

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2002

THESE N° 106/1

**APPROCHES ET
CONNAISSANCES MEDICO-LEGALES
DU DOPAGE
PAR LES MEDECINS GENERALISTES
DE HAUTE-VIENNE.**

THESE

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 100178 5

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 26 mars 2002

par

CATHERINE LATOURNERIE COUVILLERS

Née le 02 Février 1972

à Saint- Yrieix- La- Perche (87)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Mr le Professeur B.DESCOTTES.....Président
Mr le Professeur D.BUCHON.....Juge
Mr le Professeur C.MABIT.....Juge
Mr le Professeur P.MARQUET.....Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2002

THESE N° 106

**APPROCHES ET
CONNAISSANCES MEDICO-LEGALES
DU DOPAGE
PAR LES MEDECINS GENERALISTES
DE HAUTE-VIENNE.**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 26 mars 2002

par

CATHERINE LATOURNERIE COUVILLERS

Née le 02 Février 1972

à Saint- Yrieix- La- Perche (87)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Mr le Professeur B.DESCOTTES.....Président
Mr le Professeur D.BUCHON.....Juge
Mr le Professeur C.MABIT.....Juge
Mr le Professeur P.MARQUET.....Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

Professeurs des Universités- Praticiens Hospitaliers :

* C.S. = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	Physiologie
ADENIS Jean-Paul (C.S)	Ophtalmologie
ALAIN Jean-Luc (C.S)	Chirurgie Infantile
ALDIGIER Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
BEDANE Christophe	Dermatologie
BERTIN Philippe	Thérapeutique
BESSEDE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
BONNAUD François (C.S)	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique (C.S)	Hématologie et Transfusion
BOUTROS-TONI Fernand	Biostatistique et Informatique Médicale
CHARISSOUX Jean-Louis	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
CLAVERE Pierre	Radiothérapie
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	Psychiatrie
COGNE Michel	Immunologie
COLOMBEAU Pierre (C.S)	Urologie
CORNU Elisabeth	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
COURATIER Philippe	Neurologie
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	Clinique de Chirurgie Digestive
DARDE Marie-Laure (C.S)	Parasitologie
DE LUMLEY-WOODYEAR Lionel (C.S)	Pédiatrie

DENIS François (C.S)	Bactériologie-Virologie-Hygiène
DESCOTTES Bernard (C.S)	Anatomie
DUDOGNON Pierre (C.S)	Rééducation Fonctionnelle
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel (C.S.)	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul (C.S)	Radiologie et Imagerie Médicale
FEISS Pierre (C.S)	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie Digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé (C.S)	Réanimation Médicale
JAUBERTEAU-Marchan Marie-Odile	Immunologie
LABROUSSE François (C.S)	Anatomie et Cytologie Pathologique
LASKAR Marc (C.S)	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	Néphrologie
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Pédiatrie
MABIT Christian	Anatomie-Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
MARQUET Pierre	Pharmacologie et Toxicologie
MAUBON Antoine	Radiologie
MELLONI Boris	Pneumologie
MENIER Robert (C.S)	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie Infantile
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
PARAF François	Anatomie Pathologique
PHILIPPE Henri-Jean (C.S)	Gynécologie-Obstétrique
PILLEGAND Bernard (C.S)	Hépto-Gastro-Entérologie
PIVA Claude (C.S)	Médecine Légale
PREUX Pierre-Marie	Information Médicale et Evaluation
RIGAUD Michel (C.S)	Biochimie et Biologie Moléculaire
ROUSSEAU Jacques	Radiologie et Imagerie Médicale
SALLE Jean-Yves	Médecine Physique et Réadaptation
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	Oto-Rhino-Laryngologie
TREVES Richard (C.S)	Rhumatologie
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	Cancérologie
VALLAT Jean-Michel (C.S)	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	Biophysique et Traitement de l'image

VERGNEGRE Alain
Prévention
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)

Epidémiologie-Economie de la Santé-

Médecine Interne
Réanimation Médicale
Cardiologie
Maladies Infectieuses

3.1 Professeur associé à mi-temps :

BUCHON Daniel

Médecine Générale

3.2 Secrétaire Général de la Faculté – Chef des Services Administratifs :

ROCHE Doriane

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Pierre Marquet,

Professeur des Universités

Praticien hospitalier

Pharmacologie

Nous vous exprimons toute notre gratitude pour votre gentillesse, votre patience et votre implication dans ce sujet passionnant.

Veillez trouver ici l'assurance de notre profonde considération.

A notre président de thèse,

Monsieur le Professeur Bernard Descottes

Anatomie

Chirurgien des hôpitaux

Chef de service

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites d'accepter la présidence de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance pour vos qualités d'enseignement.

A nos juges,

Monsieur le Professeur Daniel Buchon

Médecine générale

Professeur associé à mi-temps

Vous avez accepté avec gentillesse de siéger dans ce jury.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Que cette thèse soit le témoin de notre gratitude.

Monsieur le Professeur Christian Mabit

Orthopédie- Traumatologie

Chirurgien des hôpitaux

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de notre jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A mes parents,

Pour la confiance et le soutien que vous m'accordez, trouvez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon affection.

A Jérôme,

Pour ton soutien, ta patience, ta présence, sois assuré de toute ma tendresse.

A ma famille,

Toute mon affection.

A tous ceux qui ne sont plus là,

A tous mes amis,

Avec toute ma sympathie.

PLAN.

LE DOPAGE.

I. INTRODUCTION.

II. DEFINITIONS.

A. DEFINITION DE 1963.

B. DEFINITION DE 1964.

C. DEFINITIONS LEGALES.

D. DEFINITION DU PETIT ROBERT

III. HISTORIQUE.

A. LES GRANDES PERIODES DANS LE DOPAGE.

B. LA PRISE DE CONSCIENCE.

C. LA LEGISLATION ANTIDOPAGE.

D. LES LISTES DE PRODUITS INTERDITS.

E. LES CONTROLES ANTIDOPAGE.

ENQUETE.

I. MOTIVATIONS DE CETTE ENQUETE.

II. POPULATION ET METHODES.

III. RESULTATS.

A. PRESENTATION ET IMPLICATION DES MEDECINS DANS LE DOPAGE.

B. CONNAISSANCES GENERALES DES MEDECINS SUR LE DOPAGE.

C. EXPERIENCES ET CONNAISSANCES MEDICALES DU DOPAGE.

D. CONNAISSANCES LEGISLATIVES SUR LE DOPAGE.

E. ROLE ET SOUHAITS DES MEDECINS EN MATIERE DE DOPAGE.

IV. DISCUSSION.

CONCLUSION. ANNEXES.

LE DOPAGE.

I. INTRODUCTION.

Le sport est un chant dédié à la santé, à l'équilibre et aux vertus humaines les plus nobles. On connaît son rôle éducatif sur la jeunesse, la puissance de socialisation de ses règles. Le sport est un phénomène essentiel dans notre société.

L'effort est ingrat, la victoire séductrice et tentante, comment l'obtenir à coup sûr ? Pourquoi ne pas s'aider d'un petit remontant, en cachette ? Ce n'est pas tricher ...L'autre a dû le faire...Il l'a sûrement fait !...On a mis le doigt dans l'engrenage !

Les vainqueurs des joutes antiques, le guerrier auréolé d'une gloire exceptionnelle voyaient leur avenir assuré, leur nom adulé. Aujourd'hui, on est prêt à tout pour ces avantages et ces honneurs, et la foule a besoin de héros pour supporter le quotidien. L'intérêt du public pour une quatrième place de podium, gagnée à la loyale, n'est pas certain. Seuls les médaillés bénéficient du regard émerveillé d'une foule souvent indifférente aux conditions occultes de la victoire ou qui ne cherche pas à savoir. Pourtant beaucoup de jeunes sportifs sont déçus à l'annonce d'une trahison de leur modèle. Il y a donc chez les enfants une aspiration vers une pureté qu'il faut développer. (1) En quelques décennies, le sport s'est profondément transformé. Il existe des influences, des tentations et des incitations souvent en contradiction avec les principes de l'éthique sportive :

- La multiplication des compétitions, l'allongement des saisons sportives (en cyclisme, en 1905 il y avait 25 jours de course, en 1980 on est passé à 250 jours !). Le Pr. C.L. Gallien affirme : « c'est effrayant. [...] Le sport a atteint de telles exigences qu'il faut, pour parvenir au plus haut niveau, user de procédés extra- physiologiques, c'est-à-dire du dopage. » (2)

- Des records de plus en plus élevés (3)

- Les salaires, les primes et avantages en nature.

- L'intérêt des entraîneurs, des soigneurs à ce que les sportifs qu'ils encadrent améliorent leurs performances. Mais aussi l'intérêt des fédérations pour lesquelles les résultats obtenus rejaillissent en nombre d'adhésions, de subventions publiques.

- Les médias avec les droits de retransmission et les contrats d'exclusivité. Pour que le spectacle soit assuré, et qu'il y ait audience, il faut des athlètes mais aussi des performances. Cette médiatisation a pour conséquence la multiplication des sponsors. Pour les entreprises, le sport est vecteur de communication (promotion des produits, augmentation des parts de marché). (2)

- La pression politique, avec l'exemple de l'ex-RDA dans les années 1960 qui est en mal de reconnaissance politique : qu'à cela ne tienne, elle fera jouer son hymne dans les stades. Le bureau politique décide de doper à grande échelle ses athlètes. L'« élevage » des champions commence dès l'âge de 14 ans. L'institut de médecine sportive de Kreischa, accrédité par le Comité International Olympique (C.I.O.) et qui maîtrise parfaitement les techniques des contrôles antidopage fournit la testostérone. Les athlètes sont contrôlés avant chaque compétition afin de s'assurer de l'absence de traces de produits dans les urines. En 1988, la RDA ramène 102 médailles des J.O de Séoul. (4)

-Le comportement du public qui joue un rôle prépondérant. (3)

La charte du sport de haut niveau, instituée par la loi n°84-610 du 16 juillet 1984, est fondée sur les principes déontologiques du sport : « Le sport de haut niveau [...] doit contribuer, par l'exemple, à bâtir un monde pacifique et meilleur, soucieux de préserver la dignité humaine, l'esprit de solidarité et de fair-play.

Toute personne bénéficiant d'une reconnaissance par l'Etat de sa qualité de sportif de haut niveau [...] doit s'efforcer d'observer en toute circonstance un comportement exemplaire,

fidèle à son engagement dans la communauté sportive, et de nature à valoriser l'image de son sport et de son pays [...]

Selon l'article VI, les sportifs de haut niveau participent à la lutte contre le dopage et aux actions de prévention menées dans ce domaine par l'Etat et le mouvement sportif. Ils s'interdisent de recourir à des substances interdites ou de procédés interdits ».

Les sportifs de haut niveau s'engagent donc à donner l'exemple et à ne pas se doper.

Juan Antonio Samaranch, Président du C.I.O., fait disparaître la notion d'amateurisme de la charte en 1984. (5)

II. DEFINITIONS.

Il existe deux explications à l'origine du mot dopage :

Ce terme apparaît en 1626 lorsque les Hollandais achètent l'île de Manhattan pour y fonder leur capitale. Les ouvriers occupés à bâtir les immeubles ingurgitaient une bouillie appelée « doop » en patois hollandais et qui possédait des vertus défatigantes et stimulantes, mais à l'origine de nombreux décès brutaux ; elle a donc été interdite.

Pour Prokop en 1964 (3) et le Comité National Olympique et Sportif Français (C.N.O.S.F.), le mot « dope » est un terme d'une ethnie Sud-Africaine de Cap oriental, les Bantous, qui nommait ainsi dès le XVIIème siècle une boisson consommée au cours de cérémonies et composée d'extraits de noix de cola, d'alcool et de xanthine. (6)

En 1903, apparaît le mot « doping » d'origine anglo-saxonne qui provient sans doute de « doop » et/ ou de « dope » et qui remplace le mot « stimulant » dans les publications. Son équivalent français, dopage, apparaît en 1921.

La première définition officielle date de 1963. (3) Ce délai d'apparition d'une définition marque la difficulté à cerner ce terme.

Par la suite, d'autres définitions vont voir le jour.

A. DEFINITION DE 1963.

Elle est donnée au cours du colloque européen d'Uriage Les Bains : « Est considérée comme doping, l'utilisation de substances ou de tous moyens destinés à augmenter artificiellement le rendement, en vue ou à l'occasion de la compétition, et qui peut porter préjudice à l'éthique sportive et à l'intégrité physique et psychique de l'athlète. »

A partir de cette définition, le Conseil de l'Europe à Strasbourg arrête une nouvelle définition : « Le doping est l'administration à un sujet sain ou l'utilisation par lui-même ou par quelque moyen que ce soit, d'une substance étrangère à l'organisme, de substances physiologiques en quantité ou par voies anormales et ce, dans le seul but d'augmenter artificiellement et de façon déloyale la performance du sujet à l'occasion de sa participation à une compétition ». (7)

B. DEFINITION DE 1964.

En perspective des Jeux Olympiques de Tokyo, en 1964, et avec la volonté d'avoir des d'athlètes « propres », la British Association of Sport and Medicine fait parvenir à toutes les fédérations une définition précise du dopage (3) de dix paragraphes dans laquelle le dopage n'était pas seulement l'administration de substances à un sujet sain, mais aussi tout traitement médicamenteux prescrit à un sportif malade ou blessé qui, par ses effets secondaires, était susceptible d'améliorer les performances lors d'une compétition.

Lors de ces JO, en octobre, un petit comité se rassemble et rajoute au texte du Conseil de l'Europe un paragraphe : « Quand la nécessité impose un traitement médical qui, par sa nature, sa posologie ou sa voie d'administration, est capable d'améliorer les performances

d'un athlète artificiellement et de façon déloyale à l'occasion de sa participation à une compétition, cela doit être aussi considéré comme du doping ». (7)

C. DEFINITIONS LEGALES.

1) Loi Herzog de 1965.

(annexe 1)

C'est la première loi française contre le dopage qui considère comme dopé : « Quiconque aura en vue ou au cours d'une compétition sportive, utilisé sciemment l'une des substances déterminées par le règlement d'administration publique, qui sont destinées à accroître artificiellement et passagèrement ses possibilités physiques et sont susceptibles de nuire à sa santé ». (7)

Toutes les fédérations sportives condamnent le dopage sans toujours le définir. Ainsi, certaines d'entre elles comme le C.I.O. établissent des listes de produits interdits et condamnent les sportifs dont les urines contiennent même des doses infimes de substances de la liste. (8)

2) Charte Européenne contre le Dopage dans le Sport de 1984.

(annexe 2)

Le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe propose une définition simplifiée du dopage dans sa charte : « Le dopage dans le sport consiste à employer, en infraction avec les règlements des organisations sportives compétentes, des substances ou des catégories de substances qu'elles ont interdites ».

3) Définition du Comité International Olympique de 1986.

Il adopte une définition assez proche de celle proposée par la British Association of Sport and Medicine en 1964 : « Doping is the administration of or use by a competing athlete of any substance foreign to the body or of any physiological substance taken in abnormal quantity or taken by an abnormal route to enter into the body with the sole intention of increasing in an artificial and unfair manner his/her performance in competition. When necessity demands medical treatment with any substance which, because of its nature, dosage, or application is able to boost the athlete's performance in competition in an artificial and unfair manner, this too is regarded as doping ».

4) Loi Bambuck et Convention Européenne de 1989.

Cette nouvelle loi qui remplace celle de 1965, propose une nouvelle définition : « Il est interdit à toute personne d'utiliser, au cours des compétitions et manifestations sportives organisées ou agréées par des fédérations sportives ou en vue d'y participer, les substances et les procédés qui, de nature à modifier artificiellement les capacités ou à masquer l'emploi de substances ou de procédés ayant cette propriété, sont déterminés par arrêté conjoint des ministres des sports et de la santé ». (7)

En novembre 1989, la Convention Européenne de lutte contre le dopage le définit ainsi :

« aux fins de la présente convention :

- a. On entend par « dopage dans le sport » l'administration aux sportifs ou l'usage par ces derniers de classes pharmacologiques d'agents dopage ou de méthodes de dopage ;
- b. On entend par « classes pharmacologiques d'agents de dopage ou de méthodes de dopage », les classes d'agents de dopage et de méthodes de dopage interdites par les organisations sportives internationales compétentes, et figurant sur des listes qui ont été approuvées par le groupe de suivi en vertu de l'article 11.1.b ;
- c. On entend par « sportifs » les personnes des deux sexes qui participent habituellement à des activités sportives organisées. » (9)

5) Comité International Olympique et loi Buffet de 1999.

Lors de la conférence mondiale sur le dopage en 1999, le C.I.O. modifie son texte et propose :

« Est qualifié de dopage :

- 1) l'usage d'un artifice (substance ou méthode) potentiellement dangereux pour la santé des athlètes et/ou susceptibles d'améliorer leur performance,
- 2) la présence dans l'organisme de l'athlète d'une substance ou de la constatation de l'application d'une méthode qui figurent sur la liste annexée au présent Code ».

La nouvelle loi anti-dopage de 1999 (annexe 3) considère qu' : « Il est interdit à toute personne, au cours des compétitions et manifestations sportives organisées ou agréées par des fédérations sportives ou en vue d'y participer :

- D'utiliser des substances et des procédés de nature à modifier artificiellement les capacités ou à masquer l'emploi de substances ou procédés ayant cette propriété ;

- de recourir à ceux de ces substances ou procédés dont l'utilisation est soumise à des conditions restrictives lorsque ces conditions ne sont pas remplies ».

6) Règlement de l'Union Cycliste Internationale (U.C.I) du 1^{er} juillet 2001

« Est qualifié de dopage :

1. l'usage d'un artifice (substance ou méthode) potentiellement dangereux pour la santé des athlètes et/ ou susceptible d'améliorer leurs performances, ou
2. la présence dans l'organisme de l'athlète d'une substance interdite, la constatation de l'usage ou tentative d'usage d'une telle substance ou la constatation de l'application ou tentative d'application d'une méthode interdite. » (10)

D. DEFINITION DU PETIT ROBERT.

Le dopage est l'action de se doper.

Doper est administrer un stimulant à. Les exemples donnés sont : doper un cheval, se doper avant un examen, une course ; doper le commerce.

A ce jour, il n'existe pas une définition du dopage ayant fait l'objet d'un vaste consensus. Mais toutes les définitions ont au moins deux points communs : elles s'appliquent aux sportifs, elles sont concrétisées par une liste de produits et de méthodes prohibées. (7). Elles s'intéressent à la santé mais aussi à l'éthique sportive. Comme l'a dit Roger Bambuck : « Le danger du dopage est qu'il menace directement les valeurs éthiques du sport. » (2)

Dans les années 1960, des voix se sont élevées pour élargir la définition du dopage aux non-sportifs. Certains spécialistes préfèrent individualiser le dopage sportif et le dopage des travailleurs qui est désigné par « l'usage de médicaments en vue de stimuler le rendement de l'organisme. » (7)

III. HISTORIQUE.

De tout temps, l'homme a cherché à utiliser un aliment, un produit, un moyen lui permettant d'avoir des forces plus grandes, voire même surnaturelles. Chez les Grecs, il y avait un prêtre à l'entrée des stades pour vérifier si les athlètes n'étaient pas drogués ou sous l'empire de l'alcool. Un siècle avant J.C., les indigènes d'Amérique du Sud mâchaient des feuilles de coca, ceux d'Afrique la noix de kola. En Europe, le dopage fut d'abord réservé aux chevaux : dès le XVIIème siècle les Anglais utilisaient le cognac, le whisky, un mélange d'opium et d'antalgiques ; en Amérique, c'était un mélange de divers produits dont le principal était le tabac. Depuis le début du XXème siècle et surtout depuis la dernière guerre, il est malheureusement devenu courant de faire appel aux dopants pour tenir « le coup » tant sur le plan physique que psychique, sans précautions la plupart du temps. (11)

A. LES GRANDES PERIODES DANS LE DOPAGE.

1) De la préhistoire à la naissance du sport moderne au XIXème siècle.

A l'ère de la préhistoire, la préoccupation première de l'homme était de nourrir sa famille. L'exercice physique a d'abord été utilisé dans ce but puis l'homme trouva du plaisir dans cette répétition gratuite de prouesses. (12)

Les athlètes de l'antiquité, dès le VIème siècle avant J.C., ont tenté d'augmenter leur force physique par la consommation de viande. (13)

L'homme a utilisé différentes sources « énergétiques » :

a) Les plantes.

Les Grecs qui attribuaient le point de côté à la dilatation de la rate, ont cherché à le combattre par une décoction de prêle à boire durant trois jours, après vingt-quatre heures sans graisses. Hippocrate appliquait des champignons séchés sur la région de la rate puis les enflammaient. La thérapeutique allait jusqu'à la splénectomie. (13)

Sur le continent asiatique, étaient utilisés :

- Par les Chinois, 5000 ans avant J.C., l'éphédra ou *ma huang*, « queue de cheval », petit arbre dont les tiges contiennent l'éphédrine (alcaloïde, stimulant qui diminue la fatigue et augmente la résistance cardiaque).
- L'opium, 4000 ans avant J.C. C'est le latex obtenu après incision du suc des capsules du pavot, juste après la chute des pétales. Il parvient en Europe Occidentale entre le XIème et le XIIème siècle.
- Le ginseng, utilisé depuis plus de 3000 ans, a la forme d'un corps humain ou d'un attribut sexuel masculin selon certains. Il a été longtemps réservé aux grands seigneurs féodaux et aux empereurs ce qui explique son prix. Il entre en Europe par les commerçants hollandais.

Sur le continent américain, on retrouvait :

- Les feuilles de coca qui, chez les Indiens des Andes, étaient considérées comme un médiateur entre les Hommes et les Dieux. Elles ont été longtemps réservées à la famille royale, les prêtres, puis les soldats du roi et le peuple. Elles constituaient le salaire des ouvriers. Elles sont arrivées en Europe en 1550. Le principe actif, la cocaïne, est concentré dans les feuilles.
- La mescaline utilisée dans les milieux littéraires.
- Le maté, « herbe par excellence », contient de la caféine. (3)

- Une variété locale de gentiane surnommée « l'herbe qui fait courir », au niveau de l'Equateur.
- Des champignons hallucinogènes au Mexique. (13)

Sur le continent africain étaient utilisés :

- Le Khât, arbre de grande taille dont les feuilles contiennent des alcaloïdes (dont la khâtinone, un analogue des amphétamines) et qui en les mâchant diminuent la fatigue et la faim. On le trouve en Ethiopie et en Somalie.
- L'iboga, au Gabon, dont les ses racines contiennent des alcaloïdes, dont l'ibogaïne.
- Le kola en Afrique équatoriale, est un grand arbre dont les graines sont les noix de kola et qui contiennent de la caféine. Elles donnent un coup de fouet et pouvaient être troquées contre leur équivalent en poudre d'or.
- Le café qui renferme un stimulant, la caféine. Il existe deux variétés : l'arabica des hauts plateaux d'Amérique du Sud et le robusta d'Afrique Equatoriale. Il est exporté en Europe au XVIème siècle.

Sur le continent européen, on trouve :

- La mandragore, 3000 ans avant J.C., cousine du ginseng. Ses racines affectent la forme d'un corps humain. Elle est utilisée comme stimulant, hallucinogène. Jean de la Fontaine l'aurait utilisée comme aphrodisiaque.
- Les tiges de saule utilisées contre la fièvre (elles contiennent entre autre de l'acide salicylique). Elles combattent la fatigue.
- L'amanite tue-mouche utilisée par les Scandinaves pour « augmenter les forces douze fois ». Son suc peut provoquer des accès de colère avec plus ou moins des hallucinations.

- L'alcool consommé au XIXème siècle entre amis, en famille, sans la notion d'alcoolisme qui n'apparaît qu'à la fin du XIXème siècle. Il supprime la fatigue, stimule les forces : les sportifs vont donc l'utiliser.

Sont aussi utilisés :

- le bétel aux Indes et dans les pays arabes. C'est un ensemble de divers végétaux se développant en Inde, Malaisie, Indonésie, Sud Est Asiatique, côte nord de l'Australie, Papouasie. C'est un stimulant, un coupe-faim et qui colore les dents en noir (plus les dents sont noires, plus le rang social est élevé).

- la Kava dans les îles du Pacifique Sud est extraite d'un poivrier. Ses effets sont semblables à ceux de l'ivresse.

- le chanvre ou cannabis indica, connu depuis la plus haute antiquité, utilisé en Chine durant le troisième millénaire avant J.C. et dès le Vème siècle avant J.C. en Afrique du Nord, Asie, Inde. En 1753, il est renommé cannabis et se répand aux USA durant la première guerre mondiale.

b) Les animaux.

Vers le VIème siècle avant J.C., les athlètes grecs en abusent et chaque sport a « sa viande » : la viande de chèvre pour les sauteurs, le taureau pour les boxeurs, le porc gras pour les lutteurs. Les Indiens se frottaient la peau avec de la sueur de grenouilles sensée aiguïser leurs sens.

c) Les hommes.

Le but, pour les tribus primitives qui dévoraient leur ennemis vaincus, était de se nourrir mais aussi d'acquérir leurs forces et de les faire siennes.

2) Du XIXème siècle aux années 1960.

La naissance du sport moderne et les progrès de la médecine avec les travaux de Lavoisier et de Gay-Lussac au XVIIIème siècle ont permis d'isoler la morphine en 1804 à partir de l'opium, l'éphédrine en 1895, la strychnine qui provient de plantes comprenant deux genres principaux : la noix vomique (utilisée depuis le XIème siècle comme aphrodisiaque, poison, dans les troubles digestifs) et les fèves de Saint-Ignace. La strychnine est utilisée dès le XIXème siècle dans le sport. Les travaux de Berthelot au XIXème siècle ont permis de synthétiser des produits à partir d'éléments organiques simples.

La caféine est isolée en 1819. Le maté, le thé, le cacao, la noix de kola... en contiennent. Son utilisation est sans limites.

