



Antenne Médicale de Prévention du Dopage (AMPD) Languedoc-Roussillon



**Qu'est-ce que la répression, et qu'est-ce que la
prévention du dopage?
Juin 2011**

La lutte contre le dopage s'organise aujourd'hui en France entre politique de répression et prévention, présentées comme complémentaires, dans un rapport cependant très inégalitaire au regard de leurs financements respectifs.

Répression et prévention diffèrent en tous points, postulats moraux, épistémè, stratégie.

La répression repose sur le postulat moral que le mal est inhérent au monde humain, qu'il est descriptible sous forme d'actions imputables à des personnes. Des lois et des règles circonscrivent le champ des actions interdites, l'incertitude ne concerne que l'établissement du fait criminel, la preuve. La lutte contre le mal s'organise comme projet de désignation formelle des criminels et de leur coercition, qui par la force de l'exemple exercera une frayeur salutaire sur les candidats au crime, qui ne passeront pas à l'acte.

En revanche la prévention repose sur le postulat moral que le mal est contingent, qu'il est descriptible comme l'effet d'une série de causes sur lesquelles une action est possible. Des modèles mathématiques identifient les relations de causalité entre phénomènes, l'incertitude concerne la force du lien causal. La lutte contre le mal s'organise comme projet de normalisation des comportements, par l'information directe des personnes, ou l'action sur les dynamiques sociales causales. La connaissance des risques associés aux comportements est censée guider l'action des personnes vers une réduction

Rédaction : Dr Claire Condemine-Piron ampd34@chu-montpellier.fr

<http://www.chu-montpellier.fr/ampd/> Téléphone :04.67.33.22.73

du risque, en vertu d'un principe de rationalité des conduites.

Une politique de répression consiste à définir des règles de comportement (vitesse limitée, usage médicamenteux réglementé), établir les modalités de détection des infractions aux règles (radars, contrôles urinaires), enfin à assortir l'infraction avérée d'une sanction. Elle correspond à une stratégie de mise en ordre du social qui place le sujet au centre du dispositif, en invoquant sa responsabilité vis-à-vis de ses actes. Le modèle répressif donne au mal une configuration morale, articulée sur l'examen d'actes individuels, caractérisés par la transgression vis-à-vis d'une règle, d'une loi, transgression parfois involontaire mais parfaitement descriptible et vérifiable.

Une politique de prévention consiste à identifier une relation de causalité entre un comportement ou une situation et un événement indésirable (comme la suralimentation et le diabète), à recenser des conduites favorables ou défavorables vis à vis du risque d'apparition de l'événement indésirable (comme la vigilance qui réduit le risque d'accident), à influencer les conduites via les croyances et les représentations qui les guident en vue de réduire l'incidence d'événements indésirables qui en découlent (comme promouvoir le port du casque à deux roues). Le mal à combattre est ici causé par un comportement qui n'est pas une faute, mais plutôt une erreur ; l'objectif d'une politique de prévention n'est en rien celui de la mise en évidence d'un comportement fautif, mais d'obtenir la disparition de ce comportement par la volonté éclairée du sujet.

La pierre angulaire du modèle répressif est la charge de la preuve, qui seule peut établir la certitude du fait. Oui ou non, tel sportif a consommé telle substance dans les circonstances qui établissent une infraction réglementaire, oui ou non, tels médicaments se trouvent dans le coffre d'un assistant, et attestent l'existence d'un trafic.

La preuve est-elle mise en doute, par une erreur technique, un vice de forme, ou une erreur scientifique, portant sur la sensibilité ou la spécificité d'une détection, et tout l'édifice s'effondre...Pas d'infraction sans preuve, pas de sanction sans infraction.

Ce modèle conduit la force publique à une nécessaire surenchère de dispositifs complexes d'établissements de la preuve : il faut des contrôleurs assermentés, une procédure rôdée dans ses plus infimes détails, un arsenal technologique et scientifique d'un niveau de rigueur et d'excellence bien supérieurs à ceux qui prévalent dans l'exercice habituel du soin ; ici l'erreur est une faute majeure, elle empêche l'établissement de la preuve, qui est le seul but de l'entreprise. La cuirasse de l'accusation doit être sans défaut vis-à-vis des assauts de la défense...

Aussi la perfection formelle du modèle répressif, fondé sur la preuve, fait-elle oublier son défaut fondamental, le coût prohibitif du complexe techno-

scientifico-juridique, sa faible efficacité, si l'on rapporte le montant des investissements au nombre des délits avérés. Ainsi l'action de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage dotée d'un budget de 7 millions d'euros a-t-elle permis à l'issue de 10 130 contrôles d'aboutir à 197 sanctions en 2009, ce qui équivaut à un coût social de 35 533 euros par sportif sanctionné.

