



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

Annexe 5 au Code de déontologie

Directive pour la prise en charge médicale des sportifs

Elfenstrasse 18, Postfach 170, CH-3000 Bern 15
Telefon +41 31 359 11 11, Fax +41 31 359 11 12
info@fmh.ch, www.fmh.ch

Directive pour la prise en charge médicale des sportifs¹

1. Préambule

¹ Par l'information et la prise en charge de leurs patients dans le cadre du sport et par les conseils prodigués dans ce contexte, les médecins contribuent largement à la promotion de la santé.

² Le sport a une portée nationale. Hormis les exigences qu'ils s'imposent eux-mêmes, les sportifs de haut niveau sont souvent soumis aux pressions du public, des médias, des entraîneurs, des organes d'associations et des sponsors, exigeant des résultats toujours meilleurs. Les athlètes sont poussés jusque dans leurs dernières limites. Il peut en résulter des problèmes de santé, des risques importants et une concurrence déloyale dans les compétitions.

³ La prise en charge médicale des athlètes exige une grande faculté de compréhension. Elle présuppose l'intervention responsable du médecin pour protéger la santé du sportif dans les limites de l'éthique médicale, tout en veillant au respect de l'équité dans la compétition sportive. Elle inclut aussi la prise de conscience du fait que ce n'est pas le médecin, en premier lieu, qui est responsable de la prestation de l'athlète et qu'il doit donc éviter de se profiler de manière inconvenante à travers les succès sportifs.

2. Champ d'application

¹ Cette directive s'applique aussi bien à la consultation et à la prise en charge médicale des «sportifs en général» qu'aux conseils et aux soins donnés par les médecins du sport à des athlètes particuliers, licenciés et membres d'une société sportive affiliée à l'Association olympique suisse.

² Par «sportifs en général», on entend les personnes – enfants, adolescents ou adultes – pratiquant une activité sportive et consultant le médecin à ce propos, ainsi que celles prenant part à des «sports de compétition non réglementés».

³ Le terme d'athlète regroupe, en particulier, toutes les personnes participant à des «sports de compétition réglementés», ce qui comprend notamment (par analogie avec le statut de dopage de l'AOS du 1^{er} janvier 2000, article 13) les manifestations sportives organisées par l'une des associations ou sociétés affiliées à Swiss Olympic ou par leur association faitière internationale, ainsi que la préparation à une telle manifestation par l'entraînement ou la régénération.

3. Principes régissant la médecine du sport

3.1. Protection de la santé et autonomie des patients: un conflit potentiel

¹ La surveillance et la protection de la santé des sportifs doit être le souci premier de tout médecin pratiquant la médecine du sport. Ce faisant, il se rappellera que le principe «primum nihil nocere» est applicable à toute décision, tant sous l'angle médical, que juridique et éthique. Le médecin s'occupant de sportifs n'omettra pas non plus de prendre en considération les capacités, l'engagement et souvent l'extraordinaire résistance physique et psychique qu'exigent les performances sportives.

¹ Décision de la Chambre médicale du 25 avril 2002; projet publié dans le Bulletin des Médecins suisses, 31/2001, 1655-1658, explications 1651-1654 ; en vigueur par publication dans le BMS du 11 décembre 2002 (BMS 2002; 83: N° 50, p. 2753 ss.)

² De par leur motivation personnelle ou les pressions qu'ils subissent, les athlètes sont souvent amenés à poursuivre une activité sportive en dépit des risques qu'elle comporte et de l'avis négatif du médecin.

³ Si la participation à l'entraînement ou à des compétitions constitue un risque pour la santé du sportif et que celui-ci s'obstine à poursuivre son activité sportive, le médecin peut être placé devant un conflit d'ordre éthico-professionnel (opposition de deux principes: la protection de la santé du patient et son autonomie).

3.2. Critères de comportement dans un tel conflit

Il convient de prendre en considération

- la nature du mandat, à savoir si le médecin est exclusivement mandaté par le sportif («médecin personnel») ou s'il exerce des fonctions de médecin du sport dans le cadre d'une organisation sportive (association, club, équipe, etc.), dénommé ci-après «médecin d'équipe»;
- l'importance des préjudices ou des risques pour la santé;
- la mesure dans laquelle les explications du médecin sur les préjudices et les risques encourus sont compris par le sportif (faculté de décision);
- la mesure dans laquelle le sportif est libre de ses décisions ou libre d'influences extérieures, notamment de la part de l'équipe, de l'entraîneur, de la famille, ou liées à la carrière sportive et aux revenus (liberté de décision);

3.3. Critères servant à établir l'absence de faculté ou de liberté de décision du sportif

Notamment dans les cas ci-après, il est possible que la faculté ou la liberté de décision du sportif soit entravée ou absente:

- situations ne permettant pas au sportif de prendre des décisions rationnelles (troubles de la conscience, épilepsie, psychoses réactives, p. ex.);
- adolescents de moins de 16 ans (chiffre 3.6. ci-après)
- sportifs liés par un contrat de travail (chiffre 3.5. ci-après).