La codéine est isolée en 1832 mais ses effets sont moindres comparés à ceux de la morphine et elle coûte plus cher. (3)

En 1865, est utilisé le vin Mariani ou « vin des athlètes », à base de feuilles de coca et qui auraient fait « planer » les pilotes. (4)

La cocaïne est isolée en 1859. Sa première utilisation dans le but d'accroître les performances physiques date sans doute de 1883.

L'héroïne est isolée en 1898. Elle a d'abord été proposée comme substitut à la morphine. Elle était très en vogue dans les courses de chevaux au début du XIXème siècle.

Héroïne et cocaïne sont interdites depuis 1914.

Le camphre prend sa place dans la pharmacopée occidentale au XVIIème siècle. Les sportifs l'ont utilisé sous forme d'huile camphrée appliquée sur les zones douloureuses ou sur la poitrine afin d'améliorer leur respiration. Les Allemands le considéraient comme du dopage « honorable ».

L'arsenic entre dans le monde de la thérapeutique au XVIIIème siècle. Il est décrit comme « remède éprouvé pour guérir radicalement le cancer occulte et manifeste ou ulcéré ». En 1786 la liqueur de Fowler, à base d'arsenic, est indiquée dans les maladies de peau et respiratoires. A la fin du XIXème siècle, il est très apprécié dans le monde sportif mais peut aussi être mortel.

Les sportifs ont utilisé la nicotine pour ses effets stimulants et euphoriques, à la fin du XIXème siècle.

L'éther a été découvert en 1540 et est apparu dans le monde sportif dès 1860 (sucre imbibé d'éther et d'alcool à 90°). Il a même été utilisé en injection du fait de ses propriétés anesthésiques.

La digitaline qui vient de la digitale dont les fleurs ont une forme de doigt, est découverte en 1775. Du fait qu'elle a la propriété de soutenir un cœur malade, elle doit avoir le même effet pour un cœur sain et favoriser l'effort. Mais son maniement est difficile car la zone thérapeutique est proche de la zone toxique.

La trinitrine, connue depuis 1844, est utilisée pour les mêmes raisons que la digitaline. Elle a été employée aux JO de Los Angeles en 1984 par les nageurs chinois qui ont remporté 5 titres sur 6.

Les alcalinisants sont utilisés pour lutter contre l'excès d'acide lactique apparu au cours de l'effort. Leurs effets sont connus dès 1930 : amélioration de la performance et récupération plus rapide. Ils ont été délaissés puis sont revenus en force car ils peuvent aider à masquer les amphétamines dans les urines, en favorisant leur réabsorption passive au niveau du tube rénal.

Les anesthésiques locaux : la novocaïne est le premier anesthésique à avoir été synthétisé, en 1905. Ils sont utilisés car ils permettent de poursuivre l'effort. (3)

Ces produits pouvaient être associés entre eux pour donner les « potions magiques » : « bouillon de onze heures », « élixir vitesse », « vélo-guignolet », « élixir saintonger » (préparé à base de maté). Le café ou le thé était associés à l'alcool, à des pastilles de caféine. (13)

Le cyclisme connaît son premier drame en 1896 : le Gallois Arthur Linton meurt au cours de la course Bordeaux-Paris après avoir pris un cocktail à base de stupéfiants dont la morphine. (8) Les médecins ont commencé par accepter et même promouvoir le dopage. En 1904, le marathon de Saint-Louis est gagné par l'Américain Thomas Hicks gavé de strychnine et de Brandy ; le compte-rendu officiel rapporte : « Le marathon a démontré, d'un point de vue médical, que les drogues peuvent être utiles aux athlètes en cours d'épreuve. » (3) En 1924, au cours du Tour de France, les frères Pélissier déclarent : « Vous n'avez pas idée de ce qu'est le Tour de France. C'est un calvaire [...] Savez-vous comment nous marchons ? » De son sac, un des frères sort de son sac une fiole : « Ca, c'est de la cocaïne pour les yeux et ça du chloroforme pour les gencives. Et des pilules, vous voulez des pilules ? » Les frères en sortent trois boîtes. « Bref, nous marchons à la dynamite ! ». (14)

3) De 1960 à nos jours.

Sont toujours utilisés la morphine, l'héroïne, le Palfium® (dextromoramide, dérivé de la morphine) qui apparaît en 1995, la cocaïne, l'éphédrine, le ginseng, la caféine, l'alcool, les alcalinisants, les anesthésiques locaux.

Apparaissent de nouveaux produits : les diurétiques (perte de poids, effet masquant des produits dans les urines), les bêtabloquants (le premier mis au point en 1964 est le propranolol ou Avlocardyl®, efficace dans les situations de stress), le clenbutérol, un bêta-2 agoniste (utilisé dans l'asthme des chevaux car réservé à l'usage vétérinaire en France. En 1992, Katrin Krabbe championne du monde des 100 et 200 mètres à Tokyo en 1991, est contrôlée positive pour cette molécule), le salbutamol, les AINS, les corticoïdes (ils entrent dans le Tour de France en 1960 ; Merckx et Anquetil en auraient utilisé), l'ACTH, l'hormone de croissance, les agents masquants (vitamine C, probénicide...), l'heptaminol, les anxiolytiques.

a) 1960 : les années amphétamines.

Les amphétamines font leur entrée aux JO de Berlin de 1936, appuyées par la politique. Hitler veut démontrer la supériorité de la race aryenne. C'est pendant la seconde guerre mondiale que les amphétamines connurent un essor fabuleux tant sur les marchés allemands qu'alliés. (8) Les pilotes de guerre en prenaient afin d'éviter de sentir la fatigue, de se procurer un sentiment de bien-être et de confiance en soi. (7) Il est naturel qu'après la guerre, les anciens combattants qu'ils aient été sportifs, médecins ou soigneurs, aient repris le chemin des stades en se munissant d'amphétamines qui leur avaient permis d'obtenir la victoire et d'éviter la mort. (8)

Les amphétamines ont été responsables de nombreux accidents : en 1960, aux JO de Rome, un jeune cycliste décède à la suite d'une intoxication par excitant. En 1962, un cycliste doit être évacué pour crise de démence suite à la prise d'amphétamine. En 1967, décès de Simpson. Les années 1980 annoncent le déclin des amphétamines, mais elles sont toujours utilisées, y compris par la population générale. (3) En 1974, treize cyclistes sont déclarés positifs à des substances indécélables jusque là et très proches des amphétamines : les pipéridines (ritaline, lidépran,...) (13)

b) 1970 : les années anabolisants.

Les stéroïdes anabolisants ont été découverts en 1935. (3)

Ils sont utilisés par les soldats au cours de la seconde guerre mondiale pour augmenter leur force et leur agressivité. (4)

Le premier stéroïde anabolisant utilisé, le Dianabol a été mis au point en 1956. (13)

Les stéroïdes anabolisants apparaissent aux JO d'Helsinki en 1952 chez les haltérophiles soviétiques. Ils connaissent une phase de déclin et reviennent en force dans les années 70. C'est surtout après qu'apparaissent des travaux scientifiques. Ils sont en vente libre en France jusqu'en 1975.

Les premiers contrôles olympiques datent de 1976 à Montréal. Leur utilisation s'étend à tous les milieux sportifs. (3) En 1987, la Fédération Internationale d'Athlétisme oblige des tests inopinés pour épingler les athlètes en phase de préparation. En 1997, plusieurs laboratoires interdisent la commercialisation des anabolisants en médecine humaine et vétérinaire. (13) D'abord utilisés en haltérophilie, dans les disciplines nécessitant de la force, leur emploi s'est généralisé. (8) Ils sont, ensuite, devenus des produits de l'entraînement : ils permettent de

supporter des entraînements lourds, d'optimiser les séances de musculation et ainsi de ne pas les prendre en période de compétition. (14)

c) 1980 : Les années testostérone.

Les anabolisants devenant moins androgéniques et plus anabolisants, l'utilisation de la testostérone pratiquement indétectable va se développer. Il est interdit de l'utiliser depuis 1982. Un seuil de détection a été admis mais il n'empêche pas l'utilisation de l'hormone gonadotrophine chorionique, indécélable, qui stimule le testicule à sécréter de la testostérone. (13)

d) 1990 : Les années Erythropoïétine ou EPO.

Son rôle a été mis en évidence en 1950. (3) Elle obtient l'AMM en 1989 en France, pour le traitement des patients anémiques, insuffisants rénaux, cancéreux. (4) Elle remplace, pour les sportifs, les autotransfusions (à la suite d'un séjour en altitude, le sang du sportif était prélevé puis réinjecté à proximité de l'épreuve). (13)

e) Aujourd'hui.

Les progrès de la pharmacologie, le génie génétique vont faire que de nouvelles substances vont apparaître. Par ailleurs toutes les possibilités des substances, déjà connues sur le marché, ne sont pas encore exploitées.

- L'hémoglobine réticulée ou *diaspirin crosslinked* : elle est obtenue à partir de globules rouges vieillissants dont l'hémoglobine a été extraite, pour être transformée en un nouveau

produit ayant une capacité de transport et de distribution de l'oxygène supérieure à la molécule naturelle.

- Les perfluorocarbones ou PFC : transporteurs d'oxygène, retirés du marché du fait de leur instabilité. Ils sont indétectables dans les urines, les cheveux mais présents dans l'air expiré ou le sang. (7)

- L'hormone de croissance découverte en 1920. (4)

- L'hormone gonadotrophine chorionique.

- L'insulin-like growth factor (IGF-1 et IGF-2). IGF-1 est une hormone de croissance produite par le foie sous l'effet de l'hormone de croissance et dont les effets sont complémentaires à ceux de celle-ci ; couplée à l'insuline, elle permet la recharge glucidique et en acides aminées. (7)

- L'interleukine 3 ou IL3, facteur de croissance hématopoïétique : elle a sans doute été utilisée avec d'autres produits afin de renforcer leurs effets.

- Les corticoïdes.

- La créatine qui n'est interdite par aucune liste de produits dopants. C'est un complément alimentaire présent dans la viande rouge (20 grammes de créatine correspond à 5 kg de viande rouge par jour). Pour certains, elle masquerait la prise de stéroïdes anabolisants. (4)

Un communiqué de presse du Ministère de la Jeunesse et des Sports du 23/01/2002, au cours du séminaire Euro-Méditerranéen de lutte contre le dopage à Marrakech, explique que le ministre veut éviter la banalisation de l'utilisation de la créatine et des suppléments alimentaires en rappelant certains points sur la créatine (l'apport exogène n'amène rien, l'organisme en fabrique assez ; les « vertus » prêtés à la créatine comme le renforcement musculaire ou l'amélioration de la vitesse ou le développement de l'endurance, sont infondées ; l'ingestion de doses élevées de créatine peut être dangereuse et devra faire l'objet d'études approfondies). Le C.I.O. a entrepris un travail approfondi sur ce sujet. Tous les

acteurs concernés (pouvoirs publics, fédérations, médecins, éducateurs, entraîneurs) doivent alerter les sportifs sur la banalisation de l'utilisation de ces produits.

4) Procédés physiques.

- Oxygénothérapie
- Caisson hypobare
- Insufflation d'air intra-rectal
- Avortement
- Réchauffement
- Transfusion sanguine
- Hypnose
- Acupuncture
- Stimulation musculaire par électrodes (3-8)

B. LA PRISE DE CONSCIENCE.

A la fin du XIXème siècle, les cliniciens encouragent les activités physiques, sportives et tout ce qui contribue à les promouvoir, dont les substances capables d'accroître les performances (maté, arsenic, strychnine...). Au début du XXème siècle, la fréquence de recherche de procédés visant à améliorer les capacités physiques augmente. (3) L'utilisation de produits est considérée, avant 1930, comme un facteur de réussite sportive ; elle s'adapte à l'évolution des compétitions, l'accroissement des performances. On observe une augmentation de la quantité des produits utilisés, à l'apparition de produits de synthèse et de mélanges de substances. A la fin des années 20, certains médecins commencent à s'inquiéter

de la nature des produits utilisés (trinitrine, morphine, arsenic...). En moins de 10 ans deux arguments de la lutte contre le dopage des sportifs étaient nés : la préservation de la santé des sportifs et le respect de l'éthique sportive. (6) C'est donc aux alentours de 1930 que le rejet du dopage apparaît et ce n'est que progressivement que le rapport entre l'absorption d'un produit et la défaillance des sportifs est établie. (3)

En 1938, lors de sa 38^{ème} session au Caire, le C.I.O. déclare que « Toute personne qui reçoit ou offre du dopage ne devrait être admise ni aux meetings d'amateurs ni aux JO ».

En 1940, la Fédération Internationale d'Escrime édite un texte contre le dopage.

En 1955, la Fédération Médico-Sportive de l'Union Vélocipédique Italienne (FMSI) signe un accord pour la répression de la prise de drogue pendant les compétitions.

Le début de la lutte antidopage date de 1963 avec le colloque d'Uriage Les Bains organisé par la Société Médicale Française d'Education Physique et Sportive.

La prise de conscience du public s'est faite avec deux affaires : la première concerne Ben Johnson, en 1988 aux JO de Séoul, vainqueur du 100 mètres et contrôlé positif au Stanozolol. Jusqu'alors, il avait toujours été contrôlé négatif. Cette fois-ci, à cause d'une erreur de manipulation du produit, il n'est pas passé entre les mailles du filet. Il a été suspendu pendant deux ans, est revenu pour réaliser des performances médiocres, puis meilleures, et est retombé en 1993 pour contrôle positif à la testostérone. Il est alors radié à vie. (4) La seconde, de 1998, vient du cyclisme ; « l'affaire Festina », pour laquelle il y a eu mise en examen de plusieurs personnes, la Ministre de la Jeunesse et des Sport Française n'ayant pas voulu que celle-ci soit traitée comme un simple délit d'importation illicite.

Un sondage de l'Equipe magazine de 1997 montre que 92% des français considèrent le dopage comme une menace pour le sport. (14) Une enquête de 1997 montre que 76% des

personnes sondées estiment le dopage « très répandu », 48% « assez répandu » et que 4% seulement le considèrent « très rare ». (15)

C. LEGISLATION ANTI-DOPAGE.

1) Naissance de la première loi antidopage de 1965.

En 1960, aux J.O. de Rome, un cycliste Danois est terrassé par une crise cardiaque après avoir absorbé des amphétamines.

En 1962, douze coureurs quittent le Tour de France prétextant une intoxication alimentaire, mais en fait, il y avait eu surdosage en Morphine. (4)

Un groupe de praticiens mené par le Dr Pierre Dumas, médecin du Tour de France, obtient l'adoption de la première loi anti-dopage dite « loi Herzog » n°65-412 du 1^{er} juin 1965 « tendant à la répression de l'usage des stimulants à l'occasion des compétitions sportives », quelques mois après la Belgique. Leur logique est de bannir la médecine et les médicaments des stades. (14)

La loi prévoit des amendes, de l'emprisonnement pour les sportifs et les pourvoyeurs.

Deux ans plus tard, René Guillet soulève le problème de la prescription médicale car beaucoup de sportifs estiment que si les substances interdites leur sont ordonnées par un médecin dans un but thérapeutique, ils ne sont pas dopés. (3)

La loi Herzog n'a été appliquée qu'à deux reprises car, effectivement, elle reconnaît implicitement la liberté fondamentale de la prescription médicale et ne condamnerait que le sportif qui s'est dopé sciemment. (8)

2) 1967 : Comité International olympique et Union Cycliste Internationale.

L'accident de 1960 (vu plus haut) amène le C.I.O. à créer une commission médicale restée inactive jusqu'en 1967, date de l'arrivée d'Alexandre de Mérode.

Un nouvel accident survient en 1967 pendant le Tour de France, au cours duquel le Britannique Tom Simpson lors de l'ascension du Mont Ventoux, décède devant les caméras de télévision victime de l'abus d'amphétamines mais surtout de son mauvais usage (dose trop élevée) et de sa combinaison à la chaleur, la déshydratation, l'effort intense. (14)

L'U.C.I. adopte alors sa propre définition du dopage et sa propre liste de produits prohibés. (7)

A la suite de ces deux accidents et des premiers contrôles aux JO de Tokyo en 1964, le C.I.O. décide de la mise en place de la Commission Médicale sous la présidence d'Alexandre de Mérode. Elle a pour mission de mettre en place un contrôle médical pour les JO de 1968 à Grenoble et à Mexico, d'étudier la question du contrôle anti-dopage ainsi que celle de l'aide qui pourrait être apportée aux athlètes des pays en voie de développement. (16) Le C.I.O. propose une liste de produits interdits. (6)

Le C.I.O. et l'U.C.I. sont les premières instances à avoir une Commission Médicale.

3) Charte Européenne contre le Dopage dans le Sport de 1984.

En septembre 1984, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe adopte cette charte qui prévoit que les gouvernements des Etats membres prennent les mesures appropriées pour éliminer le dopage dans le sport, créent et gèrent des laboratoires antidopage, encouragent le développement de la recherche dans ces laboratoires ainsi que la diffusion des informations, élaborent et appliquent des programmes éducatifs et mènent des campagnes dès l'âge scolaire pour faire connaître les dangers du dopage, aident au financement des contrôles antidopage, proposent leur collaboration aux organisations sportives afin qu'elles prennent les mesures pour éliminer le dopage, qu'elles harmonisent leurs règlements, leurs procédures antidopage, leurs listes de produits interdits, leurs sanctions....

Deux ans plus tard, le C.I.O. adopte une définition du dopage. Une liste de produits interdits et de produits soumis à certaines restrictions (dont l'alcool et les corticostéroïdes) y est annexée. (7)

4) Charte Olympique contre le Dopage dans le sport de 1988.

Cette charte est adoptée par le C.I.O. aux JO de Séoul. (1)

Elle définit les principes fondamentaux du Mouvement Olympique qui a pour objectif de contribuer à construire un monde pacifique et meilleur en éduquant la jeunesse par le biais du sport, pratiqué sans discrimination d'aucune sorte et conformément à l'esprit Olympique, qui prône la compréhension mutuelle, la fraternité, la solidarité et le fair-play.

Cette charte insiste sur la mise en œuvre uniforme de la politique et de la stratégie antidopage communes pour tous les pays membres, notamment dans le sport d'élite. (17)

L'U.N.E.S.C.O. s'associe au C.I.O. pour combattre le dopage et la violence dans le sport. (1)

5) Loi française et Convention contre le Dopage de 1989.

a) La loi française.

Devant l'inapplicabilité de celle 1965, une nouvelle loi est adoptée : il s'agit de la loi n°89-432 du 28 juin 1989 « relative à la prévention et à la répression de l'usage des produits dopants à l'occasion des compétitions et manifestations sportives » ou « loi Bambuck ».

Ses deux grands axes sont la prévention et la répression. (4) Elle prend en compte les prescriptions médicales qui peuvent être faites et demande au médecin d'avertir le patient de la prescription de substances interdites. Il est prévu la constitution d'une commission nationale de lutte contre le dopage. (18)

La liste de produits prohibés est complétée.

b) La Convention Européenne contre le Dopage.

Devant l'ampleur du problème qu'est le dopage, sa généralisation et ses dangers pour la santé des sportifs et l'éthique sportive, le Conseil de l'Europe met en œuvre cette Convention contre le dopage qui est signée en novembre 1989 et entre en vigueur le 1^{er} mars 1990. Elle est ouverte à tous les Etats. En plus d'une quarantaine de pays européens, des pays comme l'Australie et le Canada ont adhéré à la Convention. (19) Elle présente sa définition du dopage et prévoit une harmonisation, selon l'article 7, des règlements, des listes de produits interdits, des méthodes de contrôle, des procédures disciplinaires, des procédures d'application des sanctions, des procédures de reconnaissance mutuelle des suspensions et autres sanctions. L'éducation contre le dopage doit être faite aux jeunes en milieu scolaire et dans les clubs sportifs, aux parents, ainsi qu'aux athlètes adultes, aux responsables et directeurs sportifs, aux

entraîneurs. La liste des substances et des méthodes prohibées est superposable à celle du C.I.O. (9)

6) Conférence Mondiale sur le Dopage de 1999.

A la suite des évènements de 1998, à savoir « l'affaire Festina » survenue sur le Tour de France, le C.I.O. a décidé de convoquer une Conférence Mondiale sur le Dopage. Elle s'est tenue en février 1999 à Lausanne. De cette conférence est née la Déclaration de Lausanne sur le Dopage dans le Sport qui prévoit (annexe 4) :

- Un élargissement du serment olympique aux entraîneurs et autres officiels, le respect de l'intégrité, de l'éthique et du fair-play.

- L'application du Code Antidopage du Mouvement Olympique, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2000, qui s'applique à tous les athlètes, entraîneurs, instructeurs, officiels, personnels médical et para- médical.

- Des sanctions contre les athlètes, les entraîneurs et les officiels.

- La création d'une Agence internationale indépendante antidopage.

- La responsabilité du C.I.O., des Fédérations Internationales (F.I.), des Comités Nationaux Olympiques (C.N.O.), du Tribunal Arbitral du Sport (T.A.S.).

- La collaboration entre le Mouvement Olympique et les pouvoirs publics.

a) Agence Mondiale Antidopage.

C'est une organisation internationale indépendante créée en novembre 1999, dont le rôle est : - De renforcer et réaffirmer les principes éthiques et de protéger la santé des athlètes ;

- D'établir, d'adapter, de modifier et de tenir à jour la liste des substances et méthodes prohibées dans la pratique du sport ;

- De favoriser, de soutenir, de coordonner et d'entreprendre, en plein accord avec les organismes publics et privés concernés, l'organisation de contrôles hors compétition sans préavis ;

- D'élaborer, d'harmoniser et d'unifier les normes et procédures scientifiques, techniques et relatives aux prélèvements en matière d'analyses et d'équipement, et de créer des laboratoires de référence ;

- De promouvoir des règles, procédures disciplinaires, sanctions et autres moyens harmonisés de lutte contre le dopage dans le sport et de contribuer à leur unification en tenant compte des droits des athlètes ;

- D'élaborer et de développer des programmes d'éducation et de prévention antidopage au niveau international ;

- De promouvoir et de coordonner la recherche en matière de lutte contre le dopage dans le sport. (20)

Pour atteindre cet objectif, une priorité-clé est l'élaboration d'un Code Mondial Antidopage afin de garantir une meilleure harmonisation et normalisation des activités antidopage. (21)

7) La loi française de 1999.

Un rapport du Sénat de 1998 montre que la loi de 1989 a été un échec et propose que le projet de loi « relatif à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage » soit adopté. (15)

Cette loi n°99-223 reprend les deux axes de la loi de 1989 : prévention et répression.

Elle s'accompagne d'une liste de produits interdits. Elle innove en ce qui concerne (annexe 3):

- La délivrance pour une première licence, d'un certificat attestant l'absence de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives. (Titre I^{er}, article 5).
- L'obligation faite aux médecins de signaler les cas de dopage. (Titre I^{er}, article 7).
- L'organisation des calendriers des compétitions et des entraînements par les fédérations sportives qui doivent aussi développer une information de prévention contre le dopage auprès de leurs licenciés et des encadrements sportifs. (Titre I^{er}, article 9).
- La surveillance médicale des sportifs de haut niveau. (Titre I^{er}, article 12).
- La remise d'un livret individuel au sportif de haut niveau. (Titre I^{er}, article 13).
- La création du Conseil de Prévention et de Lutte contre le Dopage, institution indépendante, au pouvoir disciplinaire, au rôle de prévention contre le dopage et en matière scientifique. (Titre II, section 1, article 15).
- La création d'Antennes Médicales de Lutte contre le Dopage. (Article 2).
- Un renforcement des contrôles : tout sportif licencié peut être convoqué à des fins de prélèvements ou examens. (Titre II, section 3, article 21, I).
- Un renforcement des sanctions administratives : les sanctions doivent être prononcées dans un délai de cinq mois maximum. (Titre II, section 4, article 25).

- Un renforcement des sanctions pénales et un élargissement des « sanctionnables ».
(Titre II, section 5, article 27).

a) *Les Antennes Médicales de Lutte contre le Dopage.*

Leurs conditions d'agrément et de fonctionnement sont fixées par le décret n°2000-378 du 28 avril 2000 (22).

Elles sont chargées (article 2 de ce décret) :

- De mettre en place une consultation spécialisée ouverte aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage et de leur proposer un suivi médical ;
- D'accueillir les personnes souhaitant un soutien médical concernant les risques liés à l'usage de substances et procédés dopants ;
- De faire délivrer par la personne responsable de la consultation un certificat nominatif au sportif sanctionné comme prévu dans l'article 25 de la loi du 23 mars 1999 ;
- De recueillir et d'évaluer les données médicales liées aux cas de dopage transmises, dans le respect du principe du secret médical, par tout médecin prescripteur au médecin responsable de l'antenne médicale en application de l'article 7 de la loi du 23 mars 1999 ;
- De transmettre, sous forme anonyme, l'ensemble des données recueillies à la cellule scientifique du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage mentionnée à l'article 15 de la loi du 23 mars 1999 ;
- De contribuer, en relation avec le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage, à l'information et à la prévention des risques liés à l'usage des produits dopants, en particulier vis-à-vis des professionnels de santé concernés ;
- De contribuer, en coordination avec le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage, à la recherche sur les risques liés à l'usage des substances et procédés dopants ;

- De participer à la veille sanitaire en alertant les autorités compétentes, notamment le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage et le ministre de la jeunesse et des sports
- De l'apparition éventuelle de nouvelles pratiques à des fins de dopage ;
- D'exercer, le cas échéant en relation avec le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage, une mission d'expertise et de conseil auprès des personnes morales ou physiques qui le souhaiteraient, en particulier les fédérations sportives et les médecins du sport.

De plus,

Art. 4. - La consultation prévue au 1° de l'article 2 doit permettre d'assurer la prise en charge médicale et psychologique des personnes concernées par une utilisation abusive ou détournée de substances ou procédés dopants.

Art. 5. - La consultation doit garantir l'anonymat quand le souhait en est exprimé par la personne qui consulte.

En France, il y a plusieurs AMLD dont celle de Limoges agréée par l'arrêté du 5 septembre 2001.

8) Le suivi médical.

