



MINISTÈRE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

INSPECTION GÉNÉRALE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

ÉVALUATION DES ANTENNES MÉDICALES

DE PRÉVENTION DU DOPAGE

Rapport établi par

Catherine CROISET

Luc PETREQUIN

Inspectrice générale de la jeunesse
et des sports

Inspecteur général de la jeunesse
et des sports

Rapport 2014-M-27

Septembre 2014

MINISTÈRE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

INSPECTION GÉNÉRALE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

ÉVALUATION DES
ANTENNES MEDICALES
DE PREVENTION DU DOPAGE

Rapport établi par

Catherine CROISET



Inspectrice générale de la jeunesse
et des sports

Luc PETREQUIN



Inspecteur général de la jeunesse
et des sports

Rapport 2014-M-27

Septembre 2014

SOMMAIRE

Sommaire	5
Synthèse	7
Liste des préconisations.....	11
Introduction.....	13
1 La vocation des antennes a évolué depuis leur création.....	19
1.1 Une création récente qui s'inscrit dans un ensemble cohérent	19
1.1.1 La lutte contre le dopage est une politique engagée de longue date lorsque les antennes médicales se mettent en place	19
1.1.2 L'origine des antennes	21
1.1.3 Une montée en puissance rapide du dispositif	23
1.2 L'orientation progressive de l'action des antennes vers la prévention	24
1.2.1 Un dispositif qui cherche sa cohérence	24
1.2.2 Un changement d'orientation insuffisamment pris en compte	26
1.3 Des conditions de mise en œuvre opérationnelle inchangées	27
1.3.1 Un cadre juridique peu modifié	27
1.3.2 Une gestion opérationnelle peu affirmée	29
1.3.3 Un mode de financement dont la modification n'apporte pas d'amélioration .	30
2 Un ensemble hétérogène confronté à de nombreuses difficultés	31
2.1 La disparité des antennes	31
2.1.1 Trois types de service d'implantation au sein des établissements hospitaliers.	31
2.1.2 Une mobilisation variable des ressources	34
2.2 Des activités développées de façon contrastée.....	35
2.2.1 Des structures qui répondent partiellement au service attendu.....	37
2.2.2 Une collaboration entre acteurs insuffisamment développée	45
2.3 Un déficit de méthode pour conduire une activité complexe à objectiver.....	47
2.3.1 Des outils de suivi de l'activité des AMPD qui manquent de pertinence.....	47
2.3.2 Une information budgétaire artificielle.....	48
2.4 Un pilotage insuffisant.....	50
2.4.1 Des dynamiques insuffisamment exploitées	51
2.4.2 Une nécessaire remobilisation	52
2.5 Des difficultés anciennes non surmontées	54
2.5.1 Un environnement institutionnel problématique.....	54
2.5.2 La prévention, mission complexe.....	55

2.5.3	Un mode de financement inapproprié	56
2.5.4	Une activité de consultation insuffisante	59
3	Des conditions de fonctionnement à modifier	63
3.1	Renforcer le pilotage national de la prévention du dopage	66
3.1.1	Confronter les approches préventives.....	66
3.1.2	Affirmer un pilotage national des antennes	67
3.1.3	Assurer un suivi opérationnel des AMPD	67
3.1.4	Mieux définir les publics cibles	68
3.2	Améliorer la coopération entre les antennes et le mouvement sportif	69
3.3	Conforter le rôle des DRJSCS.....	70
3.3.1	Quelques démarches à privilégier.....	71
3.3.2	Des outils de gestion à améliorer	73
3.4	Une évolution des missions des antennes.....	73
3.4.1	L'accueil en santé, cœur de mission des antennes	74
3.4.2	L'activité prévention à mieux articuler avec les priorités nationales.....	76
3.4.3	Les travaux de recherche	76
3.4.4	Les ressources documentaires : identifier un chef de file	77
3.4.5	La veille sanitaire	77
3.5	Un mode de financement qui doit évoluer	78
3.5.1	Un financement permettant un meilleur suivi des antennes	78
3.5.2	Une priorisation des missions pour garantir la soutenabilité budgétaire du dispositif.....	79
3.6	Le périmètre territorial des antennes.....	80
ANNEXES.....		83
Annexe 1 -	Cahier des charges de la mission	85
Annexe 2 -	Liste des AMPD	89
Annexe 3 -	Guide entretien AMPD	91
Annexe 4 -	Guide entretien DRJSCS	93
Annexe 5 -	Nombre de licenciés, sportifs et structures de haut niveau.....	95
Annexe 6 -	Cartographie des données relatives aux sportifs par région.....	97
Annexe 7 -	Part territoriale CNDS Prévention du dopage par région	99
Annexe 8 -	Part territoriale CNDS Prévention dopage par fédération	101
Annexe 9 -	Propositions 2008 et 2012.....	103
Annexe 10 -	Personnes rencontrées.....	105
Annexe 11 -	Glossaire.....	109

SYNTHESE

Les antennes médicales de prévention du dopage sont des structures de création récente. Leurs missions ont cependant évolué de façon sensible depuis leur mise en place prévue par la loi relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage du 23 mars 1999.

Désignées à l'origine comme « antennes médicales de lutte contre le dopage » (AMLD) et intervenant principalement en aval des faits de dopage constatés ou pressentis, elles sont alors conçues comme des structures de soin agréées par les pouvoirs publics, implantées, à raison d'une par région, dans un établissement de santé public, et dirigées par un médecin, responsable de l'antenne.

Leur mission, qui relève en premier lieu du soin, est de proposer des consultations, le cas échéant anonymes, ouvertes aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage, auxquelles la mise en place d'un suivi médical peut être proposé, si nécessaire. Les antennes doivent également recevoir dans le cadre de leurs consultations les sportifs sanctionnés pour dopage et leur délivrer un certificat nominatif à présenter aux autorités fédérales qui pourront alors leur permettre de participer à nouveau aux compétitions sportives.

Dans l'esprit de ses promoteurs ce dispositif a également une vocation de vigilance et d'alerte et vise à centraliser les données, transmises notamment par les médecins traitants, relatives aux sportifs exposés à des conduites dopantes et aux nouvelles pratiques de dopage.

La création de ces antennes s'inscrit dans un contexte plus large, celui de la prise en compte du dopage comme un problème de santé publique, au-delà de sa dimension d'atteinte à l'éthique sportive et à la régularité des compétitions. L'intervention des antennes qui sont en lien avec le conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD), instance également mise en place par la loi du 23 mars 1999, doit s'articuler avec celle des médecins conseillers au sein des directions régionales chargées de la jeunesse et des sports, qui ont joué un rôle essentiel dans la mise en place des antennes, et également avec celle des autres médecins et services médicaux qui interviennent auprès des sportifs. Les antennes médicales s'inscrivent également dans un « parcours de prévention » en proposant une prise en charge et un suivi en aval de l'action du Numéro Vert Écoute Dopage porté depuis 1998 par le ministère chargé des sports pour aider, de manière anonyme et gratuite, les sportifs et leurs proches lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes de dopage.

La mise en place des antennes a été effective à partir de 2001 et le réseau a été constitué pour l'essentiel en 2003. Il est composé, matériellement, de « sections » de services hospitaliers et ses agents sont dans leur grande majorité des personnels hospitaliers.

Il est apparu rapidement que les missions actuelles des antennes ne correspondaient, dans leur nature et leur volume, que partiellement à l'ambition définie à l'origine par le législateur. L'accent est alors mis davantage sur les actions de prévention et les pouvoirs publics, prenant acte de cette évolution, redéfinissent en 2006 leur orientation vers la

prévention. La loi du 5 avril 2006 les a requalifiées en « antennes médicales de prévention du dopage » (AMPD) et a confié leur pilotage au ministre chargé des sports. Cette activité de prévention reste dominante aujourd’hui au sein des antennes en termes de vocation aussi bien que de mobilisation de moyens. Cependant les antennes médicales demeurent situées, pour l’essentiel, dans des centres hospitaliers, lieux du soin. Même si la clinique et la prévention sont étroitement liées, l’implantation des antennes en hôpital ne favorise pas forcément leur contact en prévention avec le public sportif.

Les constats effectués par les rapporteurs sur les actions développées par les AMPD confirment cet aspect. La grande diversité des antennes médicales est liée notamment aux caractéristiques des services d’implantation ainsi qu’aux publics ciblés et aux types de collaborations entre acteurs locaux lorsque celles-ci existent.

En termes de missions, la partie « consultation », qui a constitué un des objectifs principaux d’activité lors de la création du dispositif, est aujourd’hui très restreinte, surtout si on opère la distinction, nécessaire, entre consultations de prévention et de suivi des sportifs sanctionnés ou confrontés au dopage et celles portant sur la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut niveau.

La plus grande part du temps d’intervention des personnels des antennes est consacrée à l’activité « prévention » qui est abordée selon des démarches différentes d’une antenne à l’autre et avec des moyens variés.

La prévention est en effet abordée et traitée en fonction des compétences, des pratiques médicales des intervenants aussi bien que des territoires et des publics approchés. Ce travail de prévention recouvre aussi bien l’information (sur les produits, les effets, les risques, les contrôles), que la sensibilisation et la formation d’intervenants (entourage des sportifs, personnels médicaux et paramédicaux), ou l’éducation en santé à partir d’une prise en compte des conduites dopantes, l’action sur les comportements et l’accompagnement des sportifs.

La troisième mission développée par quelques antennes porte sur la recherche ; liée à l’expertise elle est articulée à la mise en place de centres de ressources documentaires. Cette mission et conduite de façon très inégale et selon des formats différents. Cet axe d’intervention peut cependant être un levier opportun à mobiliser dans la conduite d’une mission de prévention.

Quant à l’activité concernant la veille sanitaire, elle est sporadique.

L’hétérogénéité des antennes provient en grande partie d’une carence de pilotage de l’ensemble qui a également pour conséquence une absence de réel fonctionnement en réseau. C’est ce second aspect qui empêche de tirer parti, faute de mobilisation transversale des compétences, de la diversité des AMPD, qui pourrait être une richesse si des synergies étaient mise en œuvre. Les rapporteurs ont constaté lors des entretiens une véritable attente des différentes parties prenante en termes d’orientation, d’échange de pratiques et de lisibilité sur leur rôle.

Au-delà de cette diversité, l’évaluation de l’efficacité des antennes médicales se heurte à d’autres facteurs, tels que la faiblesse de l’activité de consultation, aisément mesurable,

comparée à celle de la prévention, qui est une activité à multiples facettes dont l'impact est difficile à cerner. L'analyse du service rendu est également rendue complexe par la fragilité des outils de suivi du dispositif, qu'il s'agisse des comptes rendus annuels ou des informations budgétaires desservies par un mode de financement inapproprié.

Toutefois, au regard de ce qui a déjà été construit par les personnels impliqués dans la mise en place des AMPD et compte tenu de la richesse et de la complexité du service actuellement rendu, les rapporteurs sont conduits à relativiser toute analyse qui se limiterait à la seule approche par les coûts. La prise en considération des antennes, à la fois comme éléments d'un réseau et comme points de ressources régionaux, doit en effet intégrer de nombreux bénéfices annexes et externalités positives liés, par exemple, à la mobilisation de réseaux, à la construction d'expertise ou à la prise en compte, même si elle reste à développer, des problématiques de dopage par les intervenants de la santé.

La dimension « santé » est un fil rouge que l'on trouve tout au long du diagnostic et interroge sur la place du ministère chargé de la santé ainsi que celle d'autres acteurs qui ne semblent pas aujourd'hui considérer la conduite dopante du sportif et la démarche d'accompagnement et de prévention comme des thèmes prioritaires à traiter de façon spécifique.

Il convient de préciser que la grande majorité des médecins, psychologues et intervenants rencontrés ont en commun une véritable implication et motivation dans la conduite des activités développées par les AMPD. En l'état, ce dispositif constitue une ressource précieuse en expertise et en vigilance sur les questions de conduites dopantes. C'est à ce titre aussi que la diversité du réseau fait sa richesse et qu'il convient d'identifier les conditions de réussite pour que les actions conduites par les AMPD puissent contribuer plus efficacement à la politique de prévention du dopage.

LISTE DES PRECONISATIONS

Préconisation 1 : Positionner le « COPIL relatif à la prévention du dopage » comme instance de pilotage, d'orientation et de remobilisation des acteurs	66
Préconisation 2 : Mettre en place et réunir un comité de suivi opérationnel des antennes, piloté par la direction des sports, issu du COPIL de la prévention du dopage, constitué de représentants du ministère chargé de la santé, de la MILDECA, de représentants des AMPD, des DRJSCS, du mouvement sportif (CNOSF et fédérations), du CNDS.....	68
Préconisation 3 : Confirmer le rôle du CAEVOPD comme instance de validation des outils élaborés notamment par le ministère des sports, les antennes et le mouvement sportif.....	68
Préconisation 4 : Concevoir des outils de communication nationaux déclinables par les antennes au niveau territorial.....	68
Préconisation 5 : Cibler les publics prioritaires des AMPD : sportifs de haut niveau, pratiquants amateurs potentiellement vulnérables au sein d'un groupe organisé ou pratiquant individuel, anciens sportifs en difficulté de décrochage, et leur entourage.....	69
Préconisation 6 : Intégrer au dossier de demande de subvention CNDS une fiche harmonisée au niveau national avec les coordonnées et le rôle des AMPD et organiser chaque année une réunion conjointe DRJSCS et AMPD avec le mouvement sportif afin d'échanger sur les thématiques et sur les modalités de mise en œuvre des actions.....	70
Préconisation 7 : Développer, sous le pilotage de la DRJSCS et en liaison avec les antennes, un réseau d'animateurs/conférenciers, personnes ressources sur la prévention du dopage ..	72
Préconisation 8 : Identifier un référent permanent à l'ARS et l'associer aux travaux conduits par la DRJSCS.	72
Préconisation 9 : Conforter/améliorer, sous le pilotage de la DRJSCS et en lien avec l'ARS, les coopérations entre réseaux de personnes ressources dans le champ du sport/santé.	72
Préconisation 10 : Favoriser les articulations des actions de prévention portées par les antennes avec les mesures du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives conduit par la MILDECA.....	72
Préconisation 11 : Reformater le document type « rapport d'activité » pour le rendre opérationnel, et convenir d'une transmission annuelle de la DS aux DRJSCS de l'analyse des bilans capitalisés des antennes ; réaliser un référentiel d'évaluation pour les DRJSCS.....	73
Préconisation 12 : Sensibiliser les responsables fédéraux sur les obligations incombant aux fédérations en matière d'orientation des sportifs sanctionnés vers les antennes.....	75
Préconisation 13 : Préciser, dans la mesure disciplinaire, le nom de l'antenne retenue par le sportif sanctionné pour la consultation et le suivi, avec information immédiate de l'antenne choisie et établir un contact du responsable de l'antenne avec le sportif sanctionné.....	75
Préconisation 14 : Donner la possibilité au médecin responsable de l'antenne de faire des tests avant la délivrance de l'attestation.	75
Préconisation 15 : Clarifier l'articulation entre les visites de la surveillance médicale réglementaire et le suivi de certains sportifs de haut niveau par les AMPD.....	75

Préconisation 16 : Maintenir la mission de prévention du dopage portée par les antennes en lien avec les priorités définies à l'échelon national, tout en renforçant l'articulation avec le pilotage territorial relevant de la DRJSCS.....	76
Préconisation 17 : Porter la mission recherche au niveau supra régional, voire national.....	77
Préconisation 18 : Désigner une ou deux antennes, chefs de file, pour assurer la mission « Centre de ressources documentaires ».	77
Préconisation 19 : S'assurer que les médecins généralistes ont connaissance de la possibilité d'orientation de sportifs vers les AMPD.....	78
Préconisation 20 : Définir un mode de financement des antennes mieux adapté aux missions qu'elles portent.....	78
Préconisation 21 : Distinguer un financement obligatoire et un financement optionnel pour les antennes afin de privilégier le maintien d'un réseau territorial complet d'accueil des sportifs confrontés au dopage tout en garantissant, par ailleurs, la pérennité des missions de prévention portées par les antennes dans un cadre national coordonné.	79
Préconisation 22 : Soumettre une évolution éventuelle du périmètre géographique des antennes à une analyse préalable des effets des processus d'amélioration du fonctionnement du dispositif et aux travaux portant sur la réforme territoriale de l'administration.....	81

INTRODUCTION

L'inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS) a été sollicitée au titre de son programme de travail annuel 2014, pour conduire une mission d'inspection générale relative aux antennes médicales de prévention du dopage (AMPD).

Ce travail s'inscrit dans le cadre des missions que l'IGJS effectue au titre de l'évaluation de l'utilisation des financements versés par l'État¹.

Par note du chef du service de l'inspection générale, en date du 10 mars 2014, Mme Catherine Croiset et M. Luc Pétrequin, inspecteurs généraux de la jeunesse et de sports ont été désignés pour accomplir cette mission dont le cahier des charges² a été adressé au directeur du cabinet du ministre chargé des sports le 12 mars 2014.

L'objet de cette mission est d'évaluer le dispositif formé par le réseau des antennes médicales de prévention du dopage (AMPD) qui fonctionnent dans la plupart des régions françaises et contribue à la mission de lutte et de prévention du dopage qui fait partie des objectifs stratégiques retenus au projet annuel de performance (action n°3 du programme sport). Certaines antennes comportant plusieurs sites, ce réseau est composé au total de 25 structures, toutes placées sous la responsabilité d'un médecin et implantées dans leur quasi-totalité dans les établissements publics de santé. Les AMPD sont subventionnées sur la part territoriale du Centre national pour le développement du sport (CNDS) à hauteur de 527 285 € en 2013. Elles mobilisent 12 équivalents temps plein travaillés (ETPT) en 2012.

Les missions des AMPD sont définies à l'article L 232-1 du code du sport et précisées, dans sa partie réglementaire, par les articles D 232-1 à D 232-9³. Les missions principales des antennes sont :

- le soin (prise en charge sanitaire anonyme du sportif ayant eu recours aux substances et procédés interdits ou susceptible d'y recourir) ;
- le contrôle (délivrance, après entretien avec un médecin, d'une attestation nominative aux sportifs sanctionnés pour leur permettre de renouveler leur licence sportive) ;
- la veille sanitaire (recueil et évaluation de données épidémiologiques, étude des comportements de consommation et des nouvelles pratiques, alerte) ;
- l'information et la prévention du dopage (en particulier vis-à-vis des professionnels de santé et du mouvement sportif) ;
- la recherche sur les risques et dommages liés à l'usage des produits et procédés dopants (et notamment la mise en place d'un centre de ressources documentaires).

Ces différentes missions se recoupent et se nourrissent les unes les autres. Ce qui les fonde à titre principal est une activité de soin : la consultation spécialisée est la première mission citée par le texte, elle relève exclusivement des antennes de même que celle de la délivrance de l'attestation qui se place, certes, en aval de la sanction mais participe également d'une

¹ Cf. article 1 du décret n° 2002-53 du 10 janvier 2002 modifié portant statut particulier du corps : les membres du corps de l'IGJS « peuvent également effectuer des vérifications sur les organismes soumis, par les dispositions qui les régissent, au contrôle du ministère de la jeunesse et des sports, au titre des aides ou des financements dont ils bénéficient »

² Voir annexe

³ Section 1 du chapitre II du titre III du livre II de la partie réglementaire du code du sport

démarche de soin et peut d'ailleurs déboucher sur un suivi médical. Le recueil de données épidémiologiques et la recherche sont en relation avec les signalements effectués par les médecins traitants et l'activité clinique des antennes. Les activités de prévention, auxquelles les antennes contribuent sous la coordination du ministre chargé des sports, sont en partie liées à l'activité de soin puisque l'activité de prévention de fait, participe du soin et qu'elle constitue, notamment, une part importante de l'activité des médecins traitants au quotidien. Il serait donc artificiel de tenter de l'isoler de l'activité clinique.

Ainsi, comme leur dénomination l'indique, les antennes sont, d'abord, des structures à vocation médicale, investies d'une ambition clinique, celle du soin qu'il convient de proposer, gratuitement et anonymement, aux sportifs confrontés au dopage, lequel s'entend comme « l'utilisation par des sportifs compétiteurs, de substances ou de méthodes interdites, figurant sur une liste établie chaque année par l'Agence mondiale antidopage (AMA)⁴ ». A ce titre le dopage est abordé comme une pratique interdite, définie par la réglementation et contraire à l'éthique sportive.

Le dopage est, aussi, une forme particulière de conduite dopante soit une « consommation de substance pour affronter un obstacle réel ou ressenti par l'usager ou par son entourage, aux fins de performances » selon la définition proposée par Patrick Laure⁵. Les conduites dopantes relèvent de conduites de consommation de substances. Elles sont en lien avec les conduites addictives, en général liées à la nature des produits utilisés et, pour une part d'entre elles, avec les conduites à risque. Les antennes médicales ont pour mission d'articuler ces approches qui mêlent sport et santé.

Il convient de rappeler, par ailleurs, que la prévention est une notion complexe et polysémique, cette caractéristique expliquant, pour partie, la disparité actuelle du réseau des antennes médicales. Une définition de la prévention est proposée dans le guide à l'attention des acteurs de la prévention des conduites dopantes⁶ présenté sur le site du ministère chargé des sports : « La prévention consiste à anticiper un comportement jugé problématique par un groupe social par rapport à ses valeurs fondamentales, pour limiter l'apparition du comportement ou réduire ses conséquences négatives, par des méthodes non coercitives⁷ ».

Selon une approche communément retenue, trois niveaux de prévention peuvent être distingués :

- la prévention primaire qui est constituée par l'ensemble des mesures destinées à éviter l'apparition de nouveaux cas, l'objectif étant de réduire l'incidence du problème de santé (en l'espèce, par exemple, information sur les risques liés au dopage et travail éducatif pour apprendre à éviter de s'exposer à ceux-ci, approche normative qui débouche sur la mise en place d'un dispositif de contrôle et de sanction à caractère dissuasif, contrôle sur la mise à disposition des substances utilisées à fin de dopage ...) ;

⁴ « Comment prévenir les conduites dopantes, Guide à l'attention des acteurs, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative » octobre 2008.

⁵ Patrick Laure, Dopage et société, 2000

⁶ *Op. cité*

⁷ Patrick Laure, Éthique du dopage, 2002

- la prévention secondaire qui comporte les actions tendant à diminuer la prévalence du problème de santé en réduisant sa durée et sa gravité ou en évitant la rechute (par exemple action de détection de pathologie ou de comportement favorisant, qui permet une prise en charge thérapeutique précoce, mesures curatives..) ;
- la prévention tertiaire qui comprend les mesures destinées à réduire les déficiences ou handicaps dus au problème de santé ou à sa récidive (réadaptation, réinsertion ...).

La démarche de prévention s'appuie, ce faisant, sur des déterminants de santé qui dépendent, notamment, des conditions de vie, de la situation sociale ou du milieu professionnel. De ce fait elle mobilise des connaissances et des savoirs faire dans des domaines très variés⁸. Cette dimension doit être prise en compte dans l'analyse de l'action conduite par les antennes médicales.

Contexte de la mission

A l'origine créées et définies comme « antennes médicales de lutte contre le dopage » par la loi du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage et codifiée dans le code de la santé publique, les antennes médicales ont été mises en place à partir de 2001. Leur action est alors coordonnée par le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD). Leur dénomination a changé en 2003 en « antennes médicales de prévention et de lutte contre le dopage » (AMPLD). La loi du 5 avril 2006 les a fait évoluer en « antennes médicales de prévention du dopage » (AMPD), leur pilotage relevant, à partir de cette date, du ministère chargé des sports auquel est directement confiée la conduite de la politique de prévention du dopage.

Les antennes font l'objet d'un agrément conjoint du ministre chargé des sports et du ministre chargé de la santé. Cet agrément est délivré pour une période de cinq ans. Les deux premières campagnes de renouvellement d'agrément ont été précédées d'une évaluation de chaque antenne et d'une synthèse, les rapports afférents pointant un certain nombre de correctifs à apporter au dispositif. Les derniers renouvellements d'agrément, intervenus en 2012, n'ont pas fait l'objet d'une procédure identique, l'évaluation de chaque antenne ayant été établie conjointement au niveau régional par les services des DRJSCS et les agences régionales de santé (ARS). Au terme de ce processus les agréments de 21 antennes ont été renouvelés. Les antennes de Poitou-Charentes, l'antenne de Marseille en Provence-Alpes-Côte d'Azur (l'antenne de Nice poursuit son activité) et de La Réunion ne sont plus agréées et ne fonctionnent plus.

Au-delà de ce processus administratif de renouvellement et de ses conséquences, la situation des AMPD fait, depuis un certain temps, l'objet d'interrogations liées au service rendu par les antennes comme en témoigne l'intitulé de la fiche action numéro 12 du plan national de prévention du dopage 2013-2016 : « *Rationaliser la structuration et la gestion des AMPD* ».

Ce document décrit, pour la période à venir, l'articulation des actions de prévention du dopage pour lesquelles le ministère chargé des sports a reçu compétence. Il indique dans

⁸ « *La prévention se situe par construction au carrefour du soin et de la promotion de la santé, du sanitaire et du social, du biomédical et des sciences sociales* » (dans « Santé, pour une politique de prévention durable », rapport annuel 2003 de l'inspection générale des affaires sociales, p.9)

l'exposé de cette même fiche, au sujet des AMPD, que les « *difficultés de fonctionnement des antennes, la question de leur lisibilité par le milieu sportif, la question de leur efficacité et du niveau de leurs activités imposent qu'un bilan général soit conduit pour proposer de nouvelles modalités d'action, voire de rattachement et de mode de gestion pour en faire des structures plus efficientes et pour améliorer les synergies possibles avec le Numéro Vert et les services en charge du dopage et de la prévention du dopage et des conduites dopantes*bilan général » que l'ICJS a été sollicitée ainsi que « *pour appuyer la réflexion et proposer une évolution de ces structures* ».

Comme plusieurs responsables d'antenne l'ont indiqué aux rapporteurs au cours de leurs entretiens, le diagnostic ainsi porté en creux dans un plan national d'action émanant de la structure chargée d'animer et de coordonner le dispositif des antennes a naturellement suscité des interrogations sur le devenir des AMPD au sein du réseau lui-même. Ces incertitudes n'ont sans doute pas été apaisées par la teneur des auditions publiques de la commission d'enquête sénatoriale sur la lutte contre le dopage qui se sont déroulées au cours du premier semestre 2013 et par l'analyse contenue le rapport publié en juillet 2013⁹ par cette commission.

Le rapport pointe en effet la « *très faible activité générale* » des antennes que les sénateurs expliquent par une baisse récente de financement, par des difficultés provenant de « *l'ambiguïté et du manque de visibilité liés à leur statut et à leur implantation* » qui provoquent des « *lourdeurs importantes en termes de gestion* » et les éloignent du « *monde sportif* » pour lesquelles elles sont « *méconnues et peu attractives* ». S'ajoutent à ces handicaps, selon le rapport sénatorial, un non-respect fréquent, par les sportifs dopés sanctionnés, de leur obligation de présentation devant les médecins de l'antenne et, surtout, une « *absence de pilotage stratégique par le ministère des sports* » de nature à « *aggraver* » les difficultés identifiées ci-dessus et à « *accélérer le désengagement des agents* ». A cet égard, le rapport sénatorial souligne dans une autre partie que « *s'agissant des AMPD notamment, le ministère n'a pas su, depuis 2006, insuffler de dynamique forte en matière de prévention du dopage* » et cite le professeur Michel Rieu, ancien conseiller scientifique de l'AFLD, qui lors de son audition a évoqué la « *rupture calamiteuse entre les antennes médicales de lutte contre le dopage et l'AFLD* ».

A partir de ces constats, le rapport de la commission d'enquête sénatoriale propose une évolution assez importante du dispositif des AMPD, qui n'a pas fait l'objet d'une mise en œuvre à ce jour, visant à le recentrer sur son « *objectif initial de la prévention du dopage chez les sportifs* », objectif « *perdu de vue* » par les AMPD selon les sénateurs, « *en raison de leur implantation* » en milieu hospitalier. Afin de « *garantir un pilotage national effectif de ces structures* », le rapport sénatorial propose que « *l'animation des AMPD soit à nouveau confiée à l'AFLD, dans le cadre du rétablissement de ses compétences en matière de prévention du dopage* » (propositions n° 15 et 19 du rapport sénatorial), confiant ainsi à cette autorité publique indépendante la charge de conduire la « *réforme de la carte des AMPD* » qui « *pourrait passer par une mutualisation interrégionale, et un assouplissement du cadre d'implantation, qui pourrait*

⁹ « Lutte contre le dopage : avoir une longueur d'avance » Rapport n° 782 (2012-2013), de M. Jean-Jacques Lozach, sénateur de la Creuse, fait au nom de la commission d'enquête du Sénat sur la lutte contre le dopage, présidée par M. Jean-François Humbert, sénateur du Doubs.

