
Les médecins du sport face au dopage

(Note de recherche)

Jean-Yves TRÉPOS*, Gisèle TRÉPOS

*Équipe de Recherche en Anthropologie et Sociologie de l'expertise (ERASE),
U.F.R. S.H.A., île du Saulcy, 57045 Metz CEDEX 1.

Email : trepos@zeus.univ-metz.fr

Résumé — Les médecins du sport interrogés s'appuient sur une définition courante du dopage, tout en se déclarant particulièrement attentifs à la fragilité des frontières entre ce qui est dopant et ce qui ne l'est pas. Ces praticiens ont très explicitement fait le lien entre ce lieu commun médical et ceux qui sont plus répandus dans l'opinion à propos du culte de la performance. Pourtant, ils se disent peu ou pas sollicités pour prescrire des produits dopants, par une clientèle qu'ils présentent comme connaissant assez bien les limites et ses limites. En tant que praticiens de proximité, ils rencontrent un grand éventail de personnes, mais cette position d'intermédiaire semble peu mise à profit par tous ceux qui se préoccupent de prévention de ces problèmes.

Abstract — The GPs we interviewed rely on a usual definition of doping, while they claim that they pay particular attention to the weak boundaries between what is doping or not. These practionners make an explicit link between this medical common place and others, which are widespread among the public opinion, about the so-called religion of performance. Yet, they pretend to be very rarely asked to prescribe doping, and they describe their patients as people knowing well the limits and their own limits. Being general practionners, they meet a great scale of people, but this intermediate position seems to be rarely activated by those who are in charge of the prevention of doping.

Mots clés — *Médecins – Sport – Dopage – Sociologie – Enquête – Rhétorique professionnelle – Intermédiaires sociaux.*

Les réflexions qui suivent sont issues d'une enquête empirique par entretiens auprès de douze médecins du sport exerçant dans un même département de l'ouest de la France¹. L'objectif de l'enquête était de connaître l'état des réflexions de ces praticiens à propos du dopage : « La question du dopage vous concerne-t-elle et comment y faites-vous face ? », telle était la consigne des entretiens menés. Il s'agit en fait de la première étape exploratoire d'une enquête plus importante auprès d'experts (essentiellement médicaux et paramédicaux) de l'effort sportif.

À ce stade préliminaire, on a voulu porter l'éclairage sur un objet relativement bien identifié (le dopage) et sur un groupe d'experts relativement bien délimité et assez central (les médecins du sport). « Relativement » s'impose dans les deux cas, puisque le dopage semble bien figurer comme un objet discutable dans un continuum (les conduites dopantes) (Laure, 2000) et que l'appellation « médecin du sport » n'est pas tout à fait contrôlée (il ne s'agit pas d'une spécialité médicale proprement dite, mais d'une compétence affichée par des médecins généralistes). Les médecins du sport ne sont évidemment pas les seuls acteurs de la chaîne de coopération clinique, thérapeutique et stimulatrice sur laquelle repose principalement le « monde du dopage »² (Becker, 1986 ; Law, Hassard, 1999). Mais ils en sont un maillon important : ils ont le pouvoir de prescrire. En choisissant d'interroger des omnipraticiens ayant une petite patientèle de sportifs et non des médecins exerçant auprès de compétiteurs de haut niveau, on pouvait espérer recueillir une situation intermédiaire du discours social sur le dopage. Et c'est bien ce qui apparaît : une partie, mais une partie seulement, des opinions recueillies ici émerge au discours ambiant sur le dopage. Il ne faut donc pas attendre de ces entretiens des révélations sur des situations spectaculaires, mais des informations sur certaines voies de passage

1 Le repérage a été fait à partir de l'annuaire téléphonique (Pages jaunes) de ce département (anonymisé ici). Une lettre a été envoyée à tous les praticiens figurant sous la rubrique : « médecins du sport » (une vingtaine). Il en est évidemment d'autres qui se considèrent comme tels sans l'afficher et qui sont restés hors de notre investigation. L'enquête empirique a vite montré la récurrence des thématiques, l'homogénéité des pratiques de ces médecins et donc l'absence de nécessité de les interroger tous, du moins à ce stade préliminaire. Voir le tableau récapitulatif en fin d'article.

2 L'expression, empruntée à Howard Becker, convient bien pour désigner ce que l'on subodore des connexions entre tous ces participants à la scène du dopage, dans l'attente d'une identification plus nette qui pourrait adopter le vocabulaire de la théorie des actants-réseau.

entre l'univers du dopage intensif des sportifs de haut niveau et celui des « conduites dopantes » de ceux que, par contraste, on pourrait appeler, avec les anglophones, des *lay persons*, c'est-à-dire des personnes d'« en bas ». Le fait que ces médecins aient une clientèle de sportifs amateurs n'est pas sans intérêt, de ce point de vue.

On a cherché, dans le cadre de cet article, à rester au plus près des propos tenus par les interviewés, qui ont décrit la demande (ou plutôt la non-demande) et les demandeurs de dopage, en s'appuyant sur une définition commode du phénomène. L'une des incertitudes qui pouvait peser sur l'intérêt de ces propos, concernait la part de dissimulation ou, comme on dit parfois, de langue de bois, qui les affecterait. On a pris le parti pragmatique de s'en tenir à ce qui était dit sans le suspecter : c'est bien une rhétorique professionnelle qui était recherchée. Tout l'enjeu réside dans la présentation de la manière dont cette rhétorique s'articule aux discours ambiants, en une série de lieux communs, médicaux et autres (expression qui prend ici un sens non péjoratif : celui de notions que l'on a besoin de partager avec d'autres pour s'orienter dans la pensée sans trop d'investissements) (Trépos, 1996). C'est pourquoi on a présenté les informations recueillies comme formant un tout assez peu contrasté, donnant même parfois à des propos qui n'avaient été tenus qu'une seule fois, par une seule personne, une place qui pourrait sembler démesurée (on fait comme si tous pouvaient le penser) et, à l'inverse, passant assez vite sur des réponses très fréquentes. On a ainsi pratiqué ici une démarche compréhensive de construction d'un idéal-type weberien (Weber, 1969), qui demanderait à être interrogé par une enquête ultérieure.

