



HAL
open science

Le tour de France 1998 et la régulation du dopage sportif : reconfiguration des rapports de force

Loïc Sallé, Ludovic Lestrelin, Jean-Charles Basson

► To cite this version:

Loïc Sallé, Ludovic Lestrelin, Jean-Charles Basson. Le tour de France 1998 et la régulation du dopage sportif : reconfiguration des rapports de force. *STAPS : Revue internationale des sciences du sport et de l'éducation physique*, 2006, 3 (73), pp.9-23. 10.3917/sta.073.09 . hal-04960531

HAL Id: hal-04960531

<https://ut3-toulouseinp.hal.science/hal-04960531v1>

Submitted on 21 Feb 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Loïc SALLÉ,
Maître de conférences en STAPS,
Laboratoire « Sport, Identité, Culture »,
EA 2374 Université de Lille 2,
Faculté des sciences du sport,
03 20 88 73 93 – loic.salle@univ-lille2.fr.

Ludovic LESTRELIN,
ATER en STAPS,
Centre d'études des transformations
des activités physiques et sportives,
EA 3832, Université de Rouen,
Faculté des sciences du sport.

Jean-Charles BASSON,
Docteur en science politique,
Maître de conférences en STAPS.
Équipe de recherche
« Sports, organisations, identités »,
EA 2044, Université Paul Sabatier – Toulouse 3,
Faculté des sciences du sport.

Le tour de France 1998 et la régulation du dopage sportif : reconfiguration des rapports de force

LOÏC SALLÉ • LUDOVIC LESTRELIN • JEAN-CHARLES BASSON

RÉSUMÉ : Notre postulat de départ propose de voir dans l'organisation du contrôle du dopage sportif le produit d'interactions répondant, historiquement, à des rapports de force mettant aux prises les acteurs sportifs, les représentants des pouvoirs publics

et les médecins. À ce titre, le Tour de France cycliste de 1998, par l'ampleur des événements qui lui sont associés, semble consacrer la reconfiguration de ce système de régulation du dopage. À la domination jalouse et exclusive des acteurs sportifs succède, en effet, celle des médecins qui imposent désormais leur logique professionnelle et leur *référentiel* de traitement et de prise en charge de la question. Dès lors, le processus législatif de 1999 consacré à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage constitue l'illustration de cette redistribution des rôles et marque l'ouverture d'une nouvelle période de régulation caractérisée par la prédominance de la perception sanitaire et médicale du phénomène.

MOTS-CLÉS : dopage, référentiel, médecins, action publique, régulation, Tour de France.

ABSTRACT: The control of performance enhancing drugs: reconfiguring a balance of power. The 1999 legislative process for illustration

This article suggests that the organization of controls for performance-enhancing drugs should be studied as the result of historical interactions involving sportsmen and women, representatives of public authority and doctors. From this perspective, the main story behind the 1998 Tour de France concerns a reconfiguring of the system for controlling the use of such drugs. In fact, the doctors who now dominate professional practice and the cognitive frameworks governing the treatment of this question have taken over from the representatives of sporting organisations who previously held power in this issue area. Indeed, the legislative process which subsequently took place in 1999 around the issue of protecting the health of athletes and the ban on use of drugs in sport illustrates the emergence of this new configuration. It even marks the beginning of a new era of regulation strongly influenced by a health and medical approach to drugs in sport.

KEY WORDS: performance enhancing drugs, policy paradigm, doctors, public policy, control, Tour de France.

Soumis à l'influence et à l'émergence de nombreux acteurs depuis plusieurs dizaines d'années, la complexité de l'environnement sportif et l'enchevêtrement des niveaux de son contrôle engendrent une forme de *gouvernement du dopage* particulière¹. Entendant le gouvernement comme l'économie des pouvoirs qui organise la pratique du dopage et sa régulation, son histoire et son actualité montrent en effet, d'une part, que le phénomène est pris en charge par un ensemble de décisions, d'actions et de pratiques diversifiées et qu'il met en jeu, d'autre part, des acteurs obéissant à des logiques différentes. Son existence et sa perpétuation répondent ainsi à un système complexe dans lequel on distingue des formes de coordination multi-niveaux et multi-acteurs, des rapports de force entre des visions du dopage divergentes et des luttes pour des intérêts concurrents. Se partageant le monopole dans l'encadrement du débat public et la prise en charge légitime de la question, ce système associe trois catégories d'acteurs : les dirigeants sportifs, les représentants des autorités publiques et le corps médical².

Eu égard à leur position respective, les acteurs composant ces trois groupes produisent et véhiculent des *référentiels* différents en matière de dopage. Correspondant aux normes et aux valeurs à partir desquelles est construite la perception du phénomène et défini le cadre des interventions mises en œuvre pour le réguler (Muller, 2000), on distingue ainsi plusieurs référentiels du dopage. Plus précisément, la notion renvoie à un ensemble de pensées et de représentations produites sur le phénomène qui conditionne et organise les actions des dirigeants

sportifs, des représentants publics et des médecins. Porteurs d'idées et d'intérêts propres, ces trois groupes d'acteurs se trouvent alors en concurrence pour l'appréhension, l'interprétation et la prise en charge du dopage (Sallé et Basson, 2004). En d'autres termes, toute intervention en la matière dépend, d'abord, de l'idée qu'ils s'en font et, ensuite, de leurs affrontements dans les mécanismes de régulation et de gestion du phénomène. Les référentiels sportif, public et médical du dopage se différencient donc par la pluralité des *représentations* structurant ces différentes définitions, des *enjeux* qui y sont associés et des *moyens d'action* mobilisés par les acteurs qui les produisent (Faure, 1998).

Privilégiant une lecture globale et systémique, nous interprétons ainsi l'histoire et l'actualité du dopage non seulement comme le produit de l'évolution des relations qui régissent ces trois groupes identifiés, mais également comme le résultat de la domination ponctuelle d'un référentiel sur les deux autres. Dès lors, l'objet de cette contribution est d'interroger la reconfiguration du contrôle du dopage qui s'est dessinée depuis le Tour de France cycliste de 1998. À la domination des acteurs sportifs succède, en effet, celle du corps médical qui impose désormais sa logique professionnelle et son référentiel dans le traitement de la question. Illustrant ce redéploiement des pouvoirs, une partie du dispositif introduit par la loi du 23 mars 1999, consacrée à la *protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage*, marque l'ouverture d'une nouvelle période de régulation caractérisée par la reconnaissance de la dimension sanitaire et médicale du phénomène. L'analyse du proces-

1. C'est l'objet de la thèse de Loïc Sallé, soutenue le 8 décembre 2004. Celle-ci s'intitule : *Le gouvernement du dopage en France. Entre pouvoirs publics, acteurs sportifs et médecins. La production de la loi de 1999 comme illustration*, sous la codirection de Jean-Charles Basson (maître de conférences de STAPS, Toulouse III) et Catherine Louveau (professeure des universités de STAPS, Paris XI). Le jury était composé de François Aballéa (professeur des universités de sociologie, Rouen), Jacques Defrance (professeur des universités de STAPS, Paris X) et Andy Smith (directeur de recherche à la Fondation nationale des sciences politiques, IEP de Bordeaux). L. Sallé a obtenu la mention *Très honorable avec félicitations*.