3.4. Recommandations de comportement pour le médecin personnel

¹ Le médecin exclusivement mandaté par le sportif est tenu de le dissuader avec toute la clarté voulue de poursuivre une activité sportive incompatible avec la préservation de son état de santé.

² Le médecin refusera d'établir un certificat incompatible avec sa conscience déclarant le sportif apte à l'entraînement ou à la compétition (cf. art. 3, al. 4, CoD).

³ Le médecin doit respecter le secret médical concernant le sportif à l'égard de tiers (cf. art. 11 CoD). Les dispositions concernant la prise en charge d'enfants et d'adolescents demeurent réservées (chiffre 3.6. ci-après), ainsi que les cas où le sportif met en danger la santé de tiers (chiffre 3.8. ci-après).

3.5. Recommandations de comportement pour le médecin d'équipe

¹ Si l'examen médical du sportif est effectué sur mandat d'un tiers (association, responsable d'équipe, etc.), le médecin sera conscient du conflit d'intérêt qui peut exister entre le sportif et le mandant (cf. art. 33 CoD).

² En acceptant un mandat de médecin d'équipe, celui-ci s'assure par contrat un droit de notifier au mandant les décisions concernant l'aptitude des candidats à pratiquer le sport en question.

³ En évaluant pour le mandant l'aptitude d'un sportif à pratiquer un sport, le médecin d'équipe doit mettre en balance les risques pour sa santé et sa faculté ou sa liberté de décision, sachant que malgré les risques encourus le sportif souhaite pratiquer le sport en question (cf. art. 3, al. 4, et art. 4, al. 1,

CoD). Le médecin d'équipe refusera d'établir un certificat incompatible avec sa conscience déclarant le sportif apte à l'entraînement ou à la compétition (cf. art. 3, al. 4, CoD).

⁴ Lorsqu'un sportif est lié de facto par un rapport de travail à une association, une équipe, etc., que son état de santé, du point de vue médical, ne permet pas sa participation à l'entraînement ou à la compétition et qu'il existe des doutes quant à sa faculté ou à sa liberté de décision, il appartient au médecin de trancher entre la protection de la santé et l'autonomie du patient. A cet égard, il tient également compte de l'obligation de protection de l'employeur vis-à-vis de l'employé. En cas de nécessité, il prend l'initiative d'informer les personnes ou les offices compétents, même contre la volonté du sportif, de son inaptitude à participer à l'entraînement ou à la compétition.

⁵ Avant de l'examiner, le médecin d'équipe doit informer le sportif de la raison de l'examen et lui dire à qui seront communiqués les résultats. Au terme de l'examen, le médecin débattre avec le sportif de la suite et, le cas échéant, du contenu de la communication nécessaire à des tiers.

⁶ Pour chaque cas, les renseignements du médecin d'équipe au mandant ne comportent que des conclusions relevant de la médecine du sport, autrement dit, un exposé sur l'aptitude ou l'inaptitude à participer à l'entraînement ou à la compétition, différencié si nécessaire, mais il ne donnera pas les raisons médicales (pas d'indication du diagnostic; cf. art. 11 en liaison avec l'art. 33 CoD).

⁷ En cas de mise en danger de tiers, le chiffre 3.8. ci-après doit être pris en considération.

3.6. Enfants et adolescents

¹ Lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adolescents pratiquant un sport, le médecin doit s'assurer notamment que les exigences de l'entraînement et des compétitions correspondent à leur rythme de croissance et de développement et ne constituent pas une menace pour leur développement physique et psychique.

² Les enfants et les adolescents doivent être informés de manière compréhensible sur la manière de procéder du médecin.

³ Les problèmes de santé doivent faire l'objet d'une discussion, le cas échéant, avec les parents (ou un autre représentant légal).