Définitions génériques et définitions génétiques du dopage

Les médecins interrogés ne sont pas porteurs d'une définition spécifique du dopage, comme celle que l'on pourrait attendre de praticiens spécialisés. Ils adhèrent largement à un stock de représentations qui sont courantes bien en dehors de ce milieu professionnel et qui s'organisent en gros autour de l'idée de tricherie. Mais le caractère très convergent des formulations invite à y voir tout de même des lieux communs très fonctionnels pour cette partie du monde médical. Est dopant, tout produit qui figure sur la liste officielle. Plus de la moitié des médecins interrogés adhèrent à cette formule, qui semble opérer comme une règle de conduite économique : il n'y a pas de questions à se poser à ce propos. Le fait que des produits puissent apparaître sur la liste, qui est régulièrement mise à jour, voire disparaître de cette liste, n'incite pas à une

remise en question de sa fiabilité scientifique ou politique, même s'il est l'occasion de réflexions sur la porosité des frontières du dopage dans une société de performance. La diversité des expériences personnelles, voire des visions du monde peut toutefois apporter à ces matrices de jugement communes des touches de couleur spécifiques.

La définition légale comme définition générique

Le médecin du sport n'a pas à avoir d'états d'âme par rapport à la définition légale du dopage sportif :

« Avant que le Guronsan® ne soit sur la liste, les sportifs le prenaient. Il faut être légaliste et s'il figure sur la liste, on ne doit pas le prendre. » (Schall).

On ne voit pas pourquoi il faudrait assouplir l'utilisation de cette liste (assouplissement réclamé par Binet), mais il faut sans doute la faire évoluer (Duvivier) ou la réexaminer, comme le propose Schall, car les sportifs anticipent (l'EPO est déjà dépassé, selon lui). Toutefois, les médecins se disent confrontés à des problèmes de limites, constituées par des dosages (ou des détournements, comme on le verra plus loin) :

« Si on prend l'étymologie du *dopage*, même la sportinine (qui est un médicament homéopathique) et les boissons énergétiques sont dopantes. Mais bien sûr, on ne peut pas les considérer comme dopantes. » (Schall).

Mais il faut savoir raison garder, faute de quoi, nous n'aurons que des listes *ad hoc* :

« La lutte anti-dopage, c'est devenu un peu comme le chat qui se mord la queue. La liste des produits est telle qu'on en arrive à ce qu'une personne un peu crevée par son boulot prenne du Guronsan® et soit considérée comme dopée. Alors le sucre que vous mettez dans votre café c'est un dopant. Si vous mettez dix sucres dans votre café et au bout d'une heure de course vous faites une crise d'hypoglycémie, c'est un effet délétère du glucose : dopé au glucose. Alors moi je ne sais plus où ça s'arrête. » (Watteau).

En définitive, la liste semble bien être une forme conventionnelle, qui permet d'éviter d'avoir à tomber dans la casuistique et on peut la considérer comme une définition générique (elle inclut ou exclut), mais non comme une définition génétique (elle ne peut se réformer ou s'enrichir d'elle-même, il faut avoir recours à un arbitrage extérieur)³. Seuls Cintas et Sylvestre (mais leurs

³ On s'appuie sur la distinction proposée par J.-C. Passeron (1991).

collègues le pensent sans doute aussi) explicitent un principe simple permettant une définition génétique :

« Tout ce qui est dopage, c'est ce qui n'est pas physiologique. Dès qu'un sportif prend une substance pour améliorer sa performance, il s'agit d'un dopage. » (Cintas).

« Tout ce qui modifie chimiquement l'organisme est dopant. » (Sylvestre).

Limites et frontières

À partir d'une telle définition, il devient nécessaire et possible d'opérer des distinctions. D'abord, celle que propose Cintas lui-même, entre dopage et récupération, point sur lequel se rejoignent les impératifs des sportifs de haut niveau et ceux de monsieur Tout-le-monde :

« Quand les patients me demandent des produits pour être en forme, je leur prescris des vitamines, des antioxydants, des produits qui se trouvent naturellement dans le corps et ce n'est plus du dopage, ce sont des produits pour les aider à mieux récupérer. » (Cintas).

« (...)quelques-uns, en fin de saison, surtout des cyclistes, sont venus réclamer des oligo-éléments, des vitamines, du fer, parce qu'ils étaient très fatigués. Mais est-ce que qu'on peut appeler ça du dopage ? » (Sylvestre).

Gabriel donne, somme toute, une autre formulation de cette idée, mais comme elle le conduit à distinguer le dopage lourd du dopage léger, elle serait potentiellement corrosive pour l'idée même de dopage,⁴ si elle n'était assortie d'une préconisation qui change de plan :

« Les produits dopants lourds, ce sont l'EPO, la Ventoline®, les corticoïdes, les anabolisants. Le dopage léger, c'est la demande de vitamines, mais pour moi, ce n'est pas du dopage, c'est plus pour se rassurer. Je leur conseille de s'entraîner, de pratiquer régulièrement. » (Gabriel).

Pourtant, Alluin demeure sceptique quant aux vertus d'une telle distinction et traduit pragmatiquement ce scepticisme :

« Je n'y crois pas trop aux dopants faibles. Je ne les donne jamais à mes enfants. » (Alluin).

4 On peut évidemment penser à la distinction, devenue usuelle, sans perdre de sa portée polémique, entre drogues dures et drogues douces.