2. Engagés indirectement sur le terrain du dopage et de la lutte contre le dopage, nous écartons les acteurs économiques (sponsors, chaînes de télévision, organisateurs de spectacle...) et les acteurs médiatiques (journalistes sportifs ou d'information) de notre analyse. Contrairement aux acteurs publics, sportifs et médicaux, historiquement présents dans le monde sportif et producteurs de normes en matière de dopage, médias et partenaires financiers sont, en effet, moins impliqués dans le fonctionnement de ce système et se contentent de relayer ou d'exploiter les normes produites. Voir à ce sujet Sallé (2001).

sus législatif permet ainsi d'éclairer le rôle joué par certains représentants de la médecine du sport dans cette récente recomposition des pouvoirs de contrôle³.

1. LE TOUR DE FRANCE 1998 : ÉLÉMENTS D'UNE RUPTURE ?

Interroger les évolutions caractérisant la prise en charge du dopage nous amène à porter une attention particulière aux dispositifs publics de lutte contre le dopage qui se succèdent dans le temps. La particularité française de l'organisation du sport induit en effet que les règlements sportifs relatifs au contrôle du phénomène sont subordonnés aux dispositions publiques prévues par la loi. La description et l'analyse du système français de régulation du dopage révèlent alors l'existence de deux périodes, séparées par une rupture assez nette en 1998, année au cours de laquelle le Tour de France cycliste entraîne un changement des rapports de force établis jusque-là⁴.

1.1. « L'avant Tour 1998 » : la domination du référentiel sportif

Courant de la fin des années 1960 à 1998, une première période se caractérise par la domination des acteurs sportifs sur le système de régulation du dopage : seuls les responsables du mouvement sportif disposent du pouvoir de contrôler et de sanctionner le phénomène. Même si les pouvoirs publics français légifèrent pour la première fois en 1965 sur la question, le dis-

positif introduit par la loi revêt une efficacité toute relative. Consistant en quelques prélèvements urinaires lors des compétitions officielles, le seul dispositif antidopage effectif est celui mis en place, depuis 1968, par le comité international olympique (CIO) et les fédérations internationales. Dans l'impossibilité juridique d'agir efficacement contre le phénomène (l'intentionnalité du dopage doit, à l'époque, être prouvée pour être passible des peines encourues dans le texte), les autorités gouvernementales délèguent alors leurs responsabilités antidopage aux dirigeants sportifs (Le Noé, 2000). Dès 1975, les prérogatives de contrôle du dopage par les instances sportives sont reconnues par les pouvoirs publics. Avec la loi relative à *l'organisation du sport*, ces derniers octroient aux fédérations la mission de protéger la santé de leurs membres et de sanctionner les athlètes contrevenants⁵.

Plus tard, consacrant le devoir de prévention et de répression des groupements sportifs, ce pouvoir est conforté en 1989 par un deuxième texte législatif traitant spécifiquement du dopage. Les responsables olympiques et fédéraux se trouvent alors en situation de monopole dans le traitement et la régulation du phénomène. De plus, à mesure qu'elles renforcent cette position, les autorités publiques en sont tenues éloignées et leurs tentatives de contrôle des actions fédérales s'avèrent inopérantes⁶. Aussi, cette domination de la coalition sportive dans le « système de gestion » du dopage favorise l'émergence et la multiplication de pratiques délictueuses. De nombreux témoignages

3. Plus précisément, notre méthodologie s'est appuyée sur trois temps particuliers. L'analyse de la production de la loi n° 99-223 du 23 mars 1999, d'abord, en décrivant les différentes étapes du processus législatif et les textes produits (projet de loi, rapports des commissions parlementaires, comptes rendus des discussions publiques et texte définitif). L'étude des travaux d'expertise entrepris lors de l'élaboration du texte de loi, ensuite, afin d'évaluer l'influence des experts extérieurs dans la gestion politique du phénomène et mesurer la capacité d'intervention du corps médical sur la question. Et l'analyse de dix-sept entretiens, enfin, menés avec des acteurs publics (parlementaires, membres du cabinet ou de l'administration de M.-G. Buffet), des experts du groupe de travail ayant fait des propositions pour modifier le texte de loi, des représentants de la médecine du sport (syndicats, sociétés savantes) et des acteurs du dispositif de régulation actuel.

4. Nous n'allons pas reprendre ici l'ensemble des événements qui ont émaillé l'édition de cette compétition internationale : on en trouve la chronique fidèle chez Guillon (1999).

5. Plus précisément, c'est le décret n° 75-554 du 27 mai 1977, relatif au *contrôle médical des activités physiques et sportives*, qui officialise le transfert de la lutte contre le dopage aux fédérations et entérine la primauté de leur rôle en ce domaine.

6. Nous pensons particulièrement à la *Commission nationale de lutte contre le dopage* (CNLD) : entité administrative créée par la loi de 1989, elle était chargée de contrôler l'application des sanctions disciplinaires prononcées à l'encontre des sportifs contrôlés positifs et s'est avérée incapable de mener à bien cette mission.

d'athlètes de haut niveau ou d'individus composant leur environnement proche révèlent en effet qu'à partir des années 1970 le recours à des substances dopantes à des fins de performance s'accroît et se rationalise (Laure, 2004). Par ailleurs, confrontés au phénomène, certains acteurs sportifs adoptent une posture ambivalente : volonté de ne pas lutter efficacement contre le dopage, tentatives d'occultation de ce dernier voire, pour certaines disciplines, son organisation au sein des groupements sportifs (Louveau *et al.*, 1995 ; Petibois, 1998).

Dans un contexte de médiatisation croissante du sport, caractérisé par le déplacement des intérêts de ses acteurs (dirigeants, sportifs, entraîneurs...) vers la recherche d'audience et l'importance toujours plus grande accordée aux résultats (Houlihan, 1999), le référentiel sportif du dopage semble progressivement privilégier la préservation des intérêts économiques à la lutte contre le dopage. Juge et partie, les responsables fédéraux n'ont que peu d'intérêts à lutter contre le phénomène et à sanctionner ceux qui représentent leur discipline. Se développe ainsi au cours des trois dernières décennies une tendance manifeste à l'occultation du phénomène : fédérations et équipes s'assurent, en interne, que leurs athlètes ne sont pas positifs, dissimulent ceux qui le sont ou usent de déclarations rassurantes dans les médias (Sallé, 2003). Affaires étouffées, cas positifs non sanctionnés, contrôles avant les compétitions officielles ou tricheries diverses lors des procédures de prélèvement constituent quelques-uns des *moyens d'action* mobilisés par les acteurs sportifs désireux de nier l'existence du phénomène⁷. Profitant de leur position de monopole, ces derniers sont donc, jusqu'en 1998, en mesure de garantir la perpétuation de ces pratiques interdites.