⁴ Le stade de développement individuel des enfants et des adolescents ainsi que les questions de fond ayant trait au problème médical sont déterminants pour savoir qui doit décider. La règle générale est que, pour les enfants et les adolescents entre 12 et 16 ans, les décisions médicales relatives au sport se prennent d'un commun accord avec les parents (ou un éventuel représentant légal). Pour les enfants en dessous de 12 ans, la faculté de codécision est admise uniquement dans des cas exceptionnels.²

3.7. Secret médical et public

¹ Le médecin est tenu au secret médical vis-à-vis du public.

² Lorsqu'il s'agit d'un athlète dont l'état de santé est d'intérêt public, le médecin décide d'entente avec celui-ci quelles sont les informations qui peuvent être divulguées. Si les circonstances le permettent un communiqué écrit est établi en commun afin d'éviter tout malentendu.

² Les données sur les âges concernant la capacité de jugement pour le consentement aux traitements médicaux correspondent à celles du Prof. W. Wiegand, docteur en droit, dans H. Honsell (éditeur): Handbuch des Arztrechts, éditions Schulthess Zurich 1994; p. 149. Cette classification en fonction de l'âge semble également convenir pour la médecine sportive.

3.8. Mise en danger de tiers

¹ Si, du point de vue médical, il existe une menace pour des tiers (joueurs de la même équipe ou de l'équipe adverse, public, p. ex.), le médecin traitant doit en informer le sportif et l'inciter à renoncer à sa participation. Si nécessaire, le médecin informe les personnes ou les offices compétents, même contre la volonté du sportif, de son inaptitude à participer à l'entraînement et à la compétition.

² Si aucun droit de notification n'est prévu par contrat et que le sportif refuse de donner son accord pour l'information des personnes ou des offices compétents, bien que celle-ci soit jugée nécessaire du point de vue médical, le médecin doit tout d'abord obtenir des autorités cantonales l'autorisation le déliant du secret professionnel (art. 321 CP). Seul un danger imminent pour la santé de tiers peut délier le médecin du secret professionnel (secret médical) contre la volonté du sportif (art. 17, CP, état de nécessité licite³).

4. Dopage dans le «sport de compétition réglementé»

4.1. Définition

¹ Au sens de cette directive, le dopage concerne le «sport de compétition réglementé». La définition, qui se fonde sur celle donnée par le mouvement olympique dans son code antidopage (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2000)⁴, en est la suivante: le dopage est contraire aux principes fondamentaux de l'Olympisme et de l'éthique sportive et médicale et est donc interdit; est qualifié de dopage l'usage d'un artifice (substance ou méthode) potentiellement dangereux pour la santé des athlètes et/ou susceptible d'améliorer leur performance, ou la présence dans l'organisme de l'athlète d'une substance interdite, la constatation de l'usage d'une telle substance ou la constatation de l'application d'une méthode interdite.

² Le recours à une telle substance peut porter atteinte à la santé du sportif, constitue une violation des principes de l'éthique médicale et est en outre déloyal dans le cadre des compétitions sportives. C'est pourquoi, dans le «sport de compétition réglementé», la création, l'introduction, la procuration, la distribution, la prescription, la remise et la surveillance de moyens de dopage par le médecin sont contraires à la déontologie et inadmissibles.⁵

4.2. Liste des substances et des méthodes de dopage

¹ Sont déterminantes pour l'énumération des substances et des méthodes interdites, la liste éditée par Swiss Olympic, dans sa version actuelle⁶, et/ou l'ordonnance du Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports (DDPS) sur le dopage⁷. Toute substance appartenant à une classe interdite est considérée comme dopante même si elle n'est pas mentionnée expressément. Cela s'étend également aux substances apparentées à la classe en question par leur effet pharmacologique ainsi que leur structure chimique. En outre, le succès ou l'échec du recours à une substance ou une méthode interdite n'a pas d'importance. Le fait d'y recourir ou de tenter de le faire est suffisant pour qu'il y ait dopage.

² La liste des substances et des méthodes de dopage comprend, dès la publication de la présente directive, les moyens énumérés ci-après:

³ L'article 17 (état de nécessité licite) du Code pénal précise ce qui suit: «Quiconque commet un acte punissable pour préserver d'un danger imminent et impossible à détourner autrement un bien juridique lui appartenant ou appartenant à un tiers agit de manière licite s'il sauvegarde ainsi des intérêts prépondérants.»

⁴ Cf. www.dopinginfo.ch; dopage

⁵ Voir aussi la loi fédérale encourageant la gymnastique et les sports: mesures contre le dopage, art. 11c.

⁶ Cf. www.dopinginfo.ch; dopage; liste des substances dopantes interdites.