Il en propose une autre, elle aussi potentiellement dangereuse pour la définition générique du dopage : il faut faire la différence entre produits dopants et produits toxiques (on peut prescrire du Guronsan® à des patients fatigués, si on les connaît). Oui, reconnaît Duvivier, mais le suivi médical devrait être obligatoire, au moins pour le haut niveau et juste en dessous (les licenciés) : pourquoi ne pas le faire dans le cadre du certificat annuel d'aptitude à la pratique sportive ?

À supposer donc qu'une définition génétique du dopage soit possible, elle oblige le médecin à se prononcer sur toute une série de produits ou d'activités voisins. C'est sans doute Schall qui va le plus loin sur le principe, lorsqu'il se demande s'il ne faut pas considérer le *coaching* comme dopant et qui se trouve dès lors entraîné vers une mise en cause de certains effets de la pratique sportive :

« La préparation mentale est-elle un dopant ? Le sport de haut niveau est un moyen d'accéder à un meilleur niveau social et financier, notamment pour les gens d'origine défavorisée : alors, le sport est dopant pour eux. Le législateur doit revoir la définition du dopage. » (Schall).

On rejoint, *de facto*, la thèse du sport comme addiction⁵ :

« Je me demande si le sport pratiqué au-delà de 12-15 heures n'est pas lui-même une drogue. » (Furetière).

Cette thèse n'a guère été relayée par les autres interviewés, sinon par Sylvestre :

« Mais dès qu'on se met dans une préparation physique intense, on modifie déjà son métabolisme. » (Sylvestre).

Gorecki refuse, quant à lui, d'associer automatiquement performance de haut niveau et dopage : « La performance sportive de haut niveau n'entraîne pas nécessairement du dopage ». Mais, pour autant, il s'est tout de même engagé dans une campagne de prévention « où l'axe était surtout de lutter contre le dopage du surentraînement plutôt que contre les produits dopants (...) ».

On pourrait trouver néanmoins, dans l'un des entretiens, un panorama assez représentatif de la gamme des nuances, telle que se les représente la catégorie de médecins du sport que nous avons interrogés. Partant de l'idée (partagée par tous, comme on va le voir ci-dessous) que la surconsommation de médicaments est aussi un dopage, on peut distinguer, à proximité des dopants les plus connus, des produits qui n'améliorent pas la performance, des produits qui la bloquent

5 Pour la présentation de cette thèse, voir ici l'article de Dan Véléa.

pour la plupart des sports, des produits qui ne sont dopants que par effets secondaires, des produits qui tiennent en forme sans être toxiques :

« La surconsommation médicale est aussi un dopage, mais l'anxiolytique par exemple n'est pas fait pour améliorer une performance, alors je ne mettrai pas ça dans le même panier. Les antidépresseurs, au niveau psycho-stimulant, ont des effets secondaires, ce ne sont pas des stimulants. Les bêtabloquants provoquent plutôt une contrainte puisque ça réduit la fréquence cardiaque, on est donc moins performant, sauf peut-être dans certains sports de précision, alors oui c'est du dopage s'il n'y a pas d'indication médicale. La prise de vitamine C pour être plus en forme, la prise de n'importe quoi peut être considérée comme du dopage, mais à partir du moment où ce n'est pas toxique pour l'organisme... » (Quesnel).

Schall va dans le même sens, lorsqu'il introduit la dimension de l'aisance, à côté de celle de la performance : « Il y a sûrement des sportifs qui fument un pétard de temps en temps pour se donner une certaine aisance ». Il eût été intéressant d'insister sur l'ouverture ainsi offerte sur la perception de l'aisance dans l'effort, par le sportif et par le médecin.

La société de dopage permanent

L'ensemble de ces représentations repose sur un noyau commun (qui rejoint implicitement l'analyse maintenant très répandue du « culte de la performance »), que Watteau formule le plus nettement : nous sommes dans une « société de dopage permanent » :

« L'alcool, le tabac, les musiques qui déménagent, où l'on va bousiller son système auditif (...) Le dopage est pour moi beaucoup plus vaste. Si on se réfère à une étude américaine, qui attire l'attention sur les dangers liés à la consommation de médicaments et sous le fait que les compagnies d'assurance disent que les médicaments liés à la pathologie gastrogène ont tué autant de malades que ceux hospitalisés pour diabète ou pneumonie. Il faut arrêter de montrer du doigt uniquement les problèmes liés au dopage des sportifs, même si bien entendu il faut les dénoncer. On délivre allégrement des médicaments qui ont des effets aberrants sur la santé des gens. » (Watteau).

Cette thématique de la surconsommation de médicaments est présente chez presque tous (Binet, Alluin, Duvivier, Watteau, Goubert, Gabriel sont les plus explicites, avec des formulations assez convergentes). Seul Watteau, sans doute plus nettement attaché à une philosophie vitaliste (qu'il a nettement explicitée

au cours de l'entretien et qu'on a minimisée ici) rattache également le dopage à « la malbouffe » :

« Une autre forme de dopage est la malbouffe, liée à une mauvaise éducation dans le bas âge. Il faut apprendre aux petits enfants à manger correctement, sinon plus tard ce sera la course à la minceur et aux produits pour maigrir. » (Watteau).

À noter, en convergence, la remarque de Sylvestre, formulée alors qu'il essayait de faire fonctionner sa définition génétique, à propos d'une version plus sophistiquée de la malbouffe, qui nous ramène au dopage des sportifs :

« Si on considère les cocktails de vitamines comme quelque chose de non naturel destiné à augmenter les capacités de récupération par exemple, alors oui c'est du dopant. Mais les régimes dissociés naturels sont aussi des dopants : ce n'est pas très naturel ce qu'on impose au sportif comme régime, c'est mettre l'être humain dans des conditions alimentaires pour lesquelles il n'est pas constitué. » (Sylvestre).