Il a été mis en place pour assurer la préservation de la santé des athlètes ; ce n'est pas une aide à la performance. Le décret 87-473 du 1^{er} juillet 1987 impose aux sportifs de haut niveau de se soumettre à trois examens médicaux annuels. Ce suivi médical a un rôle de prévention, d'évaluation de l'aptitude, de suivi, de soins, d'éducation pour la santé, d'aide aux entraîneurs afin d'optimiser leur travail. (23)

La première fédération à mettre en place un suivi médical a été la Fédération Française de Cyclisme en juin 1998 avec le soutien du ministère de la Jeunesse et des Sports et sous l'autorité de la Commission Médicale Nationale : cela a aboutit au Suivi Médical

Longitudinal Contrôlé (SMLC). (24) C'est un instrument médical visant à protéger la santé des coureurs, à vérifier que les charges d'entraînement et le calendrier des compétitions sont adaptées aux possibilités de l'organisme ; il n'a pas la prétention de détecter directement l'usage de produits dopants. Il repose sur des prélèvements biologiques trois fois par an et sur un examen physiologique annuel (interrogatoire, examen clinique complet, prévention en matière nutritionnelle, suivi psychologique, suivi biologique, ECG, épreuve d'effort, EFR...). L'ensemble de ces données constitue le carnet du coureur où sont mentionnées toutes les données médicales, son état civil, ses références fédérales et son C.V. sportif. En cas d'anomalies, il peut y avoir une contre-indication temporaire à la pratique du cyclisme, voire des explorations complémentaires. (25)

Le Dr Peres, responsable du suivi médical longitudinal contrôlé (SMLC), a dressé un bilan après la troisième session de ce suivi. C'est un bilan mitigé : il y a eu diminution des anomalies électrocardiographiques et biologiques de 1998 à 2000 mais il est possible que les sportifs soient préparés à ce suivi qui a toujours lieu à la même époque ; de plus certaines formations sportives font l'économie d'un suivi de haut niveau alors que chacune d'entre elles doit assurer un suivi trois fois par an. Le Dr Peres souhaiterait que la physiologie du sportif soit respectée en supprimant les rythmes insensés imposés par les calendriers. Pour lui le problème de fond est « Quand va-t-on cesser de considérer que le C.I.O. n'a d'autre finalité que rationaliser et organiser un vaste monde de spectacle ? ». (26)

D. LES LISTES DE PRODUITS INTERDITS.

La liste de produits interdits suppose la distinction entre substances endogènes et exogènes. Des produits sécrétés naturellement par l'organisme humain ou se retrouvant dans l'alimentation, se voient fixer un seuil au-delà duquel ils sont considérés comme dopants et d'origine artificielle (par exemple, un rapport testostérone/ épistestostérone supérieur à 6 dans les urines constitue une infraction). La difficulté est de définir les seuils, variables selon les organismes. Ainsi, l'augmentation de l'hématocrite au-delà de 50% peut être due à l'administration d'EPO, à une autre méthode dopante comme l'autotransfusion, ou à un séjour en altitude, une polyglobulie...).

La première liste date de 1963 et émane du Conseil de l'Europe ; elle est seulement destinée aux personnes tenues au secret médical, argumentant que des sportifs indéliçables pourraient ainsi découvrir et utiliser des produits, d'où la notion de secret médical.

En 1964, la British Association of Sport and Medicine autorise « certaines hormones féminines pour obtenir un décalage des règles lorsque celles-ci peuvent survenir au moment d'une compétition ». (6)

La liste de produits interdits accompagnant la loi de 1965 ne mentionne, en ce qui concerne les androgènes, qu'un très général « anabolisant » alors qu'à cette époque certains sont d'usage courant pour traiter des asthénies. En 1979, est éditée une « liste des stéroïdes anabolisants dont la prescription est interdite aux sportifs » ; tout est prohibé mais il y a un manque de logique, car tous les anabolisants disponibles en France ne sont pas mentionnés : sont-ils autorisés ? Ne sont-ils pas dépistables ? (14)

La première fédération à éditer sa propre liste, tout comme la première définition du dopage, est l'U.C.I. Cette liste interdit les amphétamines et ses dérivés, les stupéfiants ; puis

s'y rajoutent l'éphédrine, la strychnine, les antidépresseurs, les pipéridines, les analeptiques cardio-vasculaires, l'ibogaïne et les hormones.

La première liste du C.I.O. date de 1967 et sera modifiée pour les JO de Mexico (1968) : les antidépresseurs et les tranquillisants sont retirés mais sont rajoutés la notion de substances soumises à restrictions et l'alcool.

En 1976, pour les JO de Montréal, sont ajoutés les stéroïdes anabolisants.

En 1984, le C.I.O. décide d'un seuil de positivité pour la caféine et la testostérone.

En 1988 aux JO de Calgary, le C.I.O. modifie sa liste qui aura sa forme actuelle avec deux catégories de substances et les méthodes interdites :

- Substances dopantes : stimulants, narcotiques, stéroïdes anabolisants, bêta bloquants, diurétiques.
- Substances soumises à restriction : alcool, corticostéroïdes, anesthésiques locaux.
- Méthodes : dopage sanguin et, pour les JO de Séoul, les manipulations physiologiques, chimiques et physiques.

En août 1988, Juan Antonio Samaranch, président du C.I.O., réclame une réduction drastique de la liste des produits interdits arguant que « Tout ce qui ne porte pas atteinte à la santé de l'athlète ne peut être considéré comme dopant ». Les fédérations internationales, les politiques ont préféré maintenir leur position, dans la lutte contre le dopage, en faveur de la protection de la santé du sportif et de l'éthique sportive.

Depuis 1998, l'évolution des listes tend vers une harmonisation entre pays, fédérations internationales et C.I.O. Les fédérations se réfèrent à la liste du C.I.O même s'il existe des différences comme pour le tir à l'arc où les antihistaminiques, les hypnotiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les antipsychotiques sont interdits. (6). La différence entre les listes a posé des difficultés dans le passé comme dans l'affaire Delgado : pendant le Tour de France en 1988 : malgré une contre-expertise confirmant sa positivité au Probenicid,

produit inscrit sur la liste du C.I.O mais pas sur celle de l'U.C.I, le coureur a été blanchi et a pu endosser le maillot jaune. (8)

La dernière mise à jour de la liste française date du 28/02/2002. (27)

1) Limites entre soins et dopage.

Un sportif est un homme qui a aussi le droit d'être soigné. C'est une population soumise souvent à de la traumatologie musculaire, tendineuse, osseuse...et il lui arrive aussi d'avoir des problèmes infectieux.

Les sportifs sont des patients très assidus : aux JO d'Atlanta il y avait 17 médecins pour 320 athlètes ; en moins d'un mois il y a eu 5100 consultations. A l'I.N.S.E.P. de Vincennes, plus grand centre d'entraînement français, il y a 39 médecins et 13 kinésithérapeutes pour 800 sportifs qui assurent 20000 consultations par an soit 25 par personne et par an.

D'après une thèse de 1995, les sportifs consultent leur médecin pour des accidents, contrôler leur forme et diminuer voire supprimer la fatigue. (24) Ils nécessitent une attention et une écoute particulière : Elodie Lussac, jeune gymnaste de 15 ans en 1994, présente une douleur dorsale ; elle est obligée par son entraîneur à poursuivre son activité physique, elle est donc sous antalgiques. A la fin de la saison, le bilan réalisé montre une fracture d'une vertèbre lombaire qui nécessite le port d'un corset pendant six mois et sa carrière est définitivement terminée. (14)

Les douleurs peuvent être traitées par des antalgiques ou des AINS (il faut faire attention aux spécialités contenant de la codéine car elles peuvent positiver les tests à la morphine, qui est le principal métabolite de la codéine) mais il ne faut pas vouloir la performance et les titres à tout prix. Certaines situations nécessitent le repos pour une meilleure récupération, mais il

n'est pas toujours facile à obtenir. Il est des cas pour lesquels la reprise du sport est malheureusement impossible.

Les pathologies infectieuses se traitent par antibiotique per os mais à pathologie identique (bronchite, sinusite...), chez un sédentaire des corticoïdes peuvent être donnés per os, pas chez un sportif : soit l'on trouve une alternative à cette thérapeutique, soit l'athlète arrête tout sport pendant quelques jours. Une alimentation équilibrée et une supplémentation en vitamines, minéraux et acides aminés adaptées à l'activité sportive peuvent suffire.

Certains sportifs sont prêts à tout pour obtenir une victoire, même au niveau amateur. Les cyclistes du Nord emploient une « potion magique », « le pot belge », pour les courses de kermesse, de fêtes de village ; cette boisson serait un mélange d'héroïne, de cocaïne, de caféine et deux doigts d'amphétamines. (14) Une enquête du Time Magazine de 1992 a montré, avant les JO de Barcelone, que sur 198 athlètes, 52% étaient prêts à prendre une pilule pour gagner même s'ils devaient décéder dans les 5 ans. L'Equipe Magazine rapporte, en 1996, une enquête américaine selon laquelle 75% des sportifs interrogés seraient d'accord pour prendre une pilule donnant la victoire olympique même si le décès doit survenir quinze jours plus tard. (1)

Les médicaments sont détournés de leurs indications premières (diurétique, hormone de croissance...). Les produits sont obtenus sur ordonnance médicale, sur des marchés clandestins, par l'intermédiaire des coéquipiers, de la vente par correspondance, des pharmaciens, des vétérinaires, d'Internet.

L'ensemble des sports est concerné. (29)

E. LES CONTROLES ANTIDOPAGE.

En 1964, au cours des JO de Tokyo, furent mis en place quelques contrôles antidopage pour un sport « sain ».

En 1966, fut créé en France, le Laboratoire National de Dépistage du Dopage (LNND) lors de la publication du décret d'application de la loi Herzog tendant à la répression de l'usage des stimulants à l'occasion de compétitions sportives. Ce laboratoire, le seul en France accrédité par le C.I.O., est actuellement situé à Châtenay-Malabry. Ses missions sont de réaliser les analyses des prélèvements effectués dans le cadre de la lutte contre le dopage, de participer aux actions de prévention et d'information relatives à cette lutte, de développer des activités de recherche dans ce domaine. (30) Le premier contrôle eut lieu sur le tour de France cette année-là. A l'arrivée de l'étape à Bordeaux, six coureurs ont été contrôlés ; quatre ont été déclarés positifs aux amphétamines. Le lendemain, les coureurs ne prirent pas le départ afin de montrer leur mécontentement contre ces contrôles jugés trop vexatoires. Sur l'ensemble des contrôles effectués en France cette année-là, 32% furent positifs. (14)

En 1968, ce laboratoire a été le premier laboratoire reconnu par le C.I.O à effectuer des contrôles aux JO d'hiver de Grenoble.

En 1992, il a assuré la totalité des analyses effectuées pendant les JO d'Albertville en s'installant sur le site olympique. (30)

1) Processus de contrôle.

(Référence :loi de 1999, annexe 3)

a) Qui les demande ?

Les contrôles antidopage peuvent être demandés par le Ministre chargé des sports ou par les fédérations sportives.

b) Qui les effectue ?

Outre les officiers et agents de police judiciaire agissant dans le cadre des dispositions du code de procédure pénale, sont habilités à réaliser ces contrôles des médecins agréés par le Ministère de la Jeunesse et des Sports. Toutes ces personnes sont tenues au secret médical.(Titre II, section 3, article 20) Ils peuvent avoir accès, entre 6 heures et 21 heures, aux locaux où se déroule une compétition, une manifestation sportive, ou à tout moment dès lors qu'ils sont ouverts au public ou que s'y déroule une activité sportive. Sont exclus les domiciles (Titre II, section 3, article 22)

Les médecins agréés peuvent procéder à des examens médicaux cliniques et à des prélèvements biologiques (Titre II, section 3, article 21, I).

c) Qui est contrôlé ?

Tous les sportifs, licenciés ou non, participant aux compétitions ou manifestations sportives organisées ou agréés par des fédérations sportives ou aux entraînements y préparant (Titre II, section 3, article 21, II).

d) Quand ont-ils lieu ?

Pendant les compétitions, avant ou après et pendant les entraînements préparant aux compétitions ou manifestations sportives.

e) Déroulement des contrôles antidopage.

Ces contrôles doivent avoir lieu dans un lieu spécialement aménagé à cet effet. Les sportifs sont choisis par tirage au sort ou en fonction des choix du médecin contrôleur.

(31)

Les sportifs licenciés peuvent aussi être convoqués par le médecin agréé à des fins de prélèvements ou examens. Les contrôles donnent lieu à l'établissement d'un procès-verbal adressé au Ministre intéressé, à la fédération et au CPLD, un double étant remis au sportif. (Titre II, section 3, article 21, I) Ce dernier doit transmettre ses observations au médecin (par ex. les médicaments qu'il a pris). (Titre II, section 3, article 22)

Deux échantillons sont prélevés, les deux flacons sont scellés puis envoyés au laboratoire accrédité à réaliser les contrôles. Le premier échantillon est analysé. Si l'analyse est positive ou s'il y a un doute, une procédure disciplinaire est mise en route au cours de laquelle le sportif peut demander une contre-expertise qui sera réalisée sur le second échantillon. (31) Par la suite, des sanctions disciplinaires et pénales peuvent être prises.

2) STATISTIQUES.

a) Nombre de contrôles et de cas positifs.

Entre 1968 à Mexico et 1996 à Atlanta, 13053 contrôles furent effectués ; il y eu 48 disqualifications soit à peine 3,7 cas de dopage reconnu pour 1000 athlètes. (4)

Selon le laboratoire français, le nombre de contrôles antidopage ainsi que le nombre de fédérations contrôlées, entre 1966 et 1997, a augmenté : en 1966, il y a eu 37 contrôles concernant 2 fédérations ; en 1980, 894 contrôles concernant 16 fédérations ; en 1992, 7799 contrôles concernant 56 fédérations ; en 1997, 5228 contrôles concernant 66 fédérations. (32)

Selon un rapport du Sénat, entre 1980 et 1997, le nombre de contrôles a été multiplié par 6 et le nombre de cas positifs par 27. Le pourcentage de contrôles positifs affiche une lente et régulière progression : 1,9% en 1993, 2,9% en 1994, 3,4% en 1995, 4,2% entre 1996 et 1997.

(15)

En 2000, le nombre de contrôles inopinés a fortement augmenté : il est passé de 20% en 1999 à 45% en 2000. Les contrôles positifs restent malgré tout stables (3,5% en 1999, 3,7% en 2000).

b) Sports concernés par les contrôles et le dopage.

Le cyclisme demeure le sport le plus contrôlé (22,2%), l'athlétisme (11,2%), le football (5,9%) et la natation (4,5%) venant derrière. (33)

Les disciplines touchées par le dopage sont variées : cyclisme, football, athlétisme, natation, boxe, billard, badminton, secourisme, les groupements sportifs des travailleurs (F.S.G.T.) ou de l'éducation populaire (U.F.O.L.E.P.), la fédération multisports universitaire

(F.N.S.U.), les unions sportives de l'enseignement scolaire (U.G.S.E.L et U.N.S.S.). Le nombre de cas de dopage intéressant les jeunes et les participants à des compétitions départementales ou régionales augmente. (15)

3) Les limites des contrôles antidopage.

L'élaboration de nouveaux tests de dépistage a toujours un temps de retard sur l'apparition de nouvelles substances. Pour l'EPO il a été fixé un seuil d'hématocrite sanguin à 50%, mais pour éviter un taux d'hématocrite trop haut, il existe une parade qui consiste en la perfusion de sérum physiologique. (34) Le laboratoire français en collaboration avec l'Université de Lyon a mis au point un test urinaire de dépistage de l'EPO qui permettrait de différencier la prise exogène de la présence endogène de cette substance. (35) L'U.C.I. a validé ce test en avril 2001. (36) L'affaire Djamel Bourras montre qu'il est parfois difficile de faire la différence entre les substances endogènes et exogènes : en 1997, il a été contrôlé positif à la nandrolone ; un second dosage urinaire réalisé par un autre laboratoire a trouvé des taux deux fois inférieurs à ceux du LNND ; par la suite ce sportif a subi des examens complémentaires qui auraient mis en évidence une anomalie endocrinienne expliquant les taux retrouvés. (37)

Actuellement, les chercheurs s'intéressent au cheveu qui permet de retrouver une exposition cumulée, à l'inverse des urines qui prouvent une consommation ponctuelle. Mais il existe aussi des limites : les résultats sont différents selon la couleur de cheveux, les traitements cosmétiques... Les substances amenées par le sang se fixent au niveau de la matrice alors que celles par la fumée ou la sueur sont retrouvées plus en superficie et sont donc éliminées lors de l'étape de décontamination précédant l'analyse. La pousse des cheveux permet de suivre l'évolution (augmentation, diminution, ...) de la consommation mois après

mois (la racine des cheveux correspond à la consommation la plus récente, la pointe des cheveux à la consommation la plus ancienne). Le délai d'apparition d'une substance dans le cheveu est de quelques heures à quelques jours. La substance mère est très généralement retrouvée à des concentrations supérieures par rapport aux métabolites. Les hormones peptidiques (telles que l'hormone de croissance ou l'insuline) ne sont pas décelables dans cette matrice, par contre un usage prolongé de corticoïdes peut être mis en évidence, ainsi que la nature exacte des substances utilisées (généralement sous forme d'esters) alors que ces substances peuvent ne pas être détectables dans les urines. (38)

Les contrôles ont stimulé l'imagination des sportifs afin de passer au travers du crible. En 1969, le Hollandais Kartens est contrôlé positif : les urines de son soigneur dans le « flacon propre » contenaient des amphétamines ; ce dernier en avait pris pour tenir le coup. (14) En 1978, le Belge Pollentier, vainqueur d'une étape du Tour de France, a été contrôlé à l'arrivée. Il n'avait aucune appréhension car sous son bras se trouvait une poire fixée à un tube qui courait sous la manche longue du maillot, fermé par un bouchon au niveau du poignet. Mais le stratagème a été découvert par le médecin...(34)

Le protocole des contrôles est complexe et offre aux tricheurs de nombreuses issues de secours : prélèvement réalisé par un médecin non assermenté, contenance des échantillons, procès-verbal mal rédigé, local de contrôle non conforme, seuil de positivité....

ENQUETE.

I. MOTIVATIONS DE CETTE ENQUETE.

Le but de cette enquête était de connaître l'opinion, l'expérience et d'évaluer les connaissances des médecins généralistes en matière de dopage car ce sont les premiers intervenants auxquels s'adressent les patients pour toutes pathologies, les renouvellements de licences ou les certificats d'aptitude au sport que ce soit pour une activité sportive régulière ou ponctuelle (course à pied, semaine de ski pour les enfants...). Certains médecins se disent peu concernés par le problème du dopage car ils ont peu ou pas de sportifs dans leur clientèle, mais quel est le médecin qui n'a pas à faire ce type d'acte plusieurs fois par an ? Effectivement, les médecins généralistes voient peut-être peu de sportifs de haut niveau car ceux-ci sont peu nombreux et ont généralement des médecins au sein de leur club (ou de leur fédération), mais tous les sportifs peuvent être concernés par le dopage, comme nous le verrons dans l'enquête. Par ailleurs les sportifs de haut niveau consultent également les médecins généralistes pour les petites pathologies non directement en rapport avec le sport ou lorsque le médecin d'équipe (ou de fédération) n'est pas disponible.

Les patients, sportifs ou non, établissent avec leur médecin traitant une relation de confiance et peuvent ainsi parler en toute liberté, confier leurs doutes, leurs craintes. Les médecins, quand à eux, connaissant bien leurs clients, peuvent déceler des signes jusque là absents (musculature développée en peu de temps, bilan biologique perturbé, demande de produits pour être en forme...).

Le médecin généraliste a un rôle de prévention, d'information et avec la relation de confiance il peut motiver le sportif à ne pas commencer à se doper, à arrêter de se doper et à consulter un médecin du sport qui l'aidera dans cette démarche.

Dans cette enquête, nous avons également voulu savoir s'il existait une différence entre les médecins exerçant à la campagne et ceux exerçant en ville. Ces derniers sont plus proches des grandes structures sportives et y ont, en terme de temps, plus facilement accès. Ils ont peut être plus de « chances » de rencontrer dans leur clientèle des sportifs de haut niveau bien que ces derniers ne résident pas tous en ville.

Nous avons également voulu savoir si les médecins qui ont ou non la capacité de médecine du sport, les médecins sportifs ou non et les femmes ont le même regard sur le dopage. En effet, les médecins peuvent être plus sensibilisés au problème du dopage au travers de leur club ou tout simplement par leur activité, tandis que les femmes sont peut-être plus attentives à ce problème. A travers cette enquête, nous avons enfin voulu savoir si les médecins généralistes se sentent concernés par le problème du dopage, s'ils ont besoin d'informations à ce sujet et de quel type.

II. POPULATION ET METHODES.

Nous avons choisi d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur un échantillon de 50 praticiens de la Haute-Vienne soit 11,52% des médecins exerçant dans ce département.

Après avoir obtenu la liste des médecins généralistes, classés en fonction de leur lieu d'exercice, auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins, nous les avons rangés par ordre alphabétique. Ensuite, nous avons tiré au sort à l'aide d'une table de randomisation 25 médecins à la campagne et 25 en ville. Nous leur avons téléphoné pour leur présenter l'enquête et leur demander un rendez-vous d'un quart d'heure. Tout refus (soit 3 à la campagne et 5 en ville) entraînait un tirage au sort complémentaire. Le motif généralement allégué pour ces refus était motivé par le manque de temps, mais il y a eu en ville un médecin généraliste ne faisant que des échographies et un second qui aurait dû être dans la liste des médecins de campagne. Au second tour nous, n'avons pas eu de refus.

Nous avons établi un questionnaire de 32 items (annexe 5) nous permettant :

- De connaître le médecin et son implication dans le sport (1 à 6),
- D'évaluer ses connaissances générales en matière de dopage (7 à 16),
- De connaître son expérience et ses pratiques de prescriptions chez un sportif (17 à 23),
- D'évaluer ses connaissances législatives et médico-légales (24 à 28), le rôle qu'il pense pouvoir ou souhaiterait jouer en matière de prévention et de prise en charge du dopage et ses souhaits en matière de formation et d'information (29 à 32).

Avant le début de l'enquête, le questionnaire a été testé auprès d'un médecin généraliste et adressé au Conseil de l'Ordre des Médecins. Lors de l'entretien, il était présenté aux médecins qui devaient le remplir sans l'avoir lu au préalable et devaient répondre de façon spontanée.

Les réponses attendues étaient, selon les cas, fermées (oui, non, ne sait pas) ou ouvertes (libres). Les questions à réponses fermées ont fait l'objet d'une exploration statistique par la méthode du chi-2 ou, pour les effectifs théoriquement faibles, par la méthode exacte de Fisher (logiciel Statview 1.4). Nous avons également voulu savoir si les médecins qui ont la capacité de médecine du sport sont mieux informés, si les femmes ont une attitude différente par rapport aux hommes et s'il y avait des relations entre le passé et le vécu sportif des médecins et leurs réponses au questionnaire. Dans ce but, des analyses en sous-groupe ont été effectuées. Nous n'avons vu que la population de médecins qui font encore du sport car les effectifs de médecins qui n'ont pas de passé sportif ou qui n'ont jamais fait du sport, sont trop faibles pour être exploités.

III. RESULTATS.

A. PRESENTATION ET IMPLICATION DES MEDECINS DANS LE SPORT.

Quatre médecins de la liste « médecins ruraux » se considérant comme médecins de ville, les effectifs finals sont donc de 21 médecins ruraux et 29 médecins urbains.

La proportion de femmes est de 28,6% à la campagne et de 31% en ville.

Les médecins détenteurs du C.E.S. ou de la capacité de médecine du sport sont 28,6% en rural et 24,1% en urbain, soit 26% de l'effectif total.

Globalement 86% ont fait du sport et 66% en font encore.

Ceux qui ont un passé sportif sont 76,20% à la campagne et 93,10% en ville, avec respectivement 68,75% et 44,40% de sportifs de loisir et 31,25% et 55,60% de sportifs de compétition.

Ceux qui ont encore une activité sportive sont 61,90% en campagne et 68,96% en ville avec respectivement 100% et 90% de sportifs de loisir.

Le nombre de médecins qui poursuivent une activité sportive, de loisir le plus souvent, est donc élevé.

26% des médecins sont impliqués dans une association ou une fédération sportive soit 23,80% (n=5) à la campagne et 27,60% en ville (n=8). Ils sont médecins d'équipe (100% à la campagne et 50% en ville), médecins fédéraux (25%) ou dirigeants (12,5%) ; un médecin urbain est médecin d'équipe et dirigeant (12,5%).

33,3% des médecins qui font du sport ont une fonction dans leur club contre 11,8% des médecins non sportifs.

Les femmes ne sont que 3,6% à avoir une fonction dans une association sportive contre 34,4% des hommes.

Un médecin sur 4 est donc investi dans les structures sportives ; majoritairement ce sont les hommes et des sportifs (1 sur 3).

Ils sont 58% soit 66,70% en milieu rural et 51,70% en milieu urbain à suivre attentivement les affaires de dopage dans les médias.

Parmi les médecins qui ont la capacité de médecine du sport, 61,5% suivent ces affaires dans les médias contre 29,7% des généralistes qui ne possèdent pas ce diplôme.

Les médecins qui sont impliqués dans une association sportive s'intéressent aux affaires de dopage à 69% contre 32,4% des médecins qui n'ont pas de telles fonctions.

Ce qui a le plus gêné les médecins dans cette question a été le mot « attentivement », car beaucoup sont au courant mais ne les suivent pas de façon assidue.

B. CONNAISSANCES GENERALES DES MEDECINS SUR LE DOPAGE.

1) Les sportifs de haut niveau sont-ils les seuls concernés par le dopage ?

Que ce soit à la campagne ou en ville, les médecins pensent que les sportifs de haut niveau ne sont pas les seuls concernés par le dopage à 90,50% et 89,70% (non significatif : N.S.)