1.2. 1998 : le référentiel sportif remis en cause

L'année 1998 est caractérisée par la résurgence de la question du dopage et le traitement inédit dont elle fait l'objet lors du Tour de France cycliste. Au-delà, l'intérêt qu'elle suscite encore aujourd'hui marque, vraisemblablement, une rupture avec la tendance décrite précédemment et ouvre une période nouvelle. Deux constats attestent en effet d'une redistribution des rapports de force entre les acteurs sportifs, publics et les médecins : la perte de pouvoir des instances du sport et l'intrusion massive d'agents publics dans le monde sportif (Basson *et al.*, 2001).

D'une part, les événements observés lors de cette « affaire », ainsi que l'ampleur et la réalité du dopage qu'elle a révélées, témoignent de la faillite, de l'incapacité, voire de la malveillance des autorités sportives à lutter contre le phénomène. À cette occasion, la convocation du milieu sportif devant la justice confirme deux suspensions :

1. le dopage est une pratique généralisée et planifiée dans un système rationnel et organisé ;
2. le dopage est répandu et institutionnalisé dans le milieu cycliste professionnel (Quénet, 2001).

Par ailleurs, cette affaire met également au jour un système complexe entremêlant les responsabilités d'une multitude d'acteurs. Les sportifs, les soigneurs, les médecins, mais aussi les dirigeants de fédération ou encore les organisateurs se rejettent mutuellement la faute, arguant qu'ils sont les victimes ou les boucs émissaires d'un système perverti par l'argent et la télévision qu'ils ne peuvent contrôler efficacement. À l'origine des carences persistantes de la lutte antidopage, l'inertie régnant au sein du monde sportif est clairement démontrée. Enfin, révélant les stratégies d'occultation employées par

7. L'analyse de déclarations publiques, de témoignages d'anciens acteurs du sport ou de différentes « affaires » de dopage permet de relever de nombreuses stratégies mises en œuvre dans le monde sportif pour cacher ou relativiser l'existence du phénomène. Voir, par exemple : Bassons (2000), Escande (2003), Maitrot (2003), de Mondenard (2000), Petibois (1998) et Roussel (2001).

le monde du cyclisme pour masquer les cas de dopage, plusieurs témoignages dénoncent la complaisance des institutions sportives à l'égard du phénomène (Lhomme, 2000). Au bout du compte, les événements de 1998 ont pour conséquence d'interroger la légitimité des institutions sportives à intervenir sur la question. Démontrant l'échec du contrôle interne du dopage, l'année 1998 marque donc, d'abord, l'affaiblissement de l'autorité sportive.

Exprimant une forme inédite de régulation du système sportif, le second constat repose, d'autre part, sur les conditions d'émergence de « l'affaire Festina ». Ce n'est pas une volonté des institutions sportives mais une initiative publique qui est à l'origine des événements : le 8 juillet 1998, des douaniers saisissent dans le coffre de la voiture du soigneur de l'équipe Festina des centaines de substances interdites. Suite à cette découverte, des fonctionnaires de la police judiciaire procèdent à de nombreuses interpellations et auditions dans les milieux sportifs. C'est, enfin, la justice qui porte au jour l'organisation du dopage au sein des équipes cyclistes et interroge les responsabilités des acteurs concernés⁸. Se contentant d'être les spectatrices de ce scandale, les instances sportives se montrent, à cette occasion, totalement désarmées et prises de court par le déroulement des événements. Contrairement aux autres cas de dopage révélés par des contrôles internes au mouvement sportif (tel le sprinteur canadien Ben Johnson lors des Jeux olympiques de 1988), les fédérations et les organisateurs du Tour de France réagissent *a posteriori* en sanctionnant « sportivement » une transgression au droit pénal dénoncée, en premier lieu, par les pouvoirs publics. Le fait que les autorités publiques soient les instigatrices de cette affaire constitue donc une autre nouveauté dans l'appréhension de la question du dopage et marque une évolu-

tion significative de sa prise en charge. Perdant leur crédibilité et leur légitimité d'intervention dans la régulation du phénomène, les acteurs sportifs s'éclipsent ainsi au profit des autorités publiques.

1.3. « L'après Tour 1998 » : vers une autre forme de régulation du dopage

Quelles que soient les interprétations proposées des événements, l'intervention des autorités publiques sur les routes du Tour en 1998 témoigne d'une reconfiguration des rapports de force entre les trois catégories d'acteurs identifiées et d'un changement de référentiel dominant en matière de dopage. Observé à l'occasion de la compétition, le décalage entre les référentiels structurant les comportements des responsables du mouvement sportif, d'une part et des représentants des autorités publiques, d'autre part, explique sans doute la portée de ces événements. La mise au jour de la réalité du dopage pointe en effet une *dissonance cognitive* entre les référentiels que les catégories sportive et publique produisent sur la question (Muller, 2000). Apparaît cette année-là une discordance importante entre les représentations et les intérêts que ces deux groupes d'acteurs prêtent au sport et au dopage. De plus, cette dissonance provoque le changement de référentiel dominant dans le traitement et la prise en charge du phénomène.

Interrogé puis remis en cause par l'émergence de problèmes de dopage non résolus ou non traités, le référentiel sportif considéré comme légitime sur cette question devient caduc. Il entre, en effet, en inadéquation avec les représentations positives d'éducation et de santé associées aux pratiques sportives. Garantées de la santé et de l'ordre publics, les autorités étatiques ne peuvent tolérer de tels états de fait sans réagir. Tout semble d'ailleurs s'être passé comme

8. Avec les aveux obtenus par les policiers lors des auditions, les investigations ne se limitent pas à la seule équipe de R. Virenque et l'enquête est étendue à d'autres équipes (TVM, Casino...). Au bout du compte, c'est l'ensemble du cyclisme professionnel qui est impliqué à cette occasion.

si elles ne pouvaient plus se satisfaire de la gestion aléatoire assurée par l'institution sportive et craignaient que le dopage devienne une menace pour l'ordre social (Sallé, 2001). Dans tous les cas, le fait que le dopage soit, à partir de cette date, considéré sinon comme un problème inacceptable, au moins comme une question justifiant une action publique spécifique, est significatif d'une évolution des représentations et des cadres d'interprétation du phénomène. Les événements liés au Tour de France de 1998 traduisent la nécessité de modifier le système de régulation du dopage et de limiter les prérogatives des instances sportives en la matière.

Par ailleurs, cette dissonance a pour autre conséquence de faire émerger de nouveaux acteurs mobilisés pour contrôler un monde sportif devenu aléatoire. Interrogeant et démasquant les faiblesses du référentiel produit par les responsables sportifs, l'intervention publique rend nécessaire l'imposition d'un nouveau référentiel en matière de dopage. Dans cette perspective, s'opère une redistribution des rapports de force : au détriment des dirigeants du sport, d'une part, qui voient leurs pouvoirs de régulation diminuer et au profit du corps médical, d'autre part, à qui les pouvoirs publics attribuent des prérogatives et une légitimité d'intervention inédites dans ce domaine. La réalité du dopage ainsi révélée interroge en effet les conséquences de ces pratiques sur la santé des athlètes. Eu égard à la nature et à la quantité des substances découvertes par les enquêteurs, le phénomène est interprété comme un problème de santé publique. Malgré la mise en cause de quelques médecins dans l'organisation du dopage, leurs connaissances et leurs compétences professionnelles sont sollicitées pour traiter de la question et on leur octroie, d'emblée, une forme de monopole en ce domaine. Ils réussissent à imposer comme légitime le référentiel qu'ils produisent.