Telle est cette évolution de la société où « on veut un comprimé pour dormir, un pour se réveiller, on prescrit de la DHEA alors qu'on n'en connaît pas les effets à long terme » (Gabriel).

Ces considérations sociétales trouveront un écho ci-dessous, en lien avec l'organisation du système sportif spectaculaire.

La demande de produits dopants

Sollicités de se situer par rapport à la demande effective de produits dopants, les médecins interrogés ont, avec un bel ensemble (qui est presque l'unanimité), déclaré ne pas être concernés et invoqué l'éthique médicale pour montrer les ressources auxquelles ils puisent pour y faire éventuellement face. Par la même occasion, ils répondent, au fond, de leurs confrères et ils renvoient les pourvoyeurs à l'extérieur de la profession ou à sa limite.

Une demande faible

« Je n'ai pas de demande », résonne comme un leitmotiv tout au long de cette enquête. Certains l'expliquent par la position qu'ils occupent : ils sont plutôt en traumatologie (Alluin), ils s'occupent essentiellement de sportifs amateurs (tous, sauf Goubert, qui s'occupe d'un centre de formation de football) ou de sportifs de bon niveau pratiquant des sports peu touchés par le phénomène (tennis pour Quesnel, judo pour Schall, cyclisme pour Gorecki). Ou encore,

comme le dit Gabriel : « (...) je fais de la médecine de proximité, je vois surtout les joggers du dimanche, les footballeurs (...) ».

Dans cette clientèle, « la plupart sont propres » (Schall). « Je n'ai pas de problèmes avec ceux que je suis » dit aussi Binet (qui s'occupe d'une section sport-études).

Pourtant ce standard est pratiquement toujours assorti d'une restriction : on me l'a demandé une fois (explicite chez : Binet, Alluin, Schall, Quesnel, Watteau, Gorecki, Cintas et Sylvestre). On verra plus loin qu'ils mettent en avant leur attitude de refus ferme pour expliquer que la situation ne se soit pas reproduite. Ces demandes pouvaient provenir d'un judoka, d'un haltérophile ou d'un adepte de la musculation, d'un cycliste, etc. qui connaissaient les produits et attendaient une ordonnance. Ces médecins sont sans doute un peu plus souvent sollicités par des personnes cherchant à évaluer les effets éventuels des produits, comme le signalent Alluin et Gorecki. On peut donc parler de demandes indirectes ou déguisées (Duvivier). L'ont-elles toujours été ? Sylvestre évoque avec détails la situation « avant les affaires Virenque », à partir de laquelle, selon lui, la demande a changé. Tous sont d'accord pour dire que la prescription de produits aujourd'hui considérés comme dopants était plus courante, il y a une dizaine d'années. Beaucoup reconnaissent avoir prescrit à cette époque. Gorecki explique longuement avoir été prescripteur d'anabolisants au milieu des années quatre-vingt, mais, ayant été victime d'une dénonciation, il dit avoir pu se rendre compte du caractère pervers de la situation : « Le médecin [-conseil] a dit que ce n'était pas justifié et que je devais reverser la somme à la caisse, si je voulais qu'on efface le dossier. J'ai refusé. J'en ai déduit qu'on pouvait acheter les ordonnances en dédommageant le médecin-conseil. J'ai eu alors quatre contrôles dans l'année. »

Seul Goubert développe une situation de pression exercée sur lui par une demande régulière. Il est chargé du suivi d'un centre de formation d'une équipe professionnelle de football et il évoque ces jeunes de 16-17 ans, souvent d'origine africaine, seuls et déracinés. Il les présente comme très ambitieux, prêts à tout pour réussir et connaissant bien les produits. Selon lui, le phénomène est saisonnier : la demande de dopants (surtout la créatine) émerge en avril-mai, c'est-à-dire avant la signature des contrats. Selon Goubert, il est d'autant plus facile de faire face négativement à cette demande que l'encadrement technique est très conscient du problème. Il ne dit rien des voies utilisées par ces jeunes pour se procurer tout de même ces produits.

La nouvelle sérénité des médecins du sport

Comment expliquent-ils cette faible demande ? La réponse de Duvivier, qui pourrait être emblématique pour ce groupe de personnes interrogées, est en forme de maxime : « on a la demande qu'on suscite ». Pour presque tous, en effet, « c'est l'attitude du médecin » (Quesnel) qui oriente la demande de la patientèle. « On sait que je ne prescris pas », dit Binet, donc on ne vient pas m'embêter avec ça, le bouche à oreille fait le reste. Ou alors, c'est le refus du médecin face à une unique demande qui sert à mettre fin à la pression : « Comme j'ai refusé, je n'ai plus jamais été sollicité » (Schall). Presque tous pourraient répondre de l'attitude de leurs amis (« je n'ai pas d'amis médecins qui prescrivent », dit Quesnel) et collègues médecins de sport, comme le dit Cintas : « On en parle entre collègues, on est tous d'accord, mais les méthodes des uns et des autres sont différentes ». Sylvestre explique ce consensus par la clarification opérée après l'affaire Virenque, qui a provoqué une prise de conscience et facilité la compréhension des positions des médecins du sport :

« À partir de là, l'explosion médiatique a été telle, que les sportifs ont pris conscience des dangers et que pour nous la réponse négative a été plus facile à donner. Avant, on avait beau prévenir les gens que c'était dangereux, qu'il y avait des effets secondaires, ils ne nous croyaient pas et pensaient qu'on voulait les dissuader, sans qu'il y ait véritablement danger biologique prouvé. Il y a eu beaucoup d'émissions à la télé, où les gens sont venus témoigner des dangers et effets secondaires et moi ça m'a permis d'exclure et ça fait des années que je n'en prescris plus du tout (...) Les accros du dopage ne vont plus voir les médecins du sport, la plupart savent qu'ils vont avoir une réponse négative. L'affaire Ben Johnson a été mise sur la place publique et les médecins ont pu facilement expliquer que c'était condamnable à la fois pour le sportif et pour le médecin et c'est devenu pour le sportif une vraie réalité et non plus un fantasme dans la tête du médecin (...) » (Sylvestre).