Les sportifs de loisirs seraient les plus touchés, puis les centres de formation sportifs. D'après les médecins, la population générale est moins concernée ce qui n'est pas faux car la définition du dopage fait uniquement référence au sport. Selon les généralistes, les centres de formation seraient protégés de ce phénomène mais malheureusement des produits sont proposés aux jeunes pour aller plus loin, plus haut et certains adolescents arrêtent leur formation à cause de cela.

Selon une revue de littérature de 1980 à 1998, 5 à 15% des sportifs amateurs disent utiliser des produits dopants. Ce pourcentage est plus important chez les hommes, entre 20-25 ans, avec un second pic entre 35 et 39 ans. La première consommation commence généralement avant 18 ans, mais certaines personnes débutent après 50 ans. Plus le niveau de compétition est élevé, plus la consommation est importante ; mais 1 à 5% des sportifs de loisir ont recours au dopage. Les sportifs professionnels sont soupçonnés d'être plus nombreux à se doper. Les produits utilisés sont les stimulants, les stupéfiants (cannabis, cocaïne), les corticoïdes et les stéroïdes anabolisants. L'association de deux produits est fréquente. Depuis environ 15 ans, les doses de produits augmenteraient. (29)

Les petites pilules du bonheur assistent la population générale pour toute les épreuves de la vie (examens, entretiens, stress au travail...) : elles sont, à l'image des stéroïdes anabolisants pour la compétition de haut niveau, les dopants de la société concurrentielle. La finalité dans les deux cas est identique même si la définition du dopage est seulement sportive, « le contrôle total et permanent de soi dans une logique d'insertion à tout prix ». On utilise les mêmes produits pour se doper, on tolère le « dopage social », pas le dopage sportif.

(2) Des enfants et des adolescents de 9-18 ans disent utiliser des stéroïdes anabolisants en dehors de toute pratique sportive, à but « cosmétique ». Chez les adultes, 14,7% ont recours à des médicaments dans le cadre d'une recherche de performance, femmes et hommes, âgés de 30-39 ans et exerçant des professions à « stress ». (29)

2) Les enfants, les adolescents et le dopage.

Pour les enfants, il n'y a pas d'opinion franche que se soit en ville ou à la campagne : 34% des médecins pensent que les enfants sont concernés, le même pourcentage ne sait pas, 32% pensent qu'ils ne le sont pas.

Par contre pour les adolescents, en milieu rural ou urbain, les médecins sont plus pessimistes car 90% d'entre eux pensent qu'ils sont touchés par le dopage. Les enfants seraient plus épargnés car ils sont innocents et leurs parents sont à leurs côtés. Les adolescents sont en période de croissance, tentent de nouvelles expériences, et veulent être les meilleurs.

Une revue de la littérature menée de 1980 à 1998 montre que 3 à 5% des enfants et des adolescents recourent à des produits dopants. Ce pourcentage augmente avec l'âge ; le plus jeune âge de la première prise de stéroïdes anabolisants est de 8 ans ; près de la moitié des usagers ont commencé avant 14 ans. La prise de substances dopantes est plus importante chez les garçons mais depuis 10 ans, la consommation, en particulier de stéroïdes anabolisants, augmente chez les filles. L'emploi de ces produits est plus élevé chez les compétiteurs et augmente avec le niveau de compétition (régional, national, international). Les principaux produits utilisés sont les stimulants, les antalgiques, le cannabis et les stéroïdes anabolisants, ainsi que les produits enrichis en protéines, la créatine (qui ne figurent pas sur les listes des produits interdits). Ils sont administrés par voie orale ou injectable et sont associés à d'autres substances (alcool, tabac...). (29) Chez les enfants, 20% des demandes de stéroïdes anabolisants viendraient des parents. (1)

Une étude a été menée entre 1995 et 1996 sur des enfants âgés de 9 à 13 ans dans une école du Massachusetts (U.S.A.). Un questionnaire anonyme a été adressé à 965 étudiants

(466 garçons, 499 filles) ; il y eu 82% de réponses. 2,6% de garçons et 2,8% de filles disent consommer des stéroïdes anabolisants (SA). Là encore, la consommation augmente avec l'âge ; un maximum entre 11 et 13 ans pour les garçons, 10 et 12 ans pour les filles. Les usagers de SA ont en moyenne trois activités sportives. Les sports dans lesquels l'utilisation est la plus importante sont pour les garçons la gymnastique (9%) et pour les filles les sports de force (9%). Les consommateurs pensent que les SA vont leur donner des muscles plus gros, plus forts, qu'ils vont améliorer leurs performances et leur aspect physique. Parmi les usagers, 23% connaissent quelqu'un de leur âge qui consomme des SA. Quand à la prise future de ces produits, 35% d'usagers disent qu'ils en consommeront contre 2% qui s'y refusent. (30)

Une enquête épidémiologique sur le dopage sportif en milieu scolaire a été conduite dans la région Midi-Pyrénées en 1999. Elle concernait un échantillon de 3003 élèves (garçons et filles) âgés de 13 à 20 ans. 7,1% des adolescents sportifs déclaraient avoir déjà consommé un produit considéré comme dopant ou peut-être dopant. Ce phénomène est plus fréquent chez les garçons que chez les filles et augmente avec l'âge des garçons. Les produits utilisés sont la caféine, les bêta-2 mimétiques, le cannabis, les amphétamines, les corticoïdes. La tentation de prendre des produits dopants serait plus importante chez les garçons que chez les filles, augmenterait encore avec l'âge et avec le niveau de compétition des sujets masculins (7% des non-compétiteurs et 13,5% des compétiteurs seraient tentés). Chez les garçons la tentation est plus importante dans les sports collectifs (17,2%) ; chez les filles, la tentation est plus grande dans les sports individuels avec contact (15%). (40)

3) Le dopage chez les femmes.

Les femmes se doperaient autant (64%) que les hommes, mais pas plus (0%) selon les médecins. Ils sont 26% à penser « moins » et 10% « ne savent pas ». Les médecins de ville semblent moins optimistes : 72,40% contre 52,40% à la campagne pensent « autant » (N.S.).

En 1999, 23% des femmes sportives, françaises ou étrangères, ont été contrôlées (chiffre stable de 1996 à 2000). 1,7% des contrôles effectués chez des femmes françaises ont été positifs, chiffre stable lui aussi. (41)

4) Les produits les plus utilisés dans le sport.

Sans différence entre la campagne et la ville, les médecins pensent à plus de 50% que les produits les plus utilisés sont les corticoïdes puis à moins de 40% des opinions viennent les stéroïdes anabolisants, l'EPO. Les bêta-stimulants sont plus utilisés pour les médecins de ville (27,6%) que pour les médecins de campagne (9,5%). En cinquième position, arrivent les amphétamines. 26% des médecins n'ont pas su répondre à cette question (33,30% à la campagne et 20,70% en ville). (figure 1)

Les médecins ont pensé aux corticoïdes en premier lieu car ce sont probablement les produits dont ils ont le plus entendu parlé dans le milieu du sport même si le LNDD ne les recherchent que depuis peu.

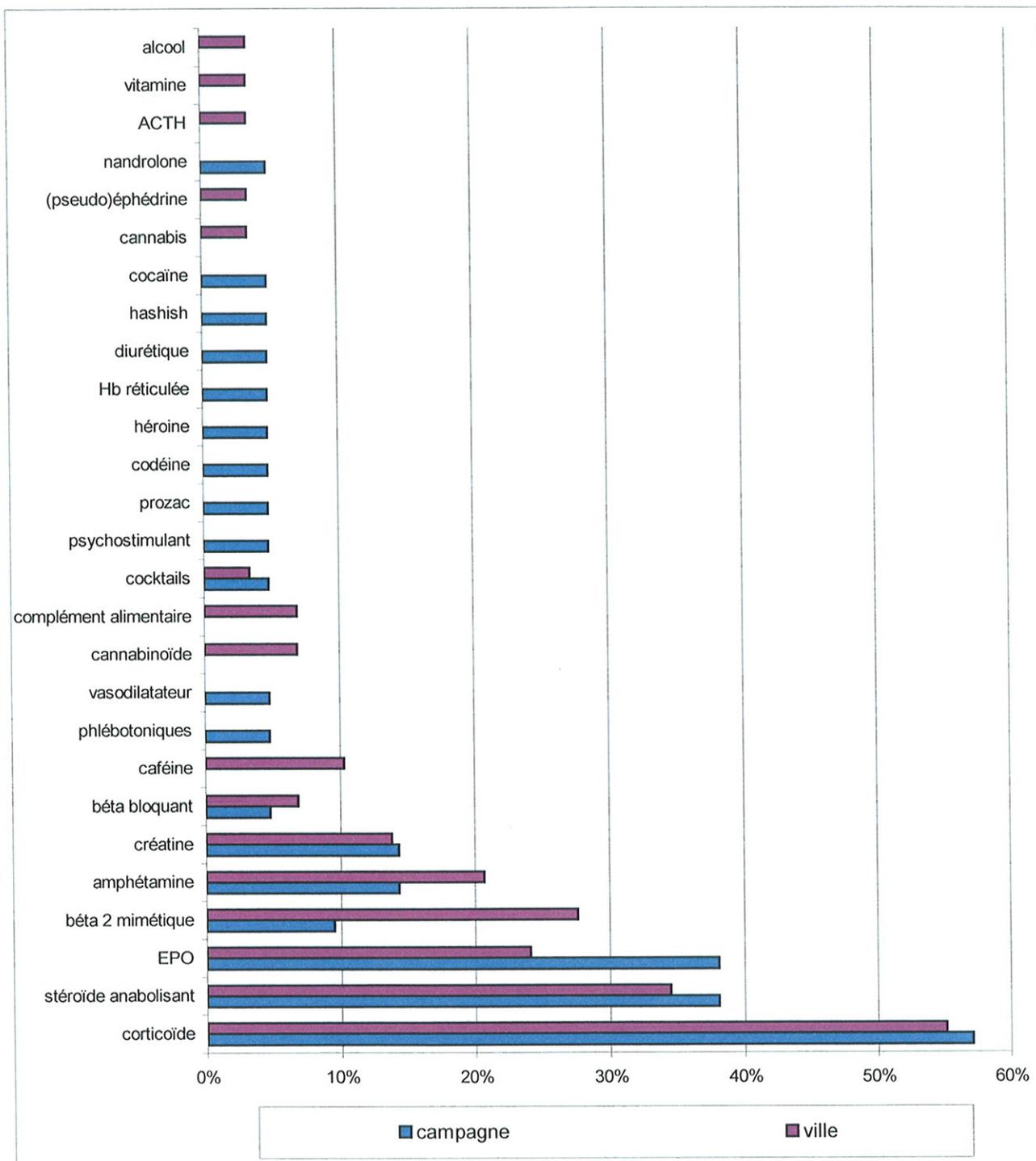


Figure 1 : Produits les plus utilisés dans le sport, selon les médecins interrogés.

Les résultats des contrôles effectués par le Laboratoire National de Lutte contre le Dopage montrent que les substances les plus fréquemment retrouvées dans les urines des sportifs français en 1996-1997 étaient les stupéfiants (48,7%- 38%), les anabolisants (26,9%- 33%), les stimulants (21,8%- 20%), les diurétiques (1,9%- 8%) et les bêta-bloquants (0,6%- 1%). (32)

Les produits les plus détectés chez les sportifs des fédérations étrangères sont essentiellement les stimulants (45%). En 2000, sur l'ensemble des sportifs français et étrangers contrôlés, les cannabinoïdes ont représenté 23% des cas positifs, le salbutamol 22%, les corticoïdes 20%, les stimulants 19%, les stéroïdes anabolisants 10% puis les anesthésiques locaux (2%), les narcotiques, les diurétiques et les bêta-bloquants (1% chacun). (33)

Le rapport du Sénat montre aussi que les cas de dopage correspondent de plus en plus fréquemment à des doses massives ou à du « multidopage », association de trois ou quatre produits anabolisants, ou association de stupéfiants à des excitants, ces mélanges étant en outre souvent associés à la prise de produits masquants. (15)

5) Les médecins ont-ils la liste des produits dopants interdits ?

A 70%, les médecins la possèdent.

Ils l'ont obtenu par des laboratoires pharmaceutiques à 57,14%, à partir du Vidal® (ou Dorosz) à 20%, sur Internet, lors d'un DU de diététique ou par l'intermédiaire d'une fédération (2,86%) et 14,28% ne savent pas où il l'ont obtenue. Un médecin de ville dit ne pas l'avoir et ne veut pas la posséder car il est contre le dopage et ceux qui disent lutter contre le dopage.

Les listes en possession de ces médecins datent de 1993 (2,86%), 1995 (2,86%), 1996 (2,86%), 1997 (8,57%), 1998 (8,57%), 1999 (8,57%), 2000 (25,71%), 2001 (31,43%) et

8,57% ne savent pas. Un médecin reçoit une liste tous les ans par l'intermédiaire d'un laboratoire pharmaceutique.

6) Classes de produits dopants connues par les médecins.

86% des médecins disent connaître des classes de produits dopants, soit 85,72% à la campagne et 86,20% en ville, mais un médecin n'a énuméré que des produits et non pas des classes ; donc en réalité 84% des médecins connaissent des noms de classes. 14% n'ont pas répondu.

Les classes les plus connues correspondent aux produits les plus fréquemment cités précédemment pour leur implication dans le sport.

En général, les médecins connaissent plus des noms de produits que de classes.

A plus de 80%, les corticoïdes ont été les plus cités, suivis par les stéroïdes anabolisants à 71,40%, les bêta2 mimétiques à 45,80% en ville et 11,10% à la campagne ; en quatrième position on retrouve les bêtabloquants à 16,90%. (figure 2)

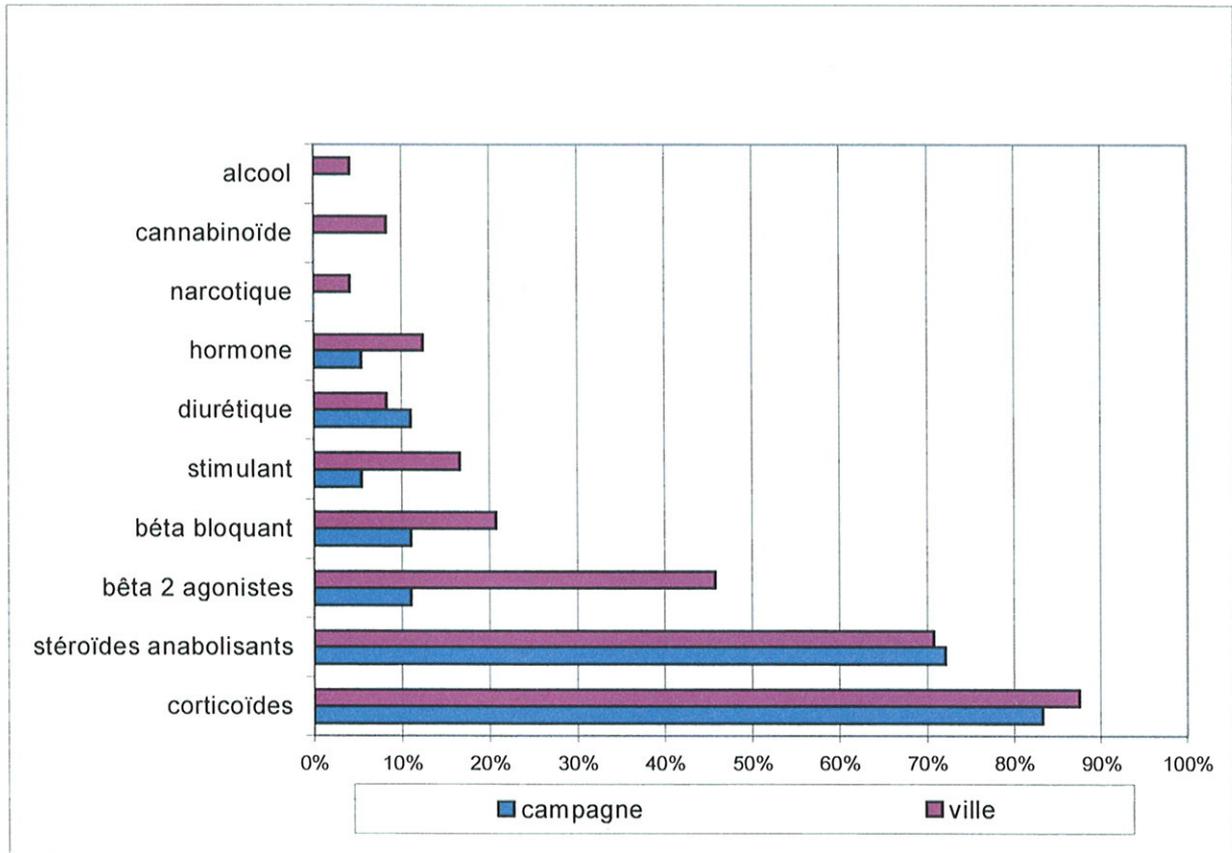


Figure 2 : Classes de produits dopants connues par les médecins interrogés.

La liste des classes de produits interdits se trouve dans les premières pages du Vidal® sous la dénomination suivante :

« liste de référence des classes pharmacologiques de substances dopantes et de procédés de dopage interdits » :

I. Classes de substances interdites :

A. Stimulants (IA)

B. Narcotiques (IB)

C. Agents anabolisants (IC)

1. Stéroïdes anabolisants androgènes

2. Bêta 2 agonistes

D. Diurétiques (ID)

E. Hormones peptidiques, substances mimétiques et analogues (IE)

II. Méthodes interdites :

A. Dopage sanguin (IIA)

B. Manipulation pharmacologique, chimique et physique (IIB)

III. Classes de substances soumises à certaines restrictions :

A. Alcool

B. Cannabinoïdes

C. Anesthésiques locaux (IIIC)

D. Corticostéroïdes (IIID)

E. Bêta-bloquants (IIIE)

Le dopage sanguin est l'administration à un athlète de sang, de globules rouges, de transporteurs artificiels d'oxygène ou de produits sanguins apparentés.

La manipulation pharmacologique, chimique et physique est l'utilisation de substances et de procédés qui modifient, tentent de modifier ou risquent raisonnablement de modifier l'intégrité et la validité des échantillons utilisés lors des contrôles de dopage. Parmi ces substances et méthodes figurent entre autres la cathétérisation, la substitution ou l'altération des échantillons, l'inhibition de l'excrétion rénale, notamment par le probénicide et ses composés apparentés, et la modification des mesures de la testostérone et de l'épitéstostérone, notamment par l'administration d'épitéstostérone et de bromantan. L'utilisation des diurétiques et substances apparentées par leurs effets pharmacologiques ou leur structure chimique est interdite.

Nous avons voulu savoir combien de noms exacts de classe les médecins connaissent.

(tableau 1)

Ils en connaissent plutôt un ou deux mais pas plus de six.

Ils sont 42 sur 50 à connaître au moins un nom exact.

Posséder la capacité de médecine du sport ou être dans une association sportive ou faire du sport ne sont pas des critères nécessaires pour citer 5 ou 6 noms exacts de classes.

nombre de noms exacts cités	campagne	Ville	total
1	9	6	15
2	7	8	15
3	0	4	4
4	1	4	5
5	0	2	2
6	1	0	1

Tableau 1 : Nombre de noms de classes de produits interdits connus par les médecins interrogés selon leur lieu d'exercice.

7) Un produit interdit peut-il être prescrit à un sportif ? Quelles en seront

les conséquences ?

50% des médecins interrogés prescriraient un produit interdit contre 44% de médecins qui ne l'ordonne pas et 6% qui ne savent pas.

A la campagne, les médecins sont 52,4% à prescrire un produit interdit contre 47,6% des médecins en ville; il n'y a pas de différence significative.

Les médecins qui font encore du sport prescrivent à 60,6% des produits interdits contre 29,4% des médecins non sportifs; ($p < 0,05$) (figure 3)

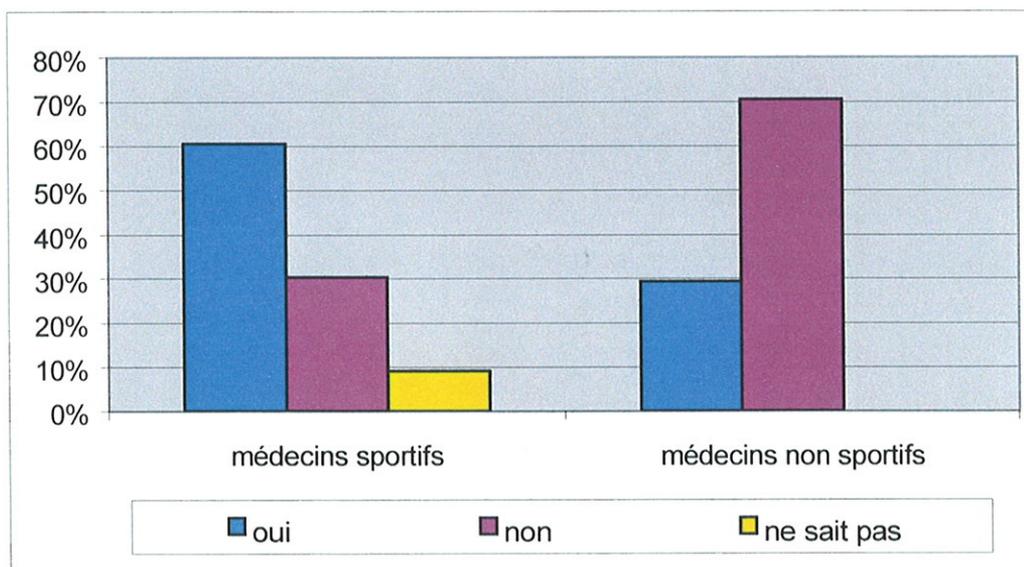


Figure 3: Prescription de produits interdits (médecins sportifs versus médecins non sportifs)

Tous les médecins, même les non sportifs, qui se lancent dans la prescription de tels produits avertissent les patients de la présence d'une substance interdite et que l'activité sportive doit être interrompue pendant la durée du traitement. Ces avertissements se font seulement par voie orale, il n'y a pas de preuves écrites sauf pour trois praticiens qui feraient

un certificat justifiant la prescription; parmi eux, un médecin transmettrait le dossier à la fédération concernée. Ils savent tous que le sportif risque une suspension de son activité s'il est contrôlé positif. Pour certains médecins, une fois l'athlète prévenu, ce dernier doit prendre ses responsabilités car il sait à quoi il s'expose. Si la prescription entre dans le cadre d'une maladie chronique comme l'asthme, les médecins font un certificat, que réclament d'ailleurs souvent les sportifs. Certains médecins essaient de "faire" avec une autre thérapeutique s'il n'y a pas de réelle nécessité.

Des praticiens justifient ces prescriptions par le fait que les sportifs du "dimanche" sont peu contrôlés et qu'il y a toujours l'échappatoire de la prescription thérapeutique. Mais celle-ci ne peut concerner qu'un nombre limité de produits, et encore faut-il avoir pensé à faire le certificat.

En fait, avec la "liste indicative des spécialités pharmaceutiques françaises contenant des produits dopants", figure une note spécifiant qu'en face des noms commerciaux peut figurer la mention « PM » ce qui veut dire que le médicament est autorisé mais peut nécessiter une notification écrite «en fonction du règlement de l'autorité compétente » ; cette mention peut être « PM OBLIGATOIRE » et dans ce cas, le médicament est autorisé à la condition expresse que son utilisation soit préalablement notifiée par écrit par un médecin (ex. salbutamol, salmétérol et terbutaline en inhalation, insuline et insuline lispro) ; lorsque ces mentions sont absentes, le médicament est strictement interdit. (42)

Si le médecin estime indispensable de prescrire des substances ou des procédés interdits, il doit mentionner sur l'ordonnance remise au sportif qu'il a délivré cette information. (Titre Ier, article 10 de la loi de 1999) De plus, il y a des sanctions pour ceux qui prescrivent des produits interdits. (Titre II, article 27, II de la loi de 1999)

8) Les médecins possèdent-ils le Vidal® ?

Oui à 96%. Deux médecins ne l'ont pas car le premier est médecin acupuncturo-homéopathe et le second ne le reçoit pas.

Nous avons vu précédemment que les médecins ont eu la liste des produits dopants par l'intermédiaire de laboratoires pharmaceutiques majoritairement. Seulement 20% savent qu'elle se trouve dans le Vidal®.

Dans les premières pages de la version 2001 de cet ouvrage, se trouvent

-« la liste indicative des spécialités pharmaceutiques françaises contenant des produits dopants établie en collaboration avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports d'après l'arrêté du 2 février 2000 »,

-« l'arrêté du 2 février 2000 relatif aux substances et aux procédés mentionnés à l'article 17 de la loi n°99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage »,

-« la liste de référence des classes pharmacologiques de substances dopantes et de procédés de dopage interdits ». (41)

9) Quelles catégories de sportifs peuvent être concernées par les contrôles antidopage ?

90% des médecins (95,20% à la campagne et 86,20% en ville) ont répondu que les amateurs comme les professionnels peuvent être contrôlés, tant qu'ils sont licenciés.

4% pensent que seuls les sportifs professionnels peuvent être contrôlés,

4% ne savent pas et un médecin a répondu « aucune catégorie ne devrait l'être car les contrôles ne sont pas un moyen de combattre ce problème ».

Il a été rappelé dans ce mémoire que tout sportif licencié ou non, participant à une compétition agréée par une fédération ou s'entraînant en vue d'y participer, pouvait être contrôlé.

10) Les contrôles antidopage se font-ils uniquement en cours de compétition ?

Sans différence entre la ville et la campagne, les médecins pensent à 62% que les contrôles peuvent être réalisés en dehors des compétitions.

Par contre, 9,5% des médecins ruraux et 20,7% des médecins urbains pensent que les contrôles se font uniquement en cours de compétition, entendant par-là avant- pendant- après (certains ne savaient pas ce dernier point).