2. D'UN RÉFÉRENTIEL À L'AUTRE

Suite à cette affaire, l'orientation médicale privilégiée depuis 1999 s'exprime à travers le texte de loi relatif à *la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage*. Le droit permettant de légitimer des conceptions spécifiques des questions qu'il traite et les affaires publiques n'étant pas gérées par les seules autorités politiques mais par des acteurs multiples et divers (Commaille et Jobert, 1998), la production législative constitue un enjeu essentiel pour les acteurs concernés. Susceptible par son usage de peser sur les rapports de force établis dans le monde sportif, la production du droit relatif à la question du dopage donne à voir les interactions conflictuelles organisant les trois groupes d'acteurs repérés. L'orientation sanitaire du texte de loi témoigne alors du (et, d'une certaine façon, entérine ce) changement de référentiel pressenti en 1998.

2.1. La médicalisation du dispositif de lutte contre le dopage

L'analyse du texte de loi adopté en 1999 sous la mandature de M.-G. Buffet révèle une médicalisation accrue et inédite du dispositif de prévention et de répression du dopage. Celle-ci se caractérise par la reconnaissance de la dimension sanitaire de la lutte contre le dopage et par la mise en place d'un dispositif médical dans lequel un rôle prépondérant est accordé aux médecins. Quatre dispositions confirment cette tendance.

La première concerne la création d'antennes médicales de lutte contre le dopage (AMLD) dans chaque région française. S'appuyant sur des dispositifs hospitaliers existants, les AMLD sont des structures médicales légères qui s'inspirent du dispositif élaboré pour lutter contre le SIDA. Elles poursuivent la double mission d'organiser des consultations pour les individus ayant recours à des pratiques dopantes et de rassembler des données épidémiologiques sur

les produits consommés par les sportifs et leurs effets sur l'organisme. Une deuxième disposition impose un suivi médical régulier aux sportifs de haut niveau et donne matière à la tenue d'un livret individuel décrivant l'évolution de leur état de santé. Concernant les sportifs amateurs ou les non-licenciés, le législateur impose désormais un contrôle obligatoire en vue de la première délivrance d'une licence quelle que soit la nature, compétitive ou non, de la pratique sportive.

Une troisième disposition réside dans l'obligation d'information, d'une part, et de vigilance, d'autre part, qui incombe dorénavant à tout médecin. La loi stipule en effet que tout médecin prescrivant, à des fins thérapeutiques, un traitement à un individu est tenu de lui indiquer si ce traitement fait appel à des substances ou à des procédés prohibés. Par ailleurs, si le médecin prescrit un produit interdit, le texte lui impose deux précautions : une information écrite doit être délivrée au patient puis être mentionnée sur l'ordonnance. Enfin, une quatrième disposition impose à tout médecin décelant une pratique de dopage d'adopter un « comportement type ». Il doit, d'abord, refuser la délivrance d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique ou à la compétition sportive. Il doit, ensuite, informer son patient des risques qu'il encourt et lui proposer, soit de le diriger vers une antenne médicale, soit de lui prescrire un examen, un traitement ou un suivi. Enfin, il est prévu par la loi que le médecin transmette ses constatations de dopage au médecin responsable de l'antenne médicale régionale et informe son patient de cette obligation de transmission. Ainsi, les médecins sont assujettis à un devoir d'incitation auprès des sportifs et à une obligation de signalement des cas de dopage.

Si on compare cette nouvelle loi avec l'ensemble des textes précédents, on constate de nettes évolutions dans la perception et la prise en charge de la question du dopage. En effet, si le

texte de 1999 conserve quelques acquis des législations antérieures, les acteurs parlementaires mettent davantage l'accent sur la prévention et la protection de la santé des sportifs. La mise en place des antennes médicales de lutte contre le dopage et la responsabilisation du corps médical en constituent l'illustration principale. En outre, chargé de préserver et d'encadrer, au plus près, le problème du dopage, le médecin devient l'acteur central du nouveau dispositif. Dès lors, sachant qu'au cœur du processus de production législative « prennent place des luttes d'acteurs et de groupes sociaux qui tentent d'orienter la définition de la norme en conformité avec leurs intérêts, leurs valeurs » (Dumoulin et Robert, 2000, 15), ce constat interroge les conditions de production du texte de loi et les raisons d'une telle orientation. En effet, dans la mesure où le droit configure un outil de légitimation de valeurs et de représentations, la participation à sa production devient un enjeu pour les acteurs souhaitant imposer leur propre référentiel en matière de dopage.

La production du texte relatif à la *protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage* forme alors un *espace* dans lequel se manifestent des intérêts pluriels et contradictoires faisant l'objet de luttes entre les acteurs qui y sont impliqués. Dans cette perspective, l'orientation médicale qui apparaît dans le texte de 1999 peut être considérée comme le produit de l'influence des médecins sur le processus de production de la loi et de leur capacité à orienter l'action publique entreprise en matière de dopage. En privilégiant la dimension sanitaire de la lutte contre ce dernier, la loi introduit (et légitime du même coup) une définition et une prise en charge particulières du phénomène. Autrement dit, en intervenant dans le processus législatif, les acteurs médicaux réussissent à l'orienter selon leurs représentations, leurs valeurs et leurs intérêts professionnels ; bref, en conformité avec le *référentiel* qu'ils produisent en matière de

dopage⁹. Il reste alors à identifier les modes d'expression et les conditions d'exercice de cette influence.

2.2. Prégnance des médecins sur le processus législatif

Le processus législatif débute le 30 avril 1998 par la présentation du projet de loi devant le Sénat, puis se poursuit par son examen et son adoption en première lecture par les sénateurs le 28 mai 1998, soit deux mois avant le Tour de France cycliste¹⁰. L'analyse de la première version du projet de loi examinée par les parlementaires indique que son orientation et sa composition sont très différentes du texte final. Justifiée par le dysfonctionnement du dispositif mis en place par la loi de 1989 et la volonté ministérielle de le réformer, celle-ci insiste sur le renforcement des sanctions disciplinaires à l'encontre des sportifs et des fédérations (quinze articles sur vingt-trois y sont consacrés). Cette orientation répressive du dispositif antidopage est consacrée par la création du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD), une autorité administrative indépendante chargée (entre autres choses) de s'assurer de l'application des sanctions fédérales prononcées contre les sportifs contrôlés positifs¹¹. Se substituant à la commission nationale de lutte contre le dopage (CNLD), le CPLD dispose de prérogatives élargies et d'un pouvoir d'incitation étendu sur les fédérations sportives.