être un centre hospitalier ou un lieu dédié au sport selon les zones » (proposition n°17 du rapport sénatorial : «*Rationaliser la carte des AMPD et assouplir leur cadre d'implantation* »).

Méthode

Pour procéder à leur évaluation, les rapporteurs se sont appuyés, tout d'abord, sur le recueil d'un certain nombre de données, certaines disponibles, d'autres construites ou mises à jour par leurs soins, notamment en ce qui concerne les actions développées par les antennes, leur mode de fonctionnement, les moyens qu'elles mobilisent, leur inscription dans leur environnement partenarial, les modalités de leur travail en réseau, de pilotage et de suivi de leur activité.

Pour ce travail, les rapporteurs ont souhaité faire porter leur analyse sur la totalité des sites et non pas sur un échantillon de structures. Compte tenu du contexte et des enjeux particuliers de cette mission exposés ci-dessus, il est en effet apparu que cette seconde option, plus rapide et tout à fait recevable méthodologiquement, ne pouvait être retenue.

La nécessité de prendre en compte le travail accompli par les intervenants dans chaque région dans le cadre des antennes constituait un motif supplémentaire de ce choix d'exhaustivité. Cette option s'est révélée d'autant plus opportune à mesure de l'avancée de l'enquête que les situations d'une antenne à une autre se sont avérées très contrastées.

Au demeurant, le nombre relativement modeste de structures, moins d'une trentaine, permettait également de les aborder en totalité. Les contraintes de délai et de moyens ont cependant conduit les rapporteurs à répartir les AMPD en deux catégories de taille équivalente, composés de façon homogène, autant que cela a été possible, en fonction de l'activité des antennes telle qu'elle pouvait être perçue *a priori* au terme d'une première étude sur dossier à partir des informations fournies par la direction des sports :

- une série de structures a fait l'objet d'un déplacement sur site comportant un entretien d'au moins deux heures avec le responsable de l'antenne et son équipe dans les locaux, en majorité hospitaliers, où sont implantées les antennes; un entretien, distinct, de durée équivalente a été conduit à la direction régionale avec le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) concerné et ses collaborateurs (médecin conseiller, cadre en charge du pôle sport ou de la lutte et de la prévention du dopage) ;
- la situation des autres structures a été évaluée via des conférences téléphoniques organisées selon un schéma identique (un entretien avec le responsable de l'antenne et son équipe, un entretien avec le DRJSCS et son équipe).

Ces entretiens, semi-directifs, ont été effectués à partir d'une grille testée identique¹⁰ pour chaque antenne et chaque direction régionale afin de permettre la constitution d'une cohorte de données cohérentes.

Pour ce qui concerne les antennes, les questions posées par les rapporteurs portaient notamment sur le pilotage national et régional, les modalités de suivi, le fonctionnement en

¹⁰ Voir annexe

réseau, l'implantation de la structure, son activité, son équipe et son budget ainsi que sur les améliorations éventuelles identifiées pour les antennes par les intervenants.

Le questionnaire utilisé pour les entretiens avec les DRJSCS portait également sur le pilotage national, sur les modalités de suivi à l'échelon régional, ainsi que sur l'évaluation de l'activité de la structure et son articulation avec la mission de prévention du dopage portée par la DRJSCS et le réseau des acteurs locaux de la prévention du dopage, les modalités du dialogue de gestion et les pistes d'améliorations identifiées.

Au cours de ces entretiens les rapporteurs ont pu constater que leur mission suscitait une forte attente, laissant apparaître un besoin d'attention pour les actions conduites par les AMPD dans le domaine de la prévention du dopage depuis de nombreuses années.

Plusieurs entretiens ont par ailleurs été menés avec le directeur des sports et les agents chargés de la prévention du dopage et du pilotage des AMPD au sein de la direction des sports (bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage) ainsi qu'avec le directeur général du CNDS et son équipe et le secrétaire général de l'AFLD. Enfin les rapporteurs ont rencontré différentes personnalités à même d'apporter un éclairage utile pour le travail de la mission du fait de leur connaissance des questions de dopage ou du lien particulier que les institutions qu'elles représentent entretiennent avec les AMPD.

Les rapporteurs tiennent à remercier, au terme de ce travail, l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de leur mission pour leur disponibilité et leur implication dans la démarche d'évaluation qui fait l'objet du présent rapport.

A partir des éléments ainsi recueillis, les rapporteurs ont établi, à la demande du chef de service, une note d'étape qui a été transmise au cabinet en date du 10 juillet 2014.

Comme cela était indiqué dans ce premier bilan, les rapporteurs ont cherché à apprécier l'évolution de l'activité des AMPD (partie I). Les enseignements qui peuvent être tirés de leurs analyses, en termes de pertinence, de modes de fonctionnement, d'action et de financement de ce réseau (partie II), permettent de proposer différentes pistes d'évolution pour les AMPD (partie III).

1 LA VOCATION DES ANTENNES A EVOLUE DEPUIS LEUR CREATION

Alors que les antennes médicales sont de création récente, on constate une évolution relativement importante de leurs missions, moins dans leur nature que dans leur ordre de priorité. Cette évolution a été portée à la fois par le contexte juridique et institutionnel dans lequel les antennes viennent s'insérer et par la dynamique propre de ce réseau. Par ailleurs on relève un écart certain entre les missions telles qu'elles sont définies par les textes et les actions menées par les antennes sur le terrain.

1.1 Une création récente qui s'inscrit dans un ensemble cohérent

Les antennes médicales de prévention du dopage ont été mises en place par la loi n° 99-223 du 23 mars 1999, relative à la protection de la santé, des sportifs et à la lutte contre le dopage, dite « loi Buffet ». Cette loi s'inscrit dans la continuité d'une action engagée de façon souvent pionnière en France dans le domaine de la lutte contre le dopage. Elle marque une évolution importante en dotant la lutte anti-dopage d'outils nouveaux et en abordant le phénomène du dopage également comme une question de santé et le sportif dopé comme la victime d'un système, ce qui conduit à la mise en place ou au renforcement de dispositifs de prévention dont les antennes médicales sont une composante majeure.

L'ambition d'origine qui porte la création des antennes peut être saisie, au-delà des textes législatifs, à travers les extraits des débats parlementaires qui ont conduit à l'adoption de la loi.

1.1.1 La lutte contre le dopage est une politique engagée de longue date lorsque les antennes médicales se mettent en place

La lutte contre le dopage est motivée par trois enjeux principaux qui sont la protection de la santé des sportifs, la préservation de l'intégrité des compétitions sportives et la nécessité de se conformer aux conventions internationales auxquelles la France a adhéré en matière de lutte contre le dopage (celles du Conseil de l'Europe de 1989 et de l'UNESCO de 2005 qui comporte en appendice le code mondial antidopage)¹¹.

La promulgation de la loi n° 65-412 du 1er juin 1965 tendant à la répression de l'usage des stimulants à l'occasion des compétitions sportives, dite « loi Herzog », a fait de la France un des premiers pays européens à se doter d'une législation réprimant le dopage.

Dès l'origine cette législation comporte une dimension de protection de la santé puisque l'article 1^{er} de la loi, qui crée un infraction de dopage, prévoit une amende pour « quiconque aurait, en vue ou au cours d'une compétition sportive, utilisé sciemment l'une des substances (...) destinées à accroître artificiellement et passagèrement ses possibilités physiques et (...) susceptibles de nuire à sa santé ».

¹¹ Ces éléments de synthèse sont tirés, notamment, d'une note de la direction des sports relative à l'évolution de la législation anti-dopage française.

En vertu de cette loi, le fait de s'être dopé « sciemment » est donc constitué comme un délit, sanctionné pénalement par une amende de 750 €, et par une peine pouvant atteindre un an d'emprisonnement. Le délit devant être caractérisé par l'élément intentionnel de cet usage, ces dispositions ont connu de grandes difficultés de mise en œuvre¹² et l'action répressive a progressivement été reportée sur le champ disciplinaire, les sanctions sportives apparaissant plus efficaces que la pénalisation du dopage.

Cette évolution, accompagnée législativement par les lois n° 75-988 du 29 octobre 1975 et n° 84-610 du 16 juillet 1984, a débouché sur la loi n° 89-432 du 28 juin 1989, dite « loi Bambuck », au terme de laquelle le fait même de dopage n'est plus pénalisé : les sportifs convaincus de dopage sont poursuivis et sanctionnés par les fédérations sportives en premier ressort. Si le taux de sanctions des faits de dopage constatés se révèle assez faible, aucune suite n'étant donnée dans environ 40 % des cas d'échantillons positifs, le trafic de produits dopants est en revanche sanctionné d'une amende qui peut aller jusqu'à 75 000 € et 10 ans d'emprisonnement en cas de substances classées comme stupéfiants. Cette loi introduit, par ailleurs, la notion de prévention du dopage conformément aux recommandations de la Charte européenne. Elle met en place la commission nationale de lutte contre le dopage (CNLD) chargée de conseiller, d'informer et le cas échéant de réprimer les faits de dopage.

En décembre 1990¹³, la France a ratifié la convention contre le dopage du 16 novembre 1989 élaborée à Strasbourg sous l'égide du Conseil de l'Europe, qui incite les États à prendre des mesures en faveur de la lutte contre le dopage dans les domaines de la prévention et de l'éducation. Cette convention, qui a été portée notamment par les autorités françaises, est le texte international le plus ancien de lutte contre le dopage. La convention comporte un volet sur la prévention du dopage.

C'est dans cette dynamique d'un intérêt croissant des pouvoirs publics pour le sujet du dopage qu'intervient la loi n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, dite « loi Buffet ». Ce texte marque une inflexion dans le domaine de la lutte contre le dopage en pointant la dimension sanitaire du phénomène du dopage, singularisant le sportif dopé comme la victime d'un système.

Il convient de noter que si la présentation du projet de loi devant l'Assemblée nationale est intervenue en mai 1998, la fin de la discussion de ce texte s'est déroulé dans l'ombre portée d'une nouvelle affaire de dopage concernant la formation Festina, révélée lors de l'épreuve 1998 du tour de France cycliste. La « médicalisation » du dispositif de lutte contre le dopage n'est pas étrangère à ce contexte, la création des antennes médicales, qui n'étaient pas prévues dans le texte d'origine, apparaissant comme un compromis de sagesse par rapport à une série d'amendements proposant un système de surveillance médicale et d'injonctions très sévères vis-à-vis du sportif présumé dopé.

Visant la prévention et le renforcement de la protection de la santé des sportifs par la mise en œuvre d'un suivi médical longitudinal, cette loi prévoit également un renforcement de la répression contre les pourvoyeurs de produits et procédés dopants. La loi étend le pouvoir

¹² Le sénateur Alain Néri évoque à ce sujet dans son rapport devant la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, une loi « dont l'application était quasiment inexistante »

¹³ Loi n° 90-1147 du 21 décembre 1990

disciplinaire qui est attribué aux fédérations sportives à l'instance d'appel et crée le conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD), autorité administrative indépendante, investie du pouvoir de réformer les décisions fédérales.

La loi prévoit la mise en place de structures régionales, les antennes médicales de lutte contre le dopage (AMLD), dont la vocation première est la lutte contre le dopage et le suivi des sportifs convaincus de dopage mais qui ont également un rôle dans le dispositif préventionnel qui se met en place concomitamment. Les AMLD sont placées sous le pilotage du CPLD.

Ce système, nouveau par ses ambitions et sa structuration, place la protection de la santé du sportif au premier rang de ses objectifs (dans l'intitulé même de la loi). Au-delà de la création du CPLD, il comporte notamment la mise en œuvre du Numéro Vert Ecoute Dopage et la montée en puissance progressive des médecins conseillers auprès des directeurs régionaux de la jeunesse et des sports.

Les antennes médicales de lutte contre le dopage s'insèrent ainsi dans une architecture législative assez dense et complexe qui définit, en creux, une certaine approche de la question du dopage. Celle-ci est en effet considérée autant comme un comportement portant atteinte à l'équité et à l'éthique que comme une situation requérant un soin.

1.1.2 L'origine des antennes

L'évocation d'une « cellule médicale » placée auprès du CPLD apparaît pour la première fois dans un rapport parlementaire en décembre 1998¹⁴.

Le terme d'antenne apparaît dans le texte du projet de loi tel que modifié par le Sénat le 22 décembre 1998. La création des antennes est alors souhaitée pour améliorer la prise en charge des victimes du dopage et des pathologies qu'il provoque. Le législateur envisage bien la mise en place d'un réseau maillé régionalement¹⁵.

Au fil des navettes parlementaires, les caractéristiques des antennes se précisent. Ainsi dans le texte n° 242 adopté par l'Assemblée nationale le 28 janvier 1999, il est précisé que chaque antenne est dirigée par un médecin.

La loi n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage dispose dans son article 2 que « *des antennes médicales de lutte contre le dopage sont agréées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des sports* ». Celles-ci « *organisent des consultations ouvertes aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage. Ces consultations sont anonymes à la demande des intéressés. Elles leur proposent, si nécessaire, la mise en place d'un suivi médical. Les personnes ayant bénéficié de ce suivi médical peuvent demander au médecin qui les aura traitées un certificat nominatif mentionnant la durée et l'objet du suivi* ».

¹⁴ Rapport n° 94 du sénateur James Bordas, fait au nom de la commission des affaires culturelles, déposé le 2 décembre 1998.

¹⁵ Dans le rapport n° 1330 de M. Alain Néri, il est indiqué que « *chaque région* » devrait être dotée de son antenne médicale.

Après avoir précisé que « *chaque antenne est dirigée par un médecin qui en est le responsable* », le texte de la loi renvoie à un décret la fixation des conditions d'agrément et de fonctionnement des antennes médicales.

Le décret¹⁶ fixant les conditions d'agrément et de fonctionnement des antennes médicales de lutte contre le dopage intervient en avril 2000. Ce texte vise l'avis du CPLD et précise les neuf missions dont les AMLD sont chargées :

- mettre en place une consultation spécialisée ouverte aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage et leur proposer un suivi médical¹⁷ ;
- accueillir les personnes souhaitant un soutien médical concernant les risques liés à l'usage de substances et procédés dopants ;
- faire délivrer par la personne responsable de la consultation un certificat nominatif au sportif sanctionné dans les conditions prévues à l'article 25 de la loi du 23 mars 1999¹⁸ ;
- recueillir et évaluer les données médicales liées aux cas de dopage transmises, dans le respect du principe du secret médical, par tout médecin prescripteur au médecin responsable de l'antenne médicale¹⁹ ;
- transmettre, sous forme anonyme, l'ensemble des données recueillies à la cellule scientifique du conseil de prévention et de lutte contre le dopage ;
- contribuer, en relation avec le conseil de prévention et de lutte contre le dopage, à l'information et à la prévention des risques liés à l'usage des produits dopants, en particulier vis-à-vis des professionnels de santé concernés ;
- contribuer, en coordination avec le conseil de prévention et de lutte contre le dopage, à la recherche sur les risques liés à l'usage des substances et procédés dopants ;
- participer à la veille sanitaire en alertant les autorités compétentes, notamment le conseil de prévention et de lutte contre le dopage et le ministre de la jeunesse et des sports de l'apparition éventuelle de nouvelles pratiques à des fins de dopage ;
- exercer, le cas échéant en relation avec le conseil de prévention et de lutte contre le dopage, une mission d'expertise et de conseil auprès des personnes morales ou physiques qui le souhaiteraient, en particulier les fédérations sportives et les médecins du sport.

Cette énumération fait clairement apparaître le lien fort entre les antennes et le CPLD. La mission de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique des AMLD les place clairement en relais du CPLD sur une thématique où la notion de lutte l'emporte sur celle de prévention, limitée aux « *risques liés à l'usage des produits dopants* » ciblée sur les

¹⁶ Décret n° 2000-378 du 28 avril 2000 fixant les conditions d'agrément et de fonctionnement des antennes médicales de lutte contre le dopage prévues par l'article 2 de la loi n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage ;

¹⁷ C'est-à-dire, comme le précise l'article 4, une consultation qui doit « permettre d'assurer la prise en charge médicale et psychologique des personnes concernées par une utilisation abusive ou détournée de substances ou procédés dopants ».

¹⁸ Article 25 de la loi du 23 mars 1999, dernier al. : « Lorsqu'un sportif sanctionné en application du présent article sollicite le renouvellement ou la délivrance d'une licence sportive, la fédération compétente subordonne ce renouvellement ou cette délivrance à la production du certificat nominatif (...) ».

¹⁹ Article 7 de la loi du 23 mars 1999 : « Tout médecin qui est amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage : (...) transmet obligatoirement au médecin responsable de l'antenne médicale (...) les constatations qu'il a faites et informe son patient de cette obligation de transmission. Cette transmission est couverte par le secret médical ».

« professionnels de santé concernés ». Chargées de la délivrance de certificats nominatifs aux sportifs sanctionnés, les AMLD sont par ailleurs investies d'une mission qui relève, en partie, du domaine disciplinaire.

Les antennes sont reconnues comme des structures médicales, implantées dans un établissement public de santé et dont le responsable est un médecin. Elles ont une vocation de soin et de conseil au patient et les consultations, anonymes si le patient le souhaite, sont destinées, comme le prévoit l'article 4 du décret, à assurer une « *prise en charge médicale et psychologique des personnes concernées par une utilisation abusive ou détournée de substances ou procédés dopants* ».

Le décret, en spécifiant à son article 3 que les responsables d'antennes sont des médecins « *ayant une pratique en pharmacologie, toxicologie ou dans la prise en charge des dépendances* », élargit le champ des praticiens à même d'exercer cette responsabilité et facilite leur mise en place tout en prenant acte de la diversité des approches possibles de la thématique du dopage²⁰. Ce faisant, il pose également les bases de la disparité du réseau des antennes.

Cette dimension sanitaire se retrouve dans la procédure d'agrément des antennes. Si celles-ci sont agréées par arrêté conjoint du ministre chargé des sports et du ministre chargé de la santé, elle le sont après avis du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation dont elles dépendent territorialement. Ce dernier se prononce au vu d'un dossier transmis par le responsable de l'antenne comportant des éléments relatifs notamment au ressort géographique d'intervention de l'antenne, aux projets d'organisation et aux conditions de fonctionnement de l'antenne.

Ce dossier doit également préciser les structures médicales et pharmaceutiques capables de prendre en charge les personnes accueillies, notamment celles spécialisées en pharmacodépendance, en endocrinologie, en hématologie et en médecine du sport. Ceci justifie l'implantation des antennes dans des établissements hospitaliers et fait ressortir un des aspects de l'intervention des antennes en tant que structures d'accueil, d'orientation et de mise en place de suivi médical.

1.1.3 Une montée en puissance rapide du dispositif

La mise en place des antennes s'opère *via* un processus d'appel à candidatures auprès des équipes médicales des centres hospitaliers universitaires (CHU). Au sein des directions régionales, les médecins conseillers jouent un rôle opérationnel important dans cette démarche et ce sont eux qui, bien souvent, sont la cheville ouvrière de la création des différentes antennes dont le dispositif est à peu près complété en 2003. Le rôle fondamental qu'ils jouent vis-à-vis des antennes a été observé par les rapporteurs au cours de leur mission et souligné par plusieurs de leurs interlocuteurs.

La première antenne agréée a été en mars 2001 celle de Lorraine. Elle est implantée au CHU de Nancy²¹. Cette même année quatre antennes ont été agréées en juillet, six en septembre et

²⁰ Le même article 3 du même décret liste les compétences des personnels médicaux et paramédicaux appelés à intervenir auprès des patients des antennes : pharmacologie, toxicologie, psychiatrie ou physiologie de l'exercice.

²¹ Arrêté du 15/03/2001 publié au JO du 23/03/2001 agrément pour cinq ans l'antenne médicale de lutte contre le dopage du centre hospitalier universitaire de Nancy.

la douzième, celle de Paris, en novembre. En février 2002 l'antenne de Bretagne, implantée au CHU de Rennes, a été agréée.

Toutes ces antennes ont été implantées dans un CHU sauf celles de la Réunion, implantée au centre hospitalier départemental Félix-Guyon de Saint-Denis-de-la-Réunion, et de Paris, implantée à l'hôpital Paul-Brousse de Villejuif, qui relève de l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP).

En décembre 2003, 23 antennes étaient agréées, une région, Provence-Alpes-Côte d'Azur, comptant deux antennes, Marseille et Nice, et l'antenne de la région Rhône-Alpes comportant plusieurs sites (Lyon, Grenoble et Saint-Etienne). Il n'y avait pas, alors, d'antenne en Alsace, Corse, Guadeloupe et Guyane.

Leur financement était assuré principalement par le ministère chargé des sports qui prenait en charge le coût des missions des antennes, les établissements hospitaliers assurant l'hébergement, le chauffage, les fluides et les frais de communication. Une convention avait été établie à cette fin, selon un modèle type, entre l'établissement public de santé et les services déconcentrés du ministère chargé des sports.

Le ministère déconcentrait le montant de la subvention (titre IV, moyens d'intervention de l'État) aux directions régionales de la jeunesse et de sports, en deux fois (70 % à la signature de la convention annuelle, le solde au terme de la convention), après éventuellement l'établissement d'un avenant portant le coût définitif de l'opération. Les DRDJS versaient la subvention aux centres hospitaliers en fonction des budgets avalisés dans la convention.

1.2 L'orientation progressive de l'action des antennes vers la prévention

Le dispositif ainsi mis en place était axé sur le soin aux sportifs ayant eu recours à des pratiques dopantes, avec une composante disciplinaire, sur le recueil de données épidémiologiques, la veille sanitaire et la recherche. Son activité modeste à divers titres explique en partie l'affirmation progressive de sa mission de prévention qui s'accompagne d'une évolution des conditions de leur pilotage.

1.2.1 Un dispositif qui cherche sa cohérence

Les antennes ayant toutes les mêmes missions, des dates de création très proches et des implantations similaires, il était naturel de concevoir qu'elles formeraient un réseau et s'organiseraient en dispositif cohérent, malgré les différences de pratiques médicales de leurs responsables qui apportaient un ferment d'hétérogénéité. Au demeurant cette ouverture à des approches médicales variées peut s'analyser autant comme un refus de se priver de participants potentiels au dispositif que comme la prise en compte lucide de la diversité des approches du phénomène du dopage. Ce processus de mise en cohérence s'est avéré cependant difficile, non pas tant à cause à l'origine d'un défaut d'animation que du fait d'un manque d'activité.

1.2.1.1 Le rôle d'animation du CPLD

Le lien entre l'activité des antennes et le CPLD était clairement établi par les textes puisque cinq missions sur les neuf prévues pour les AMLD par le décret du 28 avril 2000 mentionnent l'intervention, la relation ou la coordination avec le CPLD. Dans le rapport

d'activité 2004 du CPLD, il est souligné que les compétences des AMLD « recourent largement » celles du CPLD.

Comme de nombreux interlocuteurs l'ont indiqué aux rapporteurs lors des entretiens, le CPLD jouait un rôle d'animation vis-à-vis des antennes. Les responsables ont été réunis une fois en 2002 et deux fois en 2003 « *afin qu'ils puissent échanger leurs opinions sur le dopage, de dresser le bilan des actions engagées et de définir quelques axes de travail en commun, notamment en matière de communication et de partage d'information*²² ». Ils l'ont été trois fois en 2004²³ et ont pu « *présenter certains de leurs travaux scientifiques* ». Deux groupes de travail thématiques ont été constitués : « *le premier réfléchit à une formalisation du contenu du certificat délivré par les antennes aux sportifs sanctionnés, afin d'harmoniser les pratiques des antennes* », le deuxième « *étudie le recours aux anabolisants dans le milieu du culturisme* ». De même ils se sont réunis trois fois en 2005 et un nouveau groupe thématique qui se « *penche sur les compléments alimentaires* ²⁴ » s'est ajouté aux deux précédents.

Il est difficile de mesurer la part de « pilotage » ou d'orientation que peuvent comporter ces réunions mais elles permettent au moins aux responsables d'antennes de confronter leurs pratiques et leur positionnement ainsi que de bénéficier d'une « *mise au point régulière sur les modifications en cours des dispositions législatives*²⁵ ». Par ailleurs l'association qui regroupe à partir de 2005 les responsables d'antennes, l'ANAMPREDO²⁶, avait son siège au CPLD.

En 2006, les responsables d'antennes se sont réunis encore deux fois dans les locaux du CPLD²⁷ pour procéder notamment à une « *évaluation et (une) réflexion sur l'évolution des missions des antennes* » et évoquer la commercialisation de l'EPO.

1.2.1.2 *Le premier changement d'appellation des antennes, intervenu en 2003, traduit une difficulté de fond*

De même que les dispositions législatives relatives aux AMLD avaient été codifiées²⁸ en 2000, le décret relatif aux AMLD a été codifié en 2003²⁹, les dispositions afférentes faisant l'objet des articles D. 3613-1 et suivants du code de la santé publique.

Le texte en lui-même évolue très peu, les AMLD étant désormais « tenues » (et non plus « chargées ») d'assurer 8 missions, la contribution « *à l'information et à la prévention des risques liés à l'usage des produits dopants* » et la « *recherche sur les risques liés à l'usage de ces produits* » ayant été fusionnées pour constituer une seule mission reprenant les deux items.

Cependant l'article 8 de la loi n° 2003-708 du 1^{er} août 2003 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives apporte une modification à l'article L. 3613-1 du code de la santé publique en transformant les « antennes médicales de lutte contre le

²² Rapport d'activité 1999-2003 du CPLD

²³ Rapport d'activité 2004 du CPLD

²⁴ Rapport d'activité 2005 du CPLD

²⁵ Rapport d'activité 2005 du CPLD

²⁶ Association nationale des AMPD

²⁷ Rapport d'activité 2006 de l'AFLD.

²⁸ Les articles 1 à 28 et le 1^{er} alinéa de l'article 29 sont abrogés par l'article 4 de l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique.

²⁹ Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique.

dopage » en « antennes médicales de prévention et de lutte contre le dopage » (AMPLD). Cette évolution devait permettre, selon ses promoteurs, de mieux faire ressortir la mission de prévention confiée dès l'origine aux antennes mais peu investie jusqu'alors.

Cette affirmation de la mission de prévention dans l'appellation des antennes a été une première réponse au problème posé par la faible activité de soin et de suivi des sportifs sanctionnés. Elle a traduit aussi la volonté des responsables des antennes et de leurs équipes de déployer leur activité dans un champ moins marqué par la répression et la surveillance, celui de la prévention, situé en amont de leur rôle de lutte contre le dopage. Cette intervention de prévention constitue un axe supplémentaire dans la mission générale de lutte contre le dopage dans laquelle les AMPLD restaient cependant fortement inscrites.

1.2.1.3 Une activité faible, un travail en réseau insuffisant

Un rapport remis en novembre 2004 par un groupe de travail³⁰ chargé de l'évaluation des AMPLD a fait ressortir plusieurs constats.

Il apparaît tout d'abord que les antennes se sont davantage investies dans les domaines de la prévention et de l'information vers les jeunes que dans celui du soin et de la veille sanitaire. Le rapport pointe, comme facteur explicatif, le « *recrutement très limité* » des AMPLD en termes de « *sportif sanctionné ou dopé ou ancien dopé* » et la difficulté, rencontrée par ses structures, à toucher les publics sportifs.

Par ailleurs, les antennes ne constituent pas, selon les conclusions de ce groupe de travail, un véritable réseau tirant bénéfice de sa propre diversité. Apparaissant « *isolées dans le dispositif national de lutte contre le dopage* », n'ayant pas établi de véritables liens avec le Numéro Vert Écoute dopage, les AMPLD souffrent de leur hétérogénéité, de l'insuffisante définition de leur missions et de l'absence d'outils communs.

1.2.2 Un changement d'orientation insuffisamment pris en compte

La loi n° 2006-405 du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs, dite « loi Lamour », est entrée en vigueur le 1er octobre 2006.

Elle confie à une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale, l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD), qui succède au CPLD, l'ensemble des activités de contrôle et d'analyse ainsi que le pouvoir de sanction organisé en complément de celui des fédérations. Le laboratoire national de dépistage du dopage jusque-là sous tutelle du ministre chargé des sports devient le département des analyses de l'AFLD³¹. Cette loi réalise, par ailleurs, la première transcription en droit français du code mondial antidopage (CMA), dans sa version de 2003, qui comporte des dispositions en matière de prévention du dopage.