⁷ Ordonnance sur les substances et les méthodes dopantes, cf. www.dopinginfo.ch; informations; pour approfondir vos connaissances; bases légales.

- le recours à des médicaments ou autres substances appartenant aux classes suivantes: stimulants, narcotiques, agents anabolisants, diurétiques, hormones peptidiques et substances aux effets analogues (mimétiques).
- l'usage de substances appartenant à des classes soumises à certaines restrictions: alcool, cannabinoïdes, anesthésiques locaux, corticostéroïdes et bêtabloquants.
- les manipulations pharmacologiques, chimiques et physiques influençant l'intégrité des échantillons servant aux contrôles de dopage (p. ex. urine, sang), notamment: substitution, dilution ou autre manipulation visant à modifier l'excrétion rénale, modification du rapport testostérone/épitestostérone par l'administration d'épitestostérone.
- le recours au dopage sanguin, c.-à-d. l'administration de globules rouges, de transporteurs artificiels d'oxygène, de succédanés du plasma sanguin ou de produits apparentés.

4.3. Indication médicale indispensable, autorisation de la Commission technique de lutte contre le dopage (CLD)

¹ Si, bien que sachant que son patient est un athlète, un médecin considère, pour des raisons médicales et ne disposant d'aucune autre solution, qu'il est indispensable de prescrire un médicament à base de substances illicites ou une méthode interdite, il doit auparavant obtenir l'autorisation du médecin-conseil⁸ de la Commission technique de lutte contre le dopage (CLD⁹) de Swiss Olympic. L'autorisation peut être limitée dans le temps et assortie d'une réserve concernant la participation à des compétitions.

² Demeurent réservées les mesures d'urgence destinées à sauver la vie. Celles-ci doivent toutefois être annoncées sans retard à la CLD.

³ Un traitement à l'aide de substances anabolisantes androgènes n'est en principe pas permis. Dans les très rares cas où une substitution hormonale est indiquée pour raison d'insuffisance gonadique établie, une autorisation de la CLD, limitée dans le temps et donnée sous réserve de participation à des compétitions, est nécessaire.

4.4. Information, collaboration, protection contre les pressions

Le médecin doit informer les sportifs, leurs organes d'association et les personnes concernées sur les raisons et les conséquences du refus de recourir à des méthodes de dopage; il doit en outre apporter son soutien aux organes de contrôle et, dans la mesure du possible, protéger les sportifs contre toute pression externe exercée sur eux pour les inciter à recourir à de telles méthodes.

5. Abus de médicaments chez les «sportifs en général»

¹ Lorsque des «sportifs en général» ont recours à des substances et à des méthodes qualifiées de dopantes selon le chiffre 4 dans le «sport de compétition réglementé», on parle d'abus de médicaments. Le médecin se trouve alors face à un dilemme: choisir entre les principes inhérents à l'exercice de sa profession (art.2 CoD) et les besoins individuels du sportif qu'il conseille ou qu'il soigne. Bien que le renoncement à cet abus de médicaments soit le but idéal de la consultation ou du traitement, il ne peut pas toujours en être la condition.

² Les quelques règles suivantes devraient s'avérer utiles pour le médecin lorsqu'il rencontre ce problème d'abus de médicaments lors de la consultation ou du traitement de «sportifs en général».

⁸ Cf. www.dopinginfo.ch; dopage; médicaments autorisés.

⁹ Cf. www.swissolympic.ch; médecine sportive; lutte contre le dopage; commission technique.

- Le médecin ne devrait pas recourir aux médicaments et moyens figurant sur la liste des substances et méthodes de dopage, ou seulement avec une extrême réserve.
- Lorsqu'il doit, en l'absence d'autre solution, prescrire des substances interdites¹⁰, il est tenu de donner une information complète au sportif.
- S'il constate des problèmes ou des maux dus à un éventuel abus (comportement de dépendance), il doit intervenir.

6. Mesures de prévention

¹ Pour être efficace, la prévention contre le dopage et l'abus de médicaments doit se fonder sur une bonne collaboration entre les sportifs, les sociétés de sport, leur association faîtière, les offices fédéraux compétents et les médecins concernés.

² Elle fait contrepoids à la volonté d'augmenter les performances sportives par des moyens artificiels. Elle consiste en une large information déjà auprès des enfants et des adolescents pratiquant un sport et se poursuit plus tard par les conseils médicaux individuels donnés aux sportifs (cf. chiffres 4 et 5). Elle souligne en particulier les avantages d'un entraînement dans les règles par opposition au dopage et à l'abus de médicaments pour améliorer les performances.

