déclenchant de l'obstruction bronchique est l'hyperventilation et non l'effort lui-même. Le protocole comprend la mesure du VEMS au repos, l'hyperventilation du sujet pendant 6 minutes à un niveau égal à 30 fois le VEMS. L'air inhalé doit être sec et maintenu à une température constante et une composition de 5 % en CO₂.

En conclusion, asthme et sport de haut niveau ne sont pas incompatibles. Le BPE doit être correctement détecté et traité dans le respect de l'éthique sportive.

L'arbre décisionnel part d'une suspicion de BPE à partir de symptômes à l'effort tels que toux et sibilants. En cas d'EFR repos normal, un test à la métacholine est pratiqué qui, s'il est négatif, conduit à pratiquer un test d'effort puis, en cas de résultat à nouveau négatif, un test d'hyperventilation isocapnique. Si ce dernier donne également un résultat négatif, on considère qu'il n'y a pas de justification de médicaments. Si le test à la Métacholine est d'emblée positif, le BPE est affirmé et fait l'objet d'un traitement avec justification thérapeutique.



Traitement et justification

Les Beta 2 Agonistes autorisés sont le Salbutamol (Airomir, Ventoline, Buventol) et le Salmétérol (Sérévent, Sérétide), à raison d'une dose maximale de 1 600 µg par 24 heures. Ces traitements doivent faire l'objet d'une déclaration d'usage.

Les Glucocorticoïdes inhalés font également l'objet d'une déclaration d'usage.

Les Glucocorticoïdes inhalés et les Beta 2 Agonistes autorisés font quant à eux l'objet d'une AUT.

Pour finir, je vous invite à consulter le guide des bonnes pratiques pour les maladies asthmatiformes sur le site Internet de l'AFLD. Les examens prouvant le BPE sont à renouveler tous les quatre ans.



Questions-réponses avec la salle

Docteur Christian BAGATE, médecin fédéral de la FF de Rugby

De nombreux médecins ou sportifs refusent de réaliser le test à la métacholine, qui peut être angoissant. Est-il possible de passer directement au test d'effort ?

Docteur Anne-Marie LECOQ

En cas de refus, nous passons directement au test d'effort. Il faut savoir néanmoins que le test d'effort a moins de chances d'être positif que le test à la métacholine.

Docteur Christian BAGATE

Les joueurs étrangers présentent des AUT délivrées par des pays où ces tests ne sont pas obligatoires. Cette situation défavorise les sportifs français. Lors d'une dernière compétition, une équipe adverse présentait ainsi 45 justifications thérapeutiques pour 30 joueurs. Les différences de juridiction posent problème et sont susceptibles d'impacter les performances des sportifs.

Docteur Véronique LEBAR

Je vous conseille d'inciter les fédérations internationales à passer des conventions avec l'AFLD pour obtenir, en amont, une reconnaissance mutuelle des AUT.

Monsieur Alexandre BAIXE, AFLD

Ce problème nous a beaucoup été soumis en 2009. En 2010, le passage du Salbutamol et du Salmétérol en déclaration d'usage a permis de réduire ces contraintes.

Docteur Alain CALMAT

Au-delà de la santé des sportifs, l'enjeu de la lutte contre le dopage est l'équité. L'autorisation de la prise de salbutamol et de salmétérol n'ouvre-t-elle pas la porte à des fraudes sur le plan de la justification thérapeutique ?

Docteur Christian BAGATE

Telle est la question. Nous rencontrons le même problème avec les corticoïdes per os. C'est l'une des raisons pour lesquelles la France s'est battue pour la présidence de l'AMA. Ce combat, que nous avons perdu face aux pays du Sud, nous conduit à subir des règles qui nous pénalisent. Nous ne luttons pas à armes égales.

Docteur Alain CALMAT

Pour garantir l'équité, il convient d'être implacable en matière de dopage, mais il existe un contexte mondial auquel s'adapter. Les modifications législatives récentes vont dans ce sens. Il faut parvenir à trouver un équilibre sans pénaliser les sportifs. Etant en conformité au plan législatif, nous ne devrions pas, à terme, être pénalisés sur le plan des performances.

Patrick MAGALOFF, Commission Médicale du CNOSF

Le problème provient de ce que le monde scientifique anglophone aborde différemment la lutte contre les glucocorticoïdes. Au niveau international, il n'existe pas de consensus sur l'impact de ces derniers sur la santé des sportifs.

Docteur Marie-Philippe ROUSSEAUX-BLANCHI

Quels sont les arguments scientifiques qui justifient de passer le Salbutamol et le Salmétérol en déclaration d'usage quand d'autres substances, comme le Formotérol, font l'objet d'une AUT ?

Docteur Véronique LEBAR

Les arguments sont uniquement administratifs et financiers, en aucun cas scientifiques.

Docteur Christian BAGATE

C'est avant tout une question d'habitudes. Par souci de cohérence, ces traitements devraient tous être soumis au même régime, mais la perte de la présidence de l'AMA nous a fait perdre la mainmise sur la régulation et la protection du sportif.

Docteur Philippe LEVAN

La déclaration d'usage autorise jusqu'à 1 200 µg de Salbutamol dans les urines. A combien de bouffées ce seuil correspond-il pour un sportif de 70 kilogrammes ?

Docteur Véronique LEBAR

Le nombre d'inhalations maximum est de 12, quel que soit le poids du sportif.

Docteur Philippe LEVAN

Des fédérations internationales délivrent des AUT d'une durée de deux ans en cas d'association de corticoïdes et de salbutamol. Quelle est la durée d'une AUT de ce type en France ?

Docteur Véronique LEBAR

Selon la loi française, une ordonnance ne peut excéder un an. Les sportifs français doivent donc renouveler leur demande d'AUT au bout d'un an.

Problèmes spécifiques des bêtabloquants dans certains sports

Docteur Jacques GUENERON
Cardiologue de l'INSEP, expert AUT eu sein de l'AFLD

L'autorisation d'AUT implique que le Béta bloquant ne soit susceptible de ne produire aucune amélioration de la performance autre que celle attribuable au retour à l'état de santé normale. Or on connaît l'effet des bêta bloquants pour diminuer le stress, l'anxiété, le tremblement et la tachycardie due au stress, donc tout symptôme pouvant nuire à la performance dans les sports concernés par cette prescription.

A moins d'indications contraires, les Béta bloquants sont interdits en compétition dans de nombreux sports, dont les principaux sont le golf, le tir et le tir à l'arc.