³⁰ Composition du Groupe de travail sur l'évaluation des AMPLD *ad hoc* : Mme Paule Kassis, (ministère de la santé et de la protection sociale, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), docteur François Ihuel (conseiller médical de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Champagne Ardenne), docteur Yves Jacomet (AMPLD du CHU de Nice - laboratoire de toxicologie-pharmacologie), docteur Michel Trégaro (médecin conseiller auprès du directeur de la direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports (DRDJS) de Bretagne), docteur Jean-Luc Grillon (médecin conseiller auprès du directeur de la DRDJS de Champagne Ardenne), docteur Bernard Simon (bureau de la protection des sportifs et du public (DS5) à la direction des sports, ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative)

³¹ Source note de la direction des sports.

1.2.2.1 *La prévention, mission ministérielle*

Elle opère également un changement important dans la répartition des compétences en matière de prévention du dopage. Elle attribue la coordination des actions de prévention et de recherche au ministre chargé des sports recentrant ainsi ses missions vers la prévention, la protection du public, la promotion de la santé, la recherche et la lutte contre le trafic des produits dopants. Prenant acte de la faible activité des antennes médicales en matière de répression du dopage, la loi requalifie les AMPLD en « antennes médicales de prévention du dopage » (AMPD), officialisant l'abandon de la valence « lutte contre le dopage » au profit d'une affirmation claire de la vocation de ces structures à porter principalement des missions de prévention du dopage en venant, notamment, apporter leur appui aux fédérations dans leur propre mission de prévention du dopage³².

1.2.2.2 *La loi ne marque pas, pour les antennes, une rupture forte dans leur missions*

Cependant les antennes conservent leur rôle d'origine dans le domaine disciplinaire, puisque dans son article 7, la loi précise que les sportifs sanctionnés pour dopage « doivent bénéficier d'au moins un entretien avec un médecin » dans l'une des AMPD, cet entretien étant « validé par la délivrance d'une attestation ». De même l'article 18 insère un nouvel article (L. 3634-3-1) dans le code de la santé publique ainsi rédigé : « *Lorsqu'un sportif sanctionné (...) sollicite la restitution, le renouvellement ou la délivrance d'une licence sportive, la fédération compétente subordonne cette restitution, ce renouvellement ou cette délivrance à la production d'une attestation délivrée par une antenne médicale de prévention du dopage à l'issue d'un entretien entre un médecin et l'intéressé. A l'occasion de cet entretien, le médecin peut proposer au sportif (...) un suivi médical.* » L'action des AMPD revêt cependant une forme moins impérative qu'au titre des dispositions issues de la loi de 1999, le « certificat nominatif » devenant une « attestation », la « consultation » un « entretien » au cours duquel le médecin « peut » proposer un suivi (et non plus « propose un suivi »).

1.3 Des conditions de mise en œuvre opérationnelle inchangées

La loi n° 2006-405 du 5 avril 2006 marque donc une évolution importante. Prenant acte, en quelque sorte, de la réalité de l'activité principale des antennes médicales, ou, à tout le moins de l'activité principalement souhaitée par la majorité de leurs responsables, le législateur renforce leur orientation, de façon plus visible, vers la prévention et la prise en compte du dopage comme une question sanitaire. Cependant ce changement de dénomination et d'orientation ne s'accompagne pas d'une évolution de ces structures dont les missions ne sont pas revues, dont l'identité administrative demeure toujours aussi incertaine et dont le financement se complexifie.

1.3.1 *Un cadre juridique peu modifié*

Auparavant les antennes étaient, en quelque sorte, celles du CPLD, qui disposait donc de structures régionales, créant un maillage territorial de proximité destiné principalement à la veille épidémiologique ainsi qu'au suivi et à la « réhabilitation » des sportifs dopés sanctionnés. A partir de 2006, les AMPD ont pour vocation de devenir les antennes territoriales du ministère chargé des sports en charge de la prévention. Cependant celui-ci

³² Article 7 de la loi n° 2006-405 qui complète le deuxième alinéa de l'article L. 3621-1 du code de la santé publique.

dispose déjà, avec les directions régionales et le réseau des médecins conseillers, de relais naturels pour conduire et animer une action de prévention du dopage sur les territoires.

L'évolution conceptuelle importante opérée en 2006 ne s'est pas traduite sur le plan organisationnel.

A ce titre les rapporteurs observent que le décret n° 2006-1830 du 23 décembre 2006 qui fixe les conditions d'agrément et de fonctionnement des nouvelles antennes médicales de prévention du dopage³³ apporte peu de changement par rapport à la situation antérieure.

Le nombre de missions est alors réduit de 8 à 7 mais les contenus demeurent très proches :

- mettre en place une consultation spécialisée ouverte aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage ou susceptibles d'y recourir et leur proposer un suivi médical ;
- conformément à l'article L. 231-8 du code du sport, délivrer au sportif sanctionné dans les conditions prévues aux articles L. 232-21 ou L. 232-22 du code du sport, après entretien avec un médecin, une attestation nominative ;
- recueillir et évaluer les données médicales liées aux cas de dopage transmises, dans le respect du principe du secret médical, par tout médecin au médecin responsable de l'antenne médicale en application de l'article L. 232-3 du code du sport ;
- contribuer, sous la coordination du ministre chargé des sports et en lien avec les fédérations, à l'information et à la prévention des dommages liés à l'utilisation des produits dopants, en particulier vis-à-vis des professionnels de santé et du mouvement sportif ;
- contribuer, sous la coordination du ministre chargé des sports, à la recherche sur les dommages liés à l'utilisation des substances et procédés dopants ;
- contribuer, sous la coordination du ministre chargé des sports, à l'expertise sur les risques liés à l'usage des substances et procédés dopants, notamment par la mise en place d'un centre de ressources documentaires ;
- participer à la veille sanitaire :
 - en alertant les autorités compétentes de l'apparition éventuelle de nouvelles pratiques à des fins de dopage ;
 - en recueillant, analysant et transmettant, sous forme anonyme, aux autorités compétentes les données recueillies dans le cadre de l'activité de l'antenne.

La première mission est certes ouverte sur un champ d'intervention élargi par rapport aux dispositions précédentes, mais cette évolution ne se traduit pas par une progression nette de la patientèle.

La mission d'information et de prévention voit également son champ s'élargir au mouvement sportif et s'effectue « *en lien avec les fédérations* » mais les antennes médicales sont toujours implantées dans un établissement public de santé. Le responsable de l'antenne demeure un médecin, le champ des pratiques étant étendu à la médecine du sport et à la médecine légale. De même les missions mentionnées de soin, suivi et soutien qui peuvent être conduites en préservant l'anonymat du patient, demeurent assurées « *par des personnels* ».

³³ Codifié dans le code du sport et non plus dans le code la santé.

médicaux, paramédicaux ou des psychologues » dont les compétences citées demeurent les mêmes qu'auparavant, puisque ces personnels peuvent disposer de compétences « *notamment* » en pharmacologie, toxicologie, psychiatrie, addictologie et médecine du sport, le décret ajoutant les compétences de la médecine du sport (qui remplace la compétence en physiologie de l'exercice) et de l'addictologie.

Dans le cadre du travail de codification³⁴ la mission « expertise » disparaît en tant que telle, seule la nécessité de mise en place d'un centre de ressources documentaire qui lui était liée, demeurant rappelée dans l'alinéa consacré à la mission de recherche :

« Les antennes médicales de prévention du dopage sont chargées des missions suivantes : (...) 5° Contribuer, sous la coordination du ministre chargé des sports, à la recherche sur les risques et dommages liés à l'utilisation des substances et procédés dopants notamment par la mise en place d'un centre de ressources documentaires ».

1.3.2 Une gestion opérationnelle peu affirmée

Le dossier en vue de l'obtention de l'agrément fait l'objet d'une procédure identique, la durée d'agrément est inchangée. Le décret de 2006 a créé une obligation supplémentaire, sans doute fruit de premiers constats effectués par les services en charge de l'évaluation, de réexamen de l'agrément « *en cas de modification du service d'implantation ou des conditions initiales de fonctionnement ou de changement du médecin responsable* ».

Le décret prévoyait par ailleurs que des « critères d'évaluation » des antennes seraient élaborés conjointement par les ministères chargés des sports et de la santé. Cet élément nouveau constituait un facteur de mise en cohérence du réseau. Ce référentiel, n'a cependant, à la connaissance des rapporteurs, pas été établi.

Ainsi, alors que l'activité des AMPD semble basculer vers une dominante de prévention, les antennes demeurent dans des établissements hospitaliers, lieux principalement perçus comme ceux du soin, et la nature des intervenants évolue peu par rapport au dispositif défini en 2000, puisque, comme l'indique notamment l'article 3 du décret du 23 décembre 2006³⁵, « *les antennes médicales sont implantées dans un établissement public de santé (...), le responsable de l'antenne est un médecin (...)* » et « *les missions (définies pour les AMPD) sont assurées par des personnels médicaux, paramédicaux ou des psychologues (...)* ». Rien n'indique cependant, *a priori*, que ces personnels soient, depuis un établissement hospitalier, les mieux armés pour porter une action de prévention auprès de publics qui n'abordent pas la question du dopage comme un problème de santé.

Après 2006, les responsables d'AMPD ont été réunis à plusieurs reprises au ministère chargé des sports. Ces réunions sont devenues moins régulières à partir de 2008, étant agrégées à d'autres réunions, comme les rassemblements de médecins conseillers. Ces rencontres prennent progressivement la forme d'une présentation de l'exploitation des comptes rendus d'activité des antennes. Au cours des premières années, les responsables sont associés à des groupes de travail et de pilotage mis en place par la direction des sports. Plusieurs

³⁴ Décret n° 2007-1133 du 24 juillet 2007 relatif aux dispositions réglementaires du code du sport

³⁵ Devenu l'article D 232-2 du code du sport.

responsables d'AMPD rencontrés par les rapporteurs ont souligné le délitement progressif du pilotage du réseau constaté à partir de 2008.

Il est à ce titre significatif que la dernière action forte, citée par la plupart des personnes rencontrées par les rapporteurs, se soit déroulée en 2008 lorsque des intervenants des AMPD ont été réunis à Poitiers dans le cadre d'une formation de formateurs.

1.3.3 Un mode de financement dont la modification n'apporte pas d'amélioration

Les antennes étaient précédemment financées par la direction des sports sur le BOP sport et *via* les BOP régionaux. A partir de 2006 le financement des AMPD est géré par le CNDS, sur le plan national de développement pour le sport (PNDS). Ce choix d'un portage financier à partir d'une structure moins directement soumise à la contrainte budgétaire pouvait laisser envisager une double évolution concernant à la fois la conception du dispositif et les moyens alloués. Cependant, la mise en œuvre d'une volonté de cohérence et de prise en compte des AMPD comme un réseau global n'apparaît pas de façon nette après 2007 et le soutien alloué aux antennes, stabilisé autour d'une enveloppe de 600 000€, évolue peu dans son volume global.

C'est donc au titre du PNDS que le CNDS a assuré le financement des antennes. Ce plan, dont le financement provenait d'un prélèvement supplémentaire sur les mises des jeux exploités par la Française des jeux, avait pour vocation de favoriser le développement de la pratique sportive pour le plus grand nombre, de soutenir la préparation des élites sportives pour les grandes compétitions internationales et le renforcement du rayonnement sportif international de la France. Ces objectifs se rattachant très partiellement aux missions fixées aux AMPD, ce vecteur de financement a introduit une certaine confusion dans la répartition des rôles, l'instance chargée du pilotage et de l'animation de la politique de prévention du dopage n'étant pas le gestionnaire direct du financement des AMPD.

Lorsque le PNDS a pris fin, le CNDS³⁶ a continué de financer les AMPD *via* les crédits de subvention de fonctionnement du niveau national (part dite « nationale »). Cela a nécessité une adaptation des règles d'intervention du CNDS. En 2009³⁷ l'établissement a été doté de la possibilité juridique de verser des subventions « aux organismes assurant le fonctionnement des antennes médicales de prévention du dopage », c'est à dire les centres hospitalo-universitaires qui accueillent les antennes puisque ces dernières n'ont pas la qualité juridique qui leur permettrait d'être bénéficiaires directs d'une subvention.

³⁶ Délibération CNDS n° 2009-08

³⁷ Décret n° 2009-548 du 15 mai 2009 portant modification des dispositions du code du sport relatives au Centre national pour le développement du sport, article 2 modifiant l'article 411-2 du code du sport

2 UN ENSEMBLE HETEROGENE CONFRONTE A DE NOMBREUSES DIFFICULTES

Les rapporteurs ont observé et analysé, à travers les conditions de mise en œuvre des orientations et les actions développées, tant les difficultés rencontrées par les antennes que les leviers mobilisés pour atteindre, ou tenter d'atteindre, les objectifs fixés par voie législative et réglementaire.

Des différences notables sont constatées entre les antennes, liées à plusieurs facteurs relevant des ressources humaines mobilisées, des moyens techniques et/ou matériels utilisés, qui renvoient non seulement aux caractéristiques territoriales mais également au cadrage et au pilotage de l'ensemble du dispositif.

Chaque antenne³⁸ aborde la prévention en fonction du territoire d'intervention, du service de rattachement au sein de l'établissement hospitalier, des moyens dévolus et des coopérations locales.

Dans ce contexte il ne s'agit pas d'établir un classement des antennes ou une évaluation de chacune d'entre elles, mais de mettre en lumière des axes de convergence, souvent traduits par les personnes auditionnées en termes de propositions pour améliorer le dispositif et liées à des questionnements visant la prévention, ainsi que les facteurs qui influent sur la différenciation des situations. Certaines tendances, fondées sur des constats et des propositions récurrents, contribuent à nourrir quelques unes des pistes d'amélioration.

2.1 La disparité des antennes

2.1.1 Trois types de service d'implantation au sein des établissements hospitaliers

Sans vouloir fixer un ordre de priorité dans les éléments qui contribuent à l'identité de chaque antenne, le service d'implantation de l'antenne au sein de l'établissement hospitalier et les personnes investies influent sur le type de réponses proposé en matière de prévention et de soins.

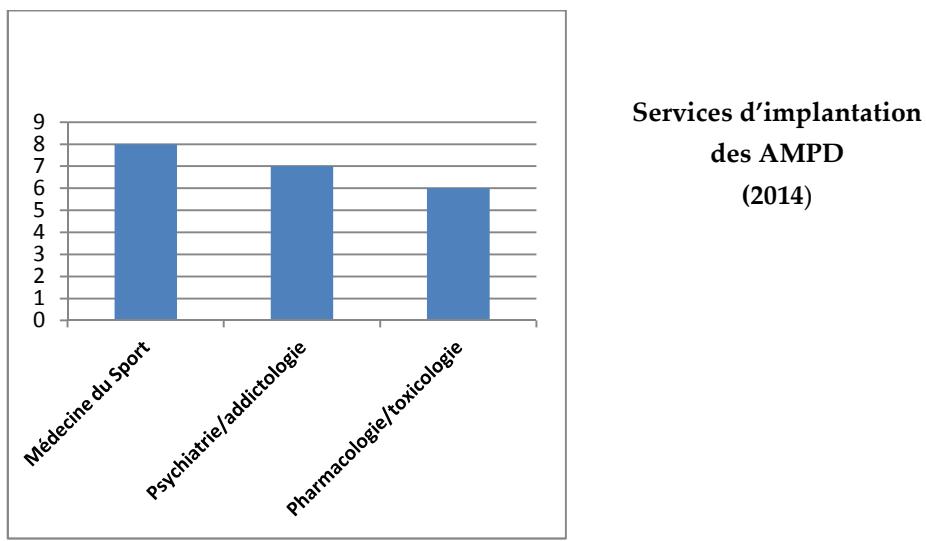
16 antennes sont implantées (ou rattachées) dans un CHU, les 5 autres l'étant dans un CH.

Le périmètre des services, pôles ou unités, est variable. Quelque soit le format on peut identifier 3 types de regroupement : les services de « pharmacologie-toxicologie », ceux des services de « psychiatrie-addictologie » et enfin ceux de « médecine du sport », avec selon les cas une association avec une valence réadaptation, exploration fonctionnelle, ou pneumologie, ou tout autre type de regroupement.

Il convient également de rappeler la situation atypique en Rhône Alpes avec l'existence de trois sites, considérés comme antennes Rhône Alpes (Lyon, Grenoble, Saint-Etienne), tous implantés en CHU dans des services de médecine du sport.

³⁸ Article L. 232-1 (code du sport) : Chaque antenne est dirigée par un médecin, qui en est le responsable.

La répartition actuelle est ainsi la suivante³⁹ :



Source : direction des sports

Les trois « catégories » sont proportionnellement représentées.

D'une façon générale, ces constructions relèvent de l'histoire. Lors de l'ouverture des antennes, les choix ont correspondu dans la plupart des cas à la mobilisation de professeurs et de médecins ayant une motivation avérée pour les questions de dopage et de prévention, sollicités, pour nombre d'entre eux, par le médecin conseiller de la direction régionale chargée des sports.

2.1.1.1 *Une approche différente du sportif selon le type de service*

Les responsables d'antenne soulignent l'approche différente du sportif qui est la leur selon la spécialité médicale du service, suscitant ainsi une interrogation sur la pertinence de la réponse en fonction de la spécialité.

De façon synthétique, on peut dire que les démarches de prévention privilégient une des approches suivantes : la première d'entre elle s'appuie sur l'analyse des déterminants comportementaux comme moyen d'aborder le sujet des conduites dopantes, la deuxième est fondée sur une approche fonctionnelle et réparatrice en relation avec la performance physique, et la troisième approche est davantage basée sur les effets des produits sur l'organisme.

Les services d'implantation ne sont pas sans incidence sur les réponses apportées en matière de prévention avec une incidence sur les actions conduites par les antennes.

Or le premier contact avec le sportif, notamment lors de séquences de sensibilisation à la prévention du dopage, est fréquemment souligné comme primordial.

En effet les interlocuteurs en médecine du sport peuvent estimer que les sportifs sont plus réceptifs à des personnes parlant un langage proche du leur, facilitant ainsi la relation. De

³⁹ Tableau portant sur 21 antennes :

- les 3 sites de Rhône Alpes comptabilisés pour une antenne ;
- Les antennes de Poitou-Charentes et de la Réunion non comptabilisées.

plus, dans la plupart des cas les médecins du sport au sein des antennes sont présents dans des instances du mouvement sportif, en étant par exemple membres de commissions médicales dans une ou plusieurs disciplines, que ce soit au niveau territorial ou à l'échelon national.

Par contre dans d'autres situations, la problématique du dopage est abordée dans un premier temps en mettant l'accent sur les déterminants comportementaux ou sur les conséquences de la prise de produits sur l'organisme.

Par ailleurs certains professionnels de santé investis dans les antennes sont, de par les sociétés savantes et les secteurs d'intervention auxquels ils appartiennent ainsi que de par leurs fonctions, impliqués plus largement dans des travaux et des réflexions pouvant traiter des questions de conduite dopante, de conduites à risques chez les adolescents ou de recherche sur les produits.

Ainsi dès lors qu'une des clés d'entrée est de favoriser la proximité avec le sportif dès le démarrage de l'action, il convient d'être attentif à la façon de le sensibiliser et de l'intéresser à la problématique du dopage. Le discours tenu et la méthode pédagogique utilisée participent de l'accroche sur cette thématique.

La diversité des approches, loin d'être un problème, est à considérer comme un levier dont il convient d'améliorer la complémentarité, voire de permettre la confrontation en termes de contenu et de méthode.

2.1.1.2 *La garantie de l'environnement hospitalier*

L'implantation des antennes au sein d'un établissement public hospitalier, a pu susciter des questions sans pour autant qu'une tendance ne se dégage en termes d'alternative.

L'argument principal qui milite pour le maintien en établissement hospitalier est celui de l'importance donnée aux professionnels de santé (spécialité et expertise), dans une structure où tous les réseaux médicaux sont présents, avec un lien avec l'université, ce qui théoriquement peut faciliter la mobilisation des acteurs pour des thèses et des mémoires, voire pour de la recherche. Sont réunis la détection et le soin dans une même structure.

On peut dans le même temps observer des complémentarités, souvent internes à l'établissement. A titre d'exemple une antenne relève d'un professeur en pharmacologie et est portée partiellement par un médecin du sport au sein d'un service dédié au sport. Ailleurs un responsable, médecin psychiatre-addictologue, collabore avec le centre d'accompagnement et de prévention des sportifs du CHU et l'antenne est hébergée dans les mêmes locaux. Il est à noter qu'une des antennes, celle de Nantes, s'est intitulée « antenne médicale de prévention et de prise en charge des conduites dopantes » ; elle est installée dans un espace externalisé au centre ville (Espace Barbara), prenant en compte également les conduites addictives.

A titre exceptionnel et pour des raisons matérielles passagères, l'une d'entre elle est située physiquement au sein de l'unité médicale d'un CREPS tout en étant rattachée au service du professeur psychiatre-addictologue du CHU.

Par ailleurs les relations entre services et spécialités peuvent parfois prendre la forme de réorientation d'un sportif vers un autre service adéquat, tout en notant cependant que l'activité consultation des AMPD reste marginale.

L'hypothèse de voir installer les antennes dans d'autres sites ne semble pas s'imposer au terme des entretiens. Par contre l'amélioration des collaborations entre structures est fréquemment évoquée ; à titre d'exemple une meilleure articulation avec les CREPS, voire avec des plateaux techniques de médecine du sport, est souhaitable. Des modalités de collaboration formelles sont considérées comme facteur d'amélioration du système.

En termes d'installations, sur la plupart des sites un bureau spécifique est identifié pour recevoir les sportifs, avec une salle d'attente souvent commune aux autres consultations, sauf exception, et un accès aux plateaux techniques et à des salles de réunion.

Pour les consultations la question du respect de l'anonymat pour le sportif se présentant à l'antenne est évoquée, distincte bien entendu de celle de la confidentialité qui reste de mise dans le cadre du secret professionnel. Les médecins rencontrés estiment, dans leur majorité, que la crainte d'une stigmatisation ne constitue pas un réel frein et ont pu constater que certains des sportifs concernés ne recherchent pas l'anonymat.

2.1.2 Une mobilisation variable des ressources

2.1.2.1 Des ressources humaines d'inégale importance

Les ressources humaines identifiées pour conduire les missions des antennes reposent sur la mobilisation de spécialistes, professeurs en médecine et médecins⁴⁰, pour certains d'entre eux chefs de service, ainsi que sur les personnels paramédicaux, pour l'essentiel des psychologues, assistés par des personnels administratifs.

Au niveau des fonctions support, les personnes exerçant des tâches d'assistance et de secrétariat (appels téléphoniques, orientation, préparation logistique des actions de prévention...) sont intégrées au service dans lequel est implantée l'antenne, sauf pour un cas. Dans la majorité des situations, la ligne téléphonique est celle du service de rattachement.

L'agrégation des temps mobilisés pour les activités des antennes peut paraître relativement faible (au total 11,46 ETPT).

Aggrégation des quotités de temps de travail (ensemble des AMPD en 2012)

Qualité	Quotité totale	Fourchette
Médical	4,91 ETPT	Entre 0 et 0,47* ETPT
Para médical	2,16 ETPT	Entre 0 et 0,40 ETPT
Secrétariat	4,40 ETPT	Entre 0,05 et 0,50 ETPT
TOTAL	11,46 ETPT	

*Correspond à une antenne répartie en 3 sites sur une même région

Cependant si ces données de temps correspondent à la durée dédiée aux missions des antennes, elles ne prennent pas en compte une disponibilité qui peut aller au-delà d'horaires

⁴⁰ 1/3 de professeurs et 2/3 de médecins

déterminés. A titre d'exemple certains de ces agents peuvent être contactés en dehors des horaires pour traiter de points concernant les activités de l'antenne ou pour des conseils.

2.1.2.2 *Une évolution divergente des soutiens financiers*

La subvention allouée à chaque antenne est attribuée par le CNDS. Jusqu'en 2012 les crédits émanaient du CNDS national. Ils ont été déconcentrés au niveau régional (commissions territoriales du CNDS) en 2013. Leur évolution fait apparaître, sur une période assez brève, une dispersion croissante des subventions versées, l'écart passant de 51 000 € en 2011 à 62 000 € en 2013.

Amplitude des subventions CNDS entre 2011 et 2013

Le montant global de la subvention CNDS était de 580 000€ en 2009 comme en 2010.

Année	2011	2012	2013
Montant global des crédits	576 000,00 €	555 000,00 €	527 286,00 €
Amplitude (subvention accordée au niveau de l'antenne)	De 14 000€ à 65 000€*	De 10 000 € à 65 000€*	De 8 000 € à 70 000€*

**Correspond à une antenne répartie en 3 sites sur une même région*

Sur les trois dernières années, la subvention a augmenté pour une antenne, elle a été maintenue pour cinq autres et a baissé pour 13 d'entre elles, avec, durant la même période, la fermeture de deux antennes (une antenne et un site) et la réouverture de deux autres.

En cas de baisse de crédits, les conséquences se sont essentiellement traduites par la diminution du nombre d'actions d'information et de prévention. A ce stade, il y a peu de démarche de recherche de financements complémentaires, ou alors de façon embryonnaire.

2.2 Des activités développées de façon contrastée

Les rapporteurs ont pu constater que les missions des antennes, telles que définies par le code du sport⁴¹ (consultation, information et prévention, recherche, participation à la veille sanitaire) sont non seulement diversement investies mais que certaines d'entre elles sont traitées par très peu d'antennes.

- Les consultations médicales**

Le nombre de consultations annuelles en 2012 est de l'ordre du millier.

Cette donnée est à nuancer dès lors que trois des antennes comptabilisent au total 717 consultations (respectivement 120, 215 et 382 consultations) en prenant en compte des consultations complémentaires aux visites du suivi médical réglementaire mis en place par les fédérations délégataires (SMR)⁴² des sportifs de haut niveau.

⁴¹ Article D 231-2 du code du sport

⁴² Art. L. 231-6 du code du sport : Les fédérations sportives délégataires assurent l'organisation de la surveillance médicale particulière à laquelle sont soumis leurs licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau....

Il convient de rappeler que la prise en charge du coût des visites relatives au suivi médical réglementaire relève du budget du ministère chargé des sports⁴³. La surveillance médicale est constituée de séries d'examens médicaux et tests approfondis, dont le contenu et la fréquence sont fixés par les textes réglementaires.

Si l'on ramène au fonctionnement classique des AMPD, on estime que chaque antenne effectue en moyenne 14 consultations médicales annuelles.

- **Les consultations paramédicales**

Le nombre total de consultations para médicales en 2012 est de 843.

Cette donnée est également à nuancer dès lors que deux antennes prennent en compte l'ajout des consultations croisées avec le SMR (respectivement 527 et 162 consultations).

Si l'on ne tient pas compte de cette spécificité, le nombre moyen de consultations est de 17 par an pour onze antennes affichant ce type de pratique.

- **Le nombre de mèls**

Le nombre de mèls reçus est de l'ordre de 65 par an et par antenne, nonobstant la situation de deux des antennes s'étant donné un rôle de coordination des informations ; l'activité mails cumulée de ces deux sites est estimée à 5 651 mails en 2012.

- **Le nombre d'appels téléphoniques**

Le nombre d'appels téléphoniques reçus interroge également avec une moyenne de 90 appels par an et par antenne.

- **Les actions d'information et de prévention**

Ces actions constituent la plus grande partie de l'activité des AMPD en termes d'investissement-temps pour les professionnels de santé et autres intervenants. On observe cependant une hétérogénéité au niveau des modalités de mise en œuvre, de publics ciblés et de contenus retenus.

- **Les activités recherche et ressources documentaires**

La moitié des antennes déclare être présente ponctuellement sur le volet recherche..

Quant à la mise en place de ressources documentaires l'activité est très variable allant de 4 documents jusqu'à des bases de données plus conséquentes ; quelques antennes capitalisent des informations pour une diffusion élargie.

- **La veille sanitaire**

Le nombre de signalements contribuant à la veille sanitaire est très restreint (6 relevés en 2012).

Art. R 231-3 à R231-11 du code du sport.

Arrêté du 11 février 2004 modifié fixant la nature et la périodicité des examens médicaux.

⁴³ BOP 219 pour un montant de 5,7 M€ en 2013.

Pour l'année 2013, en se référant à un échantillon, la tendance pour l'ensemble de ces missions est du même ordre.