Cela étant dit, on peut aussi envisager ce que Gorecki appelle une préparation propre, c'est-à-dire une forme d'alternative au dopage :

« Maintenant, je prépare les gens proprement, en faisant du dépistage de produits, de la diététique, de la lutte contre le surentraînement et de la préparation mentale, ce qui est très important – et éventuellement de l'homéopathie. » (Gorecki).

Alors, si personne ne prescrit (plus), quelles sont les filières ? On ne peut évidemment exclure que les personnes interrogées aient donné des réponses défensives à nos questions et peut-être n'avons-nous eu accès qu'à une couche

superficielle de cette réalité. Toutefois, les explications, pistes et suggestions méritent d'être prises au sérieux. Tout d'abord, il faut bien admettre, avec Furetière, que certains médecins prescrivent ces produits. Alluin suggère, plus précisément, que les médecins généralistes sont moins méfiants que les médecins du sport et qu'il est donc assez facile d'aller les voir et de les tromper par une demande déguisée (voir l'exemple fictif de prescription de salbutamol, présenté par Caroline Binsinger et Audrey Friser dans ce même numéro⁶) : selon Gorecki, les archers disent qu'ils ont une hypertension artérielle, pour obtenir des bêtabloquants.

Mais tout cela se passe vraisemblablement bien davantage au niveau des clubs⁷, qui organisent, par le support d'Internet, des circuits parallèles, notamment par l'étranger (la Belgique est souvent citée) : c'est un avis explicitement formulé par Sylvestre, Cintas et Gabriel. Pour certains, les soigneurs occupent une place décisive dans ce système :

« (...) dès qu'ils sont bons, ils partent dans des équipes et on ne les revoit pas. Et là, je pense que ce ne sont pas les médecins qui font le plus de dégâts, mais les soigneurs, qui ont des connaissances en sciences occultes et médicales, qui font des cocktails, bien sûr, sur des ordonnances de médecins complaisants, mais ils jouent à l'apprenti sorcier et ils ne sont pas toujours du milieu médical » (Schall).

Malgré le consensus sur une situation assainie – « Je ne sais pas si la demande a été ciblée chez certains médecins plus complaisants ou s'ils se procurent les produits à l'étranger, mais j'ai l'impression qu'au niveau national la situation s'est assainie » (Sylvestre) –, il serait sans doute bon de distinguer des catégories de demandes, comme on distingue des catégories de pratiques.

Les demandeurs

Les remarques faites par les personnes interrogées dans le cadre de cette enquête exploratoire permettent de dresser une cartographie abstraite de la répartition du dopage selon les sports pratiqués, mais surtout, selon les niveaux de pratique. Il en ressort, tout à la fois continuité (une prise de conscience du problème chez la plupart des sportifs) et rupture (différence entre haut niveau, sportif moyen et non-sportif). Sur tous ces points, les nuances entre interviewés sont minces,

6 BINSINGER C., FRISER A., « Du dopage en particulier aux conduites dopantes en général : le point des connaissances », dans ce numéro de *Psychotropes*.

7 Goubert est le seul à avoir évoqué « la compétition féroce » (« plus pour leur ego que par intérêt ») entre médecins du sport pour s'implanter dans les clubs.

mais elles indiquent sans doute des tendances plus profondes qui pourraient apparaître dans l'enquête ultérieure.

Les sportifs de haut niveau savent-ils ce qu'ils font ?

Les sportifs de haut niveau sont-ils tous dopés ? Sans doute une telle question paraîtra-t-elle bien simpliste aux spécialistes. Pour nos interviewés, il ne semble pas inutile d'y répondre simplement, quitte à apporter des nuances par la suite : « c'est une pratique courante », « À haut niveau, je réponds sans hésiter que les sportifs sont dopés », souligne Sylvestre, qui a pourtant insisté par ailleurs sur la prise de conscience et sur l'évolution des pratiques depuis quelques années ; « tous les athlètes de haut niveau sont dopés », affirme Furetière. Dans ces cas-là, on peut évidemment constater que ces spécialistes sont très proches des représentations courantes et que leurs lieux communs (voir plus haut) sont aussi les lieux communs de tout un chacun.

Pourtant, il convient de nuancer ce constat, sans que l'on puisse dire, à ce stade de l'enquête, si ces nuances divisent le groupe des répondants ou si elles renvoient à des clientèles différentes, comme le pense Sylvestre :

« Dans le club de body-building dont je m'occupe, on reconnaît les dopés quand ils enlèvent leur maillot⁸ et c'est un monde à part, qui ne se mélange pas aux autres. Et même si les dirigeants sont contents de voir leur nom figurer sur le journal, il y a quand même un malaise et une nette scission entre ceux qui pratiquent sainement et les autres. Ce sont deux mondes avec des finalités différentes qui ne se mélangent pas. Il y a un double mépris : ceux qui soulèvent *lourd, mais avec le produit* et qui méprisent ceux qui n'ont pas le courage et les autres qui disent : "tu soulèves *lourd* mais avec le produit". » (Sylvestre).

D'un côté, on peut estimer que ces sportifs de haut niveau ne savent pas vraiment ce qu'ils font ou refusent de le voir :

« Je ne suis pas assez dans le milieu du sport pour me rendre compte si les sportifs sont conscients des dangers des produits, mais de ce que j'entends, il semblerait que même si on leur dit, ils n'en tiennent pas compte. Parce qu'on les prévient qu'il y aura du danger dans 15 ans ou quand ils arrêteront leur sport, ils n'en tiennent pas compte, ils ramassent trop d'argent pour se dire : l'enjeu n'en vaut pas la chandelle. » (Quesnel).