Les Béta bloquants présentent un double profil, hydrosoluble et liposoluble, en sachant que ce dernier profil passe davantage la barrière méningée. Les Béta bloquants sont indiqués dans le traitement des troubles suivants :

- HTA ;
- prévention des troubles du rythme auriculaires et ventriculaires ;
- insuffisance coronaire ;
- insuffisance cardiaque ;
- migraine ;
- hyperthyroïdie ;
- tremblement ;
- hypertension portale.

Il existe des possibilités de substitution. Dans l'HTA, les hypotenseurs les plus adaptés au sportif sont les IEC, ARA2, inhibiteurs de la Rénine, ainsi que les inhibiteurs calciques. Les diurétiques sont considérés comme masquant. Restent les Alpha-bloquants et les Hypotenseurs centraux, moins utilisés. Un hypertendu a parfois besoin de 2 voire 3 classes de médicaments pour être équilibré.

Dans beaucoup de sports cités, l'âge des compétiteurs peut être celui de la maladie coronaire. Les bêta bloquants sont les seuls médicaments ayant prouvé la diminution du risque de récurrence d'infarctus. Ils diminuent le risque de trouble rythmique du coronarien.

Dans les troubles du rythme, les Béta bloquants sont une indication fréquente et souvent en première intention. C'est en effet la médication présentant le moins de risques. Les Béta bloquants sont également indiqués dans les troubles rythmiques adrénergiques et sont difficilement substituables.

Selon la classification des sports en fonction de la composante dynamique et de la composante statique, les demandes d'AUT concernent majoritairement les sports avec une dynamique et une statique faibles : billard, boules, cricket, curling, golf et tir.

Type de sports	A : Dynamique Faible	B : Dynamique Moyenne	C : Dynamique Forte
I : Statique faible	Billard Boules Cricket Curling Golf Tir	Base-ball Tennis de table Tennis (double) Volley-ball	Badminton Ski de fond Hockey sur gazon Course d'orientation Course longue durée Football (1) Squash Tennis (simple)
II : Statique moyenne	Tir à l'arc Course auto (1-2) Plongeon (1-2) Equitation (1-2) Motocyclisme (1-2)	Escrime Jumping Patinage (1) Foot Américain (1) Rodeo (1-2) Rugby (1) Sprint Surf (1-2) Natation synchronisée (2)	Basket-ball Hockey sur glace Course en patin Crosse canadienne Course moyenne distance Natation Hand-ball
III : Statique forte	Bobsleigh Lancer Gymnastique (1-2) Arts martiaux (1) Luge (1-2) Voile Escalade (1-2) Water-polo (1-2) Haltérophilie (1-2) Planche à voile (1-2)	Body building (1-2) Ski descente (1-2) Lutte (1)	Boxe (1) Canoe-kayak Cyclisme (1-2) Décathlon Aviron Patin de vitesse

Classification de sports en fonction de la dynamique et de la statique

En 2009, 17 demandes d'AUT ont été déposées concernant la pathologie cardiovasculaire, dont 15 concernaient les Béta-bloquants et 2 les diurétiques. Les proportions des indications de prescriptions étaient les suivantes :

- Troubles du rythme : 4 ;
- Insuffisance coronarienne : 2 ;
- HTA : 7 ;
- Migraine : 3.

La fourchette d'âge des compétiteurs allait de 32 à 69 ans, dans les sports suivants : Basket-ball, Billard, Char à voile, Equitation, Escrime, Golf, Motonautique et Tir à l'Arc (7 Dossiers). L'AFLD a accordé 9 AUT et en a refusé 7, dont un refus administratif (dossier incomplet).

Je souhaiterais maintenant soumettre deux exemples à votre réflexion. Le premier cas de demande d'AUT concerne un sportif de 53 ans pratiquant le tir à l'arc et ayant subi une dilatation de l'artère inter-ventriculaire antérieure et qui doit suivre un traitement par Acébutolol à raison de 200 mg/jour. Il n'existe pas d'alternance thérapeutique, mais le traitement améliore sans doute sa performance.

Le deuxième cas est celui d'un tireur à l'arc de 60 ans présentant une maladie de l'oreillette avec mise en place d'un pacemaker et ablation des veines pulmonaires par radiofréquence, sous Sotalol en prévention d'arythmie. Les autres traitements anti-arythmiques s'avèrent inefficaces et deux AUT ont déjà été accordées. Ce dossier soulève la question de la périodicité des demandes quand le traitement est au long cours.

Ces deux cas appellent plusieurs réflexions :

- doit-on soumettre un dossier d'AUT quand une alternative thérapeutique est possible?
- pourquoi la Fédération de Tir n'accepte-t-elle pas l'AUT quand celle du Tir à l'Arc l'accepte?
- si on estime que la performance est améliorée par les Bétabloquants, doit-on accepter l'AUT ?

Questions-réponses avec la salle

Docteur Françoise FRAISSE, membre de la Commission médicale de la FF de Gymnastique

La demande d'AUT revient au sportif. La Fédération de Tir ne devrait donc pas être en mesure de s'y opposer.

Docteur Alain CALMAT

Cette question mérite vérification.

Docteur Jacques GUENERON

La question se pose également d'une tolérance en fonction de l'âge et du niveau de compétition.

Docteur Véronique LEBAR

L'âge n'est pas un critère de tolérance. Il faudrait choisir d'autres critères de tolérance.

Docteur Olivier ROUILLON, Fédération Française de Golf

Sur 410 000 licenciés de la Fédération de Golf, plus de 100 000 sont des compétiteurs, dont la moyenne d'âge s'établit à 48 ans. Cette population est donc concernée par la problématique des Bétabloquants. J'ai cru voir dans votre tableau deux demandes d'AUT se soldant par deux refus.

Docteur Jacques GUENERON

Ces deux demandes ont été effectivement refusées.

Docteur Olivier ROUILLON, médecin fédéral de la FF de Golf

Les Bétabloquants ont été interdits en compétition sur demande de la Fédération internationale de Golf, qui ne représente qu'elle-même. Elle organise uniquement le championnat du monde amateur par équipe. Cette instance ne possède aucun pouvoir de régulation sur les règles du jeu, qui relèvent de l'USGA aux Etats-Unis et du Royal & Ancient en Angleterre. Le monde du golf a été surpris que l'AMA accepte sa demande.