La situation de l'INSEP n'est pas prise en compte dans ce diagnostic, l'établissement ne faisant pas appel à l'AMPD d'Ile de France car disposant en son sein de services dédiés (Département médical) ou liés (Département Recherche et IRMES⁴⁴).

2.2.1 Des structures qui répondent partiellement au service attendu

2.2.1.1 Des consultations en nombre très limité⁴⁵

Les consultations sont de deux ordres :

- celles relevant des reprises d'activité de sportifs ayant été sanctionnés pour fait de dopage, conformément aux obligations législatives et réglementaires ;
- celles concernant des sportifs en activité, licenciés ou non, pratiquant la compétition ou ayant pratiqué, voire pratiquant dans une discipline sans pour autant s'inscrire dans une démarche de compétition organisée et pouvant, pour chacun d'entre eux, bénéficier d'un suivi médical et/ou psychologique.

• Les consultations obligatoires

Le nombre de consultations obligatoires pour reprise d'activité pour les sportifs sanctionnés est inférieur au nombre de sanctions prononcées chaque année par les fédérations et l'AFLD.

Si la fourchette annuelle du nombre de sanctions est de l'ordre de 150 à 200, on ne retrouve pas cette donnée dans les consultations pour reprise d'activité au sein des AMPD. Les procédures disciplinaires sont prononcées par les fédérations sportives, qui se dotent d'un règlement disciplinaire relatif à la lutte contre le dopage⁴⁶, ainsi que par l'AFLD pour certaines de ces mesures⁴⁷.

Ce constat suscite bien entendu des interrogations qui à ce jour n'ont pas véritablement obtenu de réponses satisfaisantes. En effet, il conviendrait de disposer d'un état des lieux exhaustif permettant un véritable suivi prenant en compte les durées des sanctions, corrélées à leur date de début et tenant compte du fait que certains sportifs ne reprennent pas

⁴⁴ Institut de Recherche bio Médicale et d'Épidémiologie du Sport

⁴⁵

Article L. 232-1 code du sport

Elles organisent des consultations ouvertes aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage ou susceptibles d'y recourir. Ces consultations sont anonymes à la demande des intéressés.

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

Les personnes mentionnées à l'article L. 231-8 doivent bénéficier d'au moins un entretien avec un médecin dans l'une de ces antennes. Cet entretien est validé par la délivrance d'une attestation.

Article D 231-2 du code du sport:

1) Mettre en place une consultation spécialisée ouverte aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage ou susceptibles d'y recourir et leur proposer un suivi médical ;

2) Conformément à l'article L. 231-8 du code du sport, délivrer au sportif sanctionné dans les conditions prévues aux articles L. 232-21 ou L. 232-22 du code du sport, après entretien avec un médecin, une attestation nominative.

⁴⁶ Voir annexes et cf. article R. 232-86 code du sport

⁴⁷ Art. L. 232-22 et L. 232-23 code du sport

systématiquement la compétition et que, par ailleurs, certains d'entre eux pratiquent plusieurs disciplines.

Différentes hypothèses ont pu être évoquées, notamment lors d'auditions par la commission d'enquête du Sénat sur l'efficacité de la lutte contre le dopage⁴⁸, telle qu'un non passage par une AMPD malgré l'obligation législative de disposer d'une attestation de reprise.

Si l'on veut mieux cerner la réalité sur ce sujet il s'avère utile de mettre en corrélation les données relatives aux typologies des sanctions, leur durée, leur champ, la reprise ou non d'activité et les consultations se déroulant dans les AMPD.

Au-delà du principe de la délivrance d'une attestation de reprise, les interlocuteurs rencontrés ont souligné l'insuffisance, en termes de santé publique, de cette mesure dès lors qu'un sportif ayant eu recours à une pratique dopante devrait être sensibilisé pour bénéficier de conseils et d'un suivi en amont de sa reprise d'activité. Dans les faits, le sportif se présente au mieux une quinzaine de jours avant la date butoir dans le but de pouvoir de nouveau bénéficier de sa licence. Cette situation ne permet pas véritablement un travail d'accompagnement pour prévenir et lutter contre les conduites dopantes.

A ce stade, sans disposer de données consolidées, on peut cependant faire état d'une étude⁴⁹ réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine. Ce travail a porté sur 80 sportifs sanctionnés répartis sur une période de 11 ans, dans une même région et ayant bénéficié d'une consultation. Parmi ces 80 sportifs en contact avec l'antenne, 42,2 % d'entre eux ont fait l'objet dans un second temps d'un suivi médico-psychologique, ce suivi leur ayant été proposé car ils ont été considérés comme des sujets dépendants et/ou polyconsommateurs.

Conditionner la reprise de licence à une première consultation AMPD dès le début de la période avec un véritable suivi du sportif paraît être une mesure de premier niveau qui cependant se heurte à l'écueil de l'injonction. Il conviendrait *a minima* de demander au sportif, au moment de la signification de la sanction, de préciser l'antenne vers laquelle il se tournera et d'en informer la dite antenne.

- **Les autres consultations médicales ou paramédicales**

Ces consultations visent tout sportif pratiquant, ou ayant pratiqué, se trouvant en difficulté car engagé dans une conduite dopante, ou susceptible d'y avoir recours, sans pour autant avoir été sanctionné, ni, pour certain d'entre eux, pratiquer la compétition. Les responsables d'antennes font état de très peu, voire d'aucune consultation de ce type, sauf situation particulière lorsqu'il y a interrelation avec le SMR pour les sportifs de haut niveau et les sportifs espoirs.

Dans ce cas les interrelations, qui facilitent une complémentarité, sont des leviers à ne pas négliger. Elles permettent en effet de favoriser le lien entre le sportif ayant des problèmes de conduite dopante et les professionnels de santé des AMPD.

⁴⁸ Rapport n° 782 (2012-2013), fait au nom de la commission d'enquête du Sénat sur la lutte contre le dopage, présidée par M. Jean-François Humbert, sénateur du Doubs et M. Jean-Jacques Lozach, sénateur de la Creuse.

⁴⁹ Thèse médecine de Sandra WINTER, médecin responsable AMPD Lyon « Évaluation de l'entretien médical réalisé pour les sportifs sanctionnés »

Aussi la démarche peut être encouragée car elle permet de promouvoir le travail de proximité auprès des SHN et des sportifs espoirs ; il convient cependant de clarifier la ventilation et l'origine des moyens budgétaires mobilisés.

Quelques rares consultations portent sur les conseils prodigués à un sportif lors de la constitution d'un dossier de demande d'AUT (autorisation d'usage à des fins thérapeutiques).

Quant aux sportifs hors structures ou hors circuit de compétition, leur démarche auprès des antennes est quasiment inexistante.

2.2.1.2 L'information et la prévention, activités principales des antennes⁵⁰

La majeure partie des moyens mobilisés par les AMPD concerne des actions d'information et de prévention, qui se traduisent principalement par des interventions auprès des publics. La prévention repose donc essentiellement sur les ressources humaines et les compétences mobilisées.

Cette mission recouvre des réalités diverses selon les antennes.

On observe de forts contrastes liés à des choix opérés au niveau territorial, que ce soit en termes de publics cibles, qui dans la majorité des cas sont pris en compte sous forme de groupes constitués, de modes d'intervention, d'approche de la thématique du dopage et/ou d'outils utilisés. Par ailleurs, certains des intervenants peuvent être amenés, dans le cadre de leurs activités AMPD, à participer très ponctuellement à des colloques, des conférences ou contribuer à des publications.

Sans présenter de classification type, les grandes lignes qui se dégagent, d'où découlent des différences notoires, portent sur les options retenues en termes de publics cibles et de contenus. Les dynamiques régionales pour développer l'activité participent également de ces différences ; quand elles existent elles permettent de favoriser la démultiplication des actions.

- **La typologie des publics**

Une part importante des publics en contact aujourd'hui avec les antennes correspond à des sportifs de haut niveau et espoirs. Cependant la plupart des antennes interviennent également auprès d'autres types de publics sportifs lors d'actions régulières, et parfois ponctuelles.

Les sportifs de haut niveau et espoirs

Pour la majorité des antennes le public est constitué essentiellement de sportifs de haut niveau et espoirs en structure. Les interventions s'inscrivent dans le programme annuel d'activité de ces structures. Dans ce cas les intervenants interviennent dans la plupart des cas en collaboration avec les référents au sein de la DRJSCS pour l'organisation et la planification des actions. Même si la question de la prévention et de la lutte contre le dopage semble un

⁵⁰ Article D 231-2 du code du sport.

4) Contribuer, sous la coordination du ministre chargé des sports et en lien avec les fédérations, à l'information et à la prévention des dommages liés à l'utilisation des produits dopants, en particulier vis-à-vis des professionnels de santé et du mouvement sportif.

sujet incontournable pour ce public, des réticences restent réelles dans certaines structures de haut niveau, avec des arguments basés sur des programmes déjà suffisamment chargés, ou sur une non priorité d'intervention sur un thème pouvant être considéré par l'entourage du sportif comme suffisamment maîtrisé.

Cependant les médecins et personnels paramédicaux soulignent l'importance de ces interventions considérées notamment comme des moments privilégiés pour aborder la question des conduites dopantes et établir des contacts.

En revanche les sportifs de haut niveau hors structure ne bénéficient pas de ces interventions, ne faisant pas partie de groupes suffisamment identifiés et organisés.

Le public scolaire

Certaines antennes élargissent leur activité auprès des élèves en classe sportive (collège ou lycée). Il s'agit là essentiellement d'une information/sensibilisation de premier niveau qui ne fait pas systématiquement l'objet de suites. Dans quelques situations ces séquences en milieu scolaire sont financées par une collectivité territoriale.

De plus les professionnels des antennes sont régulièrement contactés par des lycéens en recherche d'informations et de conseils pour leurs travaux personnels encadrés (TPE).

Ils peuvent également intervenir ponctuellement dans des modules de formation auprès des professionnels de santé dans le secteur scolaire.

Un lien avec des publics du secteur sportif sensibilisés lors d'actions ponctuelles

Des demandes d'interventions peuvent émaner de ligues ou de comités sportifs pour une présentation de la thématique « dopage ». Dans la majorité des cas le public est peu nombreux. Cela n'exclut pas les actions de sensibilisation assurées par des responsables d'antennes qui sont investis par ailleurs au sein du mouvement sportif, et qui interviennent très ponctuellement auprès de dirigeants et entraîneurs.

Il convient cependant de noter le peu de lien entre le mouvement sportif et les antennes. Dans le même temps, 15 fédérations sportives ont inscrit en 2014 dans la convention d'objectif avec le ministère chargé des sports une ou plusieurs actions de prévention du dopage pour un montant global de 67 550 €. Le mouvement sportif mène quelques actions de prévention mais les rapporteurs ne disposent pas de bilan sur leur typologie.

Par ailleurs quelques tentatives sont à souligner pour développer, lors de manifestations sportives, une information du public avec l'utilisation d'outils (stands, plaquettes...).

Les publics en formation médicale et/ou para médicale

Les médecins des AMPD peuvent également participer à des initiatives pour intégrer dans les programmes universitaires des contenus sur la prévention et la lutte contre le dopage, et intervenir lors de séquences. De la même façon, la majorité d'entre eux ont évoqué l'utilité d'aborder systématiquement cette thématique dans les formations conduisant aux diplômes sportifs.

Pour résumer, la démarche d'intervention est déclenchée soit par une « quasi obligation » (structures de haut niveau), soit par une sollicitation d'un groupe organisé, soit par une proximité professionnelle (inscription dans des cursus de formation). En revanche, les rapporteurs ont constaté que dans la grande majorité des régions il n'y a pas, ou très peu, de prospection pour se tourner vers des publics amateurs, potentiellement vulnérables, qui de surcroît ne perçoivent pas forcément qu'ils se mettent en danger.

- **Les contenus des interventions**

Les démarches et actions mises en œuvre en matière de prévention ne sont pas sans liens avec les différentes approches. Les contenus sont variables. L'entrée peut être d'ordre technique et réglementaire avec un accent mis sur les procédures du contrôle antidopage et la liste des produits. D'autres approches sont privilégiées, basées sur des connaissances et une expertise médicales, sanitaires, et/ou comportementales.

La sensibilisation au problème du dopage s'appuie également sur des démarches visant à faire évoluer les représentations et faire tomber les tabous, le domaine étant sujet encore à beaucoup de résistance. Il s'agit également de donner la possibilité au public d'être orienté en cas de problème réel ou potentiel vers un suivi et un accompagnement individualisé.

Aux côtés des présentations, explications et analyses, certaines méthodes utilisées sont basées sur une interactivité avec le public avec l'utilisation de techniques pour favoriser la prise de parole, la prise de conscience et les échanges d'informations et ainsi faciliter l'appropriation des contenus abordés.

La diversité des approches est le reflet de la complexité du domaine traité. Toutefois un travail est à réaliser pour éviter le brouillage des messages.

- **Les dynamiques régionales**

La disparité de l'activité des antennes relève en partie des démarches conduites pour mobiliser les acteurs de terrain.

Deux axes peuvent être retenus pour illustrer les dynamiques potentielles : celui de l'animation de réseaux et celui de la formation d'animateurs relais.

L'animation de réseaux

A titre d'exemple, l'antenne de Languedoc-Roussillon participe au collectif coordonné par la DRJSCS « *Ensemble Protégeons la Santé du sportif (EPS)* » avec l'ARS, l'Institut psychologique du sport et des pharmaciens ; ce collectif intervient dans des domaines tels que la formation des animateurs, le programme du « diplôme universitaire dopage » ou la participation à l'élaboration d'une charte Vivre Sport. Dans la même région, l'AMPD a initié une opération de sensibilisation des pharmaciens à leur rôle de prévention du dopage avec un travail de signalétique en officine.

De même la DRJSCS Rhône Alpes et l'antenne régionale, constituée des trois sites, sont organisées en réseau avec une coordination qui se traduit par des réunions ayant pour thèmes notamment des points d'actualités, l'analyse des pratiques, la diffusion d'outils, la recherche et la réalisation de grilles de travail harmonisées.

Au niveau national les antennes ont tenté de s'organiser pour favoriser le fonctionnement en réseau en créant une association, l'ANAMPREDO (association nationale des AMPD).

Créée le 29 septembre 2005, elle constitue une tentative d'organisation du réseau. Portée par les AMPD, elle a pour vocation la promotion et le développement des actions de prévention, l'amélioration et la définition d'une politique de prévention, le travail avec les acteurs institutionnels tout en se positionnant comme représentante des antennes. Elle ne joue plus aujourd'hui le rôle fédérateur souhaité lors de sa création.

La formation d'animateurs relais

La constitution de réseaux d'animateurs de prévention a été initiée en 2008, au niveau national dans le cadre des travaux d'un groupe piloté par le ministère chargé des sports. Cette démarche est un levier visant à démultiplier les actions de sensibilisation ; elle permet en effet d'organiser et de développer l'offre de prévention du dopage et des conduites dopantes. En 2011 on recensait 319 personnes formées. Aujourd'hui 3 à 4 antennes poursuivent cette activité avec la nécessaire recherche de financements pour les frais de rémunération et de déplacement des membres du réseau ainsi constitué. Il s'agit non seulement de former des personnes, mais également de piloter le réseau et de maintenir un niveau d'expertise suffisant⁵¹. Des montages ponctuels et fragiles sont imaginés avec des crédits du ministère chargé des sports (BOP 219) ou, très rarement, avec des réponses à appels à projet (MILDECA⁵²).

2.2.1.3 *La recherche et le traitement des ressources documentaires, un périmètre régional peu adapté⁵³*

- **La recherche**

Les domaines de recherche en matière de dopage portent sur des problématiques très variées relatives, notamment, à la performance, à la prise de produits, aux effets sur l'organisme ou aux troubles du comportement. Plusieurs professeurs et médecins investis dans les antennes ont réalisé des études dont quelques unes ont été primées. Ces travaux sont, pour certains d'entre eux, publiées dans des revues scientifiques à comité de lecture national ou international. Quelques-unes de ces études ont, par ailleurs, bénéficié de financements de l'AMA ou de l'AFLD.

Il ne s'agit pas à ce sujet d'être exhaustif, la déclinaison des thématiques étant très large et dépassant largement le cadre des antennes, mais à titre d'exemple on peut noter le travail « *Évaluation et description des troubles alimentaires des sportifs de haut niveau* » faisant l'objet d'un partenariat entre les CHU et les antennes de Nantes, Bordeaux et Grenoble. De même, les travaux de recherche ont été conduits sur les boissons énergisantes et les conduites dopantes en Nord Pas de Calais. Certains peuvent faire l'objet de publication dans des revues médicales ; il en est ainsi du thème « *La nature est-elle plus forte que les chimistes ?* »

⁵¹ En Rhône Alpes : PREVDOP (Prévenir le dopage et les conduites dopantes) coordination DRJSCS en lien avec l'AMPD et l'IREPS (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) ; un réseau constitué d'une quinzaine de personnes formées (médecins, psychologues, entraîneurs...).

⁵² Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

⁵³ Article D 231-2 du code du sport : «^{5°} Contribuer, sous la coordination du ministre chargé des sports, à la recherche sur les dommages liés à l'utilisation des substances et procédés dopants, notamment par la mise en place d'un centre de ressources documentaires ».

émanant du CHU et de l'antenne de Midi-Pyrénées ou en Limousin avec un article "*Dopage, quel rôle pour le pharmacien ?*" qui a reçu le prix éditorial 2013 de la presse des professions de santé.

L'encadrement de thèses ou de mémoires participe également au traitement de sujets sur le dopage. La liste en est longue et, à titre de simple illustration, on peut citer, en Languedoc-Roussillon, les travaux menés sur des thèmes tels que « *le dopage génétique* », « *le dopage par les régulateurs de la myostatine* », ou « *l'influence des médias sur les représentations du dopage* ».

Cependant, les rapporteurs s'interrogent sur la pertinence de voir cette activité identifiée en tant que mission relevant entre autres des AMPD. On pourrait estimer en effet que, par bien des aspects, cette activité hospitalo-universitaire s'inscrit dans le cadre général des travaux des CHU en matière de recherche. Elle dépend également d'autres acteurs de la lutte contre le dopage comme l'AFLD ou l'AMA mais également de structures telles que l'IRMES.

Par ailleurs le périmètre régional n'est pas le mieux adapté aussi bien pour la détermination des thématiques de recherche que pour la taille des panels. Cette situation milite pour un traitement de niveau interrégional, voire national, en lien avec des structures déjà organisées pour cette mission.

Cela n'exclut pas la possibilité d'encourager des thèses et des mémoires d'étudiants portant sur des thématiques de prévention du dopage et de réaliser des études circonstanciées, les CHU étant des établissements adaptés pour ce type de travaux.

Les thématiques peuvent non seulement porter sur les produits, les conduites dopantes et addictives mais également sur la compréhension des facteurs favorisant les pratiques dopantes, la mesure de l'impact des actions de prévention ou la représentation du dopage en faisant appel également aux sciences humaines.

- **Les ressources documentaires**

La mise en place d'un centre de ressources documentaires est un moyen de disposer d'informations et de données sur l'état de la connaissance en matière de dopage et de prévention. Treize antennes ont conçu une base informatisée. On observe cependant que toutes n'ont pas de démarche de diffusion de l'information.

Cependant pour tenter de répondre à cette activité de cette mission, quelques antennes ont conçu des outils de recensement de données et mis en place des modes de diffusion.

L'antenne des Pays de la Loire est administratrice du site « Dop santé » qu'elle a créé pour pouvoir disposer d'un site référent pour les antennes. Si son utilisation est principalement régionale en tant qu'interface avec les animateurs conférenciers, elle développe également une activité à destination de l'ensemble des antennes afin de présenter les coordonnées de chacune d'entre elles, complétées par des pages d'actualité, des informations techniques et scientifiques, des renvois sur des outils, des témoignages...

Dans le même temps, l'antenne du Languedoc-Roussillon diffuse une lettre mensuelle, (sous forme de news letter sur abonnement gratuit) à contenu médical, scientifique ou réglementaire à destination d'abonnés (professionnels de santé, ligues sportives...).

L'antenne de Midi-Pyrénées, quant à elle, élabore un bulletin d'information trimestrielle et une revue de presse transmis également à des abonnés.

Quelques collaborations avec des CIRDD et des CRES, pour mutualiser la ressource documentaire, sont initiées.

D'une façon générale cette activité nécessite une veille permanente, une actualisation des informations et une collecte de travaux, documents et articles. Son utilité est directement liée aux conditions d'exploitation des données et du mode de diffusion. Aussi il convient de s'interroger sur l'opportunité d'identifier une ou plusieurs antennes ayant une vocation spécifique sur cette activité plutôt que de retenir cette mission de façon générique pour l'ensemble des antennes.

Il serait par ailleurs utile de mieux articuler le rôle du CAEVOPD⁵⁴ (point 2.4.1), en tant que comité chargé de l'évaluation d'outils et de supports en matière de prévention du dopage, avec l'activité de recueil de ressources documentaires.

2.2.1.4 *La veille, une mission très peu investie*⁵⁵

La détection et le signalement par les médecins traitants de pratiquants sportifs en difficulté dans des situations de dopage ou de conduites à risques est un moyen, en les orientant vers les AMPD missionnées à cet effet, de les accompagner, de diminuer le cas échéant les conséquences de la prise de produits, voire de faciliter la reprise d'une activité saine. Cette démarche est prévue par voie législative et réglementaire⁵⁶. Force est de constater qu'elle n'est pas mobilisée ; les interlocuteurs ont fait état du manque de connaissance de cette obligation de la part des médecins généralistes.

Par ailleurs en termes de participation à un réseau d'alerte, seule l'antenne d'Ile de France est présente au sein du réseau régional d'alerte sanitaire coordonné par l'ARS.

Cette situation rejoint les observations faites tout au long de la mission, à savoir le manque de lisibilité et de visibilité des antennes ainsi que la non prise en compte de la prévention du dopage dans le processus de santé publique.

⁵⁴ Comité d'accompagnement, d'évaluation et de validation des outils de prévention du dopage.

⁵⁵ Article D 231-2 du code du sport⁵²

3°) Recueillir et évaluer les données médicales liées aux cas de dopage transmises, dans le respect du principe du secret médical, par tout médecin au médecin responsable de l'antenne médicale en application de l'article L. 232-3 du code du sport ;

6°) Participer à la veille sanitaire en alertant les autorités compétentes de l'apparition éventuelle de nouvelles pratiques à des fins de dopage et en recueillant, analysant et transmettant, sous forme anonyme, aux autorités compétentes les données recueillies dans le cadre de l'activité de l'antenne.

⁵⁶ Article L232-3 modifié par l'ordonnance n°2010-379 du 14 avril 2010 - art. 19 : le médecin qui est amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage :

- 1° Est tenu de refuser la délivrance d'un des certificats médicaux définis aux articles L. 231-2, L. 231-2-1 et L. 231-2-2 ;
- 2° Informe son patient des risques qu'il court et lui propose soit de le diriger vers l'une des antennes médicales mentionnées à l'article L. 232-1, soit en liaison avec celle-ci et en fonction des nécessités, de lui prescrire des examens, un traitement ou un suivi médical ;
- 3° Transmet obligatoirement au médecin responsable de l'antenne médicale mentionnée à l'article L. 232-1 les constatations qu'il a faites et informe son patient de cette obligation de transmission. Cette transmission est couverte par le secret médical.

2.2.2 Une collaboration entre acteurs insuffisamment développée

La politique de prévention du dopage relève à la fois d'acteurs nationaux avec, parfois, une déclinaison territoriale des objectifs, et, dans le même temps, s'inscrit dans la proximité avec des interventions de terrain.

La mission d'inspection générale ne porte pas sur un diagnostic de la politique générale de prévention du dopage ni sur la façon dont les différents acteurs traitent ce domaine. Il convient cependant d'évoquer les différents acteurs partie prenante de la question du dopage.

- **Le mouvement sportif devrait être un des acteurs majeurs de la prévention**

Au niveau national le CNOSF⁵⁷ organise chaque année un colloque auquel participent certains responsables d'AMPD. L'objectif de ces rencontres, sur deux journées, vise à faire un point sur l'évolution législative et réglementaire, ainsi que sur l'actualité dans le champ du dopage (aspect scientifique, contrôles, processus...).

Le CNOSF a également réalisé un outil internet pour tester les connaissances en matière de dopage.

Les fédérations sportives quant à elles, ont, dans le cadre de leurs missions⁵⁸, à développer auprès de leurs licenciés et de leur encadrement une information de prévention de l'utilisation des substances et procédés dopants avec l'appui des antennes médicales de prévention du dopage. Par ailleurs les programmes de formation de cadres doivent intégrer ces thèmes.

Au niveau territorial des subventions sont allouées au mouvement sportif sur la part territoriale du CNDS.

Répartition crédits CNDS / « part territoriale » pour la prévention du dopage

Prévention du dopage	2012			2013		
	Montant	Nb actions	Montant moyen	Montant	Nb actions	Montant moyen
Structures régionales	17 850 €	22	811 €	38 080 €	31	1 228 €
Structures départementales	17 820 €	21	849 €	29 400 €	21	1 400 €
Clubs	43 152 €	66	654 €	61 986 €	85	729 €
TOTAL	78 822 €	109	723 €	129 466 €	137	945 €

Source : CNDS

Dans les faits, on observe peu de liens entre le mouvement sportif et les antennes alors que le code du sport le prévoit. Une collaboration en matière d'information et de prévention permettrait non seulement des économies d'échelle, des mutualisations de moyens et des échanges constructifs, mais également de pallier les liens ténus entre la structure qui accueille les sportifs et la démarche de prévention engagée dans d'autres lieux.

⁵⁷ Comité national olympique et sportif français

⁵⁸ Article L.231-5 du code du sport.

Aujourd’hui les relations se construisent essentiellement par le biais de connaissances interpersonnelles.

- **La prévention du dopage est abordée comme un sujet connexe par les autorités en charge de la santé publique**

Le champ de la prévention en général couvre des domaines variés ; le traitement des volets « santé », « conduites addictives » et « conduites dopantes » se caractérisent par une proximité en termes de démarche alliant la sensibilisation des publics et leur possible accompagnement.

A ce titre la MILDECA, chargée de coordonner l'action du gouvernement pour la lutte contre les drogues et les conduites addictives, tient une place particulière. Elle est attachée à une démarche concertée et une mise en cohérence des actions dans une approche plus large de santé publique. Elle pilote le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Depuis 2014 le volet prévention des conduites dopantes est inclus dans les orientations de la MILDECA. Trois mesures y font référence⁵⁹. Par ailleurs elle a, en son temps, participé à des groupes de travail pilotés par le ministère chargé des sports, notamment au sein du CAEVOPD. Elle est représentée aujourd’hui au sein du COPIL relatif à la prévention du dopage mis en place le 10 décembre 2013 (cf. 2.4.2).

Par ailleurs en matière de développement de l'accès aux activités physiques et sportives, les ministères respectivement chargés de la santé, de la cohésion sociale et des sports ont publié une circulaire le 25 décembre 2012⁶⁰ visant à favoriser la pratique des activités physiques et sportives sous l'angle de l'insertion sociale et de l'amélioration de la santé, en ciblant les publics ayant des besoins spécifiques. Si ces orientations n'entrent pas dans le champ de la prévention du dopage, leur mise en œuvre mobilise toutefois des réseaux d'acteurs ayant vocation à conduire des actions de prévention et d'accompagnement. Il conviendrait d'améliorer l'articulation entre ces réseaux en identifiant notamment les compétences transférables.

Certains interlocuteurs ont mis en avant la nécessité de considérer la prévention du dopage comme une « œuvre collective ».

Le cloisonnement nuit à la complémentarité de l'action, à la confrontation constructive d'expériences, à la recherche de cofinancements et au partage de moyens ; il ne facilite pas non plus le parcours du public, de l'information aux conseils et à l'accompagnement individualisé, voire au soin.

⁵⁹ Mesure 8 : Actions d'informations sur les compléments alimentaires dénués de contaminants dopants (AFNOR)
Mesure 89 : Sensibilisation des sportifs sur la nature et les dangers des produits dopants

Mesure 108 : Former les intervenants en éducation pour la santé et les intervenants en santé scolaire au thème des conduites dopantes et du dopage

⁶⁰ Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique.