8 Sur la perception du corps dopé, par le dopé comme par les autres, voir ici même l'article de Patrick Trabal.

Allant encore plus loin dans ce sens, Watteau donne un exemple précis qui mobilise plutôt le culte de la performance ou l'addiction au sport, que l'attrait de l'argent :

« Un body builder m'a dit un jour : je sais que vous condamnez le dopage et que vous n'allez pas me prescrire les produits que je vous demande, mais je ne veux pas d'une leçon de morale : j'ai la possibilité d'être une fois champion et c'est tout ce qui compte, après je peux crever, je m'en fous (...) » (Watteau).

D'un autre côté, il y a sans doute moins de risques en ce moment : « (...) chez les sportifs de haut niveau, il y a un tel suivi médical que c'est peut-être moins dangereux (...) » (Quesnel). Mais, toujours selon lui, le risque est plus grand chez les amateurs. En outre, plusieurs médecins interrogés estiment que l'information médicale est très grande dans le milieu sportif : « Les gens sont informés, ils connaissent les produits et ils veulent dépasser leurs capacités. Le milieu cycliste est très informé médicalement et les gens savent ce qu'ils font. » (Gorecki).

Ces considérations sur le risque sont omniprésentes, quel que soit le niveau de pratique, ce qui se comprend bien dans une « société du risque », au sens d'Ulrich Beck (Beck, 2001). On peut même faire l'hypothèse d'une matrice sociétale de calcul du risque sportif, qui nuancerait voire réfuterait l'opinion de Quesnel :

« Il faut que le résultat représente pour l'individu un challenge important, soit au niveau de sa démarche personnelle, soit financière. La notion de péril sur la santé est intégrée maintenant depuis toutes les affaires. Il faut qu'il y ait un rapport bénéfices-risques et le sportif moyen a compris qu'il y avait un risque et que ce n'est pas la peine de le prendre. Par contre le sportif moyen qui veut passer dans une autre catégorie et peut-être en faire son métier ou gagner de l'argent, celui-là sera prêt à prendre le risque. » (Sylvestre).

Pour tous, l'argent pèse lourdement sur le dopage dans le haut niveau. Gabriel donne une bonne synthèse de l'opinion commune, associant l'argent, les médias et la demande du spectateur de base :

« Le dopage des sportifs de haut niveau est affolant, ils deviennent des animaux de laboratoire. Je trouve cela dommage. Il n'y aurait pas de dopage, il y aurait quand même du sport, des meilleurs et des moins bons (...) Mais le spectateur dans son fauteuil, qui n'est souvent pas sportif, en demande toujours plus, il veut de l'extraordinaire. C'est lié à l'argent : il faut ramener des spectateurs. Une fédération sportive c'est quasiment une multinationale, elle ne va pas scier la branche sur laquelle elle est assise. » (Gabriel).

On a vu plus haut (propos de Goubert) comment ce système communicationnel pèse tout particulièrement sur les adolescents africains qui arrivent dans les centres de formation du football professionnel. Sylvestre en donne une interprétation plutôt philosophique :

« (...) d'autant plus que le sportif est jeune, influençable et qu'il y a dans la jeunesse cette notion d'immortalité qui fait qu'on a l'impression que l'accident est toujours pour les autres ».

Ou encore, une formulation voisine : « Quand je leur explique les risques de ce genre de pratiques, je me rends compte qu'ils sont parfaitement au courant des risques, mais ils prennent quand même le produit parce qu'ils sont jeunes. À partir de la quarantaine, les gens ont plus de maturité et ont davantage peur pour leur santé. Ils pensent au cancer de la prostate, etc. » (Cintas).

Prudence et pratique moyenne

Y a-t-il de grandes différences entre cette situation et celle des « sportifs moyens », qu'*a priori* nos interlocuteurs connaissent mieux ? On les a vus plus haut, présentés comme étant un moins grand nombre à prendre des risques, mais des risques qui s'avèreraient plus graves lorsqu'ils sont pris (en raison notamment de l'absence de suivi médical).

Sylvestre propose pourtant de différencier deux catégories de sportifs moyens, l'une s'attachant à la compétition, l'autre à l'effort sportif :

« Dans le sportif moyen, il y a deux catégories, celui qui fait de la compétition et celui qui fait du sport pour son plaisir. Celui-là va venir consulter le médecin en préventif, pour ne pas avoir d'accident. Par exemple, est-ce qu'il n'y a pas un traitement à faire à l'avance pour ne pas risquer une déchirure musculaire ? La compétition veut du résultat, donc là on aura une demande de supplémentation, des oligo-éléments, une demande de conseils alimentaires. Mais vraiment du dopant, non, je n'ai pas cette demande. » (Sylvestre).

Cette pratique médicale, préventive ou correctrice rencontre, selon Schall, une réelle perception (au sens utilisé par P. Trabal dans son article) des enjeux corporels, une connaissance des limites :

« Les sportifs du dimanche ne me sollicitent pas. En général, ils sont très au courant de leur métabolisme, ils se connaissent bien et ils font très attention. » (Schall).

Mais, sur ce point, Gorecki montre que, même ce type de sportifs peut être tenté d'aller au-delà de ces limites connues, pour une circonstance exceptionnelle :

« Je vois beaucoup de marathoniens (...) Ils connaissaient les risques liés aux produits, mais ils étaient prêts à les assumer. S'il s'agissait du marathon de New York, par exemple, des gens de 35-40 ans plutôt que des jeunes, qui sont prêts à assumer les bobos que ça peut entraîner. J'ai eu récemment quelqu'un de C., qui malgré une arthrose voulait courir le marathon. Alors j'ai fait des infiltrations et ça s'est bien passé. C'est quelqu'un qui avait un objectif précis, ce n'était pas pour la performance, mais pour tenir. » (Gorecki).