En outre, c'est au cours de la première navette parlementaire, lorsque la version adoptée par le Sénat est envoyée à l'Assemblée nationale pour examen, que des changements significatifs sont apportés au texte de loi¹². En effet, le texte

n° 195 examiné, modifié et adopté les 18 et 19 novembre 1998 par les députés est différent du projet initial, et de nombreuses dispositions inédites concernant, pour la plupart, la mise en place d'un dispositif d'alerte médicale y sont introduites. Plus précisément, visant à médicaliser la lutte contre le dopage et à placer les médecins au cœur de sa prise en charge, six articles nouveaux sont insérés dans le texte. Autrement dit, en comparant les deux premières versions de la loi, on constate, d'une part, que son orientation médicale n'est pas prévue initialement et, d'autre part, que ce changement est intervenu après le Tour de France de 1998.

Ce constat interroge alors sur les conditions de cette évolution et sur la manière dont elle est intervenue. À la lecture de Bourdieu (1986, 17), on sait que « le véritable législateur n'est pas le rédacteur de la loi ». Sans doute est-il plus fructueux de considérer les acteurs du champ concernés par la réforme législative et qui tentent d'y intervenir au regard des « intérêts et des contraintes spécifiques associées à leurs positions ». L'élaboration et l'adoption du texte de loi de 1999 répondent ainsi à un processus complexe dans lequel interagissent les acteurs sportifs, publics et médicaux confrontant leurs rationalités et leurs moyens d'action respectifs. Dans la mesure où la production du droit résulte de rapports de force, son orientation médicale et les dispositions sanitaires introduites révèlent, du même coup, la domination des ressources mobilisées par les médecins.

En la matière, la capacité d'intervention du corps médical repose sur l'influence d'un groupe de travail interministériel composé de professionnels de la santé. En effet, les dispositions

9. Même si la profession médicale est composite, la dimension dominante privilégiée dans le cadre d'interprétation médical du dopage repose sur le problème sanitaire que suscite la consommation non raisonnée de substances diverses et la nécessité de promouvoir la santé des patients. Sur ce point, voir Sallé et Basson (2004, 322-324).

10. Voir successivement le *projet de loi n° 416* présenté par le gouvernement au Sénat, le *rapport n° 442* de F. Lesoin pour la commission des affaires culturelles, sociales et familiales du Sénat, les *comptes rendus des débats parlementaires* du 28 mai 1998 et le *projet de loi n° 941* modifié et adopté par le Sénat en première lecture.

11. CPLD qui devient prochainement l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD) et prend le statut d'Autorité publique indépendante (API).

12. Voir le *rapport n° 1188* de A. Néri pour la commission des affaires culturelles, sociales et familiales de l'Assemblée nationale, les *comptes rendus des débats parlementaires* des 18 et 19 novembre 1998 et le *projet de loi n° 195* modifié et adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

médicales introduites par le gouvernement après l'été 1998 ne proviennent pas de la réflexion des différents cabinets ministériels mais sont issues d'un rapport d'expertise produit par un groupe de travail intitulé « Médecins du sport et lutte contre le dopage ». Mise en place le 8 septembre 1998, cette commission est missionnée par les ministères de la Jeunesse et des Sports et de la Santé d'une part pour compléter et améliorer le dispositif de lutte contre le dopage et, d'autre part, pour mobiliser et responsabiliser le corps médical dans son organisation et son application. Ses seize membres sont chargés de remettre un rapport au gouvernement début novembre 1998, dans lequel ils doivent faire des propositions visant à améliorer la version du projet de loi élaborée par l'administration de la jeunesse et des sports et adoptée par le Sénat en première lecture.

Ce groupe peut donc être appréhendé comme une ressource permettant aux médecins d'intervenir sur et dans le processus législatif (Caillousse, 2000). D'ailleurs, l'intégralité des dispositions nouvelles introduites en novembre 1998 dans le projet s'inspire des trente et une propositions faites par ses membres. Profitant du statut d'experts qui leur est accordé et de la sollicitation publique dont ils sont l'objet, les médecins réussissent à exercer leur influence sur le processus législatif de 1999 et à introduire une dimension médicale inédite dans le dispositif initial. Autrement dit, avec l'éclatement du scandale du Tour de France 1998, les professionnels de la santé profitent d'une *fenêtre d'opportunité* pour « médicaliser » l'orientation du texte de loi et légitimer le référentiel qu'ils produisent en matière de dopage¹³.

2.3. Enjeux de la participation des médecins au processus législatif

S'interroger sur le processus de production de la loi et la nature des événements qui l'ont influencé conduit à identifier les raisons justifiant de telles évolutions. Il s'agit, dans cette perspective, de repérer la dimension stratégique de l'intervention des médecins dans le processus législatif et d'y percevoir leur *intérêt à agir* (Renard, 2000).

La plupart des acteurs composant le groupe de travail (treize sur seize) sont de profession médicale¹⁴. Ils y représentent différents secteurs de la médecine ou sont considérés comme les spécialistes du dopage en France. Aussi, deux objectifs réunissent les membres de la commission : d'une part, protéger la santé des athlètes et, d'autre part, promouvoir et développer la médecine sportive. Ambitionnant de rendre la lutte contre le dopage plus opérationnelle en recourant à la médecine du sport et d'instaurer une politique globale de prévention et de veille sanitaire du dopage, les deux préconisations principales du rapport vont d'ailleurs en ce sens¹⁵. Dans cette perspective, on y recense plusieurs propositions déclinant ces deux options, dont certaines sont ensuite introduites dans le texte de loi. Entre autres, le groupe de travail recommande d'imposer un rôle d'alerte et de signalement du dopage aux médecins, de sanctionner les médecins contrevenants, de diminuer les pouvoirs des fédérations sportives, de reconnaître le dopage comme un fléau social ou, encore, de l'insérer dans le code de santé publique. Dit autrement, l'ensemble de ces résolutions vise, d'abord, à légitimer et à imposer le référentiel

13. Sur cette notion, voir Kingdon (1984).

14. Co-présidé par le professeur J.-P. Escande (chef de service au CHU de Cochin) et O. Rousselle (maître des requêtes au Conseil d'État), le groupe de travail était composé de quatre représentants des pouvoirs publics : le docteur A. Garnier (pour le ministère de la Jeunesse et des Sports), F. Vareille (pour la direction générale de la Santé), les docteurs Maillard et Saux (pour la direction des Relations du travail) ; de représentants du corps médical : l'Ordre des médecins avec les professeurs B. Glorion et J. Langlois, l'Ordre des pharmaciens avec le professeur J. Parrot et la société française de médecine du sport (SFMS) avec le professeur M. Rieu. Par ailleurs, six personnalités ont été sollicitées pour leur expertise sur la question : le docteur J.-P. Bourgeois (docteur en droit, expert auprès des tribunaux), le docteur Cristofini (médecin du travail), le docteur V. Fourneyron (ayant participé au processus législatif de 1989), A. Ehrenberg (sociologue à l'EHESS), J.-P. Karaquillo (spécialiste du droit du sport) et le docteur A. Mégret (médecin de la fédération française de cyclisme).

15. *Rapport du groupe de travail* « Médecins du sport et lutte contre le dopage », novembre 1998, p. 4-5 (source privée).

produit par les médecins en matière de sport et de dopage et, ensuite, à améliorer la formation en médecine du sport.