La prévention en revanche intervient là où un comportement qui n'est pas intentionnellement fautif aboutit à des conséquences funestes. Il s'agit alors non pas de punir un délit, mais de faire connaître au sujet le caractère "risqué" de sa conduite : vitesse excessive, alimentation trop grasse, sédentarité. Il s'agit de convaincre le sujet de la réalité de la relation causale entre son comportement et ses suites, réalité "qui ne va pas de soi" : toxicité des vitamines en excès, inutilité du recours systématique à la voie injectable, développement de dépendance aux stéroïdes anabolisants, etc...

La prévention s'appuie sur le modèle du risque tel que développé par les mathématiques probabilistes, et utilisé par les épidémiologistes pour établir une relation causale entre deux faits, malgré l'absence d'une détermination stricte, ni unique (comme entre le tabagisme et le cancer du poumon). Ce sont des populations et des équations qui ont permis néanmoins d'établir non pas des propositions positives, mais le niveau du risque d'erreur qu'on prend en affirmant une relation de causalité entre deux phénomènes.

Ainsi n'est-on jamais assuré que le tabac tue, mais le risque de se tromper en l'affirmant est si faible, et c'est ce risque qui est calculé, qu'il ne serait pas raisonnable de ne pas croire que le tabac tue. En revanche, va-t-il tuer celui-ci plutôt que celui-là, le modèle du risque n'en dit rien.

C'est que lorsque la causalité n'est pas stricte entre deux phénomènes, il y a toujours un risque d'affirmer un lien causal alors qu'il ne s'y trouve pas, ou de le récuser alors qu'il s'y trouve. La mesure de l'étendue du risque à se tromper en affirmant ou en récusant à tort est mathématiquement formalisée, à condition que l'analyse porte sur un assez grand nombre d'observations.

Cette approche du réel est tout à fait contre intuitive, à la différence du modèle techno-juridique de la preuve, qui a l'avantage de provoquer le sentiment de l'évidence, une fois que la notion de loi et de délit ont pénétré les esprits jusqu'à paraître naturels.

Le modèle du risque s'est répandu avec succès dans le domaine de l'assurance, et des politiques de santé d'une société fondée sur la prévoyance, l'anticipation des dépenses, et la volonté de les contrôler. Il détermine le montant des primes à payer pour garantir le risque d'accidents responsables liés à l'usage d'un véhicule, pour financer le risque de vieillesse (retraite), de maladie, d'incapacité, de chômage etc...

Dans le territoire de la santé, le modèle assurantiel permet de répondre efficacement aux besoins prévisibles d'une population, mais distribués aléatoirement, grâce à la mutualisation des coûts. Les hommes peuvent s'adonner librement au tabac, à l'alcool et autres comportements à risque, c'est finalement le montant de la prime payée par tous solidairement qui permettra de faire face aux conséquences néfastes, ou plutôt coûteuses de ces comportements.

La mise en évidence d'une relation de causalité entre des comportements (facteurs de risque) et des événements indésirables (pathologies, accidents), remplace progressivement la vision de la maladie et de l'accident comme aléa par celle d'une voie finale commune de conditions initiales défavorables (terrain génétique, véhicule déficient) et de comportements nocifs (suralimentation, sédentarité, conduite en état d'ébriété).

Le modèle du risque permet d'établir des relations de causalité « molles » entre des phénomènes, et d'éviter le problème de la responsabilité individuelle, ou plutôt de l'irresponsabilité individuelle, en s'appuyant sur le principe de solidarité, de responsabilité partagée, jusqu'à ce que la propension de ce dispositif coûteux à s'étendre sans fin, conduise le gestionnaire à recadrer les comportements en cause, soit par l'aménagement des primes d'assurance (bonus/malus), soit par l'éducation des conduites (civisme, santé).

Les dépenses liées à la prise en charge des risques avérés apparaissent comme d'autant plus excessives, que vécues par chacun comme un sacrifice au bénéfice du bien commun. Ainsi la chasse aux dépenses de santé, qui ne cessent de croître est-elle devenue le sport international de l'occident, malgré la légitimité reconnue et partagée de la poursuite de la santé par chacun comme un bien essentiel, et les progrès croissants des technologies de la santé, toujours plus efficaces, toujours plus coûteuses.

La volonté d'agir en amont de l'événement néfaste, en réduisant les comportements à risque, par le biais de l'influence morale sur les croyances, les jugements, les préférences des personnes produit un effet de moralisation des conduites, vis-à-vis des coûts attendus relatifs aux conséquences néfastes de ces conduites : c'est ici la norme, qui remplace la faute du modèle répressif.

L'alimentation devient une conduite à risque, qualifiée de bonne ou mauvaise non plus vis-à-vis du plaisir qu'elle procure au consommateur, mais de ses conséquences en termes de dépenses de santé ; le conducteur pressé est désormais un chauffard au regard de la relation qui unit vitesse et accidents.

La prévention a pour tâche de familiariser le public avec la relation de causalité établie par voie statistique entre une conduite et un événement, et d'injecter un contenu moral à la conduite relativement à ses conséquences : être sédentaire, manger avec excès deviennent des comportements connotés moralement, par les conséquences qu'ils produisent.