2.3 Un déficit de méthode pour conduire une activité complexe à objectiver

Pour évaluer l'activité développée par les antennes les rapporteurs se sont appuyés, en complément des entretiens qu'ils ont conduits, sur différents documents : rapports d'activité transmis annuellement au ministère chargé des sports ou établis à l'échelon local pour la DRJSCS, conventions entre les établissements hospitaliers et le CNDS, budgets, comptes rendus de réunions, synthèses établies par la direction des sports et évaluations effectuées en amont du renouvellement des agréments en 2004 et 2008.

Le mode de recueil de données et les moyens utilisés pour établir les bilans d'activités sont rapidement apparus comme insuffisants.

Les investigations font ressortir une grande diversité de situations mais également un potentiel en termes de leviers susceptibles d'être mobilisés, l'ensemble de ces données étant très partiellement repérables avec les outils actuels.

2.3.1 Des outils de suivi de l'activité des AMPD qui manquent de pertinence

Les rapporteurs ont constaté des insuffisances en termes de recueil d'informations relatives à l'activité des antennes. Les supports utilisés par la direction des sports ne sont pas adaptés et, de ce fait, peu exploités. Cette situation n'est pas récente puisque le premier rapport d'évaluation des antennes notait déjà, en novembre 2004⁶¹, que « *en dehors de la demande de subvention au niveau central du MJSVA, le bureau de la protection des sportifs et du public de la direction des sports (DS5) est peu informé des activités des AMPLD* ».

Les outils de suivi que sont les rapports d'activité annuels ont fait l'objet depuis 2004 de quatre versions différentes, sans véritable articulation entre les logiques successives, avec en 2010, une tentative d'utilisation d'une application informatique (SOLEN)⁶² pour faciliter l'exploitation des informations. Cette version n'a pas perduré car sa logique ne permettait pas de répondre aux besoins. Les responsables d'antennes ont ainsi été amenés à renseigner des versions successives, quelques-uns utilisant encore d'anciens documents et certains produisant des comptes rendus sous une forme « locale » à destination, notamment, de leur « nouvelle tutelle opérationnelle », le DRJSCS. Si la construction de la version actuelle n'est pas suffisamment opérationnelle en termes de collecte et d'exploitation des données, elle apparaît, de plus, peu adaptée à une analyse de la corrélation entre objectifs, moyens, et activités. Ce document, de compte rendu d'activité, du fait même de ses limites, est peu exploité transversalement aujourd'hui. Il convient donc *a minima* de reformater la maquette du rapport d'activité, inutilement lourd et complexe à remplir et insuffisamment adapté aux informations à recueillir.

⁶¹ Rapport du groupe de travail sur l'évaluation des AMPLD, 2004.

⁶² SOLution d'ENquête en ligne

Au-delà de cet aspect propre au recueil de données, les rapporteurs observent que l'impact des actions de prévention ne fait pas l'objet d'une demande précise de la part du ministère chargé des sports.

Cet impact, comme pour toute action de prévention, est certes difficile à mesurer directement d'une façon générale, car les effets d'une action ne peuvent être perçus qu'à plus ou moins long terme. A cet égard le volet « évaluation » des effets des actions de prévention sur le public concerné rejoint le domaine de la recherche et implique des opérations d'une autre envergure qu'un simple bilan annuel déclaratif. Cette évaluation doit s'appuyer sur des processus scientifiques (protocole, méthodologie, définition d'un panel, recueil de données, exploitation...). Dans ce cadre des évaluations ponctuelles et ciblées au niveau interrégional, voire national, sont envisageables. Ces travaux pourraient prendre plusieurs formes en s'appuyant sur des monographies ou des études de cas pour analyser dans la durée les effets des actions.

Cette démarche n'exclut cependant pas que des évaluations soient conduites, en temps réel ou différé lorsque des publics identiques sont rencontrés de façon récurrente. Ces mesures d'impact peuvent être établies à partir de questionnaires ou d'échanges proposés aux publics à la suite d'une action de prévention du dopage. Certaines AMPD ont ponctuellement recours à cette méthode, dont l'ambition est limitée, mais qui permet aux intervenants en prévention d'adapter au mieux leurs modalités d'intervention au plan local.

2.3.2 Une information budgétaire artificielle

Le travail d'évaluation suppose pour sa conduite, le rapprochement d'un engagement de moyens avec un service rendu. Ces deux types de données devant être mesurables, la mission, à partir des données recueillies auprès de la direction des sports, du CNDS, des directions régionales et des responsables des AMPD, a constaté que les données disponibles étaient exposées à plusieurs types de fragilités :

- ✓ les informations sont, pour la plupart, recueillies sur une base déclarative ;
- ✓ le cadre de recueil des données (rapport d'activité) traduit mal la réalité des activités portées par les antennes ;
- ✓ les budgets fournis par les établissements ne reflètent qu'imparfaitement les flux réels ;
- ✓ l'ensemble des coûts n'est pas recensé ;
- ✓ la quantification des activités cliniques est par nature difficile, celle des activités de prévention encore davantage ;
- ✓ les mesures d'impact sont également complexes.

Le fait que les AMPD ne soient pas des services mais des morceaux de service, peu identifiés en gestion, ne favorise pas la clarté budgétaire. Les responsables d'AMPD présentent certes des budgets prévisionnels et remettent des budgets exécutés pour soutenir les demandes de

subventions, mais les rapporteurs ont été, à plusieurs reprises, amenés à s'interroger sur la pertinence des informations contenues dans ces documents.

Ainsi les budgets des AMPD ne sont-ils pas tous présentés à l'équilibre. On peut considérer qu'alors la différence est couverte par l'établissement, ou bien qu'elle est absorbée en cas de non utilisation de l'intégralité de la subvention, des reports étant, en règle générale, effectués sur l'année N+1. La subvention du CNDS aux antennes se présente, en effet, comme une contribution au budget général de l'établissement, « reversée » sur celui du service hospitalier qui accueille l'antenne. Cette contribution attendue est intégrée au projet de budget du service support de l'antenne qui est présenté par le responsable de ce service en année N-1. Elle contribue donc à un équilibre général en finançant des temps de services, des vacations et des petites dépenses directement liées à l'activité de l'antenne médicale. Il s'agit bien sûr d'une estimation difficile à établir et qui peut parfois se révéler éloignée de la réalité, notamment en matière de quotité de temps. Ce caractère artificiel est d'autant plus marqué que les intervenants sont nombreux au sein des antennes et que leur activité est par ailleurs intégrée à celle du service hospitalier support.

Cela ne signifie pas que le montant de la subvention versé n'est pas utilisé dans son intégralité à l'activité de l'antenne, mais que la vérification de cet usage est impossible à la lecture des documents fournis. A titre d'illustration les rapporteurs ont relevé les situations suivantes :

- une antenne qui effectue des consultations médicales mais qui n'indique pas de quotité de temps de personnel médical dans son compte rendu d'activité tout en inscrivant une dépense à ce titre dans son projet de budget ;
- une antenne dont le responsable indique qu'il a choisi « par souci de clarté et de simplicité », d'utiliser la subvention pour financer exclusivement, en charge de personnel, un mi-temps de secrétariat dans le service d'accueil, tout en reconnaissant que cet agent ne consacre pas, loin de là, 50 % de son temps de travail à l'antenne et que, en revanche, lui-même et ses assistants s'investissent pour l'activité de l'AMPD sur leur temps « hospitalier ».

Le fonctionnement du système conduit ainsi à un retour d'information budgétaire faussé. Ce handicap peut être surmonté au niveau local par un dialogue de gestion renforcé. Il est problématique pour un pilotage d'ensemble du dispositif au niveau national. Le rapprochement des moyens et des produits identifiés, au-delà des incertitudes constatées sur leur mesure, fait donc apparaître des situations très contrastées qui doivent être corrigées.

Le changement d'échelon de pilotage budgétaire en 2013 du CNDS « part nationale » à la « part territoriale » a permis, à cet égard, une densification du dialogue de gestion, une baisse globale du montant des subventions tout en entraînant des écarts accrus entre les montants alloués à chaque antenne.

Ces limites posées, une approche par les budgets fait ressortir un certain nombre de points.

Si l'ensemble des antennes constituait une seule structure, en supposant les budgets parfaitement superposables, le budget 2013 ferait apparaître une structure de coûts ou la rémunération des personnels représente 79 % du total, les frais divers de fonctionnement (matériel, consommables, documentation, déplacements..) 15 % et les « frais de structure »

(dotations aux amortissements, frais financiers..) 6 %. Les ressources sont constituées à 95 % des subventions du CNDS, le solde étant constitué par l'intervention de certains établissements hospitaliers, des dotations complémentaires à partir des BOP régionaux ou des ressources propres générées par l'activité des antennes médicales intervenant en prévention.

Cette structuration globale appelle de la part des rapporteurs les observations suivantes :

- certains établissements introduisent des charges et participations aux frais généraux qui sont contraires à l'esprit du dispositif puisque les textes des conventions entre le CNDS et les établissements prévoient que les frais d'hébergement⁶³ des antennes sont pris en charge par les centres hospitaliers⁶⁴ ;
- les charges de personnel qui sont naturellement les plus importantes, ont une dynamique propre. Celle-ci est liée notamment au glissement vieillesse technicité, compte tenu du fait que la majorité des personnels intervenants sont des personnels hospitaliers et non pas des personnels intervenant sur vacation. Dans ce cas de figure la croissance des dépenses de personnel ne traduit pas, cependant, une évolution positive de l'activité des antennes. En cas de contraction de la ressource se sont les frais de secrétariat qui disparaissent généralement en premier, mais les missions de prévention sont également impactées.

2.4 Un pilotage insuffisant

On peut à ce stade classer les antennes en trois types : celles qui font preuve de dynamisme, communiquent entre elles et prennent en compte des besoins identifiés, celles qui ont des moyens qu'elles estiment très insuffisants mais qui sont dans la recherche de solutions partielles et celles qui sont aujourd'hui en difficulté.

Si la majorité des antennes a développé de façon indépendante des actions pour répondre à une partie des missions prévues par les textes, certaines de celles-ci étant délaissées, le diagnostic établi par les rapporteurs a permis d'identifier des pistes en termes d'amélioration.

La quasi-totalité des responsables d'antennes rencontrés par les rapporteurs ont fait part de l'utilité de pouvoir échanger, capitaliser sur leurs pratiques, harmoniser certains outils et rendre visible et lisible leur activité au bénéfice des sportifs. Des orientations nationales claires sont attendues, sans pour autant brider les initiatives et la créativité locale.

A la suite de la loi du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs attribuant au ministère chargé des sports un rôle central dans l'engagement et la coordination de la prévention et de la recherche en matière de dopage,

⁶³ L'établissement met à disposition de l'antenne des locaux de consultation, composés au minimum d'un cabinet de consultation, d'une salle d'attente et d'un accueil : ces locaux sont destinés aux consultations prévues dans le cadre des missions des antennes ; l'éclairage, l'entretien, le gardiennage et le chauffage des locaux sont à la charge de l'établissement de même que l'installation et les frais de fonctionnement de deux lignes téléphoniques.

⁶⁴ Le ministère chargé des sports prend à son compte l'aménagement des locaux s'il y a lieu et l'achat éventuel de meubles et matériel médical ou informatique nécessaire au bon fonctionnement de l'antenne ; il participe au financement des vacations du personnel et subventionne l'ensemble des frais relatifs à l'achat de consommables nécessaires au bon fonctionnement de l'antenne, ainsi que les frais de déplacement et les interventions du personnel médical et paramédical en rapport avec leurs missions au sein de l'antenne.

trois groupes de travail ministériels⁶⁵ réunissant des représentants des principales structures impliquées dans ce domaine avaient été constitués en décembre 2006. Si durant quelques années le pilotage du dispositif a été effectif, et a permis des échanges et produit des réalisations, on constate qu'aujourd'hui la dynamique s'est émoussée.

2.4.1 Des dynamiques insuffisamment exploitées

Entre 2002 et 2008, une forme d'accompagnement du dispositif se met en place au travers de quelques initiatives, issues de groupes de travail pilotés notamment par la direction des sports.

A titre d'exemple il convient de faire état de l'évaluation réalisée en 2007 dans la continuité de celle effectuée en 2004. Elle a été conduite par le ministère chargé des sports et constitue le résultat d'un travail coopératif qui a permis de formaliser des constats, des analyses et des orientations pour améliorer le fonctionnement du dispositif.

Les travaux des groupes ont permis également d'initier des démarches et de réaliser des outils tel que le guide des formateurs en 2008⁶⁶ avec, en complément, la mise en place de formations interministérielles de formateurs, animateurs et acteurs de prévention en matière de prévention du dopage, en collaboration avec la MILDT⁶⁷.

Ce travail d'animation transversale s'est poursuivi après 2008 et des groupes de réflexion ont été réunis ensuite. En 2012 par exemple, un groupe national de travail a identifié des pistes pour améliorer le fonctionnement des AMPD⁶⁸. Ces propositions n'ont cependant pas été véritablement exploitées et ce groupe n'a pas été réuni depuis, ce qui a suscité une certaine démotivation et des interrogations au sein du réseau.

La mise en place du comité d'accompagnement, d'évaluation et de validation des outils de prévention du dopage (CAEVOPD), piloté par le ministère chargé des sports et présidé par le professeur Philippe-Jean Parquet, est également une émanation de ces travaux de réflexion. Composé d'experts, il a pour missions d'évaluer et d'émettre des avis sur des projets d'outils de prévention du dopage proposés au niveau national ou à l'échelon local, en visant la construction d'une doctrine partagée. La démarche doit permettre de garantir une cohérence des messages diffusés, quelle que soit leur forme (plaquettes, affiches, outils interactifs...). Les protagonistes ont fait part de leurs interrogations quant à l'opportunité, voire la cohérence de certains outils diffusés aujourd'hui. Les limites de l'exercice apparaissent dès lors que cette instance émet des avis qui peuvent être suivis ou non, sans nécessité par ailleurs de rendre obligatoire l'exercice. Par ailleurs un accompagnement et des conseils en amont de la réalisation d'outils pourraient avoir toute leur place dans ce type de comité, la pédagogie étant de mise en la matière.

Les rapporteurs observent que d'autres instances se sont dotées de comité de validation. A titre d'exemple, la MILDECA disposait jusqu'en 2013 d'un conseil ayant des objectifs de

⁶⁵ Groupes thématiques constitués autour des thèmes suivants : « formation des acteurs de prévention », « outils de prévention », « recherches et études ».

⁶⁶ « Comment prévenir les conduites dopantes ? » Guide à l'attention des acteurs octobre 2008 - Ministère chargé des sports

⁶⁷ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (aujourd'hui MILDECA)

⁶⁸ Voir annexe

même nature. Depuis, le rôle de ce conseil a évolué vers l'évaluation des activités développées, sous forme d'aide à la conduite évaluative.

Pour la période 2008-2011, le ministère chargé des sports a élaboré un premier programme national de prévention du dopage (PNPD) accompagné par la mise en place de groupes de travail et construit autour d'objectifs⁶⁹. Des outils ont été élaborés et des formations mises en place.

2.4.2 Une nécessaire remobilisation

Le sujet de la prévention du dopage est à multiples facettes. Il s'inscrit dans un paysage plus large aux côtés et en complémentarité de la lutte contre le dopage et de la répression des trafics, tout en disposant de caractéristiques propres.

Traiter de la prévention du dopage nécessite de s'interroger sur une politique publique de santé du sportif confronté à des conduites dopantes, de créer les conditions pour articuler les actions complémentaires entre acteurs potentiels, et de faire vivre le dispositif avec une réelle coordination.

2.4.2.1 *Une politique de prévention du dopage qui repose aujourd'hui sur des actions non articulées, et insuffisamment évaluées*

Cela n'exclut pas l'existence d'actions volontaristes qui ont le mérite d'exister et peuvent servir de modèle. Cependant la direction des sports n'a pas mis en place d'indicateur de mesure ou d'instrument d'analyse de sa performance en matière de prévention. Le seul élément de suivi dans ce domaine pourrait être fourni par l'indicateur relatif au nombre de sportifs de haut niveau ou espoir ayant satisfait aux obligations de suivi médical complet au cours d'une année, dans la mesure où ce suivi comporte une dimension de prévention très partielle et rien n'indique qu'il puisse être utilement exploité comme un indicateur d'action de prévention.

Le plan national de prévention du dopage 2011-2014 n'a pas fait l'objet, à la connaissance des rapporteurs, d'une évaluation *ex post*. Le PNPD 2013-2016 qui se traduit, en partie, par une compilation de fiches actions, semble avoir été élaboré sans beaucoup d'échanges ni de coopération avec les AMPD. Pourtant, celles-ci occupant, de par leurs missions et par leur implantation dans chaque région, une place particulière dans le dispositif de lutte et de prévention du dopage, elles devraient, à ce titre, constituer un levier d'action du PNPD et être acteur de son élaboration. Les AMPD intervenant dans le cadre défini par le PNPD et en cohérence avec les quelques actions développées par le mouvement sportif, la bonne articulation de leurs démarches respectives et des activités qui en découlent est largement attendue. Le manque de fonctionnement en réseau apparaît ici comme un facteur de fragilité majeur du dispositif.

⁶⁹Améliorer la connaissance des conduites dopantes / améliorer l'observation et l'évaluation des actions de prévention / améliorer la formation des professionnels / informer les acteurs de prévention et le public / développer et organiser l'offre de prévention.

2.4.2.2 Des conditions nécessaires à une organisation opérationnelle et à un fonctionnement efficient

Le développement de la prévention du dopage s'appuie d'une part sur la définition d'orientations, en priorisant les missions, et d'autre part sur un réel pilotage national à partir d'un cadre défini.

Le premier COPIL relatif à la prévention du dopage a été mis en place par le ministère chargé de sports le 10 décembre 2013⁷⁰. Ce comité de pilotage est chargé, entre autres, du suivi du PNPD. Il doit s'attacher à définir des orientations, tout en adoptant une méthode de travail opérationnelle et en se dotant d'outils de pilotage et de suivi.

Le COPIL s'est notamment donné comme objectif d'intégrer des « *réflexions sur la définition d'une doctrine en matière de prévention de dopage, avec l'élaboration d'éléments de langage communs à l'ensemble des différents organismes et publics (pratiquants, parents, encadrants, entraîneurs...)* »⁷¹. Il aura à convenir d'une définition de politique de prévention du dopage, à en définir les contours et à arrêter des modalités de travail. Le COPIL devra s'attacher à mettre en perspective et en corrélation des initiatives éparses, et à remobiliser les acteurs. Il conviendrait d'ajouter à cette instance un représentant du ministère chargé de la santé⁷².

En termes de pilotage et d'animation du réseau des antennes, les domaines à traiter sont nombreux, non exhaustifs et de natures diverses. Ils relèvent à la fois de la gouvernance, du cadrage et de la capacité à mobiliser les acteurs. A titre d'exemples, la mise en cohérence et l'articulation avec d'autres acteurs (médecins, mouvement sportif...) mais également la typologie des publics cibles potentiels, les options retenues en termes d'actions d'information et de prévention, les outils ayant vocation à être mutualisés, ou les domaines à traiter au niveau de la recherche constituent un aperçu des pistes.

La richesse et la diversité des compétences rassemblées au sein des antennes ainsi que les réseaux internes potentiels doivent être considérés comme des leviers démultiplieurs et comme des sources d'innovation. Cette insuffisance du pilotage national a, par ailleurs, conféré une marge importante d'évolution au système. Les antennes se sont d'autant plus facilement adaptées aux approches, demandes et contextes locaux que leurs missions étaient évolutives, que le pilotage central était faible et qu'elles ne disposaient pas de normes ou de références communes.

⁷⁰ Ordre du jour de la réunion du 10 décembre 2013 :

- Présentation des objectifs du comité de pilotage pour la mise en place du plan national prévention dopage 2013 - 2016 ;
- Échange avec les partenaires pour mettre en place un dispositif plus coordonné en matière de prévention du dopage ;
- Faire le bilan / perspective du comité CAEVOPD présidé par le professeur Parquet ;
- Présentation des 15 actions du plan de prévention ;
- Fonctionnement du comité de pilotage.

⁷¹ Cf. compte-rendu du COPIL du 10 décembre 2013.

⁷² Composition du COPIL : représentants de la Direction des sports, du CNDS, de l'AFLD, du CNOSF, de l'OCLAES, de la MILDECA, du CAEVOPD, des médecins conseillers, des médecins fédéraux et des AMPD.

2.5 Des difficultés anciennes non surmontées

Il apparaît aux rapporteurs que les difficultés rencontrées par les antennes dès leur mise en place n'ont pas été résolues, bien au contraire, par la réorientation qui leur a été proposée en 2006.

2.5.1 Un environnement institutionnel problématique

En recevant pour mission explicite de se redéployer, à géométrie quasi-identique sur le champ de la prévention, les antennes médicales se sont trouvées confrontées, de façon non anticipée, à un environnement peu favorable. En effet la prévention du dopage se révèle, à l'analyse, comme un secteur d'action publique assez encombré, au moins formellement. Sans créer de véritable concurrence, cela entraîne parfois des redondances, de la dispersion, des pertes d'énergie et une absence de lisibilité qui débouchent sur un manque d'efficacité globale du système.

Les directeurs régionaux de la jeunesse et des sports sont, en effet, chargés de la mise en œuvre, à l'échelon territorial, de la politique publique de prévention du dopage. Les médecins conseillers sont également investis d'une mission spécifique dans ce domaine.

Le code du sport confie aux fédérations une mission de prévention du dopage et le CNOSF intervient sur cet axe depuis de nombreuses années. L'AFLD a été réinvestie, également, d'une mission de prévention du dopage. Ce thème mobilise, par ailleurs, le mouvement associatif, notamment dans le secteur de l'éducation à la santé. La MILDECA et l'INPES, au titre de la prévention des addictions, sont également présents sur certaines thématiques connexes à la prévention du dopage sportif.

Sur ce point, il convient toutefois de souligner que les AMPD et, plus largement, la question de la prévention du dopage sportif, n'ont pas suscité, comme cela a été fréquemment pointé par les interlocuteurs de la mission, un véritable investissement de la part du ministère chargé de la santé, alors même que l'agrément des antennes fait l'objet d'un arrêté conjoint des ministres chargés des sports et de la santé et que les antennes sont implantées dans des établissements publics de santé.

L'implantation des antennes dans ces établissements favorise leur intégration au réseau de santé publique et permet d'utiles synergies. Mais le ministère chargé de la santé, absent du financement des missions des antennes, est également resté éloigné de leur activité. Les agences régionales de santé, ex-agences régionales de l'hospitalisation, sont certes présentes lors de l'instruction des dossiers de demandes d'agréments mais elles n'apportent pas de soutien aux antennes en dehors de cette intervention, en relais vers les acteurs de santé, par exemple, ou bien pour faciliter l'accès à certains publics dans le cadre des actions de prévention en santé générale, ou bien encore pour améliorer, quand cela est nécessaire, l'articulation entre la direction de l'établissement public de santé, l'AMPD, le CNDS et la DRJSCS. Les rapporteurs ont noté que dans la majorité des antennes leurs responsables ne connaissaient pas le nom des « correspondants ARS » actuellement en place et que leurs derniers contacts avec l'ARS remontaient à 2012, à l'occasion de la procédure de renouvellement des agréments.

Quand bien même la prévention du dopage sportif serait considérée comme relevant d'une approche de santé publique au même titre que d'autres conduites addictives, elle demeure actuellement presque exclusivement un sujet « sport ».

2.5.2 La prévention, mission complexe

En matière de dopage, comportement volontaire, la prévention semble s'imposer comme une évidence. Constatant l'échec relatif du CPLD dans ce domaine, le législateur, répondant aux attentes des responsables d'antennes a confié la conduite des actions de prévention du dopage au ministre chargé des sports. Cependant, le fait que les missions portées par les antennes médicales dans le champ de la prévention le soient à titre principal à partir de 2006 s'est révélé donc un facteur de complexité supplémentaire pour la mise en œuvre des missions de ces structures.

L'article 1^{er} de la loi du 5 avril 2006 dispose ainsi que : « *Pour garantir des conditions de pratique des activités physiques et sportives conformes aux principes définis par l'article 1er de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, le ministre chargé des sports, en liaison avec les autres ministres intéressés, s'assure que des actions de prévention, de surveillance médicale et d'éducation sont mises en œuvre avec le concours des fédérations sportives agréées dans les conditions définies à l'article 16 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 précitée pour assurer la protection de la santé des sportifs et lutter contre le dopage.* »

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

En outre, par la loi n° 2007-129 du 31 janvier 2007, la France a ratifié la convention internationale contre le dopage dans le sport, adoptée à Paris le 19 octobre 2005 sous l'égide de l'organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). En signant cette convention, la France s'engage à respecter les principes énoncés dans le code mondial anti-dopage, dont ceux concernant la prévention du dopage.

La prévention du dopage devrait donc être une des composantes fortes des politiques publiques portées par le ministère chargé des sports. Cependant cette mission ne constitue pas un axe stratégique clairement identifié dans le programme annuel de performance.

Les rapporteurs observent que, pour plusieurs raisons, la prévention du dopage, quoique affirmée publiquement avec constance, se traduit concrètement de façon assez modeste en tant que politique publique. Ses objectifs sont peu précisés, le plan national de prévention du dopage, déclinaison d'actions de différentes natures, n'apportant qu'un éclairage partiel. Cette difficulté est liée, en grande partie à la connaissance insuffisante du phénomène du dopage sportif dans ses formes, son épidémiologie, sa prévalence, ses incidences. Les moyens d'action et les financements de cette politique apparaissent également faiblement identifiés et décrits dans les documents de référence budgétaires.

Cette apparente lacune est principalement liée à deux facteurs de complexité qui se cumulent : la nature même de la pratique dopante, d'une part, la démarche de prévention, d'autre part.

Le dopage revêt des formes et des degrés très divers. Il concerne des publics différents et les conduites dopantes sont difficiles à caractériser. La notion de dopage ne va pas de soi et son abord social non plus puisque la question du dopage, son traitement, sa sanction éventuelle, ne font pas consensus, comme le démontre une étude récente⁷³ menée par la Fédération nationale des observatoires de santé (FNORS) à la demande de la direction des sports. Ce travail effectué sur la base d'entretiens dans le champ du sport fait ressortir l'existence d'un courant de tolérance vis-à-vis du dopage dont la prise en compte ne peut être négligée dans la définition d'un message de prévention.

La prévention est une notion qui recouvre plusieurs approches et laisse une marge importante aux acteurs. Sa définition, et les bases sur lesquelles elle repose, ouvre sur de nombreux débats dans lesquels interfèrent les notions de santé et de promotion de la santé. A cet égard, il convient de rappeler que la définition de la prévention n'est introduite qu'en 2002 dans le droit positif français⁷⁴, cet élément chronologique n'est pas indifférent dans l'histoire de la construction des antennes dans la mesure où, dès leur création, leur missions sont directement en lien, par nature, avec l'activité de prévention : suivi, déclaration des cas, soin, surveillance sanitaire notamment.

En imposant ou en promouvant des valeurs de vie au nom de la préservation de la santé, la prévention acquiert une composante normative qui introduit une tension éthique forte dans la mesure où il n'y a pas forcément accord sur ces valeurs. Ce désaccord peut exister entre les pouvoirs publics, les intervenants en prévention, professionnels de santé notamment, et les publics cibles, ici les sportifs (avec l'imprécision que recouvre cette notion). Cet aspect est renforcé pour ce qui concerne une conduite comme le dopage, comportement volontaire de recherche d'un bénéfice, contraire aux valeurs sportives et puni par la loi.

2.5.3 Un mode de financement inapproprié

Le choix d'assurer le financement des AMPD *via* le CNDS entraîne des conséquences qui ne sont pas toutes favorables au bon pilotage de ce dispositif.

2.5.3.1 Un financement qui ne relève pas entièrement des missions du CNDS

D'une façon générale, les rapporteurs observent que le CNDS, est conduit à assurer le financement de missions qui ne relèvent pas de son champ d'intervention telle que la délivrance des attestations de reprise, qui se rattache à l'activité régaliennne de l'État.

2.5.3.2 Un financement qui ne favorise pas le pilotage

Comme cela est rappelé au point 1.3.3, le financement des AMPD était assuré, à l'origine, par des crédits du programme sport délégués aux directeurs régionaux. L'enveloppe globale a évolué de la façon suivante :

Financements AMLD-AMPLD 2001-2006 (en milliers d'euros)

2001	2002	2003	2004	2005	2006
332	600	643	600	600	600

⁷³ Fédération nationale des observatoires de santé – avril 2014 « *Étude qualitative sur les représentations concernant le dopage et sa prévention chez les sportifs et leur entourage* » réalisée à la demande du ministère chargé des sports.