Les contrôles peuvent se faire pendant les entraînements pour 27 médecins (87%). Puis pour un médecin à chaque proposition : « tout au long de l'année », « pendant les périodes de repos », « l'intersaison », « toujours et partout » (cette dernière réponse correspond plus à un souhait).

Les contrôles se font pendant l'entraînement, avant, pendant, et après une compétition tant que cela se déroule dans une enceinte sportive.

C. EXPERIENCES ET CONNAISSANCES MEDICALES DU DOPAGE.

1) Les médecins ont-ils rencontré ou suspecté des problèmes de dopage dans leur clientèle ?

Seulement deux, à la campagne, en ont rencontré ou suspecté fréquemment, dont un praticien qui connaît des sportifs qui « fument » (du cannabis) pour être en forme le dimanche.

Ils sont : - 42% de généralistes à n'avoir jamais rencontré ou suspecté de problème de dopage dont 42,90% en milieu rural et 41,40% en milieu urbain.

- 30% à en avoir rarement rencontré ou suspecté dont 23,8% à la campagne et 34,50% en ville.

- 24% à en avoir rencontré ou suspecté une ou deux fois seulement soit 23,8% et 24,10%.

- 53,85% des médecins qui ont la capacité de médecine du sport ont rarement rencontré des cas de dopage contre 21,62% des généralistes qui n'ont pas le diplôme et respectivement, une ou deux fois pour 7,7% contre 29,73%. ($p=0,1$) (figure 4)

Les médecins ont le plus souvent suspecté des problèmes de dopage devant la difficulté à déceler les signes de dopage, sinon c'est sur aveu du patient.

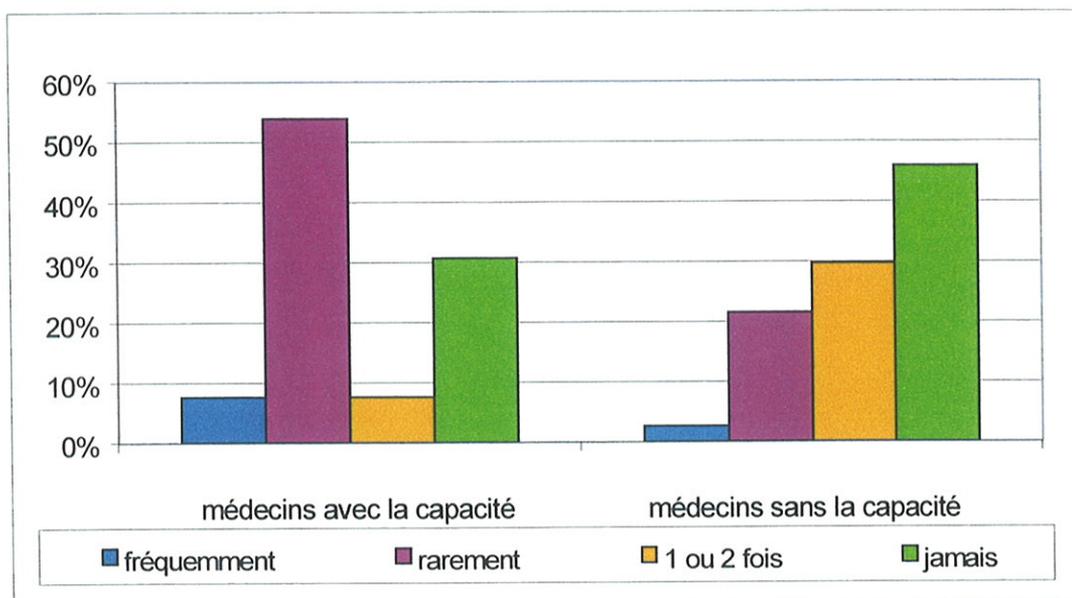


Figure 4 : Problèmes de dopage dans la clientèle (médecins qui ont la capacité de médecine du sport versus ceux qui ne l'ont pas).

La suspicion a été alimentée par le développement rapide de la musculature. Un patient a avoué prendre des produits qu'on lui proposait dans une salle de musculation sans savoir quoi exactement ; il a amené le flacon à son médecin mais aucune indication sur la composition n'était notée. Le médecin n'a pas poussé plus loin les investigations.

Un médecin a rencontré une intoxication aiguë aux amphétamines c'est à dire hyperthermie, troubles neurologiques et n'a su le diagnostic que lorsqu'il a été posé en hospitalisation.

Les autres situations étaient : un adolescent intéressé par son taux d'hématocrite et sa NFS ; le médecin ne comprenait pas pourquoi et l'a su avec la médiatisation de l'EPO. Un autre adolescent a avoué prendre des bêtabloquants pour des compétitions et un autre a arrêté son sport car s'il voulait réussir, il devait prendre des produits en conséquences. Un sportif a déclaré être fourni en substances par un autre médecin !!!

2) Renouvellement d'un certificat d'aptitude au sport.

Lorsque les médecins généralistes doivent renouveler un certificat d'aptitude au sport ou le faire pour la première fois, ils demandent au patient ce qu'il prend comme produit(s) à 80% soit 85,70% à la campagne et 75,9% en ville.

Ils s'intéressent plus à ce que les sportifs peuvent prendre comme médicaments (74%) : 71,40% en milieu rural et 75,90% en milieu urbain. Puis viennent les vitamines (60%) et les compléments alimentaires (56%), respectivement à la campagne : 61,90% et 54,20% et en ville : 58,6% et 58,6%. Ils sont quand même 50% à s'intéresser aux trois produits soit 42,90% à la campagne et 55,20% en ville. Les autres ne s'intéressent qu'à un ou deux produits.

Les vitamines et les compléments alimentaires ne sont pas des dopants et ne sont pas encore entrés dans les mœurs des médecins sauf pour ceux qui sont nutritionnistes. Ces deux derniers produits ne font pas partie intégrante de l'interrogatoire du médecin généraliste.

3) Est- ce que les médecins ont été confrontés à des demandes sur des produits de la liste ?

54% des médecins interrogés, soit 57,10% à la campagne et 51,70% en ville, ont été confrontés à des demandes de renseignements ou de prescription de produits de la liste soit parce que « les copains en ont pris ou en prennent », les sportifs veulent savoir « si c'est bien ou pas » ou quels effets peuvent être attendus.

Par contre, il existe une différence significative ($p < 0,05$) entre les femmes et les hommes puisque les femmes n'ont pas été confrontées à ces demandes pour 73,3% contre 34,7% des hommes. (figure 5)

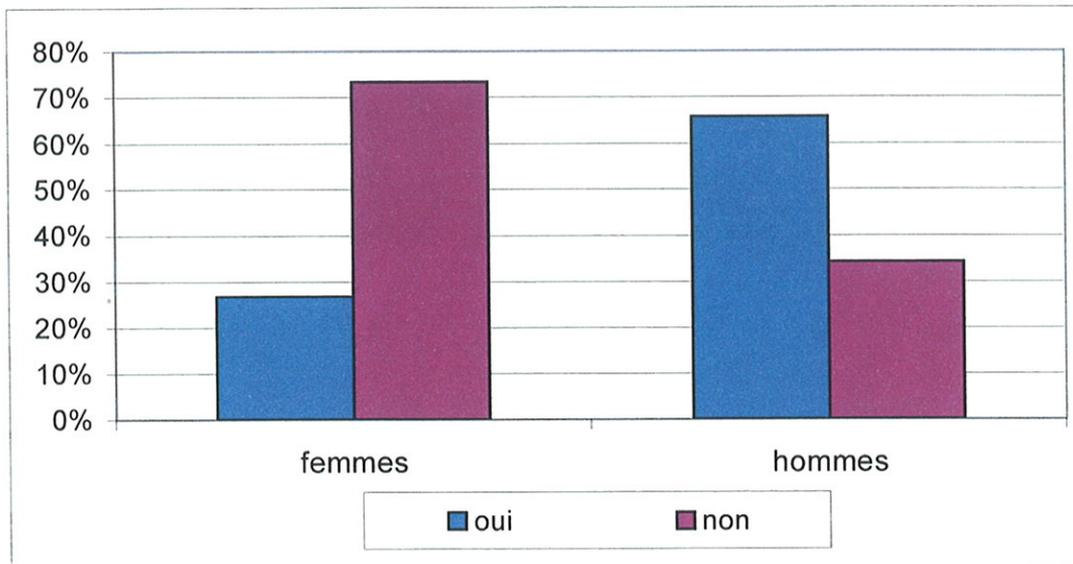


Figure 5 : Demandes de renseignements ou de prescription de produits de la liste (femmes versus hommes)

91,7% des médecins en milieu rural et à 100% en milieu urbain ont eu des demandes provenant essentiellement des sportifs eux-mêmes. Puis loin derrière, ce sont les parents et les entraîneurs qui posent des questions : les parents pour 25% des médecins à la campagne et pour 13,3% de ceux de ville et les entraîneurs pour 8,3% et 13,3%, respectivement (N.S.).

Les parents, majoritairement, ont demandé des renseignements sur les prescriptions du médecin : ils voulaient savoir si les médicaments prescrits étaient compatibles avec la pratique sportive, une compétition proche et donc s'il y avait des risques par rapport à un éventuel contrôle antidopage. Quelques sportifs ont eu la même attitude.

Les sportifs pensent peut-être que les femmes ne sont pas au courant des produits utilisés dans le sport et qu'elles se sentent moins concernées par le dopage.

A la campagne, les produits qui ont fait l'objet d'une telle demande sont : la nandrolone, l'EPO, les corticoïdes (avec demande d'une infiltration d'un coude la veille d'une compétition ; le médecin a eu un doute de la demande réellement thérapeutique et n'a pas réalisé le geste), les anabolisants, les cocktails type ADAM-MDM (ectasy associé à de l'alcool ou du cannabis) trouvé sur Internet, des produits pour être en forme, tout type de produits. Un médecin a eu des demandes à l'occasion de « l'affaire Festina » et de la médiatisation des produits retrouvés.

En ville, on trouve : l'EPO, les corticoïdes, les anabolisants, l'hormone de croissance, quelque chose pour tenir le coup, les compléments alimentaires (un médecin, qui est aussi nutritionniste, explique aux sportifs qu'une alimentation équilibrée et adaptée à l'effort suffit), l'association Praxinor®- Sudafed® très prisée par une équipe de sport collectif de haut niveau du Limousin.

4) Les médecins sont-ils plus attentifs aux médicaments qu'ils prescrivent chez un sportif de haut niveau que chez un sportif amateur ?

En règle générale oui à 58% : 57,1% à la campagne et 58,6% en ville.

Il y a une tendance, sans différence significative, à ce que les médecins qui ont la capacité de médecine du sport prêtent autant d'attention aux sportifs de haut niveau qu'aux sportifs amateurs pour 61,55% contre 32,43% des généralistes qui n'ont pas ce diplôme. (p=0,1) (figure 6)

Les médecins qui ont une formation en médecine sportive penseraient plus spontanément au dopage devant un sportif amateur ce que ne font pas leurs collègues, même si ces derniers savent que tous les sportifs peuvent être concernés par ce problème.

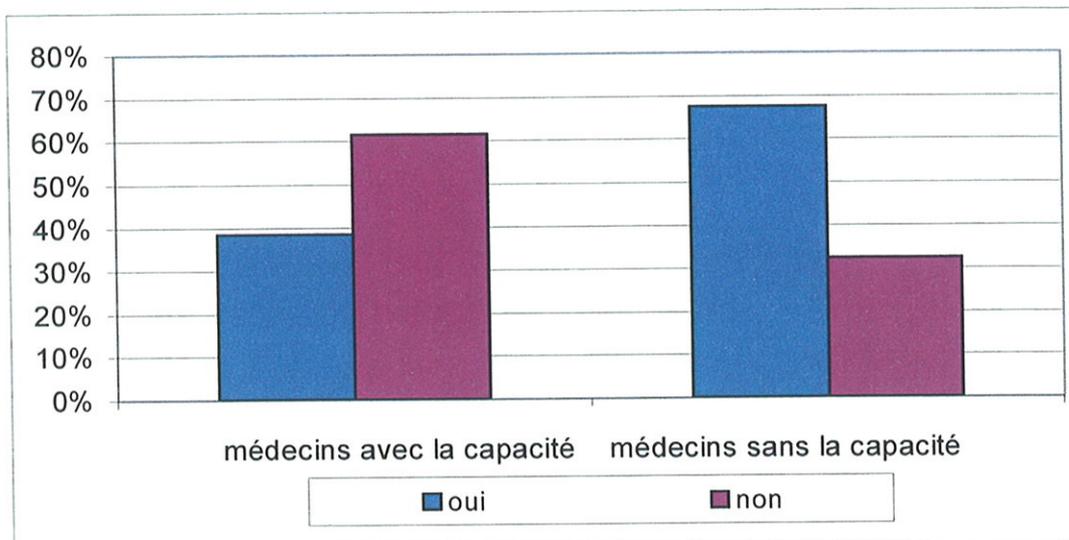


Figure 6 : Les médecins sont-ils plus attentifs à la prescription de médicaments chez un sportif de haut niveau par rapport à un sportif amateur (médecins qui ont la capacité de médecine du sport versus ceux qui ne l'ont pas).

Les commentaires ne montrent pas de différence entre les milieux ruraux ou urbains.

Les médecins qui disent ne pas faire plus attention argumentent que les sportifs amateurs sont des sportifs avant tout, comme ceux de haut niveau ; qu'ils doivent bénéficier de la même attention. Un médecin est attentif envers les sportifs amateurs car ils ne sont pas au courant des effets néfastes de la prise de substances dopantes en général, alors que le sportif de haut niveau est au courant de tout cela.

Les médecins qui font plus attention à ce qu'ils prescrivent aux sportifs de haut niveau le font avant tout parce que le sport est le métier des athlètes, un contrôle positif peut avoir des conséquences économiques et sociales. Les sportifs font plus attention eux-mêmes car ils ont plus de pression par rapport au dopage, ils avertissent le médecin du haut niveau de compétition. Pour d'autres médecins : « le résultat ne prime pas chez le sportif amateur » ; « le résultat est plus important que la santé du sportif et ce n'est pas bien de penser ça » ; « les contrôles sont plus nombreux pour le haut niveau ».

En général, les médecins regardent la liste avant de prescrire un produit pour éviter de donner une substance interdite.

Des médecins reconnaissent que ce n'est pas correct de faire plus attention au sportif de haut niveau.

5) Prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'antibiotiques.

Devant un problème inflammatoire, tendinite par exemple, les médecins prescrivent

-à 74% des AINS per os : 76,2% à la campagne et 72,4% en ville,

-à 94% des AINS locaux : 95,2% à la campagne et 93,1% en ville,

-6% n'en prescrivent aucun : un médecin à la campagne et deux médecins en ville,

-72 % les deux.

De façon générale, tous les médecins conseillent le repos.

Les médecins qui prescrivent les AINS par voie orale le font essentiellement pour :

- traiter et soulager,

- l'efficacité de la voie orale,

- permettre la reprise rapide du sport,

- que le sportif puisse continuer son activité sportive,

- si indispensable mais préfère la kinésithérapie,

- un praticien préfère ne pas prescrire d'AINS per os car ils retardent la cicatrisation tendineuse (mais souvent les sportifs en ont déjà pris avant de consulter),

- un médecin fait un certificat de contre-indication temporaire à la pratique sportive non pas parce qu'il considère le produit comme dopant mais pour une guérison plus rapide,

- pour trois médecins les AINS ne sont pas des dopants,

- par contre pour trois médecins il y a doute sur le caractère dopant, exprimé par le fait que les AINS ne sont pas prescrits si le repos n'est pas obtenu ou ils ne sont prescrits qu'à distance d'une compétition.

Les médecins qui ne prescrivent que des AINS locaux le font car:

- pour trois d'entre eux, ces médicaments sont considérés comme dopant et un médecin traite par homéopathie,
- per os, ils permettent le recul du seuil de la douleur. Le sportif va alors continuer l'effort sans prendre en compte ce que son corps ressent,
- une tendinite chez un sportif est plus difficile à traiter que chez un sédentaire et il envoie donc le sportif chez un rhumatologue,
- le traitement local associé à de la physiothérapie suffit,
- ces médicaments possèdent une toxicité hématologique et digestive,
- il y a un respect dans la progression thérapeutique : on débute par le local et si cela ne suffit pas, on passe à la voie orale.

Les médecins qui ne prescrivent aucun AINS traite une tendinite par acupuncture (médecin homéopathe- acupuncture), par mésothérapie sans arrière pensée par rapport aux AINS.

Au total trois médecins ont exprimé que les AINS ne sont pas des dopants, six autres que ce sont des dopants (trois directement et trois de façon indirecte).

En réalité les anti-inflammatoire non stéroïdiens ne sont pas des produits dopants. Quant au recul du seuil de la douleur, effectivement le sportif peut aller au-delà de ses limites en ne ressentant pas la douleur mais un sportif subit presque toujours des traumatismes. Quand on est sportif, il est dur d'arrêter son activité et des antalgiques peuvent être utiles à la poursuite,

la continuité de ce que l'on aime. Il faut tout de même connaître ses limites et savoir arrêter lorsqu'il est encore temps, en fonction de la pathologie.

Tous les médecins prescrivent des antibiotiques par voie orale. Le médecin acupuncture- homéopathe traite certaines pathologies infectieuses par homéopathie alors que d'autres nécessitent une antibiothérapie. En général, lorsqu'il y a besoin d'une antibiothérapie par voie intramusculaire, l'état du patient ne doit pas lui permettre de faire du sport. Certains antibiotiques par voie intramusculaire sont interdits de part la présence d'anesthésique dans le solvant.

6) Est-ce que certains produits peuvent être prescrits sans précautions particulières ?

a) Les antihistaminiques.

Les médecins généralistes ne les prescrivent pas à 50% : 38,1% à la campagne et 58,6% en ville ($p = 0,167$; N.S.).

La raison en est leur aspect sédatif. Pourtant, les nouvelles molécules sont non sédatives.

14% (respectivement 24% et 6,9%) ne savent pas s'il y a des précautions particulières à prendre.

Ces produits ne figurent pas sur les listes des produits interdits par le C.I.O. et par la loi française ; il faut néanmoins vérifier auprès des fédérations sportives pour s'assurer qu'ils ne figurent pas sur leur propre liste.

b) Les antitussifs.

Ces produits ne sont pas prescrits à 91% : 90% en milieu rural et 93% en milieu urbain.

Ils ne sont que 2% à en prescrire.

La raison de la non-prescription est la présence de codéine dans certains de ces médicaments ; les médecins pensent qu'elle figure sur la liste, ce qui est faux.

Par contre, il faut faire attention car la codéine peut positiver les contrôles à la morphine. Il existe des antitussifs sans codéine, qui peuvent être prescrits sans arrière-pensée (si ce n'est que la plupart ont un effet sédatif, qui n'est probablement pas favorable à l'activité sportive).

c) La caféine.

Elle n'est pas prescrite par 61,9% à la campagne et 96,6% en ville ($p < 0,05$), soit 82% en moyenne. 6% des médecins ne savent pas.

Il est vrai qu'il existe un seuil au-delà duquel les contrôles sont considérés comme positifs (concentration supérieure à 12 $\mu\text{g/ml}$ d'urine). (41)

A noter que cette notion est ignorée des médecins.

La caféine fait partie des produits auxquels les médecins font attention car c'est un excitant.

d) Les corticoïdes per os, locaux, injectables, en aérosol.

Les médecins sont catégoriques : ils ne prescrivent pas (100%) de corticoïdes par voie orale et ils ont raison car ils sont interdits.

A 62%, les corticoïdes locaux ne sont pas prescrits soit 57,2% à la campagne et 63,5% en ville (N.S.). 32% des médecins les ordonne et 16% ne se sont pas prononcés.

Cette faible proportion de prescripteurs provient de la peur d'un passage systémique.

Il faut rappeler que les corticoïdes par inhalation, par voies anale, auriculaire, nasale, dermatologique et ophtalmologique ne sont pas interdits.

Là aussi les médecins ne donnent pas de corticoïdes injectables, à 100%.

Les injections systémiques sont interdites. Les injections locales et intra-articulaires sont autorisées, mais une notification peut être nécessaire si le règlement d'une autorité le prévoit.

Seulement 6% des médecins prescrivent des corticoïdes en aérosol, 4% ne savent pas et donc 90% ne les prescrivent pas. Les médecins ont peur d'un passage systémique. Rappelons que les corticoïdes sous cette forme sont autorisés.

e) Les bronchodilatateurs. Les bêta stimulants.

Ces médicaments ne sont pas non plus prescrits par 90%, soit 90,4% des médecins interrogés à la campagne et 89,7% en ville. 4% ne savent pas.

Selon la liste française (27), le salbutamol, le salmétérol et la terbutaline sont autorisés par inhalation pour prévenir ou traiter l'asthme d'effort (selon le C.I.O., le formotérol, la terbutaline, le salbutamol et le salmétérol sont autorisés, avec les mêmes restrictions (20)). Ils doivent être notifiés par écrit à l'autorité médicale compétente par un pneumologue ou un médecin d'équipe (27)

f) Les bêtabloquants.

Les médecins ne les prescrivent pas à 88% : 76,2% en milieu rural et 96,6% en milieu urbain, seulement 8% s'y risquent. Les médecins craignent une dyspnée, un ralentissement trop important du rythme cardiaque plutôt qu'une positivité aux contrôles antidopage.

Certaines fédérations peuvent demander des contrôles concernant ces médicaments, non pour les risques de dyspnée ou de bradycardie, mais pour les effets contre les tremblements, en particulier dans les sports de tir et automobiles.

D. CONNAISSANCES LEGISLATIVES DES MEDECINS SUR LE DOPAGE.

1) Attitude des médecins devant un cas suspecté ou avéré de dopage ?

Hormis deux médecins qui ne savent pas quoi faire et un qui ne ferait rien, les autres parlent avec le sportif, lui expliquent les risques qu'il encoure sur les plans médical et sportif, essaient de savoir pourquoi le sportif prend ce genre de substances.

Les différentes attitudes adoptées sont les suivantes :

- Evaluer les effets secondaires du dopage, faire un interrogatoire et un examen clinique, encourager le sportif à arrêter, le conseiller.
- Un seul médecin se sent prêt à prendre le patient en charge.
- En grande majorité, ils ne veulent pas signaler ces cas car ils craignent de perdre la relation de confiance qui s'est établie avec le patient.
- Deux médecins ne renouvellent pas la licence sportive dans le cadre de sa délivrance.
- Certains médecins (n=6) pensent à demander conseil auprès de médecins du sport ; un autre adresse le sportif à des spécialistes tels que neurologues, pharmacologues, psychologues..., etc. Un médecin appelle le Conseil de l'Ordre pour savoir quelle attitude adopter.
- Deux médecins proposent au sportif de consulter un médecin du sport.
- D'autres préfèrent entrer en contact avec les entraîneurs afin de mener leur « enquête ». Des médecins (3 en ville) préviennent le président du club, la fédération concernés. Ce sont les médecins sportifs qui iraient plus facilement vers les instances sportives.

Comme nous l'avons vu précédemment, devant une suspicion de dopage, le médecin a l'obligation de signaler le cas à l'Antenne Médicale de Lutte contre le Dopage (AML)D) comme prévu par la loi de 1999.

2) Les médecins connaissent-ils les obligations qui leurs sont faites par la loi

Buffet ?

Les médecins ne connaissent pas les obligations qui leurs sont faites à 90,5% à la campagne et 82,8% en ville (N.S.), soit 86% en moyenne. En réalité, ils ont plus entendu parler qu'ils ne connaissent la loi de 1999.

Les médecins qui ont la capacité de médecine du sport ne les connaissent pas pour 69% contre 91,9% des médecins qui n'ont pas ce diplôme.

69,5% des médecins impliqués dans une association sportive ne sont pas au courant contre 91,9% de leurs confrères qui ne sont pas impliqués. Cette méconnaissance entraîne des risques pour eux en cas de non-dénonciation.

3) Faut-il déclarer un cas de dopage ?

Pour 44% des médecins un tel cas n'est pas à déclarer : 52,4% à la campagne contre 37,9% en ville (N.S.).

Ils ne sont que 24% à penser qu'il faut déclarer les cas de sportifs dopés et 32% ne savent pas (respectivement en milieu rural : 19% et 28,60% ; en milieu urbain : 27,6% et 34,5%).

Selon l'article 7 de la loi Buffet n°99-223 du 23 mars 1999, les obligations faites aux médecins sont les suivantes :

« Tout médecin qui est amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage :

- Est tenu de refuser la délivrance d'un des certificats médicaux définis aux articles 5 et 6. : certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives valables pour toutes les disciplines à l'exception de celles mentionnées par le médecin et celles pour lesquelles un examen plus approfondi est nécessaire et dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé ; certificat médical mentionnant l'absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition, ou pour les non-licenciés auxquels ces compétitions sont ouvertes, à la présentation de ce seul certificat ou de sa copie certifiée conforme, qui doit dater de moins d'un mois.

- Informe son patient des risques qu'il court et lui propose soit de le diriger vers l'une des antennes médicales mentionnées à l'article 2, soit, en liaison avec celle-ci et en fonction des nécessités, de lui prescrire des examens, un traitement ou un suivi médical ;

- Transmet obligatoirement au médecin responsable de l'antenne médicale mentionnée à l'article 2 les constatations qu'il a fait et informe son patient de l'obligation de cette transmission.

- Cette transmission est couverte par le secret médical. »

L'article 8 de la même loi stipule que : « La méconnaissance par le médecin de l'obligation de transmission prévue à l'article 7 ou des prohibitions mentionnées à l'article 19 est passible de sanctions disciplinaires devant les instances compétentes de l'ordre des médecins. »

Ces obligations s'appliquent dans le cadre de la délivrance d'un certificat, d'une licence mais aussi dans le cadre de soins et sont toujours couvertes par le secret médical. (26)

4) Les médecins connaissent-ils les Antennes Médicales de Lutte contre le Dopage et seraient-ils prêts à y adresser un patient ?

Ils sont 24% seulement à les connaître : 23,8% à la campagne et 24,1% en ville. 16% savent qu'une telle antenne existe à Limoges : 14,3% en milieu rural et 17,2% en milieu urbain.