³ L'information ne doit pas être banalisée; elle doit aussi véhiculer l'idée que le dopage et l'abus de médicaments dans le sport ne relèvent pas seulement d'un problème individuel mais trouvent aussi leur origine dans la société.

⁴ C'est pourquoi, le médecin soutient également les mesures visant à limiter l'accès aux substances et aux méthodes de dopage.

7. Entrée en vigueur

La directive et les articles révisés 6, 27 et 33 du code de déontologie ainsi que le nouvel article 33 bis de ce même code entrent en vigueur par leur publication dans le Bulletin des médecins suisses.

¹⁰ Cf. www.dopinginfo.ch; dopage; liste des substances dopante interdites

Explications (code de déontologie et directive)

Le dopage, en tant que «utilisation volontaire ou involontaire d'agents thérapeutiques appartenant à des classes de substances interdites ainsi que de méthodes interdites» ainsi que cela est contenu dans la définition du Comité international olympique CIO (étant naturellement précisé ici que l'augmentation de la performance sportive est le but visé de cette utilisation interdite) n'est depuis longtemps plus une affaire concernant les seuls médecins du sport dès lors qu'il concerne le corps médical dans son ensemble en tant que phénomène et reflet des comportements de la société. L'ambition sportive personnelle, le prestige national, les tentations financières et la pression s'exerçant sur le médecin pour obtenir la réussite peuvent susciter dans ce domaine des associations préoccupantes.

Le Conseil fédéral et le Parlement ont reconnu ce phénomène et ont, par le biais d'un amendement apporté à la loi fédérale encourageant la gymnastique et les sports datant de 1972, déclaré obligatoire des mesures interdisant le dopage. Ces mesures devraient favoriser la prévention du dopage, définir les pratiques interdites, institutionnaliser des contrôles et formuler finalement des dispositions pénales concernant la fabrication, la mise en circulation, la remise et l'utilisation de produits et de méthodes de dopage, prévoyant des amendes pouvant aller jusqu'à Fr. 100'000.--. On réalisera également de la sorte la conformité avec la convention du Conseil de l'Europe contre le dopage que la Suisse a ratifiée en 1993 déjà.

Il convient d'observer à propos de ces dispositions pénales que ce n'est pas celui qui utilise le dopage, donc le sportif, qui doit être sanctionné, mais son «environnement», terme sous lequel on vise l'entraîneur et l'équipe médicale qui le prend en charge et a recours au dopage. En Suisse, la sanction du sportif lui-même ne relève pas de l'Etat, mais est prononcée par une instance pénale centrale en matière de dopage de Swiss Olympic, le «Conseil de discipline pour les cas de dopage».

Il est important, pour comprendre l'ensemble de la problématique, de considérer que la législation suisse se rapporte au secteur de ce qu'il est convenu d'appeler «le sport de compétition réglementé» mais qu'elle n'englobe pas le sport dans toute son extension. Pour ce dernier domaine, on a besoin de réflexions et de normes de comportement médicales indépendantes du législateur, mais qui doivent bien entendu aller dans le même sens.

La situation juridique esquissée exige impérativement de chaque médecin en Suisse qu'il sache

- qu'une liste des substances dopantes interdites existe et
- que la remise et la prescription de médicaments de cette liste à des athlètes pratiquant un sport de compétition réglementé est punissable.

C'est ainsi que, selon les circonstances, la remise irréfléchie d'un produit antigrippal composé (contenant par exemple un stimulant) à un sportif pratiquant un sport de compétition réglementé pourra déjà conduire à des demandes d'informations désagréables, à des enquêtes ou peut même entraîner des conséquences pénales. D'autres exemples de situations spectaculaires autour d'une complicité présumée ou établie d'utilisation d'érythropoïétine EPO dans le sport d'endurance ou autour du marché noir d'anabolisants pour la mise en condition physique ou l'augmentation des performances sont abondamment connus par la presse. A côté des questions ayant trait aux médicaments, de nombreuses autres constellations d'interrogations peuvent placer le médecin devant des choix difficiles dans le cadre des relations avec un patient ou un client qui «en veut» sur le plan sportif, notamment lorsqu'il met en doute les aptitudes sportives de ce dernier.

Le groupe de travail propose de souligner le refus de principe du dopage dans un seul article 33 bis du code de déontologie (le code de déontologie de la FMH se doit d'être succinct et précis). En outre, les articles existants du code de déontologie qui se rapportent aux «relations triangulaires» classiques (médecin-conseil, médecin du travail, médecin scolaire, etc.) doivent être complétés par la mention du médecin du sport. Cela concerne les articles 6, 27 et 33 du code de déontologie.