⁷⁴ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

A partir de 2006, ce financement a été assuré par le CNDS dans le cadre du PNDS. Ce processus de « mise à distance » budgétaire n'a facilité ni la clarté ni l'efficacité du suivi. Dans les faits, il a favorisé dans un premier temps, entre 2007 et 2011, la reconduction des soutiens alloués aux antennes sans véritable évaluation. L'introduction d'un suivi déconcentré de ces structures par les DRJSCS à partir de 2011 a réintroduit progressivement un élément de pilotage par les budgets dans le dispositif.

Financements CNDS 2007-2013 (en milliers d'euros)

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
600	600	580	580	576	555	527

La mise en œuvre du financement par le CNDS est par ailleurs, source de complexité technique pour l'ensemble des intervenants. En témoignent les adaptations juridiques qu'il a fallu opérer au niveau CNDS central pour permettre ce portage.

Localement le processus se trouve soumis au calendrier des commissions territoriales : les antennes perçoivent leurs crédits très tard dans l'année, alors même que leur fonctionnement est contraint par d'autres rythmes, dont celui des établissements de santé. A cela s'ajoute l'aléa lié aux avis de ces commissions, même si, en règle générale, le mouvement sportif ne se montre pas hostile au principe du financement des AMPD sur la part territoriale. Cette situation pourrait toutefois se dégrader à mesure que la contrainte budgétaire se renforce.

Plusieurs responsables d'antenne ont souligné les difficultés qu'ils rencontrent en ce qui concerne leurs moyens de fonctionnement, depuis la construction d'un budget en N-1 jusqu'à la mise en œuvre de moyens qui ne sont pas ceux attendus, voire ceux annoncés, et qui sont mis à disposition en deuxième partie d'année.

Les responsables d'antennes sont aujourd'hui contraints de remplir des dossiers de subvention dont la forme ne convient guère à des services hospitaliers. Ce mode de financement conduit également à multiplier les échelons de reporting en déresponsabilisant chacun.

2.5.3.3 *Un échelon de décision inadapté*

Le financement des AMPD par le CNDS était assuré par le PNDS depuis 2007 puis *via* la part nationale à partir de 2009. Il a été transféré sur la part territoriale en 2013. Il est désormais soumis aux règles d'obtention définies pour les subventions sur la part territoriale.

C'est ainsi que, pour 2013, la note de mise en œuvre de l'attribution des subventions de la part territoriale au niveau local⁷⁵ indique que « les commissions territoriales mobiliseront des crédits pour financer » les AMPD « en lien avec la direction des sports, ceci sans exonérer ce dispositif des efforts de modération budgétaire ».

⁷⁵ Note n° 2012 - DEFIDEC- 02 du 28 novembre 2012, « Mise en œuvre de l'attribution des subventions de la part territoriale du CNDS au niveau local en 2013 (part territoriale) ».

Cependant, en 2014 la note de mise en œuvre de l'attribution des subventions de la part territoriale au niveau local⁷⁶ prévoit que les AMPD « pourront solliciter un soutien du CNDS, dans la mesure où une évaluation, initiée par les DRJSCS (...) aura démontré des résultats significatifs pour les actions financées en 2013 ». Le lien avec la direction des sports a disparu dans cette rédaction et l'appréciation est laissée au DRJSCS non seulement du montant mais du maintien même d'un soutien à l'antenne dans son principe.

Les rapporteurs reconnaissent certes tout l'intérêt qui s'attache à confier des responsabilités renforcées au DRJSCS sur le suivi de ces dispositifs de proximité que sont les antennes médicales. Cependant le caractère optionnel et conditionné du financement des AMPD ainsi institué ne correspond pas à l'exigence de mise en place d'antennes médicales dans les régions dont une des missions, réglementée dans le code du sport, est de délivrer des attestations permettant aux sportifs sanctionnés pour dopage de reprendre leur activité sportive.

Les conséquences de l'absence d'antenne dans certaines régions, notamment ultramarines, illustrent le risque qui s'attache, à terme, à la mise en œuvre de telles dispositions qui créent des inégalités de traitement. En Guyane et en Guadeloupe cette situation a entraîné l'ouverture de sites relais pour accueillir les sportifs. A La Réunion le problème créé par l'absence d'antenne semble réglé, temporairement, par la mise en œuvre d'un palliatif par la DRJSCS dont le médecin-conseiller assure le rôle du responsable d'antenne médicale pour la délivrance des attestations.

2.5.3.4 Des référentiels d'évaluation à définir

Au-delà, en laissant aux DRJSCS le soin d'apprécier localement si les résultats de l'AMPD sont suffisamment « significatifs », la note du CNDS permet la remise en cause de l'ensemble du dispositif dont le législateur a défini la cohérence sous forme d'un maillage territorialisé destiné à répondre à un besoin de santé publique. Les rapporteurs tiennent à souligner le risque juridique créé par cette situation, la pérennité des AMPD en tant que réseau, qui relève de dispositions légales, ne pouvant dépendre de circonstances locales dans un contexte budgétaire tendu.

A cet égard les rapporteurs observent que les DRJSCS ne disposent pas, pour effectuer leur évaluation, d'un référentiel d'évaluation validé nationalement. Leur évaluation doit être conduite, selon la note du CNDS, « *sur la base des éléments contenus dans la convention signée et des bilans d'activité, et selon la méthode* » que les DRJSCS « *auront choisie* ». Jusqu'à présent la plupart des difficultés ayant remis en cause le fonctionnement même des antennes et leur maintien n'étaient pas liées à la manière de servir des responsables et intervenants ou à la faiblesse de leur activité mais à des circonstances externes (refus des directions d'établissement de continuer à accueillir les AMPD, absence de relais après un départ en retraite du praticien responsable..). Il apparaît aux rapporteurs que conditionner le soutien financier aux AMPD et donc leur maintien, à une évaluation aussi peu encadrée, peut avoir un impact important, de nature à remettre en cause le dispositif des antennes, ce qui excède la portée juridique du texte qui porte ces dispositions.

⁷⁶ Note n° 2014 - DEFIDEC- 01 du 16 janvier 2014, « Mise en œuvre de l'attribution des subventions de la part territoriale du CNDS au niveau local en 2014 ».

2.5.4 Une activité de consultation insuffisante

Le constat relatif à la faiblesse de l'activité de consultation est ancien. Il était déjà suffisamment problématique en 2005 pour motiver le changement d'appellation des antennes en 2006. Cette difficulté, non résolue, demeure essentielle aujourd'hui car la vocation première des antennes demeure, comme cela a été souligné, l'accueil en santé. Avant d'être « de prévention » les antennes sont « médicales » et implantées dans des établissements publics de santé.

Il convient de rappeler que le nombre important de consultations enregistré dans certaines AMPD est lié, pour ces sites, à une computation spécifique de l'activité de « consultation prévention » qui lie le travail mené auprès des sportifs dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire et le travail conduit dans le cadre de l'AMPD. Le lien ainsi établi est pragmatique, efficace et n'est pas contestable en lui-même : il s'agit bien de sportifs, il s'agit bien de prévention du dopage. Il est cependant atypique puisque seuls quelques sites, à la fois plateaux techniques SMR et AMPD, peuvent l'établir. Il reste que le nombre moyen de consultations par an et par antennes est très faible. Ceci est lié à une conjonction de facteurs défavorables aux antennes :

- **Un nombre très faible d'orientations depuis le N° Vert**

On relève tout d'abord un très faible nombre de mises en contact avec des sportifs confrontés au dopage par le biais du Numéro Vert Écoute Dopage. Ces « orientations », qui devaient, dans l'esprit des concepteurs des antennes, nourrir l'activité de celles-ci et enrichir leur expertise, constituent un flux décroissant sur la période entre 2001 et 2012. Le volume d'appels relayés passe ainsi de la centaine à moins de dix orientations effectives par an. Les antennes ont directement pâti de l'échec de ce service de téléphonie, lui-même mal piloté, mal calibré et mal adapté au contexte et à l'évolution des pratiques dopantes.

- **La délivrance d'attestations : une activité très restreinte, un système contourné, une perte de chance**

Le nombre de sportifs sanctionnés qui se présentent dans les antennes demeure également faible, à la fois parce qu'il est objectivement peu élevé (moins de 200 sanctions par an dont il faut retirer les sanctions ne comportant pas de retrait de licence, les sportifs qui abandonnent la compétition, ceux qui changent de discipline sportive...) et parce que certains sportifs ne se présentent pas dans les AMPD pour solliciter une attestation de reprise bien que le code du sport en fasse une obligation⁷⁷, sans que celle-ci soit assortie de sanction. A cet égard certaines estimations quantifient à 40 % le taux de non respect de la règle.

Il apparaît que ces sportifs obtiendraient leur « attestation » par d'autres moyens ou bien que celle-ci ne leur soit pas demandée par leur fédération au moment de leur reprise d'activité sportive. Il convient, certes, de ne pas surestimer l'importance de cette étape en terme clinique, qui n'est plus une consultation mais un simple « entretien » depuis 2006. Plusieurs

⁷⁷ Article L231-8 du code du sport : « Lorsqu'un sportif sanctionné en application de l'article L. 232-21 ou L. 232-22 sollicite la restitution, le renouvellement ou la délivrance d'une licence sportive, la fédération compétente subordonne cette restitution, ce renouvellement ou cette délivrance à la production d'une attestation délivrée par une antenne médicale de prévention du dopage à l'issue d'un entretien entre un médecin et l'intéressé. A l'occasion de cet entretien, le médecin peut proposer au sportif le suivi mentionné à l'article L. 232-1 ».

responsables d'antennes ont souligné devant les rapporteurs le caractère décevant, sur un plan clinique, de cet entretien en vue de l'obtention d'une attestation : intervenant très souvent trop tard dans la démarche de soin, il apparaît au sportif comme un formalisme lié à la sanction dont ils ont fait l'objet, bien davantage qu'un acte médical qui représenterait la prise en compte concrète de leur relation problématique au dopage.

Cependant, indépendamment du fait que ce temps d'échange avec un médecin constitue une des vocations premières des AMPD, cet entretien reste une occasion, rare, de confronter le sportif à son rapport au dopage et à lui proposer un soutien, le suivi prévu par l'article L 231-8 du code du sport, qui peut d'ailleurs déboucher sur des consultations et l'organisation d'un parcours de soin au long cours.

Si l'approche actuelle du dopage demeure celle retenue officiellement, à savoir celle qui fait du sportif dopé une victime nécessitant une intervention en soin, il semble que le sportif convaincu de dopage et sanctionné à ce titre devrait faire l'objet de la part des pouvoirs publics dans leur ensemble d'une attention toute particulière puisque sa relation au dopage est suffisamment caractérisée pour qu'il ait été sanctionné. Vis à vis de ce sportif il apparaît aux rapporteurs que les pouvoirs publics sont d'autant plus redevables d'assistance qu'ils disposent de l'ensemble des informations matérielles nécessaires pour lui proposer un soutien. Le sportif concerné est certes libre de refuser celui-ci, mais encore faut-il qu'il lui soit proposé et que toutes les dispositions soient prises à cette fin, comme le prévoit la loi.

Les rapporteurs ont interrogé, à ce sujet, plusieurs de leurs interlocuteurs sur la caractérisation d'une situation de perte de chance : les réactions recueillies indiquent que la tolérance actuelle vis-à-vis du défaut d'organisation constaté dans ce domaine pose effectivement question sur ce plan au regard de l'interprétation assez large donnée à cette notion jurisprudentielle actuellement⁷⁸.

- **Un lien insuffisant avec les médecins traitants**

Les médecins traitants, qui n'effectuent que de très rares signalements, n'adressent, pour leur part, pas ou très peu de patients aux antennes, malgré l'intérêt pour ceux-ci de s'y rendre⁷⁹. Les rapporteurs observent, après d'autres, que les dispositions prévues par l'article L232-3 du code du sport sont peu ou mal appliquées, bien qu'elles soient assorties d'une sanction⁸⁰ en ce qui concerne l'orientation des patients vers les antennes médicales⁸¹ et le signalement

⁷⁸ « la perte de chance présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable » (Cour de cassation, CC 1,14 octobre 2010, N° 09-69195) ; la faute serait en l'espèce constituée *a minima* par l'absence de diligence à faire respecter la loi, le préjudice par la disparition d'une éventualité de voir son état de santé s'améliorer, notamment par l'intervention que l'AMPD est en devoir de lui apporter et d'éviter une intervention ou un traitement à l'origine d'une complication ou un dommage lié à sa conduite dopante ...

⁷⁹ Cf. par exemple, Mathias Poussel *et al.* « Dopage sportif à la méthandienone : intérêt des antennes médicales de prévention du dopage » (Thérapie, novembre-décembre 2013, pp. 401-403)

⁸⁰ Article L232-4 du code du sport : « La méconnaissance par le médecin de l'obligation de transmission prévue à l'article L. 232-3 ou des prohibitions mentionnées à l'article L. 232-10 est passible de sanctions disciplinaires devant les instances compétentes de l'ordre des médecins ».

⁸¹ Le médecin qui est amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage (...) informe son patient des risques qu'il court et lui propose soit de le diriger vers l'une des antennes médicales mentionnées à l'article L. 232-1, soit en liaison avec celle-ci et en fonction des nécessités, de lui prescrire des examens, un traitement ou un suivi médical »

des patients aux antennes⁸². Cette situation est directement liée à la méconnaissance de nombreux médecins traitants en matière de dopage, d'une part, et en ce qui concerne le dispositif des AMPD, d'autre part⁸³. Cette difficulté a été analysée, notamment, par une équipe de chercheurs du CHU de Rennes dont le travail a été porté par l'AMPD locale. Ce travail, destiné à évaluer les connaissances des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine en matière de dopage sportif, s'est appuyé sur deux études menées respectivement chez 280 pharmaciens et 992 médecins par questionnaire anonyme en 2006 et 2009.

Il en ressort, notamment, que ces professionnels de santé sont conscients de la forte prévalence du dopage dans de nombreuses disciplines sportives, voire la surestime (ce qui supposerait l'existence d'une véritable mesure de référence). Ils connaissent mal la liste des produits interdits. L'étude indique que seuls 42 % des médecins et 35 % des pharmaciens pensent informer un patient sportif sur les produits pouvant positiver un contrôle antidopage et qu'une majorité de médecins (51,5 %) ne connaissent pas les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques. 90 % d'entre eux ignorent l'existence des antennes médicales de prévention du dopage. Ils déclarent par ailleurs ne pas avoir reçu d'enseignement universitaire spécifique sur le dopage et s'estiment mal informés sur ce sujet d'une façon générale.

Il peut apparaître excessif d'analyser ce dysfonctionnement comme une perte de chance pour les sportifs. Néanmoins le défaut d'organisation actuel débouche sur une absence d'information sur le dispositif qui leur est dédié en vue de l'amélioration de leur état de santé. Cette situation n'est pas satisfaisante en termes de gestion des ressources publiques et de mise en œuvre des dispositions prévues par la loi puisque les médecins généralistes ne disposent pas, dans leur majorité, de connaissances suffisantes pour assurer pleinement leurs missions qui leur incombent dans la lutte antidopage.

- **Des consultations spontanées très rares**

L'activité de consultation des AMPD concerne également tout sportif en difficulté par rapport à la prise de produits dopants ou susceptible d'y avoir recours. A cet égard le développement de l'activité de consultation des antennes est entravé également par leur manque de visibilité et d'attractivité. De nombreux interlocuteurs de la mission ont souligné que, pour le sportif, s'adresser à une antenne en tant que de besoin n'est pas une démarche simple : les sportifs se tournent rarement spontanément vers les antennes lorsqu'ils sont confrontés à un problème de dopage, principalement parce qu'ils ne connaissent pas l'existence des AMPD, parce qu'ils ne se considèrent pas comme des « malades », victimes d'une pathologie qui rendrait nécessaire un soin dans un milieu hospitalier très différent du leur, mais aussi parce que le dopage est encore aujourd'hui un comportement stigmatisé et un objet de déni aussi bien au niveau individuel que collectif.

⁸² Le médecin qui est amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage (...) transmet obligatoirement au médecin responsable de l'antenne médicale mentionnée à l'article L. 232-1 les constatations qu'il a faites et informe son patient de cette obligation de transmission. Cette transmission est couverte par le secret médical. »

⁸³ Cf. S. Delaunay, P. Rochcongar, G. Bourges, L. Vernhet, V. Daniel, A.M. André, « Connaissances des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine en matière de dopage sportif » dans *Science &Sports*, vol.29, n° 1, février 2014, pp 34-41

3 DES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT A MODIFIER

Au terme de ces deux premières parties, compte tenu des constats établis, les rapporteurs considèrent comme nécessaire, avant même d'évoquer des pistes d'évolution, d'examiner la question du maintien du dispositif des AMPD.

Peu piloté et, de ce fait, notamment, sous performant, ce réseau a reçu, depuis sa création, 7,4 millions d'euros de subvention mais il mobilise actuellement un nombre limité et décroissant d'équivalents temps plein sur des missions qui semblent parfois mal définies ou pour certaines peu pertinentes. Le devenir des AMPD, dont l'évolution des dénominations semble traduire l'incertitude qui caractérise leur vocation, apparaît, ainsi, peu assuré.

Il convient toutefois de relativiser cette approche. Dès 2004, dans le cadre d'un premier travail d'évaluation, le réseau des AMPD, alors décrites comme «isolées dans le dispositif national de lutte contre le dopage», avait fait l'objet de constats sévères sur son manque d'efficience, mis alors sur le compte de la phase de démarrage. En 2005, à l'occasion des travaux parlementaires relatifs au projet de loi relatif à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs⁸⁴, le sénateur Dufaut relevait : « l'insertion programmée de l'action des AMLD dans un « réseau de vigilance » territorial a, en réalité, échoué » et « qu'il est indiscutable que ce dispositif (celui des consultations des sportifs convaincu de dopage) ne fonctionne pas ». Dans le rapport d'évaluation des AMPD daté de décembre 2007 il était indiqué que les antennes médicales étaient « à un tournant de leur existence».

Les constats établis par la suite concernant ce réseau, notamment par la commission d'enquête du Sénat en 2013, ne débouchent cependant pas sur une proposition de suppression du dispositif. Les rapporteurs partagent ce positionnement. Il n'apparaît pas possible, aujourd'hui, de proposer la suppression d'un dispositif et d'examiner les conséquences et les modalités d'une telle option alors même que toutes les potentialités des AMPD n'ont pas été réellement exploitées faute de cadrage et de mise en œuvre des synergies nécessaires

- **Un dispositif qui doit être replacé dans son contexte**

Tout d'abord, au regard de ce qui a déjà été construit par les personnels qui se sont impliqués dans la mise en place des AMPD, et compte tenu de la richesse et de la complexité du service actuellement rendu, les rapporteurs sont conduits à relativiser toute analyse qui se limiterait à la seule approche par les coûts ou par l'analyse de l'activité de consultation. La prise en considération des antennes à la fois comme éléments d'un dispositif global et comme point de ressources régionaux, doit en effet intégrer de nombreux bénéfices annexes et externalités positives liés, par exemple, à la mobilisation de réseaux, à la construction d'expertise ou à la prise en compte, même si elle reste à développer, des problématiques de dopage par les intervenants de la santé.

Un des objets de la présente mission d'inspection générale est, par ailleurs, d'interroger la pertinence du dispositif des AMPD dans le champ de la prévention du dopage. Comme cela a été développé ci-avant, la prévention du dopage, dans sa prise en compte globale, ne fait

⁸⁴ Rapport n° 12 (2005-2006) de M. Alain Dufaut, fait au nom de la commission des affaires culturelles, déposé le 12 octobre 2005

pas véritablement l'objet d'une mise en cohérence entre les acteurs ni même d'une approche globale structurée. La question posée du maintien du réseau des antennes médicales aujourd'hui est donc en partie celle de la performance du dispositif national de prévention du dopage.

Cet aspect est d'autant plus marqué qu'un des autres piliers, important et original, de la prévention du dopage en France, le Numéro Vert Écoute Dopage, est, depuis 2013, remis en cause. Cette structure devait constituer, selon la construction d'origine envisagée par la loi du 23 mars 1999, un des points d'entrée majeurs vers les antennes médicales des sportifs confrontés au dopage. Des propositions ont été faites par l'IGJS à ce sujet dans un précédent rapport.

L'architecture générale de la prévention du dopage ne peut pas faire l'économie d'un travail concerté au niveau des instances nationales pour mieux fédérer et articuler les problématiques et les moyens et ainsi permettre la consolidation et la démultiplication des actions.

Si les propositions développées ci-après proposent des pistes d'amélioration du dispositif des AMPD, il convient donc de souligner qu'elles s'inscrivent dans un système plus large qui intègre des dimensions structurelles, organisationnelles et des aspects éducatifs pour agir sur une modification des représentations et des comportements.

- **L'articulation entre répression et prévention du dopage**

A cet égard, il convient de préciser que les rapporteurs ne partagent pas l'approche de réorganisation du dispositif consistant à recréer un bloc de compétence « dopage » autour de l'AFLD. Cette proposition fait partie des préconisations du rapport sénatorial de 2013 sur la lutte contre le dopage. Cette perspective, qui suscite beaucoup plus de rejet que d'adhésion au sein du réseau, a été évoquée à plusieurs reprises par différents intervenants au cours des entretiens de la mission.

Elle se révèle fragile à l'analyse pour plusieurs motifs. Déjà expérimentée entre 2000 et 2005, elle a fait l'objet d'un constat d'échec qui a débouché sur la réforme opérée par la loi du 5 avril 2006. L'article L. 232-5 du Code du sport confère une compétence de prévention à l'AFLD, mais celle-ci l'a peu investie jusqu'à présent. Il semble difficile d'envisager le pilotage d'un réseau de structures à caractère administratif par une autorité publique indépendante. Elle brouille les repères déjà fragiles entre les différents intervenants en matière de lutte contre le dopage. Rien n'indique que l'association entre la conduite d'une action répressive et la démarche de prévention porte ses fruits. Même si les deux aspects peuvent s'articuler il semble préférable que les structures qui les portent soient nettement distinguées. A cet égard la mission de délivrance des attestations de reprise, qui s'inscrit en aval de la sanction, ne simplifie certainement pas le travail des antennes et leur perception auprès des sportifs.

Enfin elle n'est pas véritablement source d'économie dans la mesure où l'AFLD a d'ores et déjà indiqué que cette mission de pilotage appellerait de sa part une demande de moyens renforcés.

- **La prévention appelle une approche large**

En outre, comme cela a été rappelé en introduction, l'approche de prévention couvre un champ large. Le travail de prévention du dopage doit prendre en compte la réalité des conduites dopantes en conjuguant le repérage de publics susceptibles d'y avoir recours avec les différents type de conduites addictives.

A titre d'illustration, il ressort d'une rapide revue de la littérature en ce domaine que 3 à 5 % des jeunes sportifs sont concernés par le dopage, avec des facteurs agissant sur une augmentation de ce pourcentage tels que l'âge ou le niveau de compétition, plus de la moitié d'entre eux commençant avant 14 ans. La prévention du dopage ne doit donc pas se limiter à répondre à des situations constatées de dopage chez les adultes. Elle ne doit pas non plus se traduire par une compilation d'actions non corrélées entre elles, « les conduites dopantes à des fins de performance se définissant par une interaction, à un moment donné, d'un usager, d'une substance et d'un environnement particulier ». La situation elle-même et les processus conduisant à cette situation sont multifactoriels. La prévention en matière de dopage doit donc s'appuyer sur l'articulation entre des objectifs nationaux et des actions de terrain, tout en mettant l'accent sur une prise de conscience et une modification des comportements de l'individu.

Les rapporteurs considèrent que les AMPD peuvent constituer un dispositif pertinent dès lors que des démarches seront formalisées pour le rendre plus performant en tant que réseau, certaines d'entre elles paraissant évidentes et relativement simples. Elles portent essentiellement sur le pilotage du dispositif, le cadrage des missions, la mise en œuvre de moyens pour favoriser les synergies et les complémentarités, pour son accompagnement et pour rendre lisible et visible son action.

Les antennes comportent, en effet, intrinsèquement, de nombreux atouts inscrits d'une part dans une expérience acquise au fil des années et, d'autre part, grâce à des ressources humaines caractérisées par une expertise et un engagement fort. Le rattachement des antennes à un établissement de santé est une garantie de qualité.

Imaginer pouvoir développer une politique de prévention du dopage en excluant les AMPD reviendrait à mobiliser des ressources et des moyens nouveaux ou bien se limiter à tenter de mieux coordonner des initiatives insuffisantes, éparses et en recherche de cohérence. Il ressort du diagnostic ci-avant que les AMPD représentent un levier pour contribuer à une politique de prévention du dopage, ce constat n'excluant pas la nécessité d'une amélioration de la corrélation et de l'articulation avec d'autres initiatives.

Les constats établis dans les deux premières parties dessinent autant de voies de progrès pour le dispositif des antennes. Celles-ci portent aussi bien sur une consolidation de la politique de prévention du dopage, que sur une mise en place d'un véritable pilotage national. L'organisation entre le niveau national et l'échelon territorial, représenté par la DRJSCS, doit faire l'objet d'un cadrage, porteur de développement. Dans le même temps, les missions actuellement confiées aux antennes sont à reconstruire avec une réflexion à conduire sur leur priorisation et sur l'échelon territorial pertinent pour porter chacune d'entre elles. Au-delà, il convient également d'intégrer à l'analyse sur les missions la disparité actuelle du réseau. Il s'agit d'une donnée de fait qui a amené les rapporteurs à proposer une évolution du système de soutien financier des antennes prenant en compte à la

fois les difficultés constatées, la nécessité d'améliorer leur efficacité et l'obligation de service instituée par la loi. Le périmètre territorial d'action des AMPD est enfin une question qui doit être prise en compte au regard des évolutions actuellement en cours.

3.1 Renforcer le pilotage national de la prévention du dopage

3.1.1 Confronter les approches préventives

Dans l'étude commanditée par le ministère chargé des sports à la FNORS et précédemment citée, il est relevé que la prévention du dopage s'inscrit dans une « *variété des approches dans un cadre plus large qui est celui de la promotion de la santé* ». Il s'agit de « *modifier les facteurs déterminants de la santé à travers la limitation de l'accès aux produits, la modération de l'attractivité sociale d'un comportement ou la dissuasion par la menace de la sanction* ».

En termes de prévention du dopage, les actions d'information et de sensibilisation peuvent être considérées sous plusieurs angles :

- celui de l'explication des raisons qui fondent la réglementation et des objectifs qu'elle vise ;
- celui de la santé du sportif ;
- celui des déterminants comportementaux.

La situation actuelle, avec une multitude d'approches, insuffisamment confrontées et enrichies, portées de façon inégale et sans articulation entre les acteurs concernés (sportifs, encadrement et entourage) contribue au manque de lisibilité, génère de nombreux biais et au final brouille les repères.

Le processus de prévention relève de l'éducation et doit valoriser la fréquence des messages, le renforcement de l'information et s'appuyer sur des démarches et des supports favorisant la prise de conscience. Le discours ambiant est aujourd'hui celui du développement de compétences chez le sportif lui permettant de savoir dire non en s'appropriant les risques et d'apprendre à devenir autonome dans ce refus (cf. études internationales).

En conséquence une confrontation des approches, une complémentarité des discours et une lisibilité du rôle de chacun ne peut qu'améliorer la mise en œuvre de la prévention du dopage.

De même renforcer la lisibilité des objectifs à atteindre, améliorer l'articulation des actions conduites par les acteurs, corréler les moyens mobilisés, élaborer des outils de gestion et de suivi sont des conditions minimales d'optimisation à formaliser pour conduire une politique de prévention du dopage au niveau national.

Préconisation 1 : Positionner le « COPIL relatif à la prévention du dopage » comme instance de pilotage, d'orientation et de remobilisation des acteurs.

3.1.2 Affirmer un pilotage national des antennes

L'insuffisance de pilotage national a été présentée de façon quasi unanime par les interlocuteurs, comme une cause majeure de difficulté. Le pilotage se fonde sur des orientations claires, des priorités annoncées, des modalités d'accompagnement et de suivi s'appuyant sur des procédures et des outils, qui pour certains relèvent d'un travail collaboratif.

Il revient au ministère chargé des sports (direction des sports) d'assurer le pilotage des AMPD, la prévention du dopage relevant de ses prérogatives et s'inscrivant dans le champ de la santé du sportif et de l'éthique. La prévention doit s'attacher à concilier le principe de la protection du sportif et celui de l'accompagnement pour l'aider. Elle s'articule avec le volet disciplinaire de la lutte contre le dopage notamment en termes de relais lors de la prise en charge et du suivi de sportifs ayant été sanctionnés, mais ne peut être confondue.