Par ailleurs, je n'ai pas connaissance d'études scientifiques démontrant l'impact des Bétabloquants sur les performances des sportifs professionnels.

Docteur Jacques GUENERON

La demande s'appuie sur les effets supposés des bétabloquants. Les hommes politiques prennent par exemple souvent des Bétabloquants avant de faire un discours pour atténuer les effets du stress.

Docteur Olivier ROUILLON

Ce n'est pas comparable. En l'absence d'étude scientifique fiable, on ne peut affirmer que la prise de Bétabloquants améliore la performance en golf. Elle peut même s'avérer néfaste dans les parties du jeu où la puissance joue un rôle prépondérant.

Docteur Alain CALMAT

La comparaison entre le bénéfice tiré des Bétabloquants et l'autorisation de participer aux compétitions n'est-elle pas à considérer au regard d'une légère augmentation de la performance ? Le fait d'avoir une pathologie entraîne nécessairement des inconvénients. Sur la base de quels critères peut-on affirmer que la prise de Bétabloquants améliore la performance ?

Docteur Jacques GUENERON

Aucune étude n'a été réalisée sur ce sujet. La prise de Bétabloquants est simplement supposée améliorer la performance. C'est effectivement le cas chez les personnes n'ayant pas de pathologie.

Docteur Alain CALMAT

Ce sujet me semble discutable et subjectif, à moins d'être appuyé par des études scientifiques.

Monsieur Patrick MAGALOFF

L'inscription d'une substance sur la liste des produits interdits résulte d'une négociation entre la Fédération internationale de golf et l'Agence mondiale anti-dopage.

Docteur Olivier ROUILLON

Le problème est que la Fédération internationale de golf ne représente rien et que le Royal & Ancient avait pris position contre cette interdiction.

Docteur Pierre BOIVIN, membre de la commission médicale de la FF de Motocyclisme

J'aimerais vous soumettre le cas d'un homme de 63 ans pratiquant le rallye, traité par une quadrithérapie depuis 2001 et ayant déclaré son traitement. Contrôlé positif à la suite de deux victoires consécutives, il est absout par la commission de discipline anti-dopage, qui lui conseille de déposer une demande d'AUT. Celle-ci est refusée sous le motif que la prise de Bétabloquants est supposée améliorer les performances dans le sport concerné en diminuant le stress. Les seniors sous traitement ne peuvent-ils donc pas continuer à pratiquer leur sport ?

Docteur Véronique LEBAR

C'est un véritable problème. Nous avons interpellé l'AMA sur ce sujet. Parler de « sport santé » et refuser l'accès à la compétition aux seniors souffrant d'une pathologie améliorée par le sport est, à

mon avis, une ineptie. Tant qu'une solution n'aura pas été trouvée, nous continuerons à y être confrontés.

Docteur Alain CALMAT

Le « sport santé » est une préoccupation actuelle, qui comprend la pratique du sport en prévention tertiaire. Faute d'un arsenal législatif adapté pour l'instant, nous réfléchissons à la possibilité d'un certificat « d'indication ». Pour prévenir ce genre de difficulté, une pathologie empêchant la délivrance d'une licence et l'accès à la compétition devrait pouvoir être prise en compte dans des circonstances à préciser sur le plan médical et réglementaire.

Monsieur Jacques THERON

En 1998, nous avons eu le cas d'un sportif victime d'un infarctus en 1998, traité avec des Béta-bloquants et contrôlé positif. La commission de discipline l'a incité à demander une AUT, laquelle lui a été refusée au prétexte que son traitement améliorerait la performance. Si ce sportif changeait de traitement pour se conformer à la loi, qui serait responsable en cas d'accident ?

Docteur Alain CALMAT

Je ne suis pas qualifié pour vous répondre, mais *a priori*, si l'alternative présente des risques, elle n'en est pas une.

Docteur Véronique LEBAR

Le problème est légal, puisque le médical est soumis au juridique qui, souvent, ne prend pas conseil auprès du corps médical. Les médecins connaissent la problématique du « sport santé », mais on leur demande de répondre précisément à trois questions. Le médecin est donc contraint par la législation. C'est ainsi que s'explique le refus des experts. Pour résoudre ce problème, la loi doit être modifiée en amont. Le médecin ne peut donc répondre en son âme et conscience de médecin. Là réside le hiatus, lequel ne peut être levé qu'en amont, par la loi.

Docteur Alain CALMAT

Sachez qu'un mouvement est initié par le ministère dans ce sens.

La responsabilité des experts

Professeur Jean LANGLOIS
Ancien président de l'Ordre National des Médecins

En préalable, je voudrais rendre hommage aux médecins du sport qui, vers 1998-1999, ont saisi l'Ordre National des Médecins des difficultés professionnelles qu'ils rencontraient liées au dopage des sportifs et aux pressions de toutes sortes qui les accompagnaient. C'est à partir de cet instant que l'Ordre a pu prendre en compte les difficultés de la médecine sportive et éclairer les responsables des structures sportives sur les conditions d'exercice du Médecin, notamment pour ce qui concerne son indépendance professionnelle et le respect du secret professionnel.

J'en viens maintenant à la responsabilité des experts, sujet pour lequel je suis sollicité ici.

Le titre de médecin-expert figure dans les textes réglementaires de la république française. Selon les juristes, ce terme ne peut être reconnu qu'aux experts judiciaires. Il est donc délicat de parler de médecins experts en médecine du sport. Pourtant, il faut bien reconnaître que la fonction qu'ils remplissent dans ce domaine est comparable aux avis que les experts médicaux requis rendent à la justice. En l'état actuel des textes législatifs, je comprends que les médecins experts de l'AFLD puissent ressentir un certain malaise, bien que, selon moi, ils soient peu menacés.

En effet, la décision rendue par l'AFLD, si elle traite d'un sujet médical, est une décision administrative, qui n'a pas de lien direct de soin. Ainsi, le sportif a moyen de saisir le tribunal administratif de Paris pour faire prendre en compte sa position contraire à l'avis qui a été rendu. Les médecins étant missionnés par l'AFLD, ne sont pas directement et personnellement concernés par un tel recours ; une structure comme l'AFLD, investie d'une mission de service public a le devoir de protéger ses experts (assurances et avocats) dans l'éventualité d'un recours visant personnellement l'un de ses médecins experts dans ce strict domaine. La réponse qui doit alors être donnée est donc celle de l'Institution et non de l'expert.