A titre de commentaire d'application concret de cette formulation succincte on ajoutera dans une annexe n° 5 du code de déontologie de la FMH - annexe sur laquelle la Chambre médicale devra également se prononcer - une directive concernant la prise en charge des sportifs, toutes catégories confondues. Cette directive ne s'occupe pas uniquement du phénomène et du problème incontestablement prioritaire du dopage mais aborde également d'autres facteurs de conflits déjà évoqués dans le rapport de prise en charge «médecin - sportif», rapport dans lequel intervient souvent en tant que tiers un partenaire que l'on n'aura garde de négliger, l'«employeur» sous la forme notamment du club sportif. Il peut en effet y avoir une différence tout à fait essentielle selon que le médecin entre en contact avec le sportif sur une base contractuelle privée ou qu'il agit au contraire en étant mandaté par un tiers, en remplissant une fonction de «médecin d'équipe». La directive doit également offrir son aide dans cette zone souvent riche en problèmes où peuvent s'entrecroiser les intentions autonomes et personnelles d'un sportif, les réserves médicales de l'homme de l'art et les projections pratiques de l'institution sportive fournisseuse d'emplois. Il y a lieu de relever particulièrement dans ce contexte la formulation d'un droit de notification médicale au mandant sans la fixation contractuelle ou réglementaire duquel, aux yeux de la commission, une activité sensée du médecin dans le cadre de l'association ne peut être remplie que de façon insatisfaisante.

Se pose aussi fréquemment la question de l'information du public par le biais des médias. Pour le groupe de travail, il est évident que le public peut souhaiter des informations sur la situation médicale ou sur la relation médecin-sportif, mais qu'il n'a pas pour autant de droit en la matière. Dans certains cas, il peut s'avérer opportun de transmettre une information détaillée. Mais le sportif concerné a un droit de veto clairement établi (directive 3.7).

Les messages principaux du nouvel article 33 bis du code de déontologie sont clairs: *le dopage dans le cadre de l'activité médicale n'est pas tolérable et l'abus des médicaments doit dans toute la mesure du possible aussi être empêché par le médecin dans le domaine du sport non réglementé.* L'important est (malgré l'imprécision de la formulation générale dans la disposition du premier alinéa) la définition de dopage du mouvement olympique (représenté en Suisse par Swiss Olympic). Celle-ci se rapporte et se limite comme nous l'avons dit plus haut au sport de compétition réglementé (chiffre 4 «Dopage» de la directive figurant ci-dessus). Il a donc fallu trouver, pour le code de déontologie médicale, une façon de faire qui veille également à créer des relations claires pour le sport de masse, significativement plus important du point de vue quantitatif. Pour cette grande partie de la population concernée au chiffre 5 «Sportifs en général», le droit pénal n'est à bon escient pas applicable, mais il saute pourtant aux yeux que l'on devrait également éviter dans toute la mesure du possible ce qui est assorti de sanctions pénales dans le sport de compétition.

C'est la raison pour laquelle on a nouvellement introduit, par analogie avec la notion de dopage, celle d'«abus de médicaments», abus que les médecins effectuant une prise en charge des sportifs devraient, dans la mesure du possible, sinon tenter d'empêcher, du moins - d'une façon souvent plus proche de la réalité - limiter. La catégorisation entre dopage sanctionné pénalement et abus de médicaments faisant simplement l'objet d'un blâme n'équivaut pas à un droit à deux vitesses pour les sportifs. Elle correspond à la seule solution rationnelle pour maintenir le sport en tant qu'une des «plus belles activités accessoires du monde», dans son secteur de pointe, le moins manipulé, le plus loyal et le plus «propre» qui soit et pour fixer simultanément, dans le reste de son champ d'application, des signes en conséquence. Ce faisant, l'abstinence devrait, dans le sport en général, à

l'instar de ce qui vaut en matière de lutte contre l'alcool, la nicotine et d'autres produits générant la dépendance, constituer un but idéal sans pouvoir être pour autant dans chaque cas la condition indispensable au traitement¹¹.