C'est ainsi que le dopage, qualifié initialement de tricherie, infraction vis-à-vis d'un règlement, se trouve requalifié comme conduite à risque pour la santé, au regard des conséquences néfastes des pratiques de mésusage médicamenteux sur la santé des individus. Le dopage/mésusage entraînerait des coûts spécifiques liés aux problèmes de santé des utilisateurs abusifs, et la volonté de réduire ces coûts légitime alors le recours aux pratiques de prévention.

Ainsi se superposent dans le dopage la définition d'un mal moral, relatif à une infraction réglementaire, à celle d'un mal social, au titre des événements indésirables (néfastes et coûteux) qui en découlent. Pour autant, le déséquilibre gigantesque entre la part dévolue à la répression et celle consacrée à la prévention témoigne de la supériorité de la vision du dopage comme faute à celle du mésusage médicamenteux comme risque dans la société.

Le dopage reste essentiellement un problème de faute, de tricherie, et accessoirement un problème de santé publique, alors même que les mésusages médicamenteux à visée cosmétique et ergogénique font florès dans le monde sportif et la société tout entière, sans parler du marché dérégulé médicalement des compléments alimentaires...

Par ailleurs, ce déséquilibre traduit également la hiérarchie des valeurs d'efficience des politiques dans l'esprit de nos administrateurs. La culture de la preuve, qui désigne le mal comme action d'un sujet dont on peut circonscrire le champ des responsabilités, produit des effets quantifiables positifs et à court terme, le nombre de sportifs sanctionnés, tandis que la prévention produit des effets négatifs, les sportifs qui ne sont pas sanctionnés, et à long terme, -les sportifs qui ne seront pas malades, ce qui rétribue maigrement l'investissement politique.

Par ailleurs l'ambition de réduire les coûts du risque solidairement partagé s'assortit mal de dépenses supplémentaires destinées à réduire ces mêmes coûts ; là où le principe d'économie prévaut, toute dépense est mal venue. Une politique de prévention se présente comme un investissement, une dette, qu'il faudra rembourser à terme par une diminution conséquente et proportionnée des coûts relatifs aux soins, ce qui nécessite un état des lieux documenté des coûts de santé consécutifs au mésusage médicamenteux dans le sport, inexistant à ce jour, et probablement hors de portée.

Enfin, et ce dernier point n'est peut-être pas le moindre, l'ambition de la prévention qui est d'influencer les conduites au travers des représentations et des croyances des sujets, met en évidence des résistances, qui sont parfois socialement déterminées par des contraintes supérieures auxquelles sont soumis les sujets : l'observation que les cadres se dopent aux anti-dépresseurs pour faire face à leurs contraintes professionnelles, que les étudiants se saoulent pour se détendre, que les sportifs éteignent la douleur pour tenir leurs engagements, n'est pas sans conséquence en retour sur le regard critique qui peut être posé sur une organisation sociale, accusée d'être la cause première des comportements déviants qu'elle stigmatise.

A ce jour, le financement de la répression du dopage en France, à travers l'Agence Française de Lutte contre le Dopage s'élève à 7,8 millions euros en 2010, sans compter les dépenses des fédérations financées par les pouvoirs publics, sur une enveloppe globale. En revanche, les dépenses de prévention, à travers les Antennes Médicales de Prévention du Dopage et le numéro vert Ecoute dopage s'élèvent à environ 800 000 euros, un rapport de 1 à 10.

La politique de prévention est finalement sous-dimensionnée parce que la faute prévaut sur l'imprudence dans l'imaginaire collectif du dopage, parce que la prévention s'appuie sur un dispositif intellectuel contre intuitif et étranger à la culture juridique dominante, parce qu'elle ne produit pas d'effets utilisables par les médias et les communicants, parce qu'elle coûte toujours trop cher dans un environnement qui a pour finalité de réduire ses dépenses par principe, parce qu'elle interpelle le social comme cause première des inclinations fautives des sujets et complexifie ainsi le projet d'ordre social auquel elle est assujettie comme modèle d'action politique.

Pourtant, si l'on admet que le mésusage médicamenteux est un mal évitable, que l'ignorance ainsi que les fausses croyances président essentiellement à des comportements erratiques voire guidés par des influences commerciales, ou des situations sociales pathogènes, la prévention doit s'imposer comme politique d'action publique prioritaire dans la lutte contre le dopage.

Pour nous contacter

**Antenne Médicale de Prévention du Dopage du Languedoc
Roussillon**

Pr Jean-Pierre Blayac Dr Claire Condemine-Piron

Téléphone 04.67.33.22.73

ampld34@chu-montpellier.fr

<http://www.chu-montpellier.fr/ampd>

Pour une information urgente :

Ecoute Dopage : 0 800 15 2000

Du lundi au vendredi de 10h à 20h

Agence Française de Lutte contre le Dopage

<http://www.aflld.fr>

01.40.62.76.76

Rédaction : Dr Claire Condemine-Piron ampld34@chu-montpellier.fr

<http://www.chu-montpellier.fr/ampd/> Téléphone :04.67.33.22.73