Le problème exceptionnel pour ne pas dire inconcevable se poserait si la plainte était induite personnellement contre un médecin (à condition que son identité soit révélée au plaignant), en raison d'une faute pénale ou disciplinaire, dans le cadre de la mission d'expertise. Nous ne sommes pas ici dans le domaine de la médecine de soins et du risque de faute professionnelle. Dans le cadre de l'expertise, le médecin expert requis par l'AFLD a certes le devoir déontologique et d'observance de la loi, comme tous les médecins. Il obéit aux articles 105, 106, 107 et 108 du code de déontologie ((décret pris en conseil d'Etat et inclus dans le code de la santé publique).

En cas d'infraction à ces articles, il devient vulnérable. Soumis au secret médical, il ne doit répondre qu'aux questions posées dans la mission d'expertise. Il en serait de même pour ce qui concernerait son devoir d'indépendance professionnelle. Ne pas le faire constituerait alors une faute

disciplinaire. Encore faudrait-il que la faute soit incontestable, car le domaine de l'expertise pourrait aussi conduire au fait que la plainte ne serait pas recevable...le sujet devient un peu complexe depuis que la loi 2002-303 du 4 mars 2002, modifiée, dite loi des droits du malade et qui renforce encore davantage le dispositif qui était encore du seul domaine réglementaire.

La faute pénale d'un médecin expert serait essentiellement liée au non respect du secret professionnel (CP 226-13 et 226-14). Dans le domaine de l'expertise, le médecin requis a l'obligation d'informer la structure qui l'a requis mais seulement en répondant simplement aux questions qui lui sont posées. S'il s'en tient là, il ne peut être mis en cause.

Le malaise des médecins experts de l'AFLD s'explique par différentes raisons :

- **En termes de procédure :**

Il est surprenant qu'un médecin expert soit privé de la connaissance de l'identité du patient et de la possibilité de l'examiner. Théoriquement, une expertise médicale comprend cette double obligation. Aucun médecin ne peut se prononcer sans avoir pu examiner lui-même la personne en cause. Un avis fourni à partir d'informations médicales établies par un autre praticien est difficilement recevable et en tous cas contraire aux règles de bonne pratique médicale. Dans le cas d'une procédure en justice, il y aurait forcément litige. A terme, il me semble que la loi devrait être modifiée et l'AFLD aurait intérêt à prendre un avis juridique dans ce domaine.

- **En termes de missions :**

Une mission d'expertise est nominale, tandis que celle de l'AFLD passe par un numéro d'identification. Une erreur de transmission est ainsi possible ce qui met en cause directement la procédure employée, même si elle est officiellement reconnue. Dans le cas d'une procédure en justice, l'avocat opposerait le fait que ce n'est pas un numéro mais un homme qui est en compétition. Le juge pourrait être réceptif à cet avis. En outre, dans une procédure d'expertise, il est très anormal que l'expert ne connaisse pas l'identité du malade concerné.

L'assistance à personne en danger. Toute personne et a fortiori tout médecin qui constate des anomalies (ici biologiques) susceptibles de faire courir un risque vital à la personne pour laquelle il est saisi a l'obligation de lui dire ce qui peut la menacer (obligation d'information non seulement réglementaire mais légale) . Comment ce médecin expert de l'AFLD peut-il répondre à cette obligation ? il ne peut le faire directement à la personne (qui n'est pas en face de lui et dont il ne connaît pas l'identité) ; il ne peut le faire auprès du médecin traitant, faute d'en connaître l'identité. Son seul moyen est de prier le service médical de l'AFLD de le faire à sa place. De quelle garantie recevable en justice peut-il vraiment disposer ? Pire, quelle serait la situation si après AUT acceptée, survenait un décès en compétition ?

- Ces cas ont certes une figure de cas d'école, mais une bonne procédure digne d'une expertise rigoureuse permettrait de rendre les inquiétudes des médecins experts non justifiées.

Questions-réponses avec la salle

Docteur Alain CALMAT

La réflexion menée sur les certificats d'indication va dans ce sens. Il ne s'agit pas d'en émettre chaque année, ni d'empêcher les malades de faire du sport ou de la compétition, mais de prendre en compte tous éléments nouveaux, lesquels sont ressentis par le patient qui doit avoir l'obligation de faire un contrôle. Un AUT d'un an ou deux me paraît aberrant, à moins d'être sûr qu'aucun élément nouveau ne surgit dans l'intervalle.

Docteur André MONROCHE, médecin fédéral de la FF de Savate, Boxe française et disciplines associées

Lors d'une expertise pour l'AFLD, nous a été soumis le cas d'un jeune de 15 ans souffrant d'un rhumatisme inflammatoire, sous corticothérapie. Nous étions trois experts, dont l'un en désaccord. Nous avons du prendre une position, malgré tout thérapeutique, qui ne constitue pas pour autant un aval, puisque notre rôle se limite à contrôler une éventuelle contreindication à la pratique d'un sport dans le cadre de la législation. La position de l'expert n'est pas toujours simple. Dans le cadre des expertises pour la Sécurité sociale, par exemple, nous sommes malgré tout responsables des conclusions, qui sont d'ordre thérapeutique.

Professeur Jean LANGLOIS

Un médecin expert n'a aucun droit d'arrêter ou de modifier un traitement. Dans le cas de l'AFLD, la question posée est uniquement celle de la conformité du traitement sans rapport à ce qu'il devrait être dans le traitement de la pathologie. Il serait prudent que les experts écrivent que les faits médicaux ont été consignés et établis par le médecin traitant et qu'ils n'ont pas été en mesure, en tant que médecins, de les vérifier personnellement faute d'avoir été en présence même de la personne. Par ailleurs, la publication de décisions à l'unanimité permet à la partie adverse de prendre connaissance de l'identité et de l'avis personnel des experts. Il serait plus prudent, selon moi de rendre un avis à la majorité, même si cela retire de la force à l'avis rendu.

Docteur Nicolas BARIZIEN, membre de la Commission médicale de la FF de Rugby

Les trois questions auxquelles doivent répondre les experts de l'AFLD sont claires. Dans le cas d'un refus d'AUT, si l'athlète poursuit la compétition et fait l'objet d'un contrôle positif, que se passe-t-il après l'instruction du dossier (sanction de l'athlète par la fédération / par l'Agence, etc.) ?