46,15% des médecins détenteurs de la capacité de médecine du sport connaissent les Antennes Médicales de Lutte contre le Dopage contre 16,21% des généralistes qui n'ont pas ce diplôme. ($p < 0,05$) (figure 7)

Ils ont appris leur existence par des confrères et très peu par voie de presse. Pourtant un article a paru dans un journal régional et une entrevue diffusée sur la chaîne de télévision régionale, au mois de novembre 2001 (avant cette enquête), annonçant l'ouverture de l'antenne de Limoges.

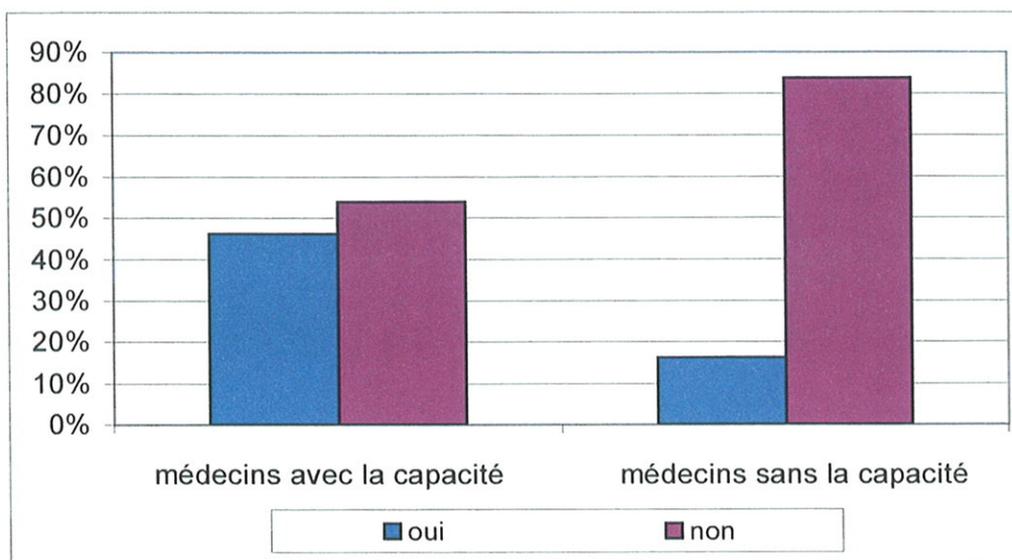


Figure 7 : Connaissance de Antennes Médicales de Lutte contre le Dopage (médecins qui ont la capacité de médecine du sport versus ceux qui ne l'ont pas).

Les médecins sont d'accord, à 92% : 95,2% à la campagne et 89,7% en ville, pour adresser un patient à ces antennes.

Parmi ceux qui n'adresseraient pas de sportif à cette structure, un médecin pense que cela ne servirait à rien : le patient n'arrêterait pas pour autant de se doper ; il donne l'exemple des alcooliques, ce n'est pas parce qu'ils consultent qu'ils cessent leur consommation d'alcool.

Les raisons des autres médecins sont qu'ils n'ont pas beaucoup de sportifs dans leur clientèle et qu'ils ne sont pas concernés par le problème du dopage.

E. ROLE ET SOUHAITS DES MEDECINS EN MATIERE DE DOPAGE.

1) Les médecins pensent-ils avoir un rôle à jouer dans la prévention du dopage ?

Oui pour 90,5% des médecins ruraux et 82,8% des médecins urbains, soit 86% de l'échantillon total.

Sans différence entre les deux milieux, on retrouve les mêmes arguments qu'à la question précédente pour les médecins qui pensent ne pas avoir de rôle à jouer dans la prévention du dopage. Pour un médecin, le dopage n'est pas une priorité.

Pour les autres médecins, la prévention est leur rôle en tant que médecin traitant, généraliste et entre dans la prise en charge globale du patient. Il faut préserver la bonne santé des sportifs. Le médecin est le premier intervenant, le conseiller auprès des familles (parents, enfants, adolescents) qui lui font confiance.

Le renouvellement des licences sportives est le moment propice pour faire de l'information sur les risques encourus par l'utilisation de substances dopantes, de substances non identifiées.

Il est bon de rappeler qu'il faut faire du sport pour la santé et non pour autre chose (la gloire, l'argent...).

Le dopage est un problème de santé publique. Il y a une inclination exagérée à la consommation médicamenteuse dans la population générale et faire de l'information auprès des sportifs et des non-sportifs est une bonne chose.

Les médecins qui ont peu de sportifs dans leur clientèle, pensent avoir un rôle modeste à jouer dans cette prévention. D'autres ont un rôle en tant que médecin attaché à la médecine du sport

du C.H.U., en tant que médecin de club, parce que le dopage est un problème d'estime de soi et de confiance.

2) Les médecins se sentent-ils capables de prendre en charge un sportif dopé ?

En majorité non, 81% pour les médecins ruraux et 72,4% pour les médecins urbains (N.S.). Pour trois médecins, « cela dépend » du degré de dopage. Chaque cas est unique. Ils prennent en charge des « drogués », alors pourquoi pas des « dopés » ?

3) Les médecins ont-ils déjà reçu des informations médicales sur le dopage ?

Ils sont 54% des médecins interrogés à avoir reçu des informations sur le dopage.

A la campagne, ils semblent avoir reçu moins d'informations sur le dopage (42,90%) que les médecins exerçant en ville (57,10%) ($p = 0,18$; N.S.).

Les médecins qui ont une formation en médecine du sport reçoivent plus d'informations médicales sur le dopage pour 76,92% contre 45,95% de leurs confrères qui n'ont pas cette formation ($p=0,1$).

Cela dépend du type de magazine que reçoivent les médecins, de leurs centres d'intérêts. Les informations, mêmes si elles sont reçues ne sont pas toujours lues.

4) La formation des médecins en matière de dopage, est-elle suffisante ?

Veulent-ils des FMC à ce sujet et quelles informations ?

86% des médecins estiment que leur formation est insuffisante : 85,60% en campagne et 86,20% en ville.

Ils souhaitent des FMC à 74% : 76,2% en milieu rural et 72,4% en milieu urbain.

On constate qu'il y a 10% de médecins qui estiment leur formation suffisante et qui ne veulent pas d'information : ils ne se sentent pas concernés par le problème du dopage car ils ont peu ou pas de sportifs dans la clientèle, le dopage n'est pas une priorité. Deux médecins arrêtent leur activité libérale. Un médecin a déjà assisté à une FMC sur le dopage et l'a trouvé inintéressante.

Les médecins de ville et de campagne souhaitent les mêmes informations sur le dopage :

- produits dopants utilisés par les sportifs, les produits existants,
- la pharmacologie,
- comment reconnaître les signes de dopage,
- comment faire de la prévention et prendre en charge un dopé,
- les adresses utiles où adresser le sportif,
- la législation,
- une liste simple à consulter,
- « l'essentiel, tout »,
- sous forme de débat, conférence et pourquoi pas sur CD-Rom pour ceux qui ne peuvent pas se déplacer de par leur activité (astreinte 24 heures sur 24).

5) Que faire pour une meilleure prévention, prise en charge du dopage ?

Pour les médecins :

- « Il faut en priorité faire de l'information auprès des enfants, des adolescents, des parents, de l'encadrement sportif (entraîneurs, éducateurs, présidents de club), des médecins généralistes et du monde médical, des médias ».
- « Les sportifs sont fragiles et sont prêts à tout pour gagner ; ils ont besoin d'attention ».
- « Il faudrait faire cette information au niveau des clubs en levant le tabou, en milieu scolaire ou à plus grande échelle ».
- « Le ministère de tutelle devrait prendre conscience du problème ».
- « Les adresses utiles devraient être diffusées dans les écoles, les cabinets médicaux, les lieux publics, les journaux sportifs, les lieux publics ».
- « La prévention devrait se faire en mettant l'accent sur les dangers de l'usage de substances interdites, à moyen et long terme ».
- « Il faut aussi mettre en avant le respect de soi et de la vie, l'éthique sportive, rappeler l'idéal olympique : « l'important, c'est de participer ». Il est nécessaire de faire comprendre que le sport doit être pratiqué pour le plaisir, avec modération et selon ses possibilités. L'acte sportif ne doit plus être glorifié et la médiatisation doit s'arrêter. Les résultats ne doivent plus être spectaculaires. Les sportifs de haut niveau doivent donner l'exemple aux plus jeunes ».
- « Il faudrait aussi que le monde médical n'ait plus un double langage, c'est à dire : le dopage ce n'est pas bien, les médecins se taisent et laissent faire. Il faudrait « mettre à la porte » les médecins véreux et détruire les laboratoires clandestins ».
- « Dès que le sport est intensif, le suivi devrait être assuré par des médecins spécialisés en médecine du sport ou un médecin ne faisant pas partie du club ».

- « Les contrôles devraient être plus nombreux et pour cela, s'en donner les moyens, au niveau des locaux de contrôles, des médecins, des laboratoires (un seul en France). Les sportifs de clubs de petit niveau devraient être plus souvent contrôlés ».
- « Les sanctions devraient être plus sévères avec l'éviction à vie du sportif contrôlé positif, suppression de tout sport où le dopage est reconnu. Elles devraient concerner aussi les entraîneurs, les présidents de club poussant à la performance ».
- « Pourquoi ne pas signer un contrat avec les sportifs dans lequel ils s'engageraient à ne pas prendre de produits illicites » ?
- « Sport et argent doivent être dissociés ».

Trois médecins n'ont pas répondu car le dopage est un problème vaste, la prise en charge est complexe.

IV. DISCUSSION.

En règle générale, les médecins font du sport, sont investis dans leur club (1 sur 4) mais ils ne suivent pas attentivement les affaires de dopage dans le sport. Ils savent que les adolescents et les femmes sont touchés par le dopage. Ils ne se prononcent pas quant au dopage des enfants ; ils veulent sans doute penser que cette population n'est pas concernée par le dopage de par son âge, la protection des parents, des entraîneurs qui n'oseraient pas donner des produits interdits et dangereux . Ils connaissent les sanctions sportives que les athlètes encourent s'ils sont contrôlés positifs à un produit interdit.

Les médecins interrogés connaissent des produits utilisés dans les milieux sportifs mais se ne sont ceux retrouvés ou recherchés au cours de contrôles : les corticoïdes n'apparaissent pas dans les contrôles de 1996-1997 ou n'étaient peut-être pas recherchés ; en ce qui concerne l'EPO, les contrôles actuels ne peuvent pas affirmer sa présence ; pour la créatine, elle n'est pas sur la liste des produits dopants. Un médecin, ancien compétiteur et actuellement sportif de loisir, a cité l'hémoglobine réticulée comme produit dopant.

Ils ne font pas de différence entre les produits et les classes de produits ; souvent ils ont reporté les réponses de l'item 10 (produits) à l'item 12 (classes).

Ils possèdent la liste des substances interdites mais ne savent pas où la trouver le plus facilement (Vidal®). Bien que cette liste soit dans leur cabinet, ils n'ont pas prêté attention à sa composition. Sa mise à jour n'est pas une priorité : la plus ancienne date de 1993, la plus récente de 2001. La méconnaissance de cette liste se retrouve dans la prescription de certains produits pour lesquels les médecins sont très prudents car ils ne savent pas s'ils sont interdits, s'il existe une concentration au-delà de laquelle le contrôle antidopage est considéré comme positif..., ils ont peur d'un passage systémique. Une minorité de médecins pense que les

AINS sont des dopants, ce qui n'est pas le cas. Il est très difficile de connaître parfaitement la liste, mais la connaissance des classes impliquées semble un objectif raisonnable.

Ils savent que tous les sportifs licenciés peuvent subir des contrôles antidopage avant, pendant, après une compétition et lors d'un entraînement. Ils ignorent que les sportifs non licenciés peuvent être contrôlés dès lors qu'ils participent à une compétition ou à un entraînement y préparant.

Les médecins interrogés ont été peu confrontés au problème de dopage dans leur clientèle, seulement deux praticiens en ont rencontré fréquemment. Ils prêtent plus d'attention aux sportifs de haut niveau qu'aux sportifs amateurs lorsqu'ils doivent les traiter même s'ils savent que les deux catégories de sportifs sont touchées par le dopage. Les généralistes ont peu de sportifs de haut niveau dans leur clientèle et il sont amenés à les voir ponctuellement, en général ces athlètes ont leur propre médecins de club. Le dopage au niveau amateur semble tellement loin, irréel et inutile car sans finalité financière ou sociale pour les sportifs. Les médecins consultent plus facilement la liste devant des sportifs de haut niveau ou lorsqu'ils sont avertis de la possibilité d'éventuels contrôles. Les médecins s'intéressent aux médicaments, vitamines ou compléments alimentaires (ils ne sont pas considérés comme dopants) que peut prendre le sportif. Ils ont quand même été confrontés à des demandes de renseignements voire des prescriptions de produits de la liste de la part, essentiellement, de sportifs, puis des parents et des entraîneurs. Quelques sportifs et les parents ont aussi attiré l'attention du médecin sur le fait qu'une compétition était proche et qu'il fallait qu'il fasse attention à ses prescriptions. Heureusement, toutes les demandes n'ont pas été dans le but de prendre des produits ; il y a des personnes qui sont sensibles au problème du dopage et qui ne veulent pas qu'un contrôle positif vienne remettre en cause leur carrière sportive.

Les connaissances législatives des médecins en matière de dopage sont insuffisantes car ils ne connaissent pas les obligations qui leur sont faites par la loi dite « Buffet » de 1999. Ils ne

savent donc pas qu'ils sont impliqués dans la prévention et la prise en charge des sportifs dopés, qu'ils doivent signaler un cas de dopage, qu'ils encourent des sanctions en cas de non signalement. Dans leur cabinet, les médecins ne dénonceraient pas leur patient par crainte de perdre leur confiance. « Pourquoi dénoncer un patient dopé ? Est-ce qu'il ira consulter plus facilement ? Est-ce qu'un patient alcoolique, séropositif est dénoncé ? Le plus important est de leur proposer un suivi, une méthode pour arrêter de se doper ». Pourquoi les médecins signaleraient-ils un cas de dopage alors qu'ils ignorent que c'est obligatoire et qu'ils risquent des sanctions à ne pas le faire ? De plus, ils ne savent pas, en cas de prescription de produit interdit, qu'ils doivent notifier sur l'ordonnance remise sportif qu'ils ont donné l'information. Il est très étonnant que le texte de loi ne leur ait pas été envoyé personnellement, alors que les informations réglementaires de moindres conséquences leur sont fréquemment adressées par le secrétariat d'état à la santé. Il n'est pas imaginable que le ministère de la jeunesse et des sports ait pu sous-estimer l'importance des médecins généralistes dans la prévention et la lutte contre le dopage. Le Journal Officiel n'est pas le livre de chevet des médecins.

Les généralistes pensent avoir un rôle à jouer dans la prévention mais ne se sentent pas capables de prendre en charge des « dopés ». Devant un tel cas, ils discutent avec le patient, essaient de comprendre pourquoi et de le convaincre d'arrêter. Certains penseraient à demander un avis auprès d'un médecin du sport, d'autres s'adresseraient directement aux instances sportives concernées. L'un ne ferait rien car le dopage n'est pas sa priorité, un autre prendrait lui-même en charge le sportif car il est contre les structures qui disent s'occuper de ces patients. Des médecins généralistes disent ne pas être concernés par le dopage car ils ont peu de sportifs dans leur clientèle... Quel est le médecin qui n'a pas à renouveler une licence sportive ou à faire un certificat de non contre-indication à la pratique sportive au cours d'une année ? Comme dans beaucoup d'autres pathologies le médecin généraliste est le premier intervenant et le relais de prise en charge après l'intervention des spécialistes. Les médecins

généralistes sont effectivement en première ligne pour la prise en charge des patients et ont à faire de la prévention dans de nombreux domaines : HTA, alcoolisme, diététique, drogues... et pourquoi pas en matière de dopage ? Tous les sportifs peuvent « toucher » un jour ou l'autre à des substances interdites. Ces sportifs nécessitent une prise en charge multidisciplinaire, avec l'intervention potentielle de psychologues, psychiatre, médecins du sport... Le médecin généraliste peut et doit y participer.

Pour les médecins interrogés, la prévention et une meilleure prise en charge du dopage passent par plus d'informations qui s'adresseraient aux enfants, aux adolescents, aux parents, à tout l'entourage sportif, à la population non sportive. Ils voudraient aussi que les sanctions soient plus sévères, les contrôles plus fréquents. En dehors de quelques bonnes idées et de bonnes intentions, de la diversité de ces réponses, on peut retenir une certaine méconnaissance du problème et des solutions déjà apportées, l'attitude très répressive de certains, des propositions assez naïves et utopiques. L'ensemble de ces réponses n'est probablement pas différent de ce qu'un sondage dans la population générale ou un « micro-trottoir » auraient pu produire.

Cette enquête nous montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les médecins ruraux et urbains, peu entre les médecins qui ont la capacité de médecine du sport et ceux qui ne l'ont pas, les sportifs et les non sportifs, les femmes et les hommes. Nous avons tout de même trois différences significatives :

- les généralistes qui ont une formation en médecine sportive connaissent les Antennes Médicales de Lutte contre le Dopage (AMLDD) pour 46,15% contre 16,21% de leurs confrères qui n'ont pas ce diplôme. Cette information leur est parvenue essentiellement par des confrères impliqués dans le milieu sportif et qui s'intéressent au dopage.

- 60,6% des médecins sportifs prescriraient un produit interdit de la liste contre 29,4% des médecins qui n'ont pas d'activité sportive. Ils avertissent, oralement, le sportif de cette prescription et lui conseillent d'arrêter les compétitions le temps du traitement.

- Les femmes ont moins de demandes de renseignements ou de prescription de produits de la liste pour 26,7% contre 65,7% des hommes. Les sportifs pensent que les femmes auraient une attitude plus répressive ou qu'elles seraient moins concernées par le dopage.

- Sur d'autres résultats il se dégage une tendance, sans différence significative, pour les médecins détenteurs de la capacité de médecine du sport par rapport aux médecins qui n'ont pas ce diplôme :

- ils prêtent autant d'attention aux sportifs de haut niveau qu'aux sportifs amateurs lorsqu'ils doivent prescrire des médicaments. Cela provient sans doute d'une meilleure formation et information. Même si les médecins de la population totale pensent que tous les sportifs sont concernés par le dopage, ils y pensent plus facilement devant un sportif de haut niveau.

- ils ont rencontré plus de problème de dopage. Les sportifs se sentent plus en confiance pour parler de ce problème à des médecins qui sont censés le connaître.

- ils auraient reçu plus d'informations médicales sur le dopage sportif. Ils sont sans doute abonnés à des revues sportives et prêtent plus d'attention aux articles sur le dopage dans les « revues générales ». Cela ne donne pas une meilleure information (prise en charge des sportifs amateurs, connaissances de la liste et de la loi...).

CONCLUSION.

Le dopage existe depuis la nuit des temps, depuis que l'homme a découvert l'effort, les avantages que peut procurer une victoire : reconnaissance par ses pairs, argent. Pourquoi ne pas aider le physique avec du chimique ?

Divers produits ont été utilisés allant des plantes aux produits de synthèse, passant par les animaux, les hommes et des procédés physiques étonnants. Les médicaments sont détournés de leur indication première.

Lorsque les médecins se sont rendus compte de la dangerosité de l'utilisation abusive de substances permettant d'accroître les performances sportives, que des accidents mortels se sont produits, la lutte contre le dopage est apparue et a enfin débuté dans les années 1960. La première difficulté a été de définir le dopage ; la première définition date de 1963 au cours d'un colloque Européen, elle n'a pas cessé d'être modifiée jusqu'en 1999, année durant laquelle le C.I.O. et la France ont adopté leur définition. Elles ont toutes en commun la protection de la santé du sportif et de l'éthique sportive ; elles ne prennent pas en compte le « dopage social » qui est mieux accepté car il n'est pas considéré comme tricherie mais comme un « coup de pouce » ponctuel pour faire face à des situations stressantes.

Mais définir le dopage n'est pas suffisant pour le combattre. La Belgique et la France ont été les premiers pays à établir une loi en 1965. Devant les difficultés de son application, la loi française a été modifiée en 1989, puis en 1999. La loi de 1999 innove par les obligations faites aux médecins qui découvrent un cas suspect de dopage, le suivi médical des sportifs, la création du Conseil de Prévention et de Lutte contre le Dopage (CPLD) et des Antennes Médicales régionales de lutte contre le Dopage (AMLD), plus que par le renforcement des contrôles et des sanctions.

Le C.I.O. prend lui aussi le dopage en charge avec la création d'une commission médicale en 1967, l'adoption de la « Charte Olympique contre le Dopage dans le Sport » en 1988, la conférence mondiale sur le dopage en 1999 qui donne lieu à la « Déclaration de Lausanne sur

le Dopage dans le Sport » ; cette dernière prévoit la mise en place d'une Agence Mondiale Antidopage active depuis 1999. Au niveau Européen, sont apparus la « Charte Européenne contre le Dopage dans le Sport » en 1984, la « Convention Européenne contre le Dopage » entrée en vigueur en 1990.

Les premiers contrôles antidopage ont eu lieu en 1964 aux JO de Tokyo.

Toutes ces lois se sont accompagnées de listes de produits et de procédés interdits qui, elles aussi, ont été souvent modifiées.

Actuellement, la volonté des instances sportives est d'aller vers l'uniformisation de la lutte contre le dopage entre tous les Etats.

L'enquête que nous avons menée auprès de 50 médecins de la Haute-Vienne nous a permis de constater que leurs connaissances générales en matière de dopage sont globalement correctes mais qu'ils ont des lacunes en matière de législation.

Etre sportif ou pas, homme ou femme, avoir la capacité de médecine du sport ou pas ne permet pas d'être mieux informé sur le dopage.

En majorité, les médecins généralistes pensent que les adolescents, les femmes et les hommes sont touchés par le dopage, mais que les enfants sont épargnés. Ils savent que les contrôles antidopage concernent tous les sportifs licenciés et qu'ils peuvent avoir lieu au cours de compétition ou pendant l'entraînement. Ils ignorent que les sportifs non licenciés peuvent être contrôlés. Ils savent que les sportifs risquent une suspension de leur activité sportive en cas de contrôle positif.

Ils ne connaissent pas la liste des produits dopants qui se trouve dans le Vidal® et donc ne font pas la différence entre produits et classes, ne savent pas que certains produits sont strictement interdits et d'autres à « PM » ou « PM obligatoire ». Voilà un des objectifs que les AMLD pourraient se fixer.

Ils n'ont aucune notion de la loi de 1999 par laquelle ils sont directement impliqués dans la prévention et la prise en charge du dopage.

Les médecins interrogés ont conscience d'avoir un rôle à jouer dans la prévention du dopage, mais ne se sentent pas capables de prendre en charge un sportif dopé, sauf s'ils reçoivent une formation sur ce qu'est le dopage, les produits, le diagnostic clinique et biologique de « dopage », les adresses utiles.

A leur avis, l'information doit être faite à tous les sportifs qu'ils soient de haut niveau, amateurs, non licenciés, aux enfants, aux adolescents, aux parents, aux entraîneurs, aux présidents de clubs et de fédération, aux managers, à la population générale. Il ne faut pas seulement dire que se doper n'est pas bien, il faut aussi dire pourquoi, les conséquences sur la santé que peut avoir l'utilisation de produits permettant de dépasser les limites physiologiques. Il faut accepter des résultats sportifs à l'échelle humaine.

L'IMPORTANT, C'EST DE PARTICIPER.

ANNEXES.

ANNEXE 1.

LOI N° 65-412 DU 1ER JUIN 1965 TENDANT A LA REPRESSION DE L'USAGE DES STIMULANTS A L'OCCASION DES COMPETITIONS SPORTIVES.

L'Assemblée Nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. - Sera puni d'une amende de 500 à 5.000 F quiconque aura, en vue ou au cours d'une compétition sportive utilisé sciemment l'une des substances déterminées par règlement d'administration publique, qui sont destinées à accroître artificiellement et passagèrement ses possibilités physiques et sont susceptibles de nuire à sa santé.

Art. 2. - Sera puni d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de 500 à 5.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement quiconque aura, par quelque moyen que ce soit, facilité sciemment l'accomplissement des actes visés à l'article 1er ci-dessus ou aura incité à les accomplir.

Lorsqu'il y aura lieu à l'application des articles 319 et 320
du code pénal, les peines prévues par ces articles seront portées
au double.

Art. 3. - Les officiers de police judiciaire ou les agents de police judiciaire mentionnés à l'article 20 du code de procédure pénale peuvent, à la demande d'un médecin agréé par le secrétariat d'État à la jeunesse et aux sports, faire procéder, sous contrôle médical, sur un concurrent auteur présumé de l'infraction définie à l'article 1er de la présente loi, aux prélèvements et examens médicaux, cliniques et biologiques destinés à établir la preuve de l'utilisation d'une substance visée audit article.
Sera puni des peines prévues à l'article 2 (1er alinéa) de la présente loi, quiconque aura refusé de se soumettre à ces prélèvements ou examens.

Art. 4. - Les condamnations prononcées par application des articles 1er, 2 et 3 peuvent être assorties, à titre de peine complémentaire, de l'interdiction pendant une durée de trois mois à cinq ans de participer à toute compétition sportive, d'en être l'organisateur et d'y assumer une fonction quelconque, officielle ou non.

ANNEXE 2.

CHARTRE EUROPEENNE CONTRE LE DOPAGE DANS LE SPORT.

(adoptée par le Comité des Ministres le 25 septembre 1984, lors de la 375^e réunion des Délégués des Ministres)

Partie A

Les gouvernements des Etats membres doivent :

1. Prendre toutes les mesures appropriées et relevant de leur compétence pour éliminer le dopage dans le sport, et en particulier :

a. pour assurer la mise en œuvre d'une réglementation antidopage efficace : par exemple en appliquant les dispositions législatives pertinentes des Etats membres là où elles existent, ou en obligeant les associations sportives qui ne l'ont pas encore fait à adopter et appliquer des règlements antidopage efficaces, en en faisant notamment une condition de l'octroi de subventions par les pouvoirs publics ;

b. pour collaborer, au niveau international :

i. par des mesures destinées à limiter les possibilités d'approvisionnement en produits dopants ;

ii. en facilitant l'exécution de contrôles officiels du dopage décidés par les fédérations internationales sportives.