Ces médecins sont très souvent eux-mêmes des pratiquants réguliers, quoiqu'à un niveau modeste (à l'exception de Duvivier, qui est champion de triathlon). Qu'en disent-ils ? Duvivier reconnaît s'être dopé sans le savoir, lors d'un championnat de triathlon : il avait pris de la coramine glucose, sans savoir qu'elle figurait sur « la liste ». Il dit avoir arrêté « parce qu'il ne faut pas tricher », mais il garde l'impression que ce produit ne l'a nullement aidé. Désormais, il se dit mal à l'aise, s'il doit prendre des corticoïdes. Nos interlocuteurs ont l'impression que ce sont surtout « les mauvais » qui se dopent, voire même, selon Duvivier, « les coureurs ratés » qui se vantent d'en avoir pris, pour trouver ainsi « une gloriole » qu'ils n'obtiennent pas par leurs résultats.

À la limite inférieure de ces pratiquants, il faut évidemment évoquer les non-pratiquants du sport. On a vu plus haut qu'ils exercent une pression en tant que spectateurs et qu'ils font, par ailleurs, eux aussi partie de cette société de la malbouffe. Pourrait-il néanmoins y avoir, parmi eux, un dopage (au sens restreint et courant) ? Goubert évoque explicitement la demande d'anabolisants liée à la recherche du paraître (il y voit une idéologie américaine), tandis qu'Alluin rappelle la situation bien connue de l'étudiant en médecine, qui se dope pour les examens (« on se dopait tous pour les exams »).

On le voit donc : la consommation de produits dopants est marquée par de nombreuses continuités (le mauvais athlète de haut niveau n'est ni mieux ni moins bien placé que le non-sportif à la recherche d'un corps amaigri : « même le sportif amateur veut faire mieux que ce dont il est capable et demande des produits (...) », dit Gabriel) et par des discontinuités (les dosages et les produits ne sont pas nocifs au même degré). Cela étant, Schall dit adopter une mesure préventive :

« Pour que les sportifs ne détournent pas les produits, je n'en prescris qu'en petites quantités, si bien que même détournés, cela ne suffit pas pour se doper ».

Sports visibles et sports moins visibles

Reste cependant à considérer l'inégale distribution du phénomène selon les sports. Toutes les personnes interrogées se disent surtout concernées par les

pratiquants du culturisme, à la recherche de testostérone, d'anabolisants et de diurétiques (Schall fait remarquer qu'« il y a une dizaine d'années, au début de la vogue des salles de muscu, on prescrivait encore des produits comme Trofodaine, des produits qu'on donnait pour d'autres indications et que les laboratoires proposaient d'ailleurs comme tels, pour les insuffisances respiratoires ou cardiologiques »). La situation des autres sports est assez connue pour qu'on ne s'y attarde pas ici : EPO pour le cyclisme, bêtabloquants pour le tir à l'arc, créatine pour le football, vitamines pour les marathonniens, etc. Pour autant, nos interlocuteurs se disent lucides quant à la relation entre sport et dopage : on ne cible que certains sports, tandis que d'autres comme le tennis et la natation sont peu surveillés. « Quand on voit la carrure de certaines filles du tennis, on se dit qu'elles ont forcément pris quelque chose. » (Schall). « L'évolution de la silhouette » (Cintas), permet au médecin de savoir si un « cultureux » (*idem*) prend ou non des anabolisants : c'est bien la perception, médicale cette fois, du corps dopé qui est en jeu, dans l'ordinaire d'une consultation où ces patients n'en parlent pas (*idem*). Néanmoins, certains sports sont laissés libres de tout contrôle sérieux : « Regardez la musculature des sœurs Williams, elles prennent forcément des produits, alors est-ce qu'on fait des contrôles ? Les médias n'en parlent pas, ce n'est pas normal. » (Cintas).

L'inégale distribution des problèmes de dopage tient également, selon nos interlocuteurs, à la nature et surtout à la durée de l'effort fourni : Furetière, parlant de son expérience de la boxe en amateur, estime que la boxe ne dure pas assez longtemps pour justifier l'utilisation de stimulants (« en trois rounds, tout est expédié ») ; Quesnel estime que « le culturisme, la natation, le cyclisme sont des sports plus faciles à doper ; le cyclisme par exemple, on sait qu'une étape va durer tant, un 100 m tant, alors que la durée d'un match de tennis, on ne la connaît pas, alors c'est plus difficile à doper »).

Système sportif et contrôles

On touche, par cette remarque, au système d'organisation du sport lui-même. Évidemment, ce système n'est pas sans lien avec la société de la performance décrite par presque tous nos interlocuteurs. Toutefois, ils tiennent à marquer la force et la relative opacité des relations entre le mouvement sportif, les États et les « dispositifs spectaculaires⁹ » (télévision, presse d'une part, manifestations sportives de l'autre). Le contrôle antidopage, notamment, mérite-t-il vraiment ce nom ? Pour Cintas, « on assiste à une politique qui n'est pas assez sévère, on est rentré depuis quelques années dans une spirale que je dirais incontournable,

9 On emprunte cette expression à J.-M. Leveratto, 2000.

il n'y a pas de sport de haut niveau sans dopage. On fait des contrôles, mais ces contrôles coûtent de l'argent, donc on ne peut pas les faire pour tous les sportifs, il existe à ce niveau une politique laxiste ».