Professeur Jean LANGLOIS

J'ai tenté de répondre à la crainte, pour le médecin expert, d'être poursuivi. Le sportif peut contester la décision devant le juge administratif, mais l'expert ne peut être poursuivi par le tribunal administratif. Sur le plan professionnel, l'expert peut être considéré par le plaignant comme étant en faute, et alors poursuivi mais cette hypothèse me semble à peine à peine fondée. En revanche, sur le plan technique et sportif, je ne suis pas en mesure de vous répondre.

Docteur André MONROCHE

La question posée est celle de l'existence d'une alternative thérapeutique. Le médecin expert ne porte pas de jugement de valeur sur le traitement.

Docteur Nicolas BARIZIEN

Pourtant, vous demandez des examens justificatifs.

Docteur Véronique LEBAR

En première instance, la sanction éventuelle est donnée par la fédération. Si celle-ci statue en plus de deux mois ou que sa décision ne convient au service juridique de l'AFLD, l'Agence se saisit du dossier et rend un avis. Cet athlète pourra également contester le refus d'AUT devant le tribunal administratif.

L'AUT, vue du côté sportif

Madame Meriem SALMI
Psychologue à l'INSEP

Madame Meriem SALMI

Je me suis appuyée sur deux cas de sportifs rencontrés par le Docteur Véronique LEBAR et vous propose de réfléchir à ses situations problématiques.

Cas cliniques

Docteur Véronique LEBAR

Le premier cas que je vous soumettrai est celui d'un sportif de 20 ans handisport, en fauteuil basket, sélectionné pour les championnats du Monde. La Fédération Handisport nous a demandé de statuer sur l'AUT, sa maladie articulaire nécessitant des doses de morphine importantes. L'AUT a été refusée, puisque la morphine améliorerait les performances, de ce sportif. Le sportif nous a adressé une lettre poignante décrivant sa détresse et ce que représentait pour lui sa non participation aux championnats du monde. La Fédération était désespérée, d'autant plus que nous sommes restés sans nouvelles du sportif pendant quelques jours. J'ai fait tout mon possible pour trouver des solutions, mais il m'a été répondu qu'on ne pouvait rien faire. Or notre rôle n'est pas de briser des vies.

Madame Meriem SALMI

Dans cette situation, le sportif présente un handicap avec une atteinte physique importante, une altération corporelle et une expérience de souffrance, sans négliger les représentations et le regard de la société qui n'est pas toujours bienveillant. Il doit affronter au quotidien un vécu d'exclusion physique mais aussi sociale. En outre, c'est un sportif de haut niveau dont la construction identitaire est particulière et qui, en tant que tel, fait preuve d'un engagement hors norme. Il construit sa vie autour de cette passion chargée d'émotions qui lui apporte un équilibre. Le refus crée donc une véritable atteinte identitaire mais aussi une répétition en termes d'exclusion qui sera cette fois-ci majorée d'une exclusion sportive et psychologique.

Docteur Véronique LEBAR

Le second cas résulte de l'appel d'un médecin d'antenne sportive pour une athlète de 20 ans sous méthadone depuis trois ans, voulant participer aux championnats de France d'Athlétisme. J'ai soumis ce cas sous anonymat à trois experts, qui ont refusé l'AUT. Doit-on empêcher la jeune femme, en cours de réinsertion sociale et sportive, de participer à la compétition ou l'encourager ? Le choix a été fait de ne pas faire d'AUT pour cette sportive. Elle n'a pas été contrôlée. Ce cas pose un véritable problème.

Madame Meriem SALMI

Il s'agit vraisemblablement d'une ex- héroïnomane. L'addiction, est une véritable stratégie de survie et de protection identitaire. Cette jeune femme présente une vulnérabilité psychique (notamment troubles narcissiques, image de soi et estime de soi perturbées, etc.). Cet athlète va se retrouver dans un véritable paradoxe psychique, en effet, la méthadone est aussi, un produit de réinsertion médico-psycho-sociale. Les patients, sous méthadone, sont suivis médicalement et psychologiquement. Le refus d'AUT va venir répéter et faire résonance à l'exclusion sociale et psychique qu'elle a précédemment connue.

Situation de choc et/ou traumatologie

Il existe de fortes probabilités pour que ces sportifs se trouvent en situation de choc et/ou traumatogène ce qui se traduit concrètement pour le sportif par :

- une atteinte à l'intégrité physique et psychique ;
- une blessure psychique voire une effraction psychique (versant psychopathologique) ;
- des sentiments d'impuissance et d'insécurité, de culpabilité, de dévalorisation, de peur, de violence, etc.
- une perte d'identité, marquée par un sentiment de tristesse, de morosité, une tendance à s'isoler et à ne plus participer aux activités sociales ;
- une confrontation brutale à sa mort symbolique en tant que sportif de haut niveau.

Même si les effets du stress disparaissent, une véritable menace interne psychique s'installe chez le sportif avec des effets à court, moyen et long terme. Le déni est un mécanisme psychique puissant et qui peut être grave. Il est difficile de le détecter et donc de traiter en l'absence de symptômes à court terme.

Sur le plan psychologique et clinique, de nombreux symptômes sont associés, spécifiques ou non :

- troubles du sommeil ;
- perturbation de la vie personnelle et sociale ;
- anxiété, agressivité, violence ;
- état dépressif ;
- modification de personnalité ;
- passage à l'acte : contre les autres ou contre lui-même (risque suicidaire) ;
- maladies et plaintes somatiques diverses.

Stratégie de prévention et de soins

Il faudrait au minimum, prévoir un bilan psychologique d'événements ou débriefing : une intervention précoce et préventive, individuelle, permet d'atténuer les signes immédiats de stress et de soutenir le sportif. Il est également recommandé, en fonction de l'évolution du sportif, d'assurer un suivi médical et/ou psychologique.

En conclusion, la loi est importante, mais peut avoir des effets pervers. La position du soignant est délicate : il est pris entre une idéologie politique ou une politique de santé publique. Se pose enfin la question de l'éthique et de la déontologie.

Questions-réponses avec la salle

Docteur Jacques ROUSSEL, médecin fédéral de la FF du Sport Adapté

Le sport adapté concerne les sportifs de haut niveau atteints d'un handicap mental. Les exigences psychologiques sont encore plus fortes. Dans le cadre du parcours sportif, j'ai développé la sécurisation psychologique du parcours. Le handicap mental présente la cruauté d'exposer le sportif à un risque d'instrumentalisation et soulève la problématique de la gestion du succès et de l'échec. Dans l'optique d'une sécurisation psychologique du parcours, votre expérience m'intéresse. Le handicap mental s'accompagne de souffrances et d'un vécu d'exclusion. Une prévention s'impose à haut niveau. La FFSA étant multidisciplinaire, toutes les pratiques sportives sont concernées. Je passe sous silence la question des traitements et des conséquences de leur suppression.