2. Créer et gérer, séparément ou collectivement, des laboratoires de contrôle antidopage d'une haute technicité, la création et la gestion de laboratoires de haut niveau devant s'accompagner de mesures touchant la formation et le recyclage d'un personnel qualifié, ainsi que d'un programme de recherche approprié.

Ces laboratoires doivent être d'un niveau tel qu'ils puissent être reconnus, agréés et contrôlés à intervalles réguliers par les organisations sportives internationales compétentes, surtout dans la mesure où ils peuvent servir aux contrôles antidopage lors de manifestations sportives internationales organisées sur le territoire de l'Etat membre.

3. Encourager et développer la recherche en chimie analytique et en biochimie dans les laboratoires de contrôle antidopage, aider à la publication des résultats de cette recherche afin de diffuser les connaissances acquises et prendre les dispositions nécessaires à l'adoption des techniques, normes et mesures dont la recherche aura montré la nécessité.

4. Elaborer et appliquer des programmes éducatifs et mener des campagnes, en commençant par l'âge scolaire, pour attirer l'attention sur les dangers et la déloyauté du dopage et défendre les valeurs éthiques et physiques du sport, favoriser l'élaboration de programmes de formation physiologique et psychologique convenablement structurés, qui encourageraient la recherche continue de meilleures performances sans recours à des stimulants artificiels et sans dommage pour l'organisme des participants.

5. Aider au financement des contrôles antidopage.

Partie B

Les gouvernements des Etats membres doivent proposer leur collaboration aux organisations sportives afin que celles-ci prennent toutes les mesures relevant de leur compétence pour éliminer le dopage

6. Il convient notamment d'encourager les organisations sportives :

- a. à harmoniser leurs règlements et procédures antidopage, en se basant sur ceux du Comité international olympique et de la Fédération internationale de l'athlétisme amateur, et à veiller à ce qu'ils protègent convenablement les droits des sportifs accusés d'avoir enfreint les règlements antidopage, y compris le droit à un examen équitable lors de poursuites pouvant entraîner des sanctions ;
- b. à harmoniser leurs listes de substances interdites en se basant sur celles du Comité international olympique et en tenant compte des besoins spécifiques en matière de règlement antidopage propres à chaque sport ;
- c. à utiliser pleinement et efficacement les possibilités de contrôle disponibles ;
- d. à inclure dans leur règlement une clause selon laquelle, pour être admis à participer à une manifestation officielle qu'elles organisent, un athlète doit accepter de se soumettre en toutes circonstances au contrôle de dopage décidé par un dirigeant dûment agréé par elles ou par une fédération supérieure ;
- e. à convenir de sanctions comparables et lourdes à infliger aux sportifs et sportives surpris dans leur utilisation de substances dopantes, et à toute autre personne fournissant, administrant ou facilitant l'usage de ces substances ;
- f. à reconnaître que les performances de niveau exagérément élevé exigées dans certaines manifestations sportives risquent de pousser les intéressés à utiliser des drogues

ANNEXE 3.

LOI N° 99-223 DU 23 MARS 1999 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA SANTE DES SPORTIFS ET A LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE (1)

NOR : MJSX9800040L

L'Assemblée Nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit : Article 1er

Pour garantir des conditions de pratique des activités physiques et sportives conformes aux principes définis par l'article 1er de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, le ministre chargé des sports, en liaison avec les autres ministres intéressés, s'assure que des actions de prévention, de surveillance médicale et d'éducation sont mises en œuvre avec le concours des fédérations sportives agréées dans les conditions définies à l'article 16 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 précitée pour assurer la protection de la santé des sportifs et lutter contre le dopage.

Une formation à la prévention du dopage est dispensée aux médecins du sport, aux enseignants et aux membres des professions définies au premier alinéa de l'article 43 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 précitée.

Article 2

Des antennes médicales de lutte contre le dopage sont agréées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des sports.

Elles organisent des consultations ouvertes aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage. Ces consultations sont anonymes à la demande des intéressés.

Elles leur proposent, si nécessaire, la mise en place d'un suivi médical.

Les personnes ayant bénéficié de ce suivi médical peuvent demander au médecin qui les aura traitées un certificat nominatif mentionnant la durée et l'objet du suivi.

Les conditions d'agrément et de fonctionnement des antennes médicales de lutte contre le dopage sont fixées par décret.

Chaque antenne est dirigée par un médecin qui en est le responsable.

Article 3

Les cahiers des charges des sociétés nationales de programme prévoient des dispositions pour la promotion de la protection de la santé des sportifs et de la lutte contre le dopage.

Article 4

Les partenaires officiels des événements sportifs et des sportifs en tant que tels s'engagent à respecter une charte de bonne conduite définie par décret.

Les établissements mentionnés aux articles L. 596 et L. 615 du code de la santé publique contribuent également, dans des conditions définies par décret, à la lutte contre le dopage et à la préservation de la santé des sportifs.

TITRE Ier

DE LA SURVEILLANCE MÉDICALE DES SPORTIFS

Article 5

La première délivrance d'une licence sportive est subordonnée à la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives, valable pour toutes les disciplines à l'exception de celles mentionnées par le médecin et de celles pour lesquelles un

examen plus approfondi est nécessaire et dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des sports et du ministre chargé de la santé.

La délivrance de ce certificat est mentionnée dans le carnet de santé prévu par l'article L. 163 du code de la santé publique.

Article 6

La participation aux compétitions sportives organisées ou agréées par les fédérations sportives est subordonnée à la présentation d'une licence sportive portant attestation de la délivrance d'un certificat médical mentionnant l'absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition, ou, pour les non-licenciés auxquels ces compétitions sont ouvertes, à la présentation de ce seul certificat ou de sa copie certifiée conforme, qui doit dater de moins d'un an.

Article 7

Tout médecin qui est amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage :

est tenu de refuser la délivrance d'un des certificats médicaux définis aux articles 5 et 6 ;

informe son patient des risques qu'il court et lui propose soit de le diriger vers l'une des antennes médicales mentionnées à l'article 2, soit, en liaison avec celle-ci et en fonction des nécessités, de lui prescrire des examens, un traitement ou un suivi médical ;

transmet obligatoirement au médecin responsable de l'antenne médicale mentionnée à l'article 2 les constatations qu'il a faites et informe son patient de cette obligation de transmission.

Cette transmission est couverte par le secret médical.

Article 8

La méconnaissance par le médecin de l'obligation de transmission prévue à l'article 7 ou des prohibitions mentionnées à l'article 19 est passible de sanctions disciplinaires devant les instances compétentes de l'ordre des médecins.

Article 9

Les fédérations sportives veillent à la santé de leurs licenciés et prennent à cet effet les dispositions nécessaires, notamment en ce qui concerne les programmes d'entraînement et le calendrier des compétitions et manifestations sportives qu'elles organisent ou qu'elles agréent.

Elles développent auprès des licenciés et de leur encadrement une information de prévention contre l'utilisation des substances et procédés dopants.

Les programmes de formation destinés aux cadres professionnels et bénévoles qui interviennent dans les fédérations sportives, les clubs, les établissements d'activités physiques et sportives et les écoles de sport comprennent des actions de prévention contre l'utilisation des substances et procédés dopants.

Article 10

Tout sportif participant à des compétitions organisées ou agréées par les fédérations sportives fait état de sa qualité lors de toute consultation médicale qui donne lieu à prescription.

Si le praticien estime indispensable de prescrire des substances ou des procédés dont l'utilisation est interdite en application de l'arrêté prévu à l'article 17, il informe par écrit l'intéressé de l'incompatibilité avec la pratique sportive qui en résulte.

Il mentionne avoir délivré cette information sur l'ordonnance remise au sportif.

S'il prescrit des substances ou des procédés dont l'utilisation est, aux termes du même arrêté, compatible sous certaines conditions avec la pratique sportive, le praticien informe par écrit l'intéressé de la nature de cette prescription et de l'obligation qui lui est faite de présenter l'acte de prescription à tout contrôle.

Article 11

Les médecins qui traitent des cas de dopage ou de pathologies consécutives à des pratiques de dopage sont tenus de transmettre, sous forme anonyme, les données individuelles relatives à ces cas à la cellule scientifique mentionnée à l'article 15.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de cette transmission et prévoit les garanties du respect de l'anonymat des personnes.

Article 12

Les fédérations sportives ayant reçu délégation, en application de l'article 17 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 précitée, assurent l'organisation de la surveillance médicale particulière à laquelle sont soumis leurs licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau mentionnée à l'article 26 de cette loi ainsi que, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, des licenciés inscrits dans les filières d'accès au sport de haut niveau.

Un arrêté conjoint du ministre chargé des sports et du ministre chargé de la santé définit la nature et la périodicité des examens médicaux qui sont assurés dans le cadre de cette surveillance.

Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le livret prévu à l'article 13.

Cette surveillance médicale ne dispense pas les employeurs des sportifs professionnels titulaires d'un contrat de travail au titre du 3° de l'article L. 122-1-1 du code du travail de satisfaire aux obligations qui leur incombent en application du titre IV du livre II du même code.

Article 13

Un livret individuel est délivré à chaque sportif mentionné à l'article 12, ou à son représentant légal, par la fédération sportive dont il relève.

Ce livret ne contient que des informations à caractère sportif et des informations médicales en rapport avec les activités sportives.

Seuls les médecins agréés en application de la présente loi sont habilités à se faire présenter ce livret lors des contrôles prévus à l'article 21.

TITRE II

DE LA PRÉVENTION ET DE LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE

Section 1

Du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage

Article 14

Le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage, autorité administrative indépendante, participe à la définition de la politique de protection de la santé des sportifs et contribue à la régulation des actions de lutte contre le dopage.

Il comprend neuf membres nommés par décret :

1° Trois membres des juridictions administrative et judiciaire :

- un conseiller d'Etat, président, désigné par le vice-président du Conseil d'Etat ;
- un conseiller à la Cour de cassation désigné par le premier président de cette cour ;
- un avocat général à la Cour de cassation désigné par le procureur général près ladite cour.

2° Trois personnalités ayant compétence dans les domaines de la pharmacologie, de la toxicologie et de la médecine du sport désignées respectivement :

- par le président de l'Académie nationale de pharmacie
- par le président de l'Académie des sciences
- par le président de l'Académie nationale de médecine.

3° Trois personnalités qualifiées dans le domaine du sport :

- un sportif de haut niveau désigné par le président du Comité national olympique et sportif français
- un membre du conseil d'administration du Comité national olympique et sportif français désigné par son président
- une personnalité désignée par le président du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

Le mandat des membres du conseil est de six ans.

Il n'est ni révocable ni renouvelable.

Il n'est pas interrompu par les règles concernant la limite d'âge éventuellement applicables aux intéressés.

Tout membre dont l'empêchement est constaté par le conseil statuant à la majorité des deux tiers de ses membres est déclaré démissionnaire d'office.

Les membres du conseil prêtent serment dans des conditions fixées par décret.

Le conseil se renouvelle par tiers tous les deux ans.

En cas de vacance survenant plus de six mois avant l'expiration du mandat, il est pourvu à la nomination d'un nouveau membre dont le mandat expire à la date à laquelle aurait expiré le mandat de la personne qu'il remplace.

Son mandat peut être renouvelé s'il n'a pas excédé deux ans.

Le premier Conseil de prévention et de lutte contre le dopage comprend trois membres nommés pour deux ans, trois membres nommés pour quatre ans et trois membres nommés pour six ans ; chacune des catégories définies aux 1°, 2° et 3° comportant un membre de chaque série.

Le président est nommé pour six ans ; la durée des mandats des autres membres nommés est déterminée par tirage au sort.

Le mandat des membres nommés pour deux ans peut être renouvelé.

Le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage ne peut délibérer que lorsque six au moins de ses membres sont présents.

Le président a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage établit son règlement intérieur.

Les membres et les agents du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Article 15

Le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage est informé des opérations de mise en place des contrôles antidopage, des faits de dopage portés à la connaissance de l'administration ou des fédérations sportives et des sanctions prises par les fédérations en application de l'article 25.

Lorsqu'il n'est pas destinataire de droit des procès-verbaux d'analyses, il en reçoit communication.

Il dispose d'une cellule scientifique de coordination de la recherche fondamentale et appliquée dans les domaines de la médecine sportive et du dopage.

La cellule scientifique participe en outre à la veille sanitaire sur le dopage.

A ce titre, elle transmet les informations qu'elle recueille en application de l'article 11 à l'Institut de veille sanitaire prévu à l'article L. 792-1 du code de la santé publique.

Ces informations sont également mises à la disposition du conseil et du ministre chargé des sports.

Il adresse aux fédérations sportives des recommandations sur les dispositions à prendre en application de l'article 9 ainsi que sur la mise en œuvre des procédures disciplinaires visées à l'article 25.

Il peut prescrire aux fédérations de faire usage des pouvoirs mentionnés aux articles 20 et 25 dans le délai qu'il prévoit.

Il est consulté sur tout projet de loi ou de règlement relatif à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage.

Il propose au ministre chargé des sports toute mesure tendant à prévenir ou à combattre le dopage et, à cet effet, se fait communiquer par les administrations compétentes ainsi que par les fédérations, groupements sportifs et établissements d'activités physiques et sportives toutes informations relatives à

la préparation, à l'organisation et au déroulement des entraînements, compétitions et manifestations sportives.

Il remet chaque année un rapport d'activité au Gouvernement et au Parlement.

Ce rapport est rendu public.

Il peut être consulté par les fédérations sportives sur les questions scientifiques auxquelles elles se trouvent confrontées.

Article 16

Les crédits nécessaires au Conseil de prévention et de lutte contre le dopage pour l'accomplissement de ses missions sont inscrits au budget général de l'Etat.

Les dispositions de la loi du 10 août 1922 relative à l'organisation du contrôle des dépenses engagées ne sont pas applicables à leur gestion.

Le président du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage est ordonnateur des dépenses.

Il présente les comptes du conseil au contrôle de la Cour des comptes.

Le conseil dispose de services placés sous l'autorité de son président.

Pour l'accomplissement de ses missions, le conseil peut faire appel à des experts ou à des personnes qualifiées.

Section 2

Des agissements interdits

Article 17

Il est interdit à toute personne, au cours des compétitions et manifestations sportives organisées ou agréées par des fédérations sportives ou en vue d'y participer :

d'utiliser des substances et procédés de nature à modifier artificiellement les capacités ou à masquer l'emploi de substances ou procédés ayant cette propriété

de recourir à ceux de ces substances ou procédés dont l'utilisation est soumise à des conditions restrictives lorsque ces conditions ne sont pas remplies.

Les substances et procédés visés au présent article sont déterminés par un arrêté conjoint du ministre chargé des sports et du ministre chargé de la santé.

Article 18

La liste des substances et procédés dopants établie par l'arrêté prévu à l'article 17 est la même pour toutes les disciplines sportives.

Article 19

Il est interdit à toute personne de prescrire, sauf dans les conditions fixées aux deuxième et troisième alinéas de l'article 10, de céder, d'offrir, d'administrer ou d'appliquer aux sportifs participant aux compétitions et manifestations visées à l'article 17, une ou plusieurs substances ou procédés mentionnés à cet article, ou de faciliter leur utilisation ou d'inciter à leur usage.

Il est interdit à toute personne de se soustraire ou de s'opposer par quelque moyen que ce soit aux mesures de contrôle prévues par les dispositions de la présente loi.

Section 3

Du contrôle

Article 20

Outre les officiers et agents de police judiciaire agissant dans le cadre des dispositions du code de procédure pénale, sont habilités à procéder aux contrôles diligentés par le ministre chargé des sports ou demandés par les fédérations et à rechercher et constater les infractions aux dispositions prévues aux articles 17 et 19 les fonctionnaires du ministère de la jeunesse et des sports et les médecins agréés par le ministre chargé des sports et assermentés dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ces agents et médecins agréés sont tenus au secret professionnel, dans les conditions prévues par l'article 226-13 du code pénal.

Les agents et médecins agréés en application de l'article 4 de la loi n°89-432 du 28 juin 1989 relative à la prévention et à la répression de l'usage des produits dopants à l'occasion des compétitions et manifestations sportives peuvent accomplir les missions définies au premier alinéa pendant une durée d'un an à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 21

I. - Les médecins agréés en application de l'article 20 peuvent procéder à des examens médicaux cliniques et à des prélèvements biologiques destinés à mettre en évidence l'utilisation de procédés prohibés ou à déceler la présence dans l'organisme de substances interdites.

Ils peuvent remettre à tout sportif licencié une convocation aux fins de prélèvements ou examens.

Ils peuvent être assistés, à leur demande, par un membre délégué de la fédération sportive compétente.

Les contrôles prévus par le présent article donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux qui sont transmis aux ministres intéressés, à la fédération compétente et au Conseil de prévention et de lutte contre le dopage.

Un double en est laissé aux parties intéressées.

Les échantillons prélevés lors des contrôles sont analysés par les laboratoires agréés par le ministre chargé des sports.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les examens et prélèvements autorisés ainsi que leurs modalités.

II. - Sous peine des sanctions administratives prévues aux articles 25 et 26, toute personne qui participe aux compétitions ou manifestations sportives mentionnées à l'article 17 ou aux entraînements y préparant est tenue de se soumettre aux prélèvements et examens prévus au I.

Article 22

Dans l'exercice des missions définies au premier alinéa de l'article 20, les fonctionnaires et médecins agréés mentionnés au même article ont accès, à l'exclusion des domiciles ou parties de locaux servant de domicile, aux lieux, locaux, enceintes, installations ou établissements où se déroule une compétition ou une manifestation organisée ou agréée par une fédération ou un entraînement y préparant, ainsi qu'aux établissements dans lesquels sont pratiquées des activités physiques et sportives mentionnées à

l'article 47 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 précitée.

Ce droit d'accès s'étend aux annexes de ces locaux, enceintes, installations ou établissements.

Ils ne peuvent accéder à ces lieux, locaux, enceintes, installations ou établissements qu'entre six heures et vingt et une heures, ou à tout moment dès lors qu'ils sont ouverts au public ou qu'une compétition ou une manifestation sportive ou un entraînement y préparant est en cours.

A cette occasion, les médecins peuvent procéder aux examens et aux prélèvements mentionnés à l'article 21.

Ces médecins ainsi que les fonctionnaires mentionnés à l'article 20 peuvent demander la communication de toute pièce ou de tout document utile, en prendre copie et recueillir les observations des intéressés.

Les informations nominatives à caractère médical ne sont recueillies que par les médecins mentionnés à l'article 20.

Le procureur de la République est préalablement informé des opérations envisagées en vue de la recherche d'infractions et peut s'y opposer.

Les procès-verbaux lui sont remis dans les cinq jours suivant leur établissement.

Une copie est également remise à l'intéressé.

Article 23

Dans l'ensemble des lieux visés à l'article 22, les agents et médecins mentionnés à l'article 20 ne peuvent saisir des objets et documents se rapportant aux infractions à la présente loi que sur autorisation judiciaire donnée par ordonnance du président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel sont situés ces objets et documents, ou d'un juge délégué par lui.

La demande doit comporter tous les éléments d'information de nature à justifier la saisie.

Celle-ci s'effectue sous l'autorité et le contrôle du juge qui l'a autorisée.

L'ordonnance est notifiée sur place, au moment de la saisie, au responsable des lieux ou à son représentant, qui en reçoit copie.

Elle n'est susceptible que d'un pourvoi en cassation.

Ce pourvoi n'est pas suspensif.

Les objets ou documents saisis sont immédiatement inventoriés, en présence du responsable des lieux ou locaux, ou de son représentant.

L'inventaire est annexé au procès-verbal relatant le déroulement des opérations dressé sur place.

Les originaux dudit procès-verbal et l'inventaire sont transmis au juge qui a autorisé la saisie.

Une copie est remise à l'intéressé.

Le président du tribunal de grande instance ou le juge délégué par lui pourra à tout moment ordonner la mainlevée de la saisie.

Ces mêmes agents et médecins constatent les infractions visées à l'article 27 par des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve contraire.

Ces procès-verbaux sont transmis, sous peine de nullité, dans les cinq jours qui suivent leur clôture au procureur de la République.

Une copie en est remise dans le même délai à l'intéressé.

Article 24

Les agents des douanes, les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, les agents de la jeunesse et des sports, les officiers et agents de police judiciaire sont habilités à se communiquer entre eux tous renseignements obtenus dans l'accomplissement de leur mission respective et relatifs aux produits dopants, à leur emploi et à leur mise en circulation dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

Section 4

Des sanctions administratives

Article 25

Les fédérations sportives agréées dans les conditions fixées à l'article 16 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 précitée engagent des procédures disciplinaires afin de sanctionner les licenciés, ou les membres licenciés des groupements sportifs qui leur sont affiliés, ayant contrevenu aux dispositions des articles 17, 19 ou du II de l'article 21.

A cet effet, elles adoptent dans leur règlement des dispositions définies par décret en Conseil d'Etat et relatives aux contrôles organisés en application du présent titre, ainsi qu'aux procédures disciplinaires prévues en conséquence et aux sanctions applicables, dans le respect des droits de la défense.

Il est spécifié dans ce règlement que l'organe disciplinaire de première instance de ces fédérations se prononce, après que les intéressés ont été en mesure de présenter leurs observations, dans un délai de trois mois à compter du jour où un procès-verbal de constat d'infraction établi en application du II de l'article 21 et de l'article 23 a été transmis à la fédération et que, faute d'avoir statué dans ce délai, l'organe disciplinaire de première instance est dessaisi et l'ensemble du dossier transmis à l'instance disciplinaire d'appel, laquelle rend, dans tous les cas, sa décision dans un délai maximum de quatre mois à compter de la même date.

Les sanctions disciplinaires prises par les fédérations sportives peuvent aller jusqu'à l'interdiction définitive de participer aux compétitions et manifestations sportives prévues à l'article 17.

Ces sanctions ne donnent pas lieu à la procédure de conciliation prévue par l'article 19 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 précitée.

Lorsqu'un sportif sanctionné en application du présent article sollicite le renouvellement ou la délivrance d'une licence sportive, la fédération compétente subordonne ce renouvellement ou cette délivrance à la production du certificat nominatif prévu au troisième alinéa de l'article 2.

Article 26

I. - En cas d'infraction aux dispositions des articles 17, 19 et du II de l'article 21, le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage exerce un pouvoir de sanction dans les conditions ci-après :

1° Il est compétent pour sanctionner les personnes non licenciées participant à des compétitions ou manifestations sportives organisées ou agréées par des fédérations sportives ou aux entraînements y préparant

2° Il est compétent pour sanctionner les personnes relevant du pouvoir disciplinaire d'une fédération sportive lorsque celle-ci n'a pas statué dans les délais prévus à l'article 25.
Dans ce cas, il est saisi d'office dès l'expiration de ces délais

3° Il peut réformer les sanctions disciplinaires prises en application de l'article 25.
Dans ce cas, le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage se saisit dans un délai de huit jours suivant la date à laquelle il a été informé de ces sanctions, en application du premier alinéa de l'article 15

4° Il peut décider l'extension d'une sanction disciplinaire prononcée par une fédération aux activités de l'intéressé relevant des autres fédérations, de sa propre initiative ou à la demande de la fédération ayant prononcé la sanction.

II. - La saisine du conseil est suspensive.

Le conseil statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine dans les cas prévus aux 3° et 4° du I.

Ce délai est porté à trois mois dans le cas prévu au 2° du I.

Il est également de trois mois à compter de la date de transmission du procès-verbal de constat d'infraction dans le cas prévu au 1° du I.

III. - Le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage peut prononcer :

à l'encontre des sportifs reconnus coupables des faits interdits par l'article 17 et par le II de l'article 21, une interdiction temporaire ou définitive de participer aux compétitions et manifestations mentionnées à l'article 17

à l'encontre des licenciés participant à l'organisation et au déroulement de ces compétitions et manifestations ou aux entraînements y préparant reconnus coupables des faits interdits par l'article 19, une interdiction temporaire ou définitive de participer, directement ou indirectement, à l'organisation et au déroulement des compétitions et manifestations sportives mentionnées à l'article 17 et aux entraînements y préparant, ainsi qu'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer les fonctions définies au premier alinéa de l'article 43 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 précitée.

Ces sanctions sont prononcées dans le respect des droits de la défense.

IV. - Les parties intéressées peuvent former un recours de pleine juridiction devant le Conseil d'Etat contre les décisions du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage prises en application du présent article.

Section 5

Des sanctions pénales

Article 27

I. - Est puni d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 50 000 F le fait de s'opposer à l'exercice des fonctions dont sont chargés les agents et médecins habilités en vertu de

l'article 20.

Est puni des mêmes peines le fait de ne pas respecter les décisions d'interdiction prononcées en application du III de l'article 26.

II. - Est puni d'un emprisonnement de cinq ans et d'une amende de 500 000 F le fait de prescrire en violation des dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article 10, de céder, d'offrir, d'administrer ou d'appliquer à un sportif mentionné à l'article 17 une substance ou un procédé mentionné audit article, de faciliter son utilisation ou d'inciter, de quelque manière que ce soit, ce sportif à leur usage.

Les peines prévues à l'alinéa précédent sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 1 000 000 F d'amende lorsque les faits sont commis en bande organisée, au sens de l'article 132-71 du code pénal, ou lorsqu'ils sont commis à l'égard d'un mineur.