En recourant, de façon parallèle au concept de dopage, à la notion d'«abus de médicaments pour les sportifs en général», on met en pleine lumière que la remise de médicaments à des personnes en bonne santé, en particulier à des personnes pratiquant le sport, doit être considérée par principe comme une action très critique. D'une manière générale, même lorsqu'il s'agit de sportifs justiciables d'un traitement médical, les médicaments devraient être utilisés le plus restrictivement possible et après un contrôle de la liste des produits de dopage de Swiss Olympic. Dans certains cas particuliers, des nuances sujettes à confusion apparente peuvent se présenter: comme on l'a déjà évoqué plus haut, le produit antigrippal contenant de l'éphédrine administré à un sportif licencié peut équivaloir à du dopage en raison du possible effet positif sur la prestation sportive, même si ce n'était pas l'intention poursuivie; administré à un sportif de masse, il peut représenter un abus de médicament, alors qu'il n'y a aucune réserve à émettre s'agissant de son administration à un «utilisateur normal». La question de savoir si l'athlète pratiquant un sport de compétition réglementé devrait en informer le médecin ou si, au contraire, c'est ce dernier qui devrait le lui demander est déterminante. Du point de vue déontologique, il s'agit de tracer une limite claire:

- le généraliste et le médecin hospitalier ne doivent bien entendu pas demander de façon courante à tous leurs patients s'ils pratiquent un sport de compétition réglementé;¹²
- en revanche, le médecin du sport et les cliniques spécialisées dans le sport devraient poser cette question de manière routinière à leurs patients.

En bref, il convient de souligner qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle éthique professionnelle avec des solutions normatives modifiées (tu dois/ne dois pas). Le code de déontologie médicale demeure en effet applicable pour la médecine du sport également. Mais, comme le droit pénal a désormais une incidence sur une partie de ce domaine, il fallait créer à cet égard des moyens d'interprétation et d'aide à la décision.

Le groupe de travail espère qu'avec la position représentée à l'article 33 bis du code de déontologie et dans la directive complémentaire, les médecins consultés par des patients pratiquant le sport, soit au sein d'une équipe soit à titre individuel, se voient offrir des recommandations utiles, bien compréhensibles et susceptibles de recueillir leur adhésion et que, en ce qui concerne les médecins, ces recommandations ne les mettront en conflit ni avec leur mandat d'atténuer les souffrances ni avec l'obligation de ne jamais léser le patient.

Références

Généralités

Ordonnance concernant les méthodes et produits de dopage (disponible sous forme de projet).

Loi fédérale encourageant la gymnastique et les sports: art. 11c., liste des produits et des méthodes de dopage (voir également: www.dopinginfo.ch; informations; pour approfondir vos connaissances; bases légales).

Statut du dopage et liste des substances dopantes interdites AOS 2000.

¹¹ cf. la prise de position analogue dans le concept de la FMH sur la drogue: Eléments de réflexion et implication pour le corps médical; Bulletin des médecins suisses 1996 ; 77(9) : 358-65: «L'abstinence vis-à-vis des drogues illégales est l'objectif idéal du traitement de la dépendance. Mais on ne peut pas toujours faire de cet objectif la condition initiale d'accès au traitement.» (Conclusions du ch. 2.4, p. 364).

¹² Le droit du sport met l'accent sur la grande responsabilité personnelle de l'athlète pratiquant un sport de compétition et qui, par exemple, «avant de prendre un médicament, doit s'assurer que celui-ci ne contient aucune des substances interdites». (Krähe Christian, Beweislastprobleme bei Doping im internationalen Sport; dans: Jochen Fritzweiler (Hrsg.): Doping; Verlage Stämpfli, Beck und Manz 2000 (Bern, München und Wien), p. 52.

Conférence internationale des ordres et des organismes d'attributions similaires, Déclaration sur le dopage dans les pratiques sportives, 15 mai 2000.

Déclaration de l'Association médicale mondiale sur les principes régissant les soins de santé en médecine du sport, adoptée par la 34^e Assemblée médicale mondiale, Lisbonne, Portugal, septembre/octobre 1981 et amendée par la 39^e, 45^e, et 51^e Assemblée générale, Tel-Aviv, Israël, octobre 1999.

Code antidopage du mouvement olympique, chapitre II, art. 1 et 2 p. 13, Lausanne 1999

Guidelines for Physicians concerning sports medicine treatment, VSG, Netherlands Association of Sports Medicine, 1998

M. Kamber, B. Marti: Sport-seitige Nachfrage von Dopingmitteln – Dilemma in der Arztpraxis; Bulletin des médecins suisses 46/1998; 2355 à 2360.

Fédération internationale de médecine du sport, Code of Ethics, 23 septembre 1997.

Prise de position de la SSMS concernant la lutte contre le dopage, La Chaux-de-Fonds, 30 septembre 1994.