Docteur Nicolas BARIZIEN

Dans les deux cas présentés, le refus d'AUT est considéré comme une injustice.

Docteur Véronique LEBAR

Ce n'est pas une injustice, au sens où les experts rendent leur décision en leur âme et conscience. Mais cette décision entraîne des problèmes sur le plan humain.

Docteur Nicolas BARIZIEN

Le refus résulte d'une réponse négative à l'une des trois questions auxquelles les experts doivent répondre. Si le refus se justifie par l'amélioration des performances, j'aurai également tendance à encourager le sportif à poursuivre la compétition malgré tout. Mais si le médecin fédéral accepte cette responsabilité, que se passe-t-il en cas de contrôle positif ?

Docteur Véronique LEBAR

Il existe un hiatus entre la question humaine et celle du dopage. Nous devons trouver une interconnexion, car dans ces deux cas, elles sont antinomiques.

Docteur Nicolas BARIZIEN

Pour moi, ces questions ne le sont pas. J'aimerais savoir ce qui se passe pour le sportif et pour le comité médical de la fédération.

Docteur Véronique LEBAR

Les procédures habituelles seraient suivies.

Monsieur Patrick MAGALOFF

Il convient de distinguer les maladies chroniques et les problèmes de santé ponctuels. A noter, par exemple, que la France est de loin celle qui présente le plus d'AUT lors des compétitions internationales telles que les Jeux méditerranéens.

Docteur Alain CALMAT

Il n'est pas infâmant pour la France de présenter davantage d'AUT que les autres pays, au contraire. Le problème est justement d'assurer un meilleur contrôle.

Docteur Philippe LEVAN

Dans le cas du sportif Handisport, si le refus d'AUT l'avait conduit à mettre fin à ses jours et dans l'hypothèse d'une décision des experts rendue à deux contre un, la famille est-elle en droit d'attaquer les experts ?

Professeur Jean LANGLOIS

L'exercice médical est très encadré. Dans le cas de la médecine d'expertise, le médecin doit répondre clairement aux trois questions qui lui sont posées. Il ne peut prendre en considération les éléments annexes. C'est alors toute la procédure qui est mise en cause. En cas de décision prise à la majorité, le juge d'instruction est en droit de lancer une procédure intéressant le médecin ayant rendu un avis contraire, mais je suis convaincu que le médecin ne sera pas pour autant condamné.

Docteur Françoise FRAISSE

Un certain nombre de sportifs pourraient justifier d'une AUT mais ne veulent pas la demander pour ne pas « tricher ». Je pense au cas d'un sportif souffrant de crises d'asthme ponctuelles. Comment réagiriez-vous ?

Madame Meriem SALMI

La dimension pédagogique est importante. L'AUT est vécue comme une contrainte, mais l'information et l'explication des risques devrait permettre d'emporter l'adhésion des sportifs.

Docteur Nicolas BARIZIEN

Le problème me semble pouvoir être résolu avec les DU entrés en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2010, qui allègent la procédure

Rédaction d'une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT) et erreurs à ne pas commettre

Docteur Jacques LIENARD
Président du panel dopage de l'UEFA, expert de l'AFLD

Les formulaires d'AUT sont précis dans leur présentation et l'on ne peut souscrire à des remarques négativistes concernant la possibilité de fournir des renseignements et informations pour obtenir une autorisation argumentée par une pathologie médicale nécessitant d'avoir recours à une thérapeutique utilisant une substance ou procédé interdit par la liste.

Le dossier, écrit en français ou en anglais, s'accompagne d'une participation forfaitaire obligatoire de 30 euros destinée aux frais d'instruction.

Sauf urgence médicale ou circonstances exceptionnelles, le dossier doit être envoyé, complet, 30 jours avant la première compétition pour laquelle l'autorisation est demandée.

L'envoi doit être effectué par le sportif ou son représentant légal, par courrier avec accusé de réception. (Le masculin est utilisé qu'il s'agisse d'un ou d'une sportif (ve)).

I Les renseignements concernant le sportif précisent, en plus des données d'identification, la date de naissance, la fédération concernée et la discipline sportive si nécessaire ainsi que le niveau le plus élevé atteint au cours de la saison sportive. Ces renseignements sont anonymisés en ce qui concerne nom, prénom et adresse avant envoi au comité des médecins pour les AUT.

II Le sportif devra compléter la déclaration d'AUT en précisant s'il a en déjà demandé une, auprès de quel organisme et pour quelle substance. Il indiquera pour quelle première compétition (date), il souhaite bénéficier de l'autorisation.

En cas d'envoi dans un délai inférieur, il devra en préciser les motifs. Il faut noter qu'un bon nombre de dossiers arrive in extremis par rapport à la compétition.

III Les renseignements médicaux auront un caractère fondamental pour que le comité AUT puisse émettre un avis argumenté.

Ils permettent d'apporter toute l'argumentation nécessaire :

- Diagnostic précis étayé par l'histoire clinique, les antécédents, les résultats des examens pertinents, les analyses de laboratoire, les résultats d'imagerie auxquels devra être joint tout autre élément utile (rapports, compte rendu d'hospitalisation ou de consultation).
- Un argumentaire clinique doit justifier la nécessité d'utiliser une médication interdite en indiquant pourquoi une médication autorisée ne peut suffire.

IV Le médicament concernant l'AUT doit être identifié par sa dénomination commune internationale (DCI), son nom commercial, sa posologie, sa voie et sa fréquence d'administration. La durée du traitement doit également figurer (début et fin de traitement).

V Le médecin, qui indiquera sa spécialité et son numéro d'inscription à l'Ordre National des médecins, certifiera la nécessité de recourir à l'AUT par l'état pathologique décrit.

Le nom et l'adresse du médecin seront anonymisés pour le comité AUT.

VI Des précisions concernent les conditions de renouvellement pour les pathologies chroniques en soulignant que les examens médicaux ne sont valables que pour un maximum de 4 ans (pathologies asthmatiformes) et 2 ans (autres pathologies). Dans tous les cas, la demande annuelle de renouvellement doit être accompagnée des copies des nouvelles ordonnances. Il faut préciser que l'AUT ne peut être délivrée que pour la durée du traitement prescrit dans la limite d'un an.