3.1.3 Assurer un suivi opérationnel des AMPD

Les différents points de faiblesse observés en matière de pilotage générèrent en grande partie la sous-utilisation des AMPD, et ne permet pas de les identifier suffisamment en tant que lieu ressource.

Ce manque de visibilité, de cadrage de leur activité et de leur suivi par l'échelon national nuit à l'optimisation des moyens mobilisés et mobilisables. La nécessité d'une animation et d'une coordination du réseau constitué par les antennes est la condition pour conforter, voire développer des actions à la mesure des besoins.

- Un comité de suivi opérationnel pour les AMPD

La mise en œuvre des missions des AMPD doit être cohérente avec les travaux plus larges du COPIL de prévention du dopage, précédemment cité. La création d'un comité de suivi opérationnel spécifique, qui serait une déclinaison du COPIL, serait une des premières mesures à formaliser. Ce comité doit avoir pour vocation l'organisation du travail en réseau des antennes en lien avec les DRJSCS, la capitalisation des pratiques, la proposition d'outils, le repérage des freins et des leviers constatés sur le terrain tout en s'appuyant sur une démarche participative.

Le cadrage général a pour objectif de définir les orientations et les missions des antennes, en lien avec les DRJSCS et les ARS.

Sans vouloir établir une liste exhaustive des thèmes à traiter, l'animation et la coordination du comité, quant à elles, doivent traiter de points de méthode et de contenus.

A titre d'exemple, privilégier le travail en réseau, exploiter les expériences existantes et analyser la pertinence de essaimage, voire de leur généralisation, permettre l'échange de bonnes pratiques sont tout autant de points incontournables que la capitalisation des productions ou la consolidation et l'harmonisation d'outils de gestion, de suivi et d'évaluation.

Le CAEVOPD pourrait voir son rôle consolidé pour s'assurer, non seulement, de la qualité des supports diffusés avec une évaluation relevant d'un groupe d'experts, mais également pour conseiller, en amont, les acteurs en matière de conception d'outils.

Préconisation 2 : Mettre en place et réunir un comité de suivi opérationnel des antennes, piloté par la direction des sports, issu du COPIL de la prévention du dopage, constitué de représentants du ministère chargé de la santé, de la MILDECA, de représentants des AMPD, des DRJSCS, du mouvement sportif (CNOSF et fédérations), du CNDS.

Préconisation 3 : Confirmer le rôle du CAEVOPD comme instance de validation des outils élaborés notamment par le ministère des sports, les antennes et le mouvement sportif.

- **Une lisibilité à renforcer**

Le manque d'identification des antennes au niveau territorial participe de la limitation des activités développées.

Cet état de fait est en relation directe avec la faiblesse de la communication portant sur la prévention du dopage.

Concernant les antennes, il s'agit de rendre lisible et visible le réseau grâce à des supports, en cohérence avec une politique de communication plus large portant sur la prévention du dopage et une clarification des messages à transmettre.

Dans l'immédiat, il convient de réaliser des outils relayables au niveau territorial par les AMPD. En effet leur déclinaison ne sera que plus pertinente si les visuels et les contenus de base sont identiques sur l'ensemble du territoire, avec toute possibilité laissée aux acteurs de terrain de les compléter ou de les insérer dans d'autres supports notamment en association avec des partenaires.

Préconisation 4 : Concevoir des outils de communication nationaux déclinables par les antennes au niveau territorial.

3.1.4 Mieux définir les publics cibles

Les publics susceptibles d'être concernés par les antennes doivent être clairement définis.

Une première catégorie de publics, que l'on peut considérer comme prioritaires, est représentée par les sportifs de haut niveau, en structure ou hors structure, pour lesquels l'action de prévention est indispensable. Ces derniers de plus ne bénéficient pas d'interventions spécifiques car éloignés d'une organisation collective. A ces publics il convient d'ajouter les sportifs amateurs, pratiquants intensifs, potentiellement vulnérables, qui ne perçoivent pas forcément qu'ils se mettent en danger ainsi que les anciens sportifs qui peuvent être confrontés à une conduite dopante non résolue. La sensibilisation de l'entourage du sportif contribue également à son accompagnement.

Il convient de s'interroger également sur une deuxième catégorie de personnes, sportifs potentiels, pouvant inclure tout public. Des actions de sensibilisation existent, se déroulant entre autres dans le cadre scolaire au titre de séquences d'éducation à la santé. Dans la plupart des cas des réseaux d'acteurs sont mobilisés à cet effet ; il conviendrait alors, dans une démarche plus large de prévention du dopage et de sport santé, de mieux articuler les interventions de chacun.

Le troisième type de public est constitué de médecins, étudiants en médecine ou des professions para médicales pour lesquels certains responsables d'AMPD interviennent pour traiter des problématiques de dopage. Ce domaine est certes indispensable, mais relève en priorité des interventions à programmer, ou à privilégier, dans le cadre du parcours de formation universitaire. Que les médecins responsables d'antennes y aient toute leur place est cohérent avec leur statut, mais ce type d'intervention fait partie de leurs fonctions au sein du CHU.

Les rapporteurs proposent que les publics prioritaires auprès desquels les antennes interviennent, correspondent à la première catégorie de personnes, la deuxième relevant en premier lieu d'autres dispositifs dédiés, et la troisième s'inscrivant dans les actions des CHU.

Cette préconisation n'exclut pas une meilleure mise en cohérence des réseaux d'acteurs en étant attentif à la complémentarité des messages de prévention à valoriser.

Préconisation 5 : Cibler les publics prioritaires des AMPD : sportifs de haut niveau, pratiquants amateurs potentiellement vulnérables au sein d'un groupe organisé ou pratiquant individuel, anciens sportifs en difficulté de décrochage, et leur entourage.

3.2 Améliorer la coopération entre les antennes et le mouvement sportif

Comme le souligne l'étude de la FNORS les sportifs sont au centre de pressions multiples, positionnés à la croisée d'interférences relevant de dimensions psychoaffectives, économiques et médiatiques.

Ainsi qu'évoqué précédemment le travail collaboratif entre les fédérations sportives et les antennes est prévu par le code du sport⁸⁵.

Si des actions peuvent être conduites par le secteur sportif⁸⁶, essentiellement par le biais des professionnels de santé au sein des commissions médicales, les constats ont mis en évidence le manque de confrontation sur les méthodes utilisées et de coopération avec les antennes. Encourager la collaboration permet non seulement d'éviter le saupoudrage et la transformation de la prévention du dopage en sujet anecdotique, mais également de faciliter l'accompagnement du sportif dans son parcours et de s'entendre sur la cohérence des discours à tenir.

⁸⁵ Art. L.231-5 du code du sport

⁸⁶ « *On peut considérer qu'en matière de prévention du dopage auprès des clubs, mais aussi des adultes et professionnels qui gravitent autour du sportif, beaucoup reste à faire* ». Etude FNORS citée au point 2.5.2

Un des leviers qui peut favoriser ce rapprochement est celui des crédits du ministère chargé des sports mobilisés à travers les conventions d'objectifs avec les fédérations et les subventions CNDS de la part territoriale attribuées à des organes déconcentrés des fédérations et à des clubs. Il n'y a pas aujourd'hui de croisement entre ces moyens, les actions conduites et les démarches et interventions des antennes. Comme précisé supra, le nombre d'actions de prévention du dopage financées sur la part territoriale du CNDS en 2013 a été de 137 (31 pour les structures régionales, 21 au niveau départemental et 85 correspondant à des clubs). S'il ne s'agit pas aujourd'hui d'un nombre important, il est cependant indispensable de favoriser l'interface entre le mouvement sportif et les AMPD au titre de l'amélioration des réponses proposées en termes de contenus, de cohérence des messages et de lisibilité pour orienter le sportif et son entourage.

L'organisation, pendant la période de « campagne du CNDS », d'un temps de rencontre entre la DRJSCS, l'AMPD du territoire de référence et les structures du mouvement sportif mobilisées sur des actions de prévention du dopage est une démarche relativement simple à organiser et potentiellement fructueuse.

Au-delà de ce processus, toute autre action de rapprochement ne peut qu'être encouragée.

Préconisation 6 : Intégrer au dossier de demande de subvention CNDS une fiche harmonisée au niveau national avec les coordonnées et le rôle des AMPD et organiser chaque année une réunion conjointe DRJSCS et AMPD avec le mouvement sportif afin d'échanger sur les thématiques et sur les modalités de mise en œuvre des actions.

3.3 Conforter le rôle des DRJSCS

La conduite de la prévention du dopage relève du niveau régional, la DRJSCS ayant des prérogatives en termes de pilotage et de coordination de la prévention du dopage⁸⁷.

Cette mission s'exerce notamment en lien avec l'antenne et le mouvement sportif, en n'excluant pas d'autres réseaux d'acteurs locaux.

Si les orientations, le cadrage général et les moyens d'accompagnement sont définis au niveau national, l'animation et le pilotage au niveau territorial revient à la DRJSCS qui, en termes budgétaires, mobilise des crédits de la part territoriale du CNDS pour le financement des antennes et pour des actions éparses conduites par le mouvement sportif. Ce pilotage s'appuie sur des ressources internes au service en capacité d'avoir une vision plus générale du sujet sur le territoire.

⁸⁷ Décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale : art. 2 « *Dans la région, sous l'autorité du préfet de région... la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale exerce les missions suivantes : 1° Elle assure le pilotage et la coordination des politiques... Les politiques sportives portent notamment sur... la prévention du dopage et la lutte contre les trafics de produits dopants.* ».

Au sein des DRJSCS le médecin-conseiller⁸⁸ est l'interlocuteur privilégié des antennes. « *Il coordonne, développe et soutient, au plan régional, les actions relatives à la prévention du dopage, en lien avec les différents partenaires et avec l'antenne médicale de prévention du dopage. Il conduit la procédure d'agrément de l'AMPD de la région. Il effectue chaque année, l'évaluation de son fonctionnement et de son action.* »

Il a également un rôle en matière d'évaluation des dispositifs de protection de la santé du sportif (suivi médical réglementaire, parcours d'excellence sportive, centres médico sportifs...), et de promotion des activités physiques et sportives comme facteur de santé. Ces activités le positionnent comme interlocuteur des représentants locaux en matière de santé et de prévention, et notamment auprès des ARS. Il assure une fonction d'interface avec les réseaux de personnes ressources dans le domaine de l'éducation à la santé.

Le service régional a donc vocation à intervenir dans le champ du sport-santé et à ce titre mobilise des ressources humaines internes telles que les médecins conseillers, les chefs de pôle sport ou les conseillers techniques sportifs (CTS), tout en pouvant convenir de moyens sur des projets spécifiques et contribuer à la mise en cohérence avec les actions développées par des partenaires.

Le pilotage par la DRJSCS dans le domaine de la prévention du dopage intègre l'activité de l'AMPD tout en agissant sur un champ plus large. Ce positionnement met le service régional en capacité d'avoir une analyse de la problématique de la prévention du dopage.

3.3.1 Quelques démarches à privilégier

En matière de prévention du dopage, les axes privilégiés, ou à conforter, en collaboration avec les antennes, portent, entre autres sur :

- **Le renforcement de réseaux d'animateurs conférenciers**

Une majorité de médecins conseillers et de responsables d'antenne, à partir d'expériences antérieures initiées en 2008 et basées sur les travaux de cette période, ont fait état de l'importance de pouvoir mobiliser un réseau d'animateurs/formateurs/conférenciers sur la question de la prévention du dopage. L'objectif est de rendre plus efficient le dispositif en renforçant et en démultipliant les actions de prévention au niveau territorial.

Les conditions de faisabilité ont à prendre en compte :

- le choix des personnes identifiées, qui doivent être issues de professions médicales et para médicales, complétées par des entraîneurs placés au plus près des sportifs ;
- une formation de base et un suivi continu de ces acteurs, avec un pilotage par la DRJSCS, et une co-animation avec les antennes ;
- des moyens de financement (formation, déplacement, dédommagement) complémentaires à mobiliser au niveau local (dans le cadre d'appels à projet, et/ou avec une prise en charge par les bénéficiaires des actions...).

⁸⁸ Instruction n°10-012 du 18 février 2012 relative au rôle et missions du médecin conseiller au sein des DRJSCS.

Préconisation 7 : Développer, sous le pilotage de la DRJSCS et en liaison avec les antennes, un réseau d'animateurs/conférenciers, personnes ressources sur la prévention du dopage.

- **La coopération avec des réseaux de santé ayant vocation à intervenir auprès de publics dans le domaine du sport/santé**

Le champ de l'éducation au sport/santé ou celui de la promotion du sport comme facteur de santé, font l'objet de dispositifs et d'actions relevant de domaines complémentaires avec des moyens dédiés.

Cela se traduit entre autres par des interventions de sensibilisation/formation auprès de publics cibles. Tel est le cas, à titre d'exemples, des orientations fixées par le PRSSBE ou le plan national de santé⁸⁹. De même la MILDECA, à travers trois mesures du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, soutient des actions de prévention des conduites dopantes. Son action en lien avec des instances nationales en matière de prévention du dopage est à conforter, notamment au sein du récent COPIL relatif à la prévention du dopage.

L'ARS au titre de ses prérogatives en matière de santé et de prévention, et garante de la qualité des AMPD à travers la co délivrance de l'agrément, est un des partenaires public privilégié dans le domaine de la prévention du dopage. Or, les rapporteurs ont pu constater le peu de contact avec les DRJSCS, observé, entre autre, lors du renouvellement de l'agrément. L'identification d'un référent, véritable interlocuteur sur cette thématique, doit être généralisée pour l'ensemble des régions.

Les actions dans le domaine de la prévention et de la santé mobilisent fréquemment des personnes ressources fonctionnant en réseaux de compétence. Dans un objectif de mutualisation et d'économie d'échelle, il conviendrait d'améliorer les collaborations croisées entre réseaux.

Préconisation 8 : Identifier un référent permanent à l'ARS et l'associer aux travaux conduits par la DRJSCS.

Préconisation 9 : Conforter/améliorer, sous le pilotage de la DRJSCS et en lien avec l'ARS, les coopérations entre réseaux de personnes ressources dans le champ du sport/santé.

Préconisation 10 : Favoriser les articulations des actions de prévention portées par les antennes avec les mesures du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives conduit par la MILDECA.

⁸⁹ Cf. point 2.2.2 Plan régional sport santé bien être (PRSSBE)
Réseaux d'éducation à la santé.

3.3.2 Des outils de gestion à améliorer

Le suivi et l'évaluation annuelle des AMPD relèvent des DRJSCS. Les bilans impactent les décisions d'attribution des crédits émanant, depuis 2013, de la part territoriale du CNDS.

En 2013 et 2014, les consignes transmises aux chefs de services déconcentrés pour conduire cette évaluation étaient traduites dans la note du CNDS⁹⁰, sachant que le seul document formaté, le rapport d'activité, pouvant servir de référence, est actuellement sous utilisé car insuffisamment opérationnel.

La déconcentration des crédits doit être accompagnée d'outils de pilotage. Si elle a favorisé dans la plupart des cas une meilleure articulation DRJSCS/antennes, le dialogue ayant contribué à l'ajustement du montant de crédits et à une estimation de l'activité, elle a toutefois insuffisamment été préparée. Pour piloter le dispositif, les DRJSCS doivent être mises en position d'évaluer l'activité des antennes à partir d'un référentiel commun.

L'exploitation des bilans d'activité par la direction des sports, le retour d'informations et la clarification des orientations des antennes sont autant d'éléments utiles aux DRJSCS pour conduire leur mission. Dans cet esprit, le document type intitulé « rapport d'activités » nécessite un reformatage pour concilier le recueil de données quantitatives et d'informations qualitatives selon une structure facilitant l'agrégation des données et le recensement des informations qualitatives.

Préconisation 11 : Reformater le document type « rapport d'activité » pour le rendre opérationnel, et convenir d'une transmission annuelle de la DS aux DRJSCS de l'analyse des bilans capitalisés des antennes ; réaliser un référentiel d'évaluation pour les DRJSCS.

3.4 Une évolution des missions des antennes

Le niveau d'expertise des AMPD implantées au sein d'un CHU est une garantie pour les sportifs dès lors que la prévention du dopage est associée à la santé du sportif. Les antennes représentent un lieu ressources et sont en capacité de répondre aux problématiques des sportifs en situation de dopage dans leur globalité, tout en permettant leur suivi.

Il convient cependant de s'interroger sur le périmètre des missions fixées par le code du sport et sur l'évolution de certaines d'entre elles.

Si l'ensemble des évolutions de missions proposées ci-dessus impacte le code du sport, il n'en demeure pas moins que ces évolutions peuvent être réalisées sans attendre de modification législative, les actions cœur de métier pouvant se poursuivre et être réajustées.

⁹⁰ Note du 28 novembre 2012 : Mise en œuvre de l'attribution des subventions de fonctionnement du CNDS au niveau territorial en 2013 (Part territoriale).

Note du 16 janvier 2014 : Mise en œuvre de l'attribution des subventions de la part territoriale du CNDS au niveau local en 2014.

3.4.1 L'accueil en santé, cœur de mission des antennes

Les consultations sont de deux ordres : celles visant la délivrance d'une attestation de reprise d'activité et celles portant sur le suivi de sportifs susceptibles d'avoir recours à des pratiques de dopage, conformément à la réglementation qui prévoit que les AMPD « *organisent des consultations ouvertes aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage ou susceptibles d'y recourir, et leur proposent si nécessaire la mise en place d'un suivi médical* »

- **Consultation pour délivrance d'une attestation pour reprise d'activité**

Le système actuel de consultation pour délivrance d'attestation est largement perfectible dès lors qu'il n'y a pas aujourd'hui de moyens mis en place pour s'assurer que le dispositif fonctionne correctement. Ce constat ne doit pas toutefois remettre en cause le principe de ce type de consultations.

Ainsi il convient de s'assurer que le code du sport est appliqué conformément à l'article L.231-8, qui prévoit de délivrer au sportif sanctionné dans les conditions prévues aux articles L. 232-21 ou L. 232-22, après consultation médicale, une attestation nominative de reprise d'activité.

Plusieurs pistes ont été évoquées lors des entretiens, certaines étant difficiles à mettre en œuvre, d'autres permettant de répondre à cette obligation. La difficulté principale est de s'assurer de leur effectivité et d'avoir la possibilité de réaliser un travail d'accompagnement des sportifs concernés.

Imaginer par exemple de faire partir le début de la durée de la sanction à compter de la première consultation dans une AMPD rencontre des écueils liés aux interférences entre un système de suspension provisoire adossé à une mesure disciplinaire prononcée par la fédération ou par l'AFLD, voire avec une intervention d'une fédération internationale, tout en tenant compte des délais de procédure pour chacune de ces instances. Ce principe ne semble pas opérationnel aux rapporteurs et ne fait donc pas l'objet d'une préconisation.

De même, s'assurer que les AMPD aient connaissance de l'ensemble des sanctions prises, avec les caractéristiques pour chacune d'entre elles (durée, discipline, domiciliation du sportif qui ne correspond pas forcément à son lieu de vie et de pratique...) demanderait une logistique qui risquerait d'être contreproductive sans pour autant exclure la possibilité d'explorer cette voie.

Par contre il est possible d'envisager d'autres mesures. Ainsi il pourrait être, pour chaque mesure disciplinaire, demandé au sportif concerné le choix de l'AMPD retenue pour la consultation, de le préciser sur la mesure, et d'en informer la dite antenne qui peut alors prendre les dispositions pour s'assurer du suivi.

Enfin la délivrance d'une attestation doit s'accompagner de la garantie que le sportif reprend son activité sportive compétitive sans prise de produits dopants. Aussi le médecin doit avoir la possibilité d'effectuer des tests.

Préconisation 12 : Sensibiliser les responsables fédéraux sur les obligations incombant aux fédérations en matière d'orientation des sportifs sanctionnés vers les antennes.

Préconisation 13 : Préciser, dans la mesure disciplinaire, le nom de l'antenne retenue par le sportif sanctionné pour la consultation et le suivi, avec information immédiate de l'antenne choisie et établir un contact du responsable de l'antenne avec le sportif sanctionné.

Préconisation 14 : Donner la possibilité au médecin responsable de l'antenne de faire des tests avant la délivrance de l'attestation.

- **Autres consultations médicales et paramédicales de suivi et de prévention**

Sans pour autant avoir fait l'objet d'une sanction, tout sportif concerné par une conduite dopante, soit en tant que pratiquant en activité, soit en tant qu'ancien sportif, doit pouvoir se tourner vers les services d'une antenne.

Le principal frein observé à ce jour est celui du manque de visibilité du dispositif des AMPD, souligné à de nombreuses reprises ; les antennes ne sont pas suffisamment identifiées comme un lieu ressource

Le sportif pris en charge par le personnel médical ou para médical de l'antenne peut, le cas échéant, être réorienté vers un service spécifique ou se voir proposé un suivi à plus ou moins long terme. Il convient de rappeler que si la prise en charge financière des premières consultations relève des antennes, elle dépend du droit commun lorsque le traitement se poursuit par un suivi médical ou para médical approfondi.

Dans le cadre des visites obligatoires des sportifs de haut niveau, la possibilité d'une complémentarité entre la surveillance médicale réglementaire et les missions des antennes doit être mieux encadrée. En effet le SMR est financé par le ministère chargé de sports et correspond à des examens et un suivi médical de fond, avec une fréquence des visites prévue par les textes réglementaires.

La proximité établie par certaines AMPD avec les sportifs suivis dans le cadre du SMR peut-être considérée comme un facteur positif car elle permet aux sportifs d'identifier les référents de l'antenne et de favoriser l'accompagnement de tout sportif susceptible d'être en difficulté.

Il convient donc de clarifier la situation en distinguant les deux types d'intervention et en identifiant la ligne de partage.

Préconisation 15 : Clarifier l'articulation entre les visites de la surveillance médicale réglementaire et le suivi de certains sportifs de haut niveau par les AMPD.

Les rapporteurs estiment que la mission « consultation » telle que présentée ci-dessus, est à maintenir au sein des AMPD, dont elle justifie en grande partie l'implantation en établissement public de santé.

3.4.2 L'activité prévention à mieux articuler avec les priorités nationales

Comme évoqué *supra* le domaine de l'information et de la prévention est traité par plusieurs acteurs, dont les antennes.

L'activité des antennes est à articuler avec les prérogatives et les actions soutenues par les DRJSCS en la matière (cf. points 3.5 et 3.5.1).

La mission information/prévention est celle qui prédomine dans les antennes en termes de temps dédié. Elle s'appuie sur des compétences et une expertise reconnue. Cette mission, pour les antennes, devrait, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, permettre également de faciliter le parcours vers un accompagnement individualisé de certains sportifs en difficulté, considérant que l'antenne ait un rôle de lieu ressource.

Sans revenir sur les caractéristiques des actions de prévention (typologie des actions, modalités, type de message et démarche éducative, publics cibles...) observées, il convient toutefois d'affirmer la nécessité d'améliorer leur mise en cohérence.

Les processus visant à démultiplier les actions, tels que la formalisation de réseaux d'animateurs conférenciers, sont à privilégier.

L'intervention dans les structures de haut niveau doit être systématisée sans pour autant avoir à remobiliser la chaîne des acteurs.

La prévention du dopage doit être renforcée au sein du mouvement sportif, en favorisant la coopération DRJSCS et antenne sur ce thème, et en optimisant le levier du CNDS.

Les outils et supports pédagogiques utilisés, qui sous tendent les méthodes, doivent faire l'objet de capitalisation et d'échanges de bonnes pratiques au niveau national et à l'échelon territorial.

Préconisation 16 : Maintenir la mission de prévention du dopage portée par les antennes en lien avec les priorités définies à l'échelon national, tout en renforçant l'articulation avec le pilotage territorial relevant de la DRJSCS.

3.4.3 Les travaux de recherche

L'activité de recherche suppose une approche plus large que le niveau régional et un travail de coopération au niveau national entre différentes instances.

Il s'agit de s'appuyer sur les démarches existantes, et d'orienter une politique de recherche en privilégiant la définition de thèmes au niveau national.

Cette collaboration implique naturellement l'AFLD déjà investie dans ce domaine, en lien elle-même avec l'AMA, mais également les CHU et des laboratoires tels que l'IRMES.

Les travaux devraient porter non seulement sur le volet médical mais également sur le domaine des sciences humaines, avec des analyses sur les effets des politiques de prévention. A ce titre le COPIL de prévention du dopage, mis en place fin 2013 peut être partie prenante de cette réflexion.

Quant au soutien des thèses et mémoires faisant partie du cursus de la formation des médecins, il relève de la politique des CHU au titre de leur fonction universitaire.

Préconisation 17 : Porter la mission recherche au niveau supra régional, voire national.

3.4.4 Les ressources documentaires : identifier un chef de file

La constitution d'un centre de ressources documentaires nécessite d'une part une logistique spécifique permettant d'assurer une veille documentaire, une mise à jour régulière des informations, d'autre part des modalités de diffusion permettant un accès facile.

Quelques antennes (cf. point 2.2.1.3) se sont positionnées sur cette thématique, à l'instar de la création du site Dop Santé.

Il s'agit d'identifier un chef de file et de le positionner en tant que tel.

Cette évolution peut-être menée à budget constant en agrégeant l'ensemble des crédits mobilisés par quelques antennes dans ces domaines et en désignant un ou deux chefs de file avec le(s)quel(s) une convention devra alors être passée.

Préconisation 18 : Désigner une ou deux antennes, chefs de file, pour assurer la mission « Centre de ressources documentaires ».

3.4.5 La veille sanitaire

La veille sanitaire fait l'objet de très peu de signalements et d'interrelation entre médecins généralistes⁹¹ et antennes (6 cas sur une année). S'il convient à la fois de constater que cette

⁹¹ Article L232-3 modifié par Ordonnance n°2010-379 du 14 avril 2010 - art. 19 : le médecin qui est amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage :

- 1° Est tenu de refuser la délivrance d'un des certificats médicaux définis aux articles L. 231-2, L. 231-2-1 et L. 231-2-2 ;
- 2° Informe son patient des risques qu'il court et lui propose soit de le diriger vers l'une des antennes médicales mentionnées à l'article L. 232-1, soit en liaison avec celle-ci et en fonction des nécessités, de lui prescrire des examens, un traitement ou un suivi médical ;
- 3° Transmet obligatoirement au médecin responsable de l'antenne médicale mentionnée à l'article L. 232-1 les constatations qu'il a faites et informe son patient de cette obligation de transmission. Cette transmission est couverte par le secret médical.

mission mobilise très peu les antennes, il est important dans le même temps de la maintenir car elle participe de la protection de la santé du sportif.

Quant à la présence de référents d'antennes dans des réseaux d'alerte sanitaire, elle s'inscrit dans d'autres processus auxquels des personnels médicaux participent notamment au titre de l'établissement hospitalier dont ils relèvent.

Préconisation 19 : S'assurer que les médecins généralistes ont connaissance de la possibilité d'orientation de sportifs vers les AMPD.

3.5 Un mode de financement qui doit évoluer

L'analyse concernant le mode de financement des antennes a fait ressortir que celui-ci était inapproprié, en ce qu'il peut conduire, notamment à la remise en cause du dispositif dans son principe même d'offre territorialisé de soin et de prévention destiné aux sportifs confrontés au dopage. Il est apparu, par ailleurs, que l'implication renforcée des DRJSCS dans le dialogue avec les responsables d'antennes était un facteur positif dans l'évolution du pilotage et de la gouvernance du dispositif. Les délais imposés par le rythme des commissions territoriales sont en outre mal adaptés aux contraintes de gestions des AMPD. Ces paramètres doivent être intégrés à la réflexion sur l'évolution du financement des antennes.

Les constats effectués conduisent, par ailleurs, à un diagnostic de sous-performance et d'hétérogénéité de l'ensemble qui fragilise les arguments qui plaident pour un maintien du dispositif.

3.5.1 Un financement permettant un meilleur suivi des antennes

L'option la plus favorable en termes de financement serait celle d'une rebudgétisation du financement des AMPD sur le programme « sport », les montants correspondants étant ensuite délégués sur les BOP régionaux, puisque les missions confiées aux antennes relèvent directement de l'action de l'État.

Si, toutefois, le CNDS devait continuer à servir de support au financement des antennes, il apparaît aux rapporteurs que celui-ci pourrait s'opérer via le fonds de concours.