En premier lieu, les représentants du corps médical cherchent à imposer une définition du sport et du dopage qui correspond à leurs préoccupations professionnelles. Plus précisément, le référentiel qu'ils produisent en la matière est commandé par une certaine idée des activités sportives, selon laquelle la pratique physique génère des bienfaits pour la santé. Dès lors, ils associent au sport un rôle préventif et curatif susceptible d'augmenter l'espérance de vie, de diminuer les risques de maladies et de pathologies ou, enfin, d'améliorer la qualité et l'hygiène de vie (Aeberhard et Bréchat, 2003). En d'autres termes, les pratiques physiques et sportives sont perçues par les médecins comme un outil participant à l'amélioration de l'état de santé de la population. Dans cette perspective, le dopage est interprété comme une « dérive » constitutive du sport dont il s'agit de diminuer, au mieux, les risques. En effet, au regard de leur logique professionnelle (« la vocation première de la médecine est la préservation de la santé de l'individu à court, moyen et long terme »¹⁶), la nature des produits utilisés fait du dopage une atteinte à la santé des individus qui le pratiquent. Par ailleurs, dans la mesure où le phénomène est susceptible de toucher tous les sportifs, quels que soient la discipline, l'âge, le sexe ou le niveau du sportif, ils considèrent que sa régulation devient une affaire de santé publique relevant de leur responsabilité et de leurs compétences. À l'instar d'autres domaines sociaux (comme la toxicomanie, par exemple), les médecins composant le groupe de travail interviennent sur la question du dopage en tentant d'orienter sa prise en charge conformément aux principes qui régissent leur profession (Hassenteufel, 1997).

Pour ce faire, soulignant l'importance de la « compétence du médecin [qui doit être] sans faille »¹⁷, ils préconisent, en second lieu, le renforcement de la médecine du sport afin que chaque praticien soit en mesure de réduire les pathologies liées à une pratique sportive intensive ou inadaptée aux capacités de l'individu. Il s'agit, selon les experts, de développer la recherche en médecine du sport et d'assurer un bon niveau de formation spécialisée. Il semble en effet que les médecins (notamment les généralistes) sont souvent confrontés à des situations ou des problèmes spécifiques (tels l'évaluation des capacités physiques, la détection des physiopathologies de l'entraînement, la délivrance de contre-indications à la pratique des sports ou, encore, la participation à la lutte contre le dopage) auxquels ils ne savent pas toujours répondre de manière adéquate (Garnier, 2003). Pour les membres de la commission, ces lacunes s'expliquent par les faiblesses de l'enseignement et de la formation en médecine du sport. « Clé d'une prévention sanitaire et d'une lutte antidopage efficaces »¹⁸, il convient alors, selon eux, d'améliorer et de réhabiliter cette spécialité dépréciée de la médecine.

Les professionnels de la santé sollicités interprètent ainsi leur participation au groupe de travail interministériel comme une opportunité pour, d'une part, tenter de légitimer leurs propres définitions du sport et du dopage et, d'autre part, essayer de renforcer le système d'enseignement de la médecine du sport. Autrement dit, la situation de crise générée par le Tour de France de 1998 permet à certains d'entre eux de faire accéder le référentiel qu'ils produisent en matière de dopage aux sphères décisionnelles de l'action publique. Profitant de leur position favorable, ils réussissent, ponctuellement, à imposer leur traduction du phénomène et à

16. *Ibid.*, p. 35.

17. *Ibid.*, p. 36.

18. *Ibid.*

mettre en place un dispositif de prévention et de répression du dopage correspondant à leur référentiel.

3. UNE INTERVENTION MÉDICALE EFFICACE

S'interroger sur la redistribution des pouvoirs que donne à voir le processus de production de la loi, sur le rôle joué par les médecins et l'influence qu'ils y ont exercée pour modifier son orientation nous amène enfin, plusieurs années après son adoption, à faire état de l'efficacité de leur action. Leur intervention sur le processus législatif, par l'intermédiaire du groupe de travail interministériel, s'avère effective à un double titre. D'une part, parce que le dopage s'inscrit désormais dans une problématique de santé publique et, d'autre part, parce que les experts médicaux ont réussi à améliorer la situation institutionnelle de la médecine du sport.

3.1. Le dopage comme problème de santé publique

Depuis 1999, l'orientation du dispositif de lutte contre le dopage privilégie la dimension sanitaire du traitement du phénomène et légitime, du même coup, sa prise en charge médicale. Avec la création d'antennes médicales régionales, le renforcement du suivi médical des sportifs (amateurs et professionnels), la volonté de responsabiliser les médecins et de renforcer leur formation en médecine du sport, la loi souligne que la protection de la santé des sportifs et la lutte contre le dopage sont devenues des priorités sanitaires. Outre les dispositions légales adoptées il y a sept ans, d'autres signes illustrent cette évolution et révèlent les liens associant aujourd'hui dopage et santé publique.

Un premier signe, symbolique, repose sur l'inscription de la loi du 23 mars 1999 dans le livre VI du code de santé publique. Celle-ci témoigne de la volonté politique de placer le sportif au centre d'un dispositif global de prévention qui préserve la santé et favorise l'épanouissement personnel. Un deuxième signe

tient au renforcement du champ d'intervention sanitaire du ministère des Sports par la création de vingt-quatre postes de *médecins conseillers* auprès des directions régionales de la jeunesse et des sports (DRJS). Ils sont chargés de coordonner, dans chaque région, l'application de la politique médico-sportive décidée au niveau national, de promouvoir la médecine du sport en améliorant la qualité des enseignements, de mettre en place les conditions nécessaires au suivi médical des sportifs et, enfin, de développer la lutte et la prévention du dopage tout en assurant la promotion de la santé par les activités physiques et sportives (APS). Dans cette perspective, chaque médecin conseiller reçoit une formation spécifique et dispose d'une double compétence en médecine du sport et en santé publique lui permettant de combiner la politique sportive locale développée dans les DRJS avec la politique nationale de santé publique. Le rapprochement de la médecine du sport et de la santé publique témoigne ainsi de la volonté d'appréhender les pratiques sportives et le dopage comme des questions touchant l'ensemble de la population.

Enfin, un dernier signe indiquant les liens nouveaux qui régissent le sport, le dopage et la santé est la mise en place, en 2001 par le ministre délégué à la Santé, d'une commission d'expertise en médecine du sport (intitulée « Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes »), chargée de dresser un état des lieux de la discipline. Au-delà des recommandations formulées, à ce jour, par ses membres, il leur a été demandé en 2002 d'élaborer un programme national de santé publique sur cinq années. Plus précisément, visant à améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population grâce aux bénéfices apportés par les sports, le « programme national de promotion de la santé par les APS et de prévention des conduites dopantes » développe trois objectifs prioritaires. Le premier vise à promouvoir et à développer la pratique d'activités sportives de loisirs et de réadaptation, tout en

diminuant les risques qui leur sont associés (dont font partie les conduites dopantes). Le deuxième cherche à améliorer l'état des connaissances en entreprenant des recherches épidémiologiques et physiologiques sur la dangerosité des substances et des procédés de dopage. Le dernier objectif poursuivi ambitionne, enfin, de mettre en place un dispositif européen de veille sanitaire sur ces pratiques. Inédit jusqu'alors, ce programme national témoigne du nouveau cadre d'interprétation du sport et du dopage privilégié dans la prise en charge actuelle du phénomène. Loin de penser que les événements du Tour de France ont tout changé, on constate néanmoins que les liens articulant le sport, le dopage et la santé sont redéfinis depuis cette date et qu'une large part est désormais accordée à la dimension sanitaire lorsqu'on traite de ces questions. Ce processus comprend un dernier volet : la revalorisation d'une spécialité médicale aujourd'hui dépréciée.