Commission d'enquête sur la lutte contre le dopage (DUK), rapport final à l'intention de la revue «Sport Schweiz», 1995.

Barry J. Maron, Rfobert W. Brown, Christopher A. McGrew, Matthew J. Mitten, Arthur L. Caplan, Adolph M. Hutter jun: Ethical, legal, and practical considerations impacting medical decision-making in competitive athletes (panel discussion); Official Journal of the American College of Sports Medicine, 1994; p. 230 à 237.

Julius Sim, Coventry: Sports medicine: some ethical issues; Br J Sp Med 1993; 27 (2); p. 95 à 100.

Arrêté fédéral sur la Convention du Conseil de l'Europe contre le dopage du 22 septembre 1992, art. 2 (1) b).

Aspects juridiques spécifiques

Jochen Fritzweiler (Hrsg.): Doping; Verlage Stämpfli, Beck und Manz, 2000 (Bern, München und Wien).

Röhrich/Vieweg (Ed.): Doping-Forum: Aktuelle rechtliche und medizinische Aspekte; Editions Richard Boorberg, 2000 (Allemagne).

Mirja Kerstin Trautmann, assesseur: Verschreibung von Anabolika trotz fehlender medizinischer Indikation (Tribunal général supérieur du Baden Württemberg, arrêt du 3.3.1999); MedR 2/2000: p. 105-106. (Allemagne).

J.-Y. Nau: Les bases éthiques de la lutte contre le dopage sportif; Médecine & Hygiène 15.12.1999; 2486.

C.-N. Robert, prof. en droit, Genève: Dopage : que punir en priorité?; Médecine & Hygiène 24.3.1999; p. 673 à 676.

François Vouilloz, Avocat et notaire, D.E.S (Genève), Sion: Règles de droit et règles de jeu en droit du sport – l'exemple du dopage; Aktuelle Juristische Praxis (AJP) 2/1999; p. 161 à 166.

Rainer Schröder, prof. en droit et sa collaboratrice scientifique Maren Bedau, Berlin: Doping: Zivilrechtliche Ansprüche des Konkurrenten gegen den gedopten Sportler, Neue Juristische Wochenschrift (NJW, Allemagne) 46/1999; p. 3361 à 3367.

W. Wiegand, prof. en droit: Die Aufklärungspflicht; in H. Honsell (Ed.): Handbuch des Arztrechts; Editions Schulthess, Zurich 1994; p. 119 à 213; concernant la faculté de discernement des enfants et des adolescents: p. 159.

Alexander Faber, dr en droit: Doping als unlauterer Wettbewerb und Spielbetrug; thèse, Zurich, 1974 (Schulthess).

Directives nationales diverses

Afin d'obtenir un aperçu des directives nationales en la matière, nous nous sommes adressés aux pays suivants: Suède, Belgique, Danemark, Australie, Espagne, Finlande, France, Grande Bretagne, Norvège, Allemagne, Autriche, (nous avons pris contact avec les associations de médecins ou avec les commissions d'éthique médicale). Les pays suivants nous ont répondu:

Allemagne: se réfère à la Déclaration de l'Association médicale mondiale, Tel-Aviv, octobre 1999.

Australie: se réfère à l'Association des médecins australiens et sa prise de position «Drugs in Sport».

Autriche: brochure anti-dopage: pas de directives médicales concrètes.

Belgique: pas de directives précises concernant le dopage.

Finlande: depuis 1977, le principe suivant est applicable: «No drug shall be used in order to improve the prestation of healthy persons in sports, and doctors should not prescribe or recommend drugs for such purposes».

Grande-Bretagne: «The GMC Standards Committee currently hold the view that Doctors who prescribe or collude in the provision of drugs or treatment with the intention of improperly enhancing an individual's performance in sport would be contravening the GMC's guidance, and such actions would usually raise a question over a doctor's continued registration. This does not preclude the provision of any care or treatment where the doctor's intention is to protect or improve the patient's health».

Norvège: pas de réglementation sur le dopage pour les médecins. Renvoi à la déclaration de l'Association médicale mondiale.

Pays-Bas: brochure: Guidelines for Physicians concerning sports medicine treatment, 1998.

Suède: a deux petites phrases à ce sujet dans son «code de déontologie»: les médecins devraient s'opposer à des méthodes contraires à l'éthique médicale, à la science et à l'expérience. Par conséquent, toute forme de dopage est contraire à l'éthique médicale.

15.11.2001 Kn/Rili – trad 3.12.2001 mf