VII La transmission d'information à l'Agence Mondiale Antidopage (AMA) (demande et décision de l'AFLD) est systématique, en préservant la confidentialité, en cas de participation à des compétitions organisées par les fédérations internationales. Elle ne l'est que sur autorisation du sportif en cas de non-participation à des compétitions organisées par les fédérations internationales.

VIII Dans le document téléchargeable, figurent les conditions de prise en compte des demandes :

- Quelle procédure pour quelle substance ? demande d'AUT ou déclaration d'usage (DU) ?
- La déclaration d'usage (DU) concerne les glucocorticoïdes, utilisés seuls, par voies non systémiques et les bêta2 agonistes (Salbutamol et Salmétérol) par voie inhalée.
- Les demandes d'AUT concernant toute (s) substance(s) interdite(s) impliquée(s) dans un traitement médical, à l'exception de celles relevant d'une déclaration d'usage.
- La liste des pièces complémentaires à fournir concerne les affections suivantes :
 - Asthme
 - Asthme allergique
 - Asthme d'effort
 - Pathologie tendineuse
 - Hypertension artérielle

Le document de demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques amène à faire quelques remarques :

- Le sportif est passible de sanction en cas de résultat positif en l'absence d'AUT. Les instances disciplinaires compétentes de la fédération seront saisies du dossier.
- Le sportif malade consulte un médecin prescripteur qui doit toujours s'enquérir du statut du sportif, lequel doit prendre l'initiative de signaler sa pratique.
- En état actuel, en cas de positivité, seul le sportif est sanctionné.

Enfin, il convient de préciser le rôle du comité AUT qui se compose de 3 membres dont un secrétaire-rédacteur de la décision d'accord ou de refus. La décision finale se prend à la majorité du comité.

Le rôle du comité des médecins pour les AUT est de se prononcer sur l'adéquation du traitement ou du procédé dans le cadre de la prise en charge :

- d'un état pathologique aigu ou chronique,
- du fait que l'intéressé subirait un préjudice de santé significatif s'il ne pouvait en faire usage, car il n'existe pas d'alternative thérapeutique exclusive d'usage de substance ou de procédé interdit.

Qu'il s'agisse d'une acceptation ou d'un refus, le comité AUT doit motiver sa décision. Il doit également préciser que la substance est ou n'est pas susceptible de produire une amélioration de la performance autre que celle attribuable au retour à l'état de santé normal.

Enfin, malgré la difficulté de disposer d'éléments, le comité se prononce sur une relation entre la prescription nécessaire et l'usage antérieur à des fins non thérapeutiques de substances ou procédés interdits.

Le comité AUT a la possibilité, en plus de sa décision, de faire quelques observations. Il remplit la mission qui lui est dévolue mais n'a pas à porter d'avis d'aptitude à la pratique de telle ou telle discipline. La décision de contre indication ou non à une discipline sportive dépend de chaque fédération et de ses instances médicales, ce qui souligne le rôle important du médecin fédéral national.

En conclusion, le comité AUT gère les dossiers anonymisés en disposant des éléments et renseignements médicaux transmis par le sportif après qu'ils aient été remplis par son médecin auquel il doit toujours rappeler son statut de sportif en raison des règles édictées par l'AMA.

Il est indispensable qu'en respectant les exigences d'une gestion impartiale des dossiers, le comité AUT analyse chaque situation en prenant en compte pathologie et aspects humains avec bon sens. En cas d'analyses divergentes, un échange permettra une véritable concertation dans le but de rapprocher les points de vue ce qui est réalisé dans la majorité des cas.

Enfin, il faut à nouveau souligner que l'avis émis s'inscrit dans l'utilisation d'un traitement pour une pathologie mais ne s'exprime jamais sur l'orientation sportive de l'intéressé dont le certificat de non contre-indication relève des instances fédérales, de leur règlement et de la décision du médecin qui autorise la pratique sportive.

Quelques cas illustrent le rôle du comité AUT, même si le contenu des dossiers ne peut être détaillé donnant donc un caractère réducteur à leur présentation.

J'aimerais vous rapporter quatre cas intéressants :

- Le premier concerne une femme de 24 ans pratiquant l'escalade avec un diagnostic de vascularite de Churg et Strauss. Le dossier, très complet, argumentait le renforcement de la corticothérapie. Un accord a été exprimé pour l'AUT. Le dossier est à nouveau examiné quelques mois plus tard en raison de l'adjonction de Lamaline. Un refus est alors émis en raison de la possibilité d'utiliser une autre substance que ce produit. Dans les deux circonstances, le comité AUT a dans ses remarques souligné que la décision de la pratique sportive dépendait du médecin pour l'absence de contre-indication en indiquant le sport pratiqué et la symptomatologie clinique de la pathologie traitée.

- Le deuxième est celui d'un espoir de 15 ans et demi avec pertes de connaissance récidivantes. Le bilan cardiologique conclut à des malaises d'origine vagale avec mise en œuvre d'un traitement préventif et indication d'un bilan complémentaire en cas de récurrence. Le comité AUT a émis un refus au regard des risques, des médicaments interdits et de la mise en jeu évoquée de la santé du sportif.

- Le troisième cas est celui d'un sportif de 26 ans souffrant d'une sarcoïdose multiviscérale, avec retentissement respiratoire. Après une première AUT, son état s'est aggravé. Un service spécialisé a majoré la thérapeutique, justifiée médicalement. Un avis favorable limité dans le temps a été exprimé.

- Enfin, le cas d'une adolescente de 14 ans, pratiquant plusieurs disciplines sportives, avec un hermaphrodisme féminin nécessitant l'utilisation de médicaments faisant partie de la liste des interdictions. Le dossier comporte un bilan complet ; le traitement est adapté. Il précise que l'adolescente est sportive et aime la compétition. Un avis positif s'accompagne d'une réflexion sur les risques encourus en l'absence de précautions pour la pratique.

Afin de dissiper toute ambiguïté, il faut préciser que les médecins experts de l'AFLD analysent les dossiers dans le cadre de la mission qui leur est confiée.

Ce serait leur faire un procès d'intention que de laisser planer le doute sur leur intervention pour une éventuelle remise en cause du certificat de non contre-indication comme certains essaient de le faire croire. Il serait cependant anormal de ne pas attirer l'attention pour que le médecin de l'AFLD signale, s'il l'estime nécessaire, des risques éventuels de certaines pratiques.