3.2. La réhabilitation de la médecine du sport

La situation institutionnelle de la médecine du sport connaît, historiquement, une évolution irrégulière aboutissant aujourd'hui à une mise en cause de sa légitimité. En effet, après sa création au début du XX^e siècle, la médecine du sport traverse entre 1945 et 1980 une période propice à son développement et son institutionnalisation (Waddington, 1996). L'engouement populaire pour les pratiques sportives, auquel s'ajoute la volonté politique de les promouvoir, facilitent l'adoption de mesures réglementaires régissant son organisation et reconnaissant, du même coup, sa légitimité. Ainsi, au cours de cette période, note-t-on une succession de dispositions affirmant progressivement une identité académique propre à cette discipline. La création du certificat médical d'aptitude aux sports en 1947, la fondation, en 1949, d'un certificat d'« études spécialisées de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports », la mise en place d'une chaire de « biologie appliquée à l'éducation physique et au sport » à la fa-

culté de médecine de Paris en 1951, la création de nombreux centres médico-sportifs partout en France ou, encore, la création d'un département médical à l'institut national du sport et de l'éducation physique (INSEP) en 1978 en constituent les principales étapes (Brissonneau, 2003). Tous ces indices témoignent alors du développement et de la reconnaissance professionnelle et institutionnelle de cette spécialité médicale.

Cependant, l'enthousiasme pour la médecine du sport ne dure pas et une lente dégradation s'amorce dans les années 1980. Celle-ci débute en 1983 avec la suppression des chaires universitaires et se poursuit avec la perte de son assise académique, avec l'abandon des formations pour les praticiens et la volonté de l'hôpital public de se désengager de ce secteur. En outre, en supprimant les chaires de médecine et de biologie du sport, c'est l'assise hospitalo-universitaire de cette discipline qui est remise en cause. Fragilisés, les services spécialisés des centres hospitaliers disparaissent peu à peu. Ce qui suspend, de fait, les activités de soins, d'enseignement et de recherche en médecine du sport : entre 1990 et 2000, les effectifs hospitalo-universitaires diminuent de 50 % et le nombre de services spécialisés décroît de 25 %, pour atteindre un total de seize en 2000 (Rieu, 2003).

Son existence ainsi interrogée, c'est dans ce contexte de « crise corporatiste » qu'éclatent les événements du Tour de France cycliste en 1998 et que les représentants des médecins du sport interviennent dans le processus législatif de 1999. Sollicités par les autorités publiques pour modifier le dispositif de lutte contre le dopage, ces derniers appréhendent leur participation comme une opportunité pour améliorer une situation institutionnelle compromise. Les membres du groupe de travail préconisent en effet de réhabiliter et d'améliorer l'enseignement de la médecine sportive pour lutter plus efficacement contre le dopage. Plus précisément, on recense, dans le rapport qu'ils remettent au gouvernement en novembre 1998, un certain nombre de pro-

positions allant en ce sens. Ils recommandent, par exemple, l'instauration d'une formation médicale spécialisée, l'augmentation du nombre de structures hospitalo-universitaires de formation, la création d'une sous-section du conseil national des universités intitulée « médecine du sport et risques spécifiques » ou, encore, le renforcement de la capacité de « médecine et biologie du sport » et de la formation des généralistes¹⁹. En d'autres termes, les experts organisent leur argumentation de la manière suivante : pour que chaque praticien (du généraliste au spécialiste) soit en mesure de prévenir les risques et de réduire les pathologies associées à une pratique sportive intensive (dont le dopage fait partie), il est indispensable qu'il connaisse parfaitement les contraintes physiologiques, biomécaniques et psychologiques s'exerçant sur l'organisme des pratiquants. Ce devoir d'excellence passe par une formation adéquate et un enseignement renforcé de la médecine du sport. Pour ce faire, ils conseillent de procéder à sa « réintégration » hospitalo-universitaire et de réhabiliter des centres de référence pour mener, de nouveau, des activités de prévention, de diagnostics, de soins, d'enseignements et de recherches.

La plupart de ces propositions ont été acceptées et mises en œuvre par les dirigeants publics. On note, d'abord, la création en 2002 d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de « médecine et de biologie du sport » sanctionnant une formation approfondie dans le domaine de la médecine du sport. On constate, ensuite, que vingt-trois centres hospitalo-universitaires sont désormais habilités pour assurer cette formation spécialisée : ce qui atteste d'une dynamique de création d'unités de médecine du sport dans les hôpitaux publics. On apprend, enfin, que le nombre d'heures de formation initiale pour les généralistes a été augmenté en 2005. Dès lors, l'adoption de ces dispositions signifie que les arguments mobili-

sés par les médecins trouvent un écho favorable auprès des pouvoirs publics et témoigne de l'efficacité de leur action dans le processus législatif de 1999. Celles-ci constituent l'expression d'une certaine reconnaissance institutionnelle et permettent de redynamiser une discipline hospitalo-universitaire connaissant une crise de légitimité depuis les années 1980.

CONCLUSION

Les différents « temps » du dopage sportif et de l'organisation de son contrôle peuvent être appréhendés comme le produit de rapports de force régissant les relations entre les acteurs sportifs, les représentants des pouvoirs publics et les médecins. Dans cette perspective et par l'intervention publique qu'il donne à voir, le Tour de France 1998 consacre la reconfiguration du système de régulation du dopage, au détriment des acteurs sportifs, qui voient leurs pouvoirs de contrôle et de sanction être interrogés et, au profit des acteurs médicaux, dont la logique professionnelle et le référentiel sont légitimés dans la prise en charge de la question. À l'origine de ce redéploiement, l'intervention de certains médecins dans le processus législatif de 1999 et leur participation à la production de la loi consacrée à *la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage* marquent l'ouverture d'une nouvelle période caractérisée par la résurgence de la perception sanitaire et médicale du phénomène.

Cependant, si notre proposition de lecture du dopage par la sociologie de l'action publique facilite cette classification et permet d'identifier les perceptions dominantes que ces trois catégories d'acteurs en ont, elle laisse dans l'ombre la diversité régnant au sein de ces différents groupes. Dès lors, cette analyse globale et systémique pourrait être affinée en pointant le positionnement pruriel d'acteurs guidés par des intérêts et des trajectoires éventuellement

19. *Ibid.*, p. 27, 35-36.

contradictoires. À ce titre, valorisant les discours de ces derniers, la sociologie de l'action collective et la sociologie des professions permettent de compléter utilement notre lecture rationnelle et stratégique du gouvernement du dopage. En effet, si le corps médical présente une homogénéité évidente dans le positionnement de ses membres vis-à-vis du phénomène, lorsqu'on resserre la focale, la diversité des acteurs qui le composent interroge l'unicité qui apparaît en premier lieu²⁰.