III. - La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines.

IV. - Les personnes physiques coupables des infractions prévues au II encourent également les peines complémentaires suivantes :

1° La confiscation des substances ou procédés et des objets ou documents qui ont servi à commettre l'infraction ou à en faciliter la commission ;

2° L'affichage ou la diffusion de la décision prononcée, dans les conditions prévues par l'article 131-35 du code pénal ;

3° La fermeture, pour une durée d'un an au plus, de l'un, de plusieurs ou de l'ensemble des établissements de l'entreprise ayant servi à commettre l'infraction et appartenant à la personne condamnée ;

4° L'interdiction, dans les conditions prévues par l'article 131-27 du code pénal, d'exercer l'activité professionnelle ou sociale dans l'exercice ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise ;

5° L'interdiction, dans les conditions prévues par l'article 131-27 du code pénal, d'exercer une fonction publique.

V. - Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, des infractions définies aux I et II.

Les peines encourues par les personnes morales sont :

1° L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ;

2° Pour les infractions définies au II :

- les peines complémentaires prévues par les 2°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal

- la fermeture, pour une durée d'un an au plus, des établissements ou de l'un ou plusieurs des établissements de l'entreprise ayant servi à commettre l'infraction et appartenant à la personne morale condamnée.

Article 28

Peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile, en ce qui concerne les infractions mentionnées par la présente loi :

le Comité national olympique et sportif français pour les faits commis à l'occasion des compétitions dont il a la charge

les fédérations sportives mentionnées au troisième alinéa de l'article 16 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 précitée, chacune pour ce qui la concerne, sauf lorsque l'auteur de l'infraction relève de son pouvoir disciplinaire.

ANNEXE 4.

DECLARATION DE LAUSANNE CONTRE LE DOPAGE DANS LE SPORT.

Adoptée par la Conférence mondiale sur le dopage dans le sport le 4 février 1999, à Lausanne, Suisse.

Considérant que les pratiques du dopage sont contraires à l'éthique sportive et médicale et qu'elles constituent des infractions aux règles édictées par le Mouvement olympique, et préoccupée par la menace présentée par le dopage sur la santé des athlètes et de la jeunesse en général ;
Reconnaissant que la lutte contre le dopage dans le sport est l'affaire de tous, Mouvement olympique et autres organisations sportives, Gouvernements, organisations inter-gouvernementales et non-gouvernementales, sportifs du monde entier et leur entourage ;
La Conférence mondiale sur le dopage dans le sport à laquelle ont pris part des représentants de Gouvernements, d'organisations inter-gouvernementales et non-gouvernementales, du Comité International Olympique (C.I.O.), des Fédérations sportives Internationales (F.I.), des Comités Nationaux Olympiques (C.N.O.) et des athlètes déclare :

1. Education, prévention et droits des athlètes.

Le serment olympique sera élargi aux entraîneurs et autres officiels, et inclura le respect de l'intégrité, de l'éthique et du fair-play. Les campagnes d'éducation et de prévention seront intensifiées, se concentrant principalement sur la jeunesse, les athlètes et leur entourage. Une transparence complète est assurée dans toutes les activités contre le dopage, sauf à préserver la confidentialité nécessaire pour protéger les droits fondamentaux des athlètes. Un partenariat avec les médias sera recherché dans le domaine des campagnes contre le dopage.

2. Code antidopage du mouvement olympique.

Il est accepté comme base de la lutte contre le dopage. Il s'applique à tous les athlètes, entraîneurs, instructeurs, officiels et à tout le personnel médical et paramédical travaillant avec des athlètes ou traitant des athlètes qui participent ou se préparent aux compétitions sportives organisées dans le cadre du mouvement olympique.

3. Sanctions.

Les sanctions réprimant les infractions de dopage seront appliquées à l'occasion des contrôles effectués pendant les compétitions et en dehors de celles-ci. Conformément aux vœux des athlètes, des CNO et de la grande majorité des FI, la sanction minimale requise pour les substances dopantes majeures ou les méthodes interdites sera une suspension de l'athlète de toute compétition pour un période de deux ans lors d'une première infraction. Toutefois, en se basant sur des circonstances spécifiques et exceptionnelles devant être évaluées en première instance par les organes compétents des Fédérations internationales, il pourra y avoir une disposition prévoyant une modification possible de la sanction de deux ans. La possibilité sera donnée d'appliquer des sanctions ou mesures additionnelles. Par ailleurs, des sanctions aggravées frapperont les entraîneurs et officiels coupables d'infractions en application du code antidopage du mouvement olympique.

4. Agence internationale indépendante antidopage.

Elle sera créée de manière à être pleinement opérationnelle en temps utile pour les jeux de l'an 2000. Cette institution aura notamment pour mission de coordonner les divers programmes nécessaires à la réalisation des objectifs qui seront définis conjointement par toutes les parties concernées. Au nombre de ces programmes, il conviendra d'envisager notamment l'extension des contrôles hors compétitions, la coordination de la recherche, la promotion de l'action préventive et éducative, ainsi que l'harmonisation des normes et procédures scientifiques et techniques en matière d'analyse et d'équipement. Un groupe de travail représentant le mouvement olympique, y compris les athlètes, ainsi que les gouvernements et organisations intergouvernementales concernées, se réunira à l'initiative du CIO dans un délai de trois mois pour définir les structures, les missions et le financement de l'Agence. Le mouvement olympique s'engage à allouer un capital de 25 millions de dollars à l'Agence.

5. Responsabilités du CIO, des FI, des CNO et du TAS.

Au plan international, les fédérations internationales (FI) et les Comités nationaux olympiques (CNO) conserveront leurs compétences et responsabilités respectives pour appliquer les règles en matière de dopage, selon leurs propres procédures et en coopération avec l'Agence internationale indépendante antidopage. En conséquence, les décisions et procédures de première instance relèveront exclusivement de la compétence des FI et, lors des jeux Olympiques, de celle du CIO. S'agissant des recours en dernier ressort, le CIO, les FI et les CNO reconnaissent la compétence du Tribunal du sport (TAS) après que leurs propres procédures auront été épuisées. Aux fins de protéger les athlètes et leurs droits en matière de procédure disciplinaire, les principes généraux du droit, tels que le droit à être entendu, le droit à l'assistance juridique, le droit d'apporter des preuves et de présenter des témoins, seront confirmés et incorporés dans toutes les procédures applicables.

6. Collaboration entre le mouvement olympique et les pouvoirs publics.

La collaboration dans la lutte contre le dopage entre les organisations sportives et les pouvoirs publics sera renforcée en fonction des responsabilités de chaque partie. Ensemble, ils se préoccupent aussi de l'éducation, de la recherche scientifique, des mesures sociales et de santé protégeant les athlètes et de la coordination des législations relatives au dopage.

ANNEXE 5.

ENQUETE SUR LES CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES EN MATIERE

DE DOPAGE SPORTIF.

- 1) Vous définissez-vous comme médecin -de ville ? -de campagne ?
- 2) Etes-vous -un homme ? -une femme ?
- 3) Etes-vous détenteur du CES ou de la Capacité de médecine du sport ? oui non nsp*
- 4) Avez-vous fait du sport ?
A quel niveau ? -loisir -compétition
Faites-vous du sport ?
A quel niveau ? -loisir -compétition
- 5) Etes-vous impliqué dans une association ou une fédération sportive ?
Si oui, laquelle :
A quel titre ? -dirigeant -médecin d'équipe
- 6) Suivez-vous attentivement les affaires de dopage dans les médias ?
- 7) A votre avis, les sportifs de haut niveau sont-ils les seuls concernés par le dopage ?
Si non, qui d'autre peut être concerné ?
Les sportifs de loisir (licenciés ou non)
La population générale (non sportive)
Les centres de formation sportifs
- 8) Hormis les adultes sportifs, les enfants sont-ils concernés ?
les adolescents ?
- 9) Les femmes sportives se dopent plus
moins
autant
que les hommes sportifs?
- 10) A votre avis, quels sont les produits les plus utilisés dans le milieu du sport ?
- 11) Disposez- vous de la liste des produits dopants ?
Si oui, où l'avez-vous obtenue ?
De quand date-t-elle ?

*ne sait pas

- 12) Connaissez-vous des classes de produits dopants ? oui non nsp

Citez celles que vous connaissez :

13) Un produit interdit peut-il être prescrit à un sportif ?
Si oui, qu'elles en seront les conséquences ?

14) Possédez-vous le Vidal 2001?

15) Quelle(s) catégorie(s) de sportifs peuvent-ils être concernés par les contrôles anti-dopage ?

16) Les contrôles se font-ils uniquement en cours de compétition ?
Si non, à quel autre moment ?

17) Dans votre clientèle, avez-vous rencontré ou suspecté des problèmes de dopage sportif ?
fréquemment
rarement
une fois ou deux
jamais

oui non nsp

18) Lorsque vous devez renouveler un certificat d'aptitude au sport,

vous intéressez-vous à ce que la personne peut prendre comme produit(s) ?

Si oui :-médicaments -vitamines -compléments alimentaires

19) Avez-vous déjà été confronté au problème du dopage par des demandes de renseignements ou de prescription de produits de la liste faites par -les sportifs eux-mêmes ?

-par les parents ?

-par les entraîneurs ?

20) Etes-vous plus attentif aux médicaments prescrits chez un sportif de haut niveau que chez un sportif amateur ?

Pourquoi ?

21) Par rapport à une pathologie inflammatoire chez un sportif (tendinite par ex), prescrivez-vous un AINS per os ?

local ?

Pourquoi ?

22) Par rapport à un problème bactérien chez un sportif, prescrivez-vous des antibiotiques ?

Pourquoi ?

23) Les produits suivants peuvent-ils être prescrits sans précaution particulière chez un sportif:

	oui	non	nsp
les antihistaminiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les antitussifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les produits contenant de la caféine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les corticoïdes per os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
injectables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en aérosol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les bronchodilatateurs- les bêta- stimulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les bêta- bloquants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24) Si vous êtes (étiez) devant un cas suspect ou avéré de dopage, quelle est (serait) votre conduite ?

25) Connaissez-vous les obligations faites au médecin
dans un tel cas de figure par la loi de 1999 dite la « loi Buffet » ?

26) A votre avis, est-il obligatoire de déclarer un cas suspecté de dopage ?

27) Connaissez-vous les Antennes Médicales de Lutte contre le Dopage ?
Avez-vous entendu parler de celle de Limoges ?

28) Seriez-vous prêt à adresser un patient à cette antenne ?

29) Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la prévention du dopage ?
Pourquoi ?

30) Vous sentez-vous capable de prendre en charge médicalement,
un sportif dopé ?

31) Avez-vous déjà reçu des informations médicales
sur le problème du dopage sportif ?

32) Votre formation en matière de dopage est-elle suffisante ?
Des FMC vous intéressent-elles, sur les produits, la prévention,
la législation...?
Que souhaiteriez-vous comme informations ?

33) A votre avis, que faire pour une meilleure prévention, prise en charge du problème de
dopage sportif ?

BIBLIOGRAPHIE.

1. BOURGAT Michel
Tout savoir sur le dopage
Editions Favre, 1999, 175 p.
2. LOUVEAU Catherine, AUGUSTINI Muriel, DURET Pascal, IRLINGER Paul,
MARCELLINI Anne
Dopage et performances. Analyse d'une pratique prohibée.
Editions INSEP, Collection recherche, 1995, 175 p.
3. LAURE Patrick
Le dopage.
Presses Universitaires de France, 1995, 220 p.
4. GUILLON Nicolas, NICOLET Gérard
Le dopage.
Editions Flammarion, Collection Dominos, 2000, 126 p.
5. Charte du sport de haut niveau.
www.jeunesse-sports.gouv.fr/francais/mjssh2.htm#charte, 2001.
6. SIRI Françoise
La fièvre du dopage : du corps à l'âme du sport.
Editions Autrement, Collection Mutations, 2000, 213 p.
7. LAURE Patrick
Dopage et société.
Editions Ellipse, 2000, 447 p.
8. NORET André
Le dopage. 2^{ème} édition.
Editions Vigot, Collection sport+ enseignement, 1990, 290 p.
9. Convention Européenne contre le Dopage de 1989.
conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/135.htm, 2001
10. Définition du dopage, article 4.
U.C.I. Règlement du contrôle antidopage.
www.uci.ch/francais/about/rules/ch14_dopage.pdf, 2001
11. WUALLERT Pierre
Guide pratique de médecine du sport.
Editions Médicales et Universitaires, 1978, 87 p.
12. PARIENTE Robert
Le sport.
Encyclopédia Universalis, 1995, volume 21, p 498-511.

13. MONDENARD Jean-Pierre de
Historique et évolution du dopage.
Annales de toxicologie analytique, 2000, volume XII, n° 1, p5-18.
14. LIGNIERES Bruno de, SAINT MARTIN Emmanuel
Vive le dopage ? Enquête sur un alibi.
Editions Flammarion, 1999.
15. Rapport du Sénat de 1998.
Introduction, banalisation.
www.cybercable.tm.fr/~biblio/dopage.htm#Rapport, 2001
16. La commission médicale du C.I.O.
nodoping.olympic.org/luttedop_hist_f.html, 2001
17. La charte olympique.
www.olympic.org/ioc/f/org/ioc__intro_f.html, 2001
18. Loi antidopage n° 89-432 du 28 juin 1989.
www.cpld.fr/edito/savoir/politique/lois/89432.htm, 2001
19. La Convention contre le dopage.
culture.coe.fr/./sp/fr/frfact5.0.html, 2001
20. Agence mondiale antidopage.
www.cpld.fr/edito/question/monde/agence.htm, 2001
21. Agence mondiale antidopage.
Code antidopage du Mouvement olympique.
www.wada-ama.org/asiakas/003/wada_french.nsf/Home?OpenPage, 2001
22. Décret n° 2000-378 du 28 avril 2000, agrément des antennes médicales de lutte contre le dopage.
www.legifrance.gouv.fr/frame_jo.html, 2001
23. Le suivi médical.
www.jeunesse-sports.gouv.fr/malette/alt2.html, 2001
24. BAAL Daniel
Le cyclisme mis en examen.
Editions Glénat, 1999, 320 p.
25. Histoire.
Suivi réglementaire : le concept, le contenu (carnet physiologique, protocole, carnet biologique).
www.ffc-sante.com/Faccueil.htm, 2002

26. Suivi longitudinal,
1^{ère} partie : « Veut-on vraiment enrayer le dopage ? » et 2^{ème} partie : « le dopage : c'est tout en travaillant moins, gagner plus », 2001.
www.lequipe.fr/Cyclisme/smlc.html, 2001
27. Liste de référence des classes pharmacologiques de substances dopantes et de procédés de dopage interdits.
www.jeunesse-sports.gouv.fr/francais/mjsdoplist2.htm, 2002
28. MASSON-SEYER Marie-Françoise
Le dopage : les interrogations du médecin.
Thèse de docteur en médecine, Université Claude Bernard Lyon1, 1986, n° 484.
29. LAURE Patrick
Le dopage : données épidémiologiques.
Presse Médicale, 2000, 29, n° 24, p 1365-72.
30. Laboratoire national de dépistage du dopage.
www.cpld.fr/edito/lutte/depistage.htm, 2002
31. Le contrôle antidopage.
www.jeunesse-sports.gouv.fr/malette/dop4.htm, 2001
32. Etat des lieux : rumeur ou réalité ?
www.jeunesse-sports.gouv.fr/malette/dop5.htm, 2001
33. Les cannabinoïdes en tête des substances détectées chez les sportifs.
Journal « Le Quotidien du médecin » n° 6918 du 16 mai 2001.
www.quotimed.com, 2001
34. VOET Willy
Massacre à la chaîne. La vérité sur le scandale du dopage.
Editions J'ai lu, 1999, 224 p.
35. Une technique de détection de l'EPO expérimentée par le Laboratoire national antidopage français.
www.perso.infonie.fr/arthur73/epo2.html, 2002
36. L'UCI valide le test de dépistage de l'EPO.
www.perso.infonie.fr/arthur73/info50.html, 2002
37. Eléments nouveaux de l'affaire Djamel Bourras ;
pleclech.multimania.com/images/mai.htm, 2002
38. KINTZ Pascal
Quelle place pour les cheveux dans la lutte contre le dopage ?
Annales de toxicologie analytique, volume XII, n° 1, 2000, p 49-55.

39. FAIGENBAUM Avery, ZAICHKOWSKY Leonard, GARDNER Douglas E., MICHELI Lyle J.
Anabolic steroid use by male and female middle school students
Pediatrics, volume 101, n° 5, 1998, p 916-7.
40. PILLARD F., Pr GROSCLAUDE P., Dr NAVARRO F., Dr GODEAU E., Pr RIVIERE D.
Enquête épidémiologique sur le dopage en milieu scolaire dans la région Midi-Pyrénées.
BEH n° 42/2000.
www.invs.sante.fr/BEH/2000/0042/index.html, 2001.
41. Lutte antidopage
www.jeunesse-sports.gouv.fr/francais/251199.htm, 2001.
42. Le dictionnaire VIDAL 2001.
43. L'obligation de signalement s'appliquera dans le cadre de soin.
Journal « Le Quotidien du médecin » n° 6473 du 9 avril 1999.
www.quotimed.com, 2001.

TABLE DES MATIERES.

<u>PLAN</u>	7
<u>LE DOPAGE</u>	8
I. INTRODUCTION	9
II. DEFINITIONS	12
A. DEFINITION DE 1963	13
B. DEFINITION DE 1964	13
C. DEFINITIONS LEGALES	14
1) Loi Herzog de 1965.....	14
2) Charte Européenne contre le Dopage dans le Sport de 1984.....	14
3) Définition du Comité International Olympique de 1986.....	15
4) Loi Bambuck et Convention Européenne de 1989.....	15
5) Comité International Olympique et loi Buffet de 1999.....	16
6) Règlement de l'Union Cycliste Internationale du 1 ^{er} juillet 2001.....	17
D. DEFINITION DU PETIT ROBERT	17

III. HISTORIQUE.....	19
A. LES GRANDES PERIODES DANS LE DOPAGE.....	19
1) De la préhistoire à la naissance du sport moderne au XIXème siècle.....	19
a) <i>Les plantes</i>	20
b) <i>Les animaux</i>	22
c) <i>Les hommes</i>	23
2) Du XIXème siècle aux années 1960.....	23
3) De 1960 à nos jours.....	26
a) <i>1960 : les années amphétamines</i>	26
b) <i>1970 : les années anabolisants</i>	27
c) <i>1980 : les années testostérone</i>	28
d) <i>1990 : les années érythropoïétine ou EPO</i>	28
e) <i>Aujourd'hui</i>	28
4) Les procédés physiques.....	30
B. LA PRISE DE CONSCIENCE.....	30
C. LA LEGISLATION ANTIDOPAGE.....	32
1) Naissance de la première loi antidopage de 1965.....	32
2) 1967 :Comité International Olympique et Union Cycliste Internationale.....	33
3) Charte Européenne contre le Dopage dans le Sport de 1984.....	34
4) Charte Olympique contre le Dopage dans le Sport de 1988.....	34

5) Loi française et Convention Européenne contre le Dopage de 1989.....	35
a) <i>La loi française</i>	35
b) <i>La Convention Européenne contre le Dopage dans le Sport</i>	35
6) Conférence Mondiale sur le Dopage de 1999.....	36
a) <i>Agence Mondiale Antidopage</i>	37
7) Loi française de 1999.....	38
a) <i>Les Antennes médicales de Lutte contre le Dopage</i>	39
8) Le suivi médical.....	40
D. LES LISTES DE PRODUITS INTERDITS	42
1) Limites entre soins et dopage.....	44
E. LES CONTROLES ANTIDOPAGE	46
1) Processus de contrôle.....	47
a) <i>Qui les demande ?</i>	47
b) <i>Qui les effectue ?</i>	47
c) <i>Qui est contrôlé ?</i>	47
d) <i>Quand ont-ils lieu ?</i>	48
e) <i>Déroulement des contrôles antidopage</i>	48
2) Statistiques.....	49
a) <i>Nombre de contrôles et de cas positifs</i>	49
b) <i>Sports concernés par les contrôles et le dopage</i>	49
3) Les limites des contrôles antidopage.....	50

<u>ENQUETE</u>	52
I. MOTIVATIONS DE CETTE ENQUETE	53
II. POPULATION ET METHODES	55
III. RESULTATS	57
A. PRESENTATION ET IMPLICATION DES MEDECINS DANS LE DOPAGE	57
B. CONNAISSANCES GENERALES DES MEDECINS SUR LE DOPAGE	58
1) Les sportifs de haut niveau sont-ils les seuls concernés par le dopage ?.....	58
2) Les enfants, les adolescents et le dopage.....	60
3) Le dopage chez les femmes.....	62
4) Les produits les plus utilisés dans le sport.....	62
5) Les médecins ont-ils la liste des produits interdits ?.....	64
6) Classes de produits dopants connues par les médecins.....	65
7) Un produit interdit peut-il être prescrit à un sportif ? quelles en seront les conséquences ?.....	69
8) Les médecins possèdent- ils le Vidal® ?.....	71
9) Quelles catégories de sportifs peuvent être concernées par les contrôles antidopage ?.....	71
10) Les contrôles antidopage se font-ils seulement en cours de compétition ?.....	72

C. EXPERIENCES ET CONNAISSANCES MEDICALES DU DOPAGE.....	73
1) Les médecins ont-ils rencontré ou suspecté des problèmes de dopage dans leur clientèle ?.....	73
2) Renouvellement d'un certificat d'aptitude au sport.....	75
3) Est-ce que les médecins ont été confrontés à des demandes sur des produits de la liste ?.....	75
4) Les médecins sont-ils plus attentifs aux médicaments prescrits chez un sportif de haut niveau que chez un sportif amateur ?.....	77
5) Prescription d'AINS et d'antibiotiques.....	79
6) Est- ce que certains produits peuvent être prescrits sans précautions particulières ?.....	81
a) <i>Les antihistaminiques</i>	81
b) <i>Les antitussifs</i>	82
c) <i>La caféine</i>	82
d) <i>Les corticoïdes</i> <i>per os, locaux, injectables, en aérosol</i>	83
e) <i>Les bronchodilatateurs.</i> <i>Les bêta stimulants</i>	84
f) <i>Les bêta-bloquants</i>	84
 D. CONNAISSANCES LEGISLATIVES DES MEDECINS SUR LE DOPAGE.....	 85
1) Attitude des médecins devant un cas suspecté ou avéré de dopage.....	85
2) Les médecins connaissent-ils les obligations qui leurs sont faites par la loi Buffet ?.....	86
3) Faut-il déclarer un cas de dopage ?.....	86

4) Les médecins connaissent-ils les Antennes Médicales de Lutte contre le Dopage et seraient- ils prêts à y adresser un patient?.....	88
---	----

E. ROLE ET SOUHAITS DES MEDECINS EN MATIERE DE DOPAGE.....	90
---	-----------

1) Les médecins pensent-ils à avoir un rôle à jouer dans la prévention du dopage ?.....	90
2) Les médecins se sentent-ils capables de prendre en charge un sportif dopé ?.....	91
3) Les médecins ont-ils déjà reçu des informations médicales sur le dopage ?.....	91
4) La formation des médecins en matière de dopage est-elle suffisante ?Veulent- ils des FMC et quelles informations ?.....	92
5) Que faire pour une meilleure prévention, prise en charge du dopage ?.....	93

IV. DISCUSSION.....	95
----------------------------	-----------

<u>CONCLUSION</u>.....	100
-------------------------------	------------

<u>ANNEXES</u>.....	104
----------------------------	------------

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>.....	124
----------------------------------	------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissante envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Consciente de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Catherine LATOURNERIE COUVILLERS.

APPROCHE ET CONNAISSANCES MEDICO-LEGALES DU DOPAGE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE HAUTE-VIENNE.

Thèse d'exercice de médecine ; Limoges ; 2002

Résumé :

L'évolution du sport et celle du dopage sont superposables. Dans les années 1930, les médecins commencent à prendre conscience des effets néfastes sur la santé des substances utilisées par les sportifs pour améliorer leurs performances. Avant cette période, le dopage était admis, voire conseillé comme facteur de réussite sportive. La lutte contre le dopage débute dans les années 1960. La première définition officielle est de 1963. La première loi antidopage apparaît en 1965 en Belgique, puis quelques mois plus tard en France. La dernière loi française date de 1999. Entre ces deux dates, les définitions, les lois se sont multipliées ; des listes de produits interdits sont apparues ainsi que les contrôles antidopage. Les substances utilisées ont elles aussi évolué. Les définitions s'attachent au caractère sportif du dopage, à la santé des sportifs et à l'éthique du sport. La dernière loi française met en place des structures destinées à la lutte contre le dopage par la prévention et à la prise en charge médicalisée des sportifs dopés, tels que le Centre de Prévention et de Lutte contre le Dopage et les Antennes Médicales Régionales de Lutte contre le Dopage.

Pour une meilleure prévention et prise en charge du dopage, tous les acteurs de la santé, dont les médecins généralistes, doivent intervenir. Une enquête a été menée auprès de 50 d'entre eux en Haute-Vienne (29 médecins exerçant en milieu urbain, 21 en milieu rural), sous forme d'un questionnaire rempli lors d'un entretien personnalisé. Les résultats montrent que ces médecins sont prêts à jouer un rôle auprès des sportifs dopés mais qu'ils ne connaissent pas toujours les obligations qui leur sont faites par la loi de 1999. Ils ont rarement été confrontés au dopage. Ils portent plus d'attention aux sportifs de haut niveau, bien qu'ils sachent que les sportifs amateurs peuvent être concernés par le dopage. Par rapport à certains produits, ils sont prudents dans leur prescription mais ils ne connaissent pas toujours les listes et les règles de prescription des produits interdits. Il y a peu de différences entre hommes et femmes, médecins sportifs et non sportifs, médecins détenteurs ou non de la capacité de médecine du sport, et aucune entre les médecins ruraux et urbains.

Information et formation sont nécessaires auprès des acteurs de la santé, du milieu sportif et auprès de la population générale.

Mots clés :

-Dopage
-Enquête

-Loi
-Médecine du sport

-Médecins généralistes

Jury :

-Président.....Mr le Professeur B. DESCOTTES
-Juge.....Mr le Professeur D. BUCHON
-Juge.....Mr le Professeur C. MABIT
-Juge.....Mr le Professeur P. MARQUET