Questions-réponses avec la salle

Docteur Alain CALMAT

La commission AUT semble presque se substituer aux certificats de non contre-indication. Or il est uniquement demandé à l'AFLD de répondre à trois questions liées au dopage. En aucun cas, l'indication du niveau et de la discipline n'entre en compte. Est-ce vraiment le rôle de votre commission ? La position de l'Agence me semble ambiguë.

Docteur Jacques LIENARD

Je veux vous rassurer et je pensais avoir été assez clair dans ma présentation.

Docteur Daniel KOEHLIN, médecin fédéral de la FF de Canoë kayak

Une réponse simple peut être apportée à ce problème : certaines fédérations délivrent des certificats d'aptitude au sport et d'aptitude au sport en compétition, correspondant à deux licences différentes.

Docteur Nicolas BARIZIEN

La commission de l'AFLD doit répondre à trois questions, or elle est en train de remettre en cause le certificat de non contre-indication à la pratique du sport. Le décret régissant ces dispositions a été défini comme étant à disposition de tous les médecins. Ce n'est donc pas le rôle de l'Agence.

Docteur Jacques LIENARD

Docteur, vous semblez ne pas m'avoir compris. En aucun cas, le certificat de non contre-indication n'est remis en cause.

Docteur Véronique LEBAR

Nous ne remettons pas en cause le certificat de non contre-indication : nous essayons, dans certains cas, de trouver des solutions afin d'avertir le médecin fédéral, de dangers que pourraient éventuellement courir le sportif. Les experts se limitent à répondre aux trois questions que nécessite leur expertise, mais en tant que témoins, il leur appartient de relater certaines problématiques sans que celles-ci n'interfèrent dans leur réponse à l'AUT. Nous aimerions coopérer avec toutes les fédérations afin de résoudre ou anticiper ce type de problème.

Docteur Nicolas BARIZIEN

J'estime que ces dossiers relèvent de la commission médicale de la fédération. Merci de me les transmettre, s'il y en a en rugby.

Docteur Jacques LIENARD

Nous nous positionnons en tant que comité AUT, mais face à des anomalies flagrantes, nous serions coupables de ne pas demander de faire remonter l'information aux fédérations (problème cardiaque avec risque de mort subite, escalade avec problèmes neurologiques, etc.). En effet, la demande exprimée est faite auprès de l'AFLD sans passer préalablement par la commission médicale de la fédération. De toute façon, les remarques qui viennent d'être exprimées ne peuvent que renforcer l'attention de tous les experts de l'AFLD pour remplir au mieux leur mission dans l'intérêt du sportif.

Conclusion des travaux

Docteur Alain CALMAT

Nous nous sommes réunis aujourd'hui pour améliorer le travail en réseau entre l'AFLD, la commission médicale du CNOSF et les commissions médicales des fédérations.

L'intérêt a été grand de confronter les données et pensées de chacun afin d'assurer l'éthique de toute compétition et d'éviter des problèmes de santé aux sportifs.

Les débats ont montré que la gestion des AUT n'était pas une chose simple quelque soit le côté où l'on se place, celui des médecins en charge de la demande d'AUT comme celui de l'expert chargé de donner son avis.

En l'absence d'autres questions, je remercie vivement l'ensemble des participants pour l'intérêt de leurs questions et les différents intervenants pour la clarté de leur exposé et de leurs réponses.

Je n'oublie pas de remercier l'AFLD, en charge de ce dossier dans notre pays. A l'origine de cette journée, elle prouve s'il en était besoin qu'elle est aussi au service de l'ensemble des sportifs.

OM	Prénom	Institution
BAGATE	Christian	FF Rugby
BAIXE	Alexandre	AFLD
BARIZIEN	Nicolas	FF Rugby
BIRLOUEZ	Caroline	FF Equitation
BOIVIN	Pierre	FF Moto
BOXELE	Régis	FF Squash
CALMAT	Alain	CNOSF Commission médicale
CHEVAUDONNAT	Noël	Handisport
DELPLANQUE	Georgine	FF Handball
DENIAU	Sylvie	FF Equitation
FAVORY	Eric	FF Equitation
FOUILLOT	Jean-Pierre	Commission médicale
FRAISSE	Françoise	FF Gym + INSEP
GROC	Marianne	INSEP
GUENERON	Jacques	INSEP- Intervenant
KOECHLIN	Daniel	FFCK
LACROIX	Amandine	INSEP
LANGLOIS	Jean	Ordre National des Médecins-Intervenat
LE VAN	Philippe	CNOSF Commission médicale
LEBAR	Véronique	AFLD-Intervenante
LECOQ	Anne-Marie	FFC-Intervenante
LEPOURCELET TALVARD	Christine	FF Natation
LIENARD	Jacques	UEFA / AFLD-Intervenante
MAGALOFF	Patrick	CNOSF Commission médicale
MATHIEU	Jean-Claude	FF SAD
MICHAUT	Anne	FF Tir à l'arc
MOMBET	Jacques	FF Rugby
MONROCHE	André	FF Savate boxe française
NGUYEN	Stéphanie	FF Judo et D.A.
PALIERNE	Christian	FF sociétés aviron
PAPELIER	Yves	FF GT
PERISSET	Véronique	CNOSF Commission médicale
PONCIN	Valérie	FFESSM
RIEU	Michel	AFLD
ROUILLON	Olivier	FF Golf
ROUSSEAU-BLANCHI	Marie-Philippe	FF Ski
ROUSSEL	Jacques	FF SA
ROZENBLAT	Marc	SFTS
SALMI	Meriem	INSEP
SEBASTIEN	Pierre	FF Handball

NOM	Prénom	Institution
SERRA	Jean-Michel	FF Athlétisme
SORRENTINO	Daniel	FF Basketball
THERON	Jacques	FF Pétanque et J.P
VESSELLE	Benoît	FF Judo
VILLEY	Thierry	FF Aérostation
VIVES	Anne-Lyse	FF Equitation

*Ce document a été réalisé sous la responsabilité de Patrick MAGALOFF,
Directeur Sport santé de la Commission médicale du CNOSF,
Et de Véronique LEBAR, responsable de la cellule médicale de l'AFLD, en charge des AUT*



1 avenue Pierre de Coubertin
75640 Paris Cedex 13
Tel: 01 40 78 29 24 Fax: 01 40 78 28 34
Site: <http://www.franceolympique.com>