Aussi, pour conclure, autorisons-nous deux remarques. La première signale l'existence de différences dans l'appréhension et l'interprétation du dopage entre la médecine générale et la médecine du sport. Ne véhiculant pas les mêmes représentations, généralistes et spécialistes sportifs témoignent d'une sensibilité différente vis-à-vis du phénomène : les uns préconisent une pratique physique modérée et respectueuse de la santé, les autres cherchent à préserver les valeurs citoyennes, éducatives et culturelles du sport. La seconde observation relève que la reconnaissance de la médecine sportive est fondée sur une ambiguïté qui associe, historiquement, la volonté de protection de la santé des sportifs à la recherche de l'optimisation de leurs performances. Si la justification médicale à la lutte contre le dopage apparaît aujourd'hui comme évidente et fait l'unanimité chez les professionnels de la santé, il convient de rappeler que les liens unissant les médecins, les sportifs de haut niveau et le dopage sont complexes et que des collusions structurent et organisent sa pratique depuis plusieurs décennies.

BIBLIOGRAPHIE

- AEBERHARD, P. et P.-H. BRÉCHAT (éds.) (2003). *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*. Paris, ENSP.
- BASSONS, C. (2000). *Positif*. Paris, Stock.
- BASSON, J.-C. ; FERRET, J., LOUVEAU, C. et A.-M. WASER (2001). « Dopage sportif et recomposition des pouvoirs de contrôle. Jalons pour une recherche en cours », in J.-C. Basson (éd.), *Sport et ordre public*. Paris, La Documentation française, p. 289-294.
- BRISSONNEAU, C. (2003). *Entrepreneurs de morale et carrières de déviants dans le dopage sportif*. Thèse de doctorat en STAPS, Université Paris X Nanterre ;
- BOURDIEU, P. (1986). « La force du droit. Éléments pour une sociologie du champ juridique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 64, p. 3-19.
- CAILLOSSE, J. (2000). « Le droit comme méthode ? Réflexions depuis le cas français », in D. Renard, J. Caillousse, et D. De Béchillon (éds), *L'analyse des politiques publiques aux prises avec le droit*. Paris, LGDJ, p. 27-68.
- COMMAILLE, J. et B. JOBERT (1998). « La régulation politique : l'émergence d'un nouveau régime de connaissance ? », in J. Commaille et B. Jobert (éds), *Les métamorphoses de la régulation publique*. Paris, LGDJ.
- DUMOULIN, L. et ROBERT, C. (2000). « Autour des enjeux d'une ouverture des sciences du politique au droit », in J. Commaille, L. Dumoulin, et C. Robert (éds), *La juridicisation du politique. Leçons scientifiques*. Paris, LGDJ, p. 11-25.
- DURET, P. et P. TRABAL (2001). *Le sport et ses affaires. Une sociologie de la justice de l'épreuve sportive*. Paris, Métailié.
- ESCANDE, J.-P. (2003). *Des cobayes, des médailles, des ministres*. Paris, Mad Max Milo éditions.
- FAURE, A. (1998). « Les politiques locales, entre référentiels et rhétorique », in A. Faure, G. Pollet et P. Warin (éds), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*. Paris, L'Harmattan, p. 69-83.
- GARNIER, A. (2003). « Du bon usage du sport ou les risques d'une pratique inadaptée », in P. Aeberhard et P.-H. Bréchat (éds), *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*. Paris, ENSP, p. 184-186.
- GUILLON, N. (1999). *Un cyclone nommé dopage*, Paris, Solar.
- HASSEUTEUFEL, P. (1997). *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*. Paris, Presses de Sciences Po.
- HOULIHAN, B. (1999). *Dying to win. Doping in sport and the development of anti-doping policy*. Strasbourg, Council of Europe publishing.
- KINGDON, J. (1984). *Agendas, alternative and public policies*. Boston, Little Brown.
- LAURE, P. (2004). *Les alchimistes de la performance. Histoire du dopage et des conduites dopantes*. Paris, Vuibert.
- LE NOË, O. (2000). « Comment le dopage devient l'affaire des seuls sportifs », in F. Siri (éd.), *La fièvre du dopage*.

20. La thèse intègre et rend compte de cette diversité observée sur le terrain.

- Du corps du sportif à l'âme du sport*. Paris, Autrement, p. 77-91.
- LHOMME, F.** (2000). *Le procès du tour. Dopage : les secrets de l'enquête*. Paris, Denoël.
- LOUVEAU, C. ; AUGUSTINI, M. ; DURET, P. ; IRLINGER, P.** et **A. MARCELLINI** (1995). *Dopage et performance sportive. Analyse d'une pratique prohibée*. Paris, INSEP.
- MAITROT, E.** (2003). *Les scandales du sport contaminé. Enquête sur les coulisses du dopage*. Paris, Flammarion.
- MONDENARD, (DE) J.-P.** (2000). *Dopage, l'imposture des performances*. Paris, Chiron.
- MULLER, P.** (2000). « L'analyse cognitive des politiques publiques, vers une sociologie politique de l'action publique », *RFSP*, vol. 52, 2, p. 189-208.
- PETIBOIS, C.** (1998). *Des responsables du sport face au dopage. Les cas du cyclisme, du rugby, de la natation et du surf*. Paris, L'Harmattan.
- QUÉNÉT, J.-F.** (2001). *Le procès du dopage*. Paris, Solar.
- RENARD, D.** (2000). « L'analyse des politiques aux prises avec le droit : brèves remarques sur un débat », in D. Renard, J. Caillousse, et D. De Béchillon (éds), *L'analyse des politiques publiques aux prises avec le droit*. Paris, LGDJ, p. 9-23.
- RIEU, M.** (2003). « Médecine du sport », in P. Aeberhard et P.-H. Bréchat (éds), *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*. Paris, ENSP, p. 161-176.
- ROUSSEL, B.** (2001). *Tour de vices*, Paris, Hachette.
- SALLÉ, L.** (2001). « Le traitement du dopage par les médias. L'exemple du magazine *Sport et Vie* », *Revue européenne de management du sport*, n° 6, 157-193.
- SALLÉ, L.** (2003). « La régulation sportive du dopage : une politique d'intervention minimale ? », *Actes du 10^e Congrès international de l'ACAPS*. Toulouse, 32.
- SALLÉ, L.** (2004). *Le gouvernement du dopage en France. Entre pouvoirs publics, acteurs sportifs et médecins. La production de la loi de 1999 comme illustration*. Thèse de doctorat en STAPS, Université de Rouen.
- SALLÉ, L.** et **J.-C. BASSON** (2004). « Dopage sportif et référentiel médical : la duplicité ? », in Société de sociologie du sport de langue française (éd.), *Dispositions et pratiques sportives. Débats actuels en sociologie du sport*. Paris, L'Harmattan, p. 317-329.
- WADDINGTON, I.** (1996). "The development of sport medicine", *Sociology of sport journal*, n° 13, p. 176-196.