De même, pour Sylvestre : « Est-ce qu'on parle de contrôle antidopage dans le foot, dans la coupe du monde, dans le tennis ? On en parle surtout dans le domaine du cyclisme et de l'athlétisme. Dans notre société, soit on accepte sans hypocrisie le dopage, soit on met en place des contrôles permanents et ce serait bien trop onéreux et de plus les médecins ne sont pas formés à cela. Quant à Gorecki, il dit avoir arrêté d'effectuer des contrôles anti-dopage quand il s'est « rendu compte qu'on embêtait surtout les petits, pas les grands ».

C'est Duvivier qui a parlé le plus volontiers de ce système. Il souligne tout d'abord, en évoquant l'affaire Rumsas (toute récente au moment de l'entretien), la dimension « patriotique » de toute affaire de dopage : les États sont prêts à tout pour protéger leurs sportifs. Mais, selon lui, ils le font avec une inégale mauvaise foi : « Finalement, on est dans un pays pas trop mal (...) D'où le sentiment d'injustice que ressentent les sportifs français. » (Duvivier).

L'autre élément moteur du système est, selon plusieurs de nos interlocuteurs, la recherche pharmacologique, évoquée notamment par Sylvestre :

« (...) le problème du sportif de haut niveau c'est de trouver le produit le plus performant, mais le plus indétectable possible. C'est une concurrence permanente entre le chimiste qui conçoit le problème et celui chargé de le détecter. Pour l'EPO, on a vu que la détection a suivi de très près la consommation du produit (...) La technologie biochimique a évolué de manière très rapide. On peut faire de l'autotransfusion en toute impunité et je suis persuadé que ça se fait de manière courante. » (Sylvestre).

Il est clair, selon Gorecki, que « le contrôle sera toujours en retard sur la triche. Il est impossible de faire ce qu'on fait actuellement sans dopage (...) ». Tous les médecins interrogés assortissent leurs réflexions convergentes sur la société de la performance et du dopage organisé, de propos sur la difficulté d'un retour en arrière (« il n'y a pas de marche arrière possible. Il ne faut pas dire qu'on lutte contre le dopage, c'est faux » dit Cintas), avec des « défaillances » considérées comme événements spectaculaires : « (...) la défaillance d'un sportif rendrait les choses plus intéressantes, alors qu'ils sont tous réglés comme des machines, on sait déjà à l'avance qui va gagner » (Quesnel).

De l'intérêt des intermédiaires

D'aucuns pouvaient estimer le pari perdu d'avance : à l'heure des sanctions correctionnelles et pénales, comment des médecins pourraient-ils dire réellement ce qu'ils font en matière de dopage ? On peut rétorquer que plusieurs d'entre eux ont répondu avoir prescrit dans le passé et que les enquêtes nationales semblent confirmer la représentativité¹⁰ (Alain *et al.*, 2002) des propos tenus par nos interviewés. Mais l'intérêt n'est pas vraiment dans une traque de la sincérité des propos. Si le dopage est une réalité spécifique et connectée à des pratiques plus larges (notion de conduite dopante), ce qui est décisif c'est d'observer quelle prise (au sens de Bessy et Chateauraynaud mobilisés ici par Patrick Trabal) les médecins du sport disent avoir sur ce phénomène, comment ils posent leurs repères sur les autres pratiques sportives et sur les pratiques de santé. Or, il apparaît assez nettement que la définition du dopage qu'ils utilisent est beaucoup plus nuancée qu'il n'y paraît au premier abord. À terme, elle rejoint des standards de pensée dominants dans les sciences sociales d'aujourd'hui (le culte de la performance). Ces médecins du sport sont donc avant tout les fils de leur temps, qui parviennent à couler assez bien leur expérience de l'interaction médicale dans un stock de représentations qui explique, spécifie, condamne le dopage, mais qui en constate aussi la percolation à l'échelle sociale. D'une certaine manière, on rejoint ici le constat fait en Île-de-France : ces propos sont un appel du pied en direction des autorités publiques, pour qu'elles se saisissent de ces compétences intermédiaires comme relais permettant de maintenir le contact en matière de réduction des risques.

10 Notre enquête n'avait pas l'ambition de présenter ce que font les médecins du sport, mais ce qu'ils disent de ce qu'ils font en matière de dopage. On ne saurait donc ici donner à la marquise des nouvelles du château.

Liste des personnes interrogées

Docteurs...	Tranche d'âge	Sports suivis
Alluin	+ de 50 ans	X
Binet	45 à 50 ans	Football, tennis de table
Cintas	40 à 45 ans	X
Duvivier	40 à 45 ans	Triathlon, cyclisme
Furetière	40 à 45 ans	Cyclisme, boxe
Gabriel	40 à 45 ans	X
Gorecki	+ de 50 ans	Cyclisme
Goubert	40 à 45 ans	Football
Quesnel	45 à 50 ans	Tennis
Schall	+ de 50 ans	Cyclisme, football, judo
Sylvestre	45 à 50 ans	Musculation
Watteau	+ de 60 ans	X

N.B. : les noms des médecins sont imaginaires, afin de protéger leur anonymat.

Bibliographie

- ALAIN L., COHEN J.-M., ZERHAT G. *et al.*, *TVTBMMLM. Enquête exploratoire sur les activités des médecins du sport*, Rapport DRJS Île-de-France, 2002.
- BECK U., *La société du risque*, Paris, Aubier, 2001.
- BECKER H.S., *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 1986.
- LAURE P., *Dopage et Société*, Paris, Ellipses, 2000.
- LAW J., HASSARD J., *Actor Network Theory and after*, Oxford, Blackwell and The Sociological Review, 1999.
- LEVERATTO J.-M., *La mesure de l'art*, Paris, La Dispute, 2000.
- PASSERON J.-C., *Le raisonnement sociologique*, Paris, Nathan, 1991, 161-168.
- TRÉPOS J.-Y., *La sociologie de l'expertise*, Paris, PUF, Que sais-je ? 1996.
- WEBER M., *Économie et Société*, Paris, Plon, 1969.