En toute hypothèse, il conviendra de veiller à la bonne association des DRJSCS au processus de décision de financement puisque, notamment, les textes leurs confient des missions de contrôle, d'évaluation et d'accompagnement vis-à-vis des AMPD et qu'ils ont à articuler territorialement l'ensemble des politiques de santé et de promotion du sport.

Préconisation 20 : Définir un mode de financement des antennes mieux adapté aux missions qu'elles portent

3.5.2 Une priorisation des missions pour garantir la soutenabilité budgétaire du dispositif

Les antennes ont été chargées dès leur origine de nombreuses missions. Le centre de gravité de celles-ci s'est modifié progressivement, cette évolution étant notamment entérinée par la loi du 23 mars 2006. Il reste que, comme cela a déjà été développé par ailleurs, les rapporteurs estiment que les antennes sont d'abord médicales et implantées dans des établissements de santé et que c'est cette pratique clinique qui fonde et justifie leur activité, en prévention comme en recherche ou en veille pharmaco-épidémiologique.

Sur la base de ce constat il apparaît possible d'opérer, dans la démarche de soutien financier des antennes, une distinction entre :

- le financement du maintien d'un réseau d'antennes médicales régionalisé destiné à accueillir de façon gratuite et anonyme les sportifs confrontés au dopage, ce qui préserve, outre la mission de soin, la mission de veille épidémiologique et la vocation de recherche ;
- le financement d'actions de prévention primaire pour les antennes qui sont à même de se mobiliser sur ces missions en fonction d'un projet pluriannuel concerté et validé par le DRJSCS.

La mise en place d'un réseau d'antennes médicales dans les centres hospitaliers publics est en effet inscrite dans la loi. Elle ne peut apparaître comme une option qui serait fonction des circonstances locales, liées au nombre de sanctions touchant des sportifs dans la région ou à la bienveillance des directions hospitalières à l'égard de « services » non efficents. Il conviendra d'estimer le coût du maintien de cette fonction première des antennes qu'est l'accueil en santé, compte tenu des moyens réellement mobilisés pour la mission « consultations ».

Comme cela est décrit dans la partie 2.2.1.2, plusieurs antennes mènent actuellement des actions de prévention intéressantes, novatrices et pertinentes. Ce travail doit être soutenu, mieux exploité et mis en synergie. Il convient donc de prévoir à ce titre une enveloppe globale significative pour soutenir ces actions, *via* des conventions d'objectifs. Ces conventions, conclues à l'échelon régional, doivent avoir un caractère pluriannuel, car la mise en œuvre et l'évaluation des actions de prévention nécessitent de disposer d'une visibilité supérieure à l'année. Les décisions de subvention s'appuieront sur un référentiel national que les instances évoquées aux points 3.1 et 3.2 auront à définir.

Préconisation 21 : Distinguer un financement obligatoire et un financement optionnel pour les antennes afin de privilégier le maintien d'un réseau territorial complet d'accueil des sportifs confrontés au dopage tout en garantissant, par ailleurs, la pérennité des missions de prévention portées par les antennes dans un cadre national coordonné.

3.6 Le périmètre territorial des antennes

La question du périmètre géographique d'intervention des antennes, pouvant être considérée comme une source potentielle d'économie d'échelle, est confrontée à plusieurs facteurs :

- le volume d'activité des antennes et la couverture territoriale adaptée, entre proximité et rationalisation des moyens ;
- la réforme des collectivités territoriales avec le regroupement de régions.

En termes d'activité, les antennes sont dépendantes bien entendu des moyens dont elles disposent mais également du potentiel de publics cible identifiés, ainsi que des démarches mobilisatrices initiées au niveau territorial et national présentées dans ce rapport.

La facilité serait d'établir des ratios entre nombre de licenciées, de sportifs de haut niveau et de structures de haut niveau. Ces données sont présentées dans les annexes 5 et 6.

Sur ce premier point, les rapporteurs estiment que, dans un premier temps, la priorité est à donner à une amélioration du fonctionnement général du dispositif comme proposé *supra*. Vouloir dès à présent faire évoluer le périmètre d'intervention des antennes en imaginant des économies d'échelle par un regroupement interrégional se heurte au besoin d'amélioration du service rendu dans la proximité.

La réflexion sur une organisation de la relation entre proximité et tête de réseau interrégional doit s'appuyer sur un bilan de l'activité lorsque les conditions de fonctionnement optimalisées auront été mises en œuvre. La réponse pourrait alors être à plusieurs facettes, avec des regroupements entre régions en prenant en compte des données telles que le nombre de publics susceptibles d'être concernés par les missions des antennes ou la taille du territoire concerné.

On peut évoquer, à titre d'exemple, l'inter régionalisation du conseiller antidopage qui devient conseiller interrégional (CIRAD)⁹², antérieure à cette réforme et dont le périmètre couvert ne correspond pas dans la totalité des situations au découpage à venir. Les missions des CIRAD ne sont pas de même nature et ne s'appuient pas sur des structures dédiées comparables aux antennes. Le CIRAD contribue à une mission de lutte nationale contre le dopage ; il intervient en lien avec les instances spécifiques dans ce domaine (AFLD et commissions régionales de lutte contre les trafics) et est agent de police judiciaire adjoint. Il consacre la totalité de son temps à cette mission. On peut qualifier ces missions de complémentaires sans pour autant qu'il y ait capillarité avec la prévention. Par ailleurs, les ressources mobilisées sont différentes ce qui n'exclut pas toutefois la possibilité d'analyser les effets de cette inter régionalisation.

Quant aux effets de la réforme territoriale et son incidence sur l'administration territoriale, il convient de connaître les évolutions structurelles sur l'organisation territoriale et de s'interroger s'il y a lieu, ou non, de calquer systématiquement le périmètre des antennes sur les nouvelles entités régionales.

⁹²Instruction n° DS/DSB2/2014/160 du 20 mai 2014 relative aux rôles et missions du conseiller interrégional antidopage au sein des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) en matière de lutte contre le dopage.

Préconisation 22 : Soumettre une évolution éventuelle du périmètre géographique des antennes à une analyse préalable des effets des processus d'amélioration du fonctionnement du dispositif et aux travaux portant sur la réforme territoriale de l'administration.

ANNEXES

Annexe 1 : Cahier des charges de la mission

Annexe 2 : Liste des AMPD

Annexe 3 : Guide entretien AMPD

Annexe 4 : Guide entretien DRJSCS

Annexe 5 : Nombre de licenciés, de sportifs et de structures de haut niveau

Annexe 6 : Cartographie des données relatives aux sportifs par région

Annexe 7 : Part territoriale CNDS Prévention du dopage par région

Annexe 8 : Part territoriale CNDS Prévention du dopage par fédération

Annexe 9 : Propositions 2008 et 2012

Annexe 10 : Personnes sollicitées

Annexe 11 : Glossaire

Annexe 1 - Cahier des charges de la mission



MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE,

DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

INSPECTION GENERALE
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Mission d'inspection générale relative

aux antennes médicales de prévention du dopage (AMPD)

CAHIER DES CHARGES

I) Cadrage :

Rattachée au programme de travail de l'IGJS pour 2014, la présente mission est une mission d'évaluation du dispositif formé par les 21 antennes qui constituent aujourd'hui le réseau des AMPD. Ce réseau qui bénéficie notamment du soutien financier du MSJEPVA via le CNDS est composé de structures de natures juridiques diverses implantées dans les établissements de santé. Il contribue à la mission, assurée par l'État, de lutte et de prévention du dopage qui fait partie des objectifs stratégiques retenus au projet annuel de performance 2014 (action n°3 du programme 219).

La mission d'évaluation sera conduite au niveau national et portera sur l'ensemble du dispositif considéré aussi bien dans chacune de ses composantes que comme un réseau constituant un des éléments du dispositif français de prévention et de lutte contre le dopage.

II) Objet de la mission d'évaluation :

Rappel de l'évolution des missions des AMPD :

A l'origine créées et définies comme « antennes médicales de lutte contre le dopage » par la loi du 23 mars 1999 relative à la protection des la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage et codifiées dans le code de la santé publique, les antennes médicales ont été mises en place à partir de 2001. Elles sont devenues par la suite « antennes médicales de prévention et de lutte contre le dopage ». Elles sont restées placées sous la tutelle du CPLD jusqu'en 2006.

A cette date les 24 antennes deviennent des « antennes médicales de prévention du dopage » (AMPD) et leur pilotage relève du ministère de la jeunesse, des sports de l'éducation populaire et de la vie associative. En 2012, 21 antennes ont fait l'objet du renouvellement de leur agrément, délivré par le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Sur les 24 AMPD existantes alors, 21 ont été renouvelées. A ces évolutions s'ajoute un autre facteur de complexité lié à la diversité de leurs missions telles que définies à l'article L 232-1 du code du sport (et précisées dans la partie réglementaire⁹³ du code du sport, article D232-1 et suivants)

Les AMPD remplissent en effet **cinq** missions principales :

- le soin (consultation prise en charge sanitaire anonyme du sportif ayant eu recours aux substances et procédés interdits ou susceptible d'y recourir, délivrance, après entretien avec un médecin, d'une attestation nominative aux sportifs sanctionnés pour leur permettre de renouveler leur licence sportive) ;

⁹³ Section 1 du chapitre II du titre II du livre II

- l'information et la prévention du dopage (formation des acteurs, information des sportifs et de leur entourage, participation à des actions d'éducation pour la santé) ;
- la contribution à l'expertise sur les risques liés à l'usage des produits et procédés dopants (toxicologie, pharmacologie, psychiatrie et addictologie) ;
- la veille sanitaire (étude des comportements de consommation, recueil de données épidémiologiques, alerte) ;
- la recherche (notamment sur la connaissance de l'ensemble des déterminants du dopage).

Les récentes auditions conduites par la commission d'enquête du Sénat sur la lutte contre le dopage⁹⁴ ont fait ressortir les difficultés rencontrées aujourd'hui par les AMPD notamment en termes de pilotage, de service rendu et d'orientation.

L'objet de la mission est d'analyser, en termes d'efficacité et d'efficience, l'ensemble des activités réalisées aux titres de leurs diverses missions par les AMPD. La mission d'inspection devra ensuite, proposer des pistes d'évolution pour ce dispositif notamment pour ce qui concerne sa pertinence, sa structuration, ses prérogatives, ses modalités de fonctionnement, d'action et de financement et son implantation. La nature de ses prestations, son pilotage ainsi que son articulation avec son environnement institutionnel et territorial (centres hospitaliers universitaires, directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, agences régionales de santé, agence française de lutte contre le dopage, direction des sports, mouvement sportif...) seront également analysés.

La mission fera porter ses investigations sur l'ensemble des éléments nécessaires à l'évaluation du service rendu aujourd'hui par les antennes médicales de prévention du dopage. Au titre de la vérification de la conformité de l'action des AMPD avec les objectifs définis tant par les conventions pour la période en cours que, de façon plus générale, par le projet annuel de performances 2014 et le plan national de prévention du dopage 2013-2016, la mission portera son attention sur l'évolution de leur activité et l'organisation de leur gouvernance.

La mission se réserve la possibilité d'examiner tout autre point particulier dont l'intérêt se révèlerait au cours de ses investigations.

III) Méthode de travail :

- 1) Revue de ressources documentaires à partir des éléments transmis par la direction des sports (sous-direction de l'action territoriale, du développement des pratiques sportives et de l'éthique du sport, bureau DSB2) ;
- 2) Entretiens (sous réserve d'auditions complémentaires à organiser pour un éclairage d'ensemble) :
 - M. Thierry Mosimann, directeur des sports et les agents du bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage en charge du pilotage des AMPD ;
 - M. Bruno Genevois, président de l'Agence française de lutte contre le dopage et les agents de l'AFLD en charge du suivi du dossier de l'association DIS ;
 - M. Jean-François Guillot, directeur général du CNDS ;
 - M. Alain Calmat, président de la commission médicale du CNOSF ;
 - M. Philippe-Jean Parquet, docteur en psychiatrie et addictologie, président du comité d'accompagnement, d'évaluation et de validation des outils de prévention du dopage, président de l'institut régional du bien-être, de la médecine et du sport santé de Nord-Pas-de-Calais, responsable de l'AMPD de Nord-Pas-de-Calais ;
 - M. Bruno Sesboüé, président de l'Association nationale des antennes médicales de prévention du dopage (ANAMPREDO), médecin à l'institut régional du sport du centre hospitalier universitaire de Caen, responsable de l'AMPD de Basse Normandie ;

⁹⁴ « LUTTE CONTRE LE DOPAGE : AVOIR UNE LONGUEUR D'AVANCE » Rapport n° 782 (2012-2013), de M. Jean-Jacques Lozach, sénateur de la Creuse, fait au nom de la commission d'enquête du Sénat sur la lutte contre le dopage, présidée par M. Jean-François Humbert, sénateur du Doubs.

Ainsi que M. Benoît VALLET, directeur général de la santé, ou son représentant.

- 3) Déplacements sur sites, contacts avec le réseau des AMPD : la mission prévoit de prendre contact avec des responsables d'antennes médicales de prévention du dopage (AMPD), en plus de M. Bruno Sesboüé, ainsi qu'avec des DRJSCS (médecins conseillers, référents « lutte contre le dopage », etc.).
- 4) Remise du rapport juin 2014.



Catherine Croiset
Inspectrice générale jeunesse et sports

Luc Pétrequin
Inspecteur général jeunesse et sports

Annexe 2 - Liste des AMPD

AMPD	Implantation	Responsable AMPD
Alsace	Centre hospitalier de Mulhouse	Docteur Jean-Michel Klinger , psychiatre et addictologue
Antilles-Guyane	CHU de Fort-de-France (centre Emma-Ventura)	Docteur Jérôme Lacoste , psychiatre et addictologue
Aquitaine	CHU de Bordeaux	Docteur Fabien Peyrou , psychiatre et addictologue
Auvergne	CHU de Clermont-Ferrand	Professeur Pierre-Michel Llorca , psychiatre et addictologue
Basse-Normandie	CHU de Caen	Professeur Antoine Coquerel , pharmacologue et toxicologue
Bourgogne	CHU de Dijon	Professeur Bernard Bonin , psychiatre et addictologue
Bretagne	CHU Pontchaillou de Rennes	Docteur Alain Caubet , médecin légiste et toxicologue
Centre	Centre hospitalier régional d'Orléans	Docteur Virgile Amiot , médecin du sport
Champagne-Ardenne	CHU Robert-Debré de Reims	Docteur Benoît Vesselle , médecin de rééducation et du sport
Franche-Comté	CHU de Besançon	Professeur Daniel Sechter , psychiatre
Haute-Normandie	CHU de Rouen-hôpitaux de Rouen	Professeur Christian Thuilliez , pharmacologue
Ile-de-France	CHU de Bobigny	Docteur Alain Duvallet , physiologue et médecin du sport puis François Lhuissier
Languedoc-Roussillon	CHU Lapeyronie de Montpellier	Docteur Claire Condemeine Piron , médecin du sport
Limousin	CHU de Limoges	Docteur Yves Nouaille , médecin pharmacologue
Lorraine	CHU de Nancy-Brabois	Docteur Bruno Chenuel , médecin du sport
Midi-Pyrénées	CHU Purpan de Toulouse	Professeur Jean-Louis Montastruc , pharmacologue et toxicologue
Nord Pas-de-Calais	CHU de Lille	Professeur Philippe Jean Parquet , psychiatre et addictologue
PACA (site de Nice)	Centre hospitalier Saint-Roch de Nice	Docteur Yves Jacomet , pharmacologue et toxicologue
Picardie	Centre hospitalier de Corbie	Docteur François PERLA , médecin du sport
Pays de la Loire	CHU de Nantes	Docteur Stéphane Pretagut , psychiatre et addictologue
Rhône-Alpes	CHU de Grenoble	Docteur Michel Guinot , médecin du sport
	CHU de Saint-Etienne	Docteur Roger Oullion , médecin du sport et addictologue
	CHU Edouard Herriot des hospices civils de Lyon	Docteur Sandra Winter , médecin du sport

Annexe 3 - Guide entretien AMPD

Région

Lieu d'implantation

Personnes rencontrées

I - Pilotage/suivi/

Pilotage national

Les types de relation (bilan, procédure d'agrément, coordination...) avec :

- la DRJSCS
- l'ARS
- le ministère
- l'AFLD
- Ecoute Dopage
- Autre (mouvement sportif ...)

Les modalités de suivi :

- au niveau national
- au niveau territorial

Le dispositif AMPD est-il suffisamment connu ?

Etes-vous identifié dans un réseau régional d'acteurs ?

Y a-t-il un fonctionnement en réseau des AMPD ?

Participez vous à des groupes de travail (national, territorial ?)

II - Implantation/support local

Liens entre l'antenne et la direction du CHU, le service d'implantation ?

Le CHU est-il un soutien pour l'antenne ?

III – Personnes référentes

Le rôle des personnes intervenant au sein de l'antenne

Quel est votre avis sur le lieu d'implantation ?

IV – Structure du budget

Ratios entre les différents postes de dépenses

Prestations : réponse à appels à projet...

V - Missions/Actions

a) Consultations

Les publics viennent-ils par obligation (attestation, surveillance médicale réglementaire – SMR SHN) ?

Ou sont-ils orientés pour des problèmes de santé ou pour un accompagnement ?

Y-a-t-il des liens avec les plateaux techniques de médecine du sport (SMR-SHN) ?

Comment expliquer le peu de sportifs sanctionnés passant par les AMPD ?

b) Prévention

Les publics ciblés. Est-ce qu'ils correspondent à votre cible prioritaire ?

Y a-t-il une recherche de partenariat (leviers) pour le développement d'actions ?

Exemples significatifs en termes d'activité

Utilisez-vous des guides/outils

Liens avec des actions de prévention portées par d'autres acteurs : médecins, milieu scolaire, mouvement sportif, numéro vert...

Actions avec médecins, psychologues, pharmaciens, STAPS....

Les médecins de ville ou les spécialistes sont-ils suffisamment mobilisés ?

Que pensez-vous de l'impact des actions de prévention (pertinence message/impact sur les publics...) ?

Avez-vous des moyens pour mesurer cet impact ? (indicateurs...)

c) *Recherche et ressources documentaires*

Actions conduites

Financements mobilisés

d) *veille sanitaire*

Sens donné à cette mission : Alerte des autorités compétentes/Recueil de données médicales/Autre ?

Activité

D'une façon générale documents / outils (fiches appels téléphoniques, fiches consultations, protocoles de soins, certificats de reprise...) ?

Utilisation de guides existants.

VI - ANAMPREDO :

Mode de fonctionnement ?

Activités développées (Mise en réseau, mutualisation, coordination, documentation, échanges de bonnes pratiques, actions...) ?

Le site national

- Qui le gère ?
- Est-ce un forum de discussion, un lieu de mutualisation, etc...
- Y-a-t-il une articulation de certaines données avec d'autres sites (Ecoute dopage...)

Observations générales :

- évaluation, suivi et coordination
- pilotage de la prévention
- articulation entre acteurs et dispositifs
- périmètre d'intervention des AMPD
- attribution des financements
- autres

Annexe 4 - Guide entretien DRJSCS

Régions

Personnes rencontrées

I - Pilotage (national et régional)

Pilotage national (coordination, appui, mutualisation, mise en réseau...)
Réunions (fréquence, contenu, suites données)

Comment qualifier le pilotage au niveau régional ?
Peut-on parler d'un fonctionnement en réseau ? (Lieux ressources...)

II - Implantation/support local

Liens entre l'antenne et la direction du CHU, le service d'implantation
L'établissement (ou le médecin) a-t-il un intérêt à accueillir l'AMPD ?
Le CHU est-il un soutien pour l'antenne ?

II - Évaluation/suivi :

Modalités d'agrément :

- qui en est chargé à la DRJSCS
- quelle articulation avec l'ARS

L'attribution des crédits sur la part territorialisée :

- moyens mis en place par la DR pour en définir le montant ?
- marge de manœuvre dans la répartition de la part territoriale pour l'AMPD ?
- définition du montant au niveau régional est-elle plus pertinente que par le niveau national ?
- montant 2014 :

Participez-vous à des groupes de travail nationaux ?

Y-a-t-il une recherche d'harmonisation, de mutualisation d'outils entre AMPD ?

III - Référents :

Rôle du médecin-conseiller et de la DRJSCS

Le correspond régional dopage mène-t-il des actions en lien avec l'AMPD ?

Articulations avec d'autres actions de prévention au niveau régional pu départemental : appel à projet DS, MILDT, crédits mouvement sportif (CNDS et CO)... ?

Y a-t-il un relais « prévention dopage » au niveau départemental ?

IV – Activités des AMPD

- Les référents
- les missions des AMPD (soin, prévention, recherche et ressources documentaires, veille sanitaire)
- leurs modes de fonctionnement
- leur inscription dans des réseaux d'acteurs au niveau régional
- l'impact des actions/les moyens de mesurer cet impact
- les leviers mobilisables (internes, externes)
- les difficultés constatées

V - Propositions d'évolution

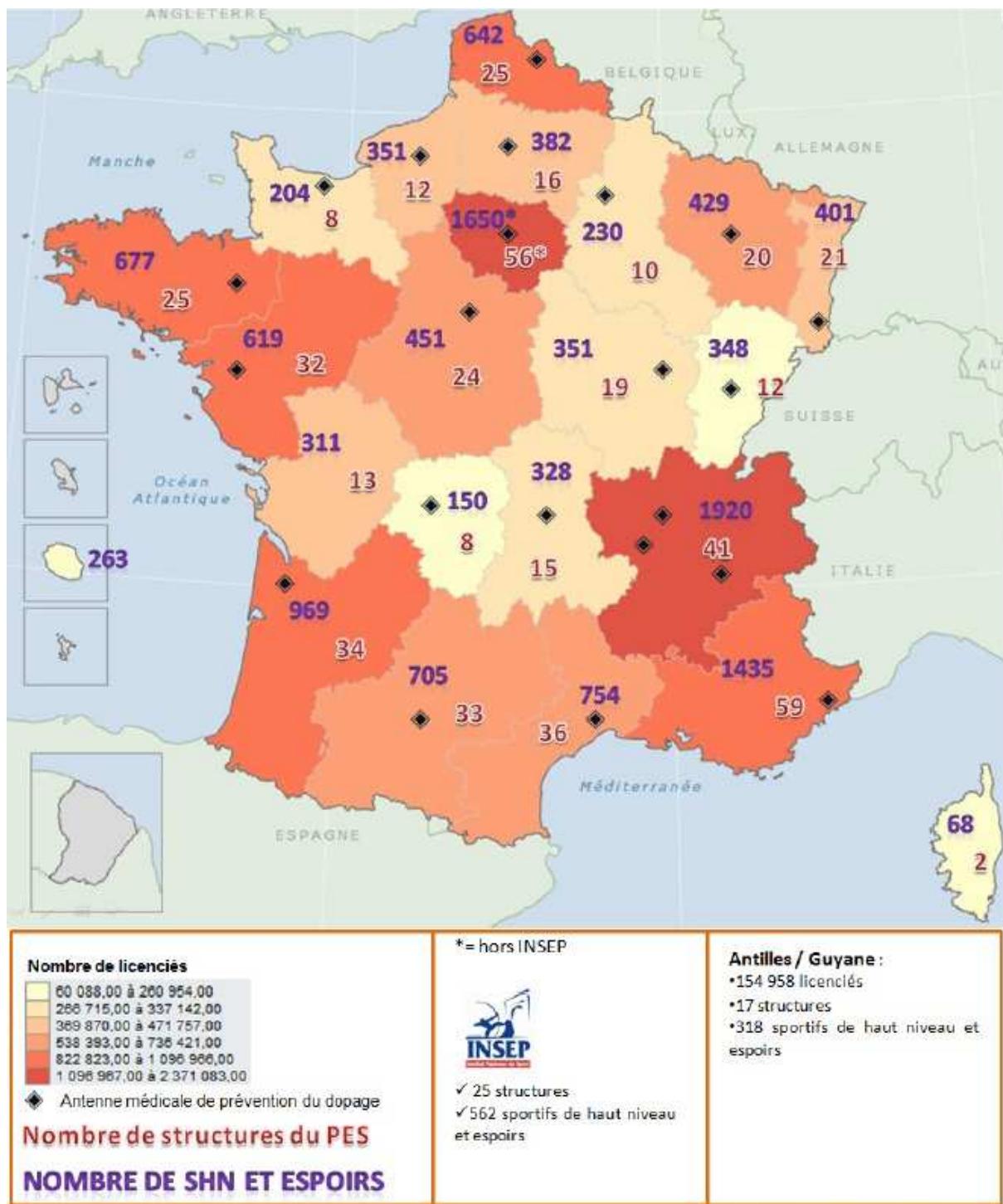
- évaluation, suivi et coordination
- pilotage de la prévention
- articulation entre acteurs et dispositifs
- périmètre d'intervention des AMPD
- attribution des financements
- autres

Annexe 5 - Nombre de licenciés, sportifs et structures de haut niveau

REGIONS	Nombre de licenciés 2012	Pôles sportifs labellisés et structures associées 1er septembre 2013					Nombre de sportifs de haut niveau et d'espoirs par catégorie au 1er septembre 2013					
		Pôles France	Pôles France Jeune	Structures associées	Pôles Espoirs	Total	Elite	Senior	Jeune	Total sportifs haut niveau	Espoir	Total sportifs haut niveau et espoirs
Alsace	471757	1	4	4	12	21	16	56	95	167	234	401
Antilles Guyane Martinique	154958	0	0	1	16	17	2	11	38	51	267	318
Aquitaine	822823	7	8	3	16	34	40	190	251	481	488	969
Auvergne	333882	0	2	2	11	15	16	28	67	111	217	328
Basse-Normandie	326586	0	0	3	5	8	9	22	41	72	132	204
Bourgogne	337142	1	2	1	15	19	10	33	75	118	233	351
Bretagne	907625	5	1	3	16	25	36	97	153	286	391	677
Centre	615161	2	2	3	17	24	14	49	108	171	280	451
Champagne-Ardenne	266715	2	1	1	6	10	8	35	38	81	149	230
Corse	60088	0	0	0	2	2	2	7	5	14	54	68
Franche-Comté	260954	2	0	1	9	12	14	49	70	133	215	348
Haute-Normandie	369870	1	0	3	8	12	8	75	86	169	182	351
Île-de-France	2371083	9	5	15	27	56*	57*	284	428	712	881	1593
Languedoc-Roussillon	610839	8	2	6	20	36	35	155	208	398	356	754
Limousin	185812	0	0	1	7	8	1	13	24	38	112	150
Lorraine	538393	3	1	4	12	20	15	70	106	191	238	429
Midi-Pyrénées	736421	12	1	3	17	33	29	102	187	318	387	705
Nord-Pas-de-Calais	882526	0	4	6	15	25	32	127	157	316	326	642
PACA	1096966	18	7	4	30	59	97	208	381	686	749	1435
Pays-de-la-Loire	1025887	6	3	4	19	32	38	82	157	277	342	619
Picardie	410979	0	2	4	10	16	12	52	85	149	233	382
Poitou-Charentes	429972	3	0	3	7	13	12	41	66	119	192	311
Rhône-Alpes	1673998	6	1	10	24	41	102	360	476	938	982	1920
La Réunion	176420	-	-	-	-	-	7	28	46	81	182	263
Sous total	15066857	86	46	85	321	538	555	2174	3348	6077	7822	13899
INSEP		24	0	1	0	25	110	254	169	533	29	562
TOTAL		110	46	86	321	563	665	2428	3517	6610	7851	14461

*Hors INSEP

Annexe 6 - Cartographie des données relatives aux sportifs par région



Source : Ministère chargé des sports - *Panorama statistique jeunesse, sports, cohésion sociale. Les régions françaises 2013*.

Annexe 7 - Part territoriale CNDS Prévention du dopage par région

CNDS Part territoriale Prévention du dopage 2013	Montant	Nb actions
D.R.J.S.C.S. ALSACE	9 750 €	10
D.R.J.S.C.S. AQUITAINE	1 700 €	4
D.R.J.S.C.S. AUVERGNE	5 675 €	14
D.R.J.S.C.S. BOURGOGNE	2 200 €	2
D.R.J.S.C.S. BRETAGNE	4 000 €	1
D.R.J.S.C.S. CENTRE	2 250 €	5
D.R.J.S.C.S. CHAMPAGNE-ARDENNE	1 910 €	6
D.R.J.S. CORSE	0 €	0
D.R.J.S.C.S. FRANCHE-COMTÉ	8 200 €	2
D.R.J.S. ILE-DE-FRANCE	33 131 €	29
D.R.J.S.C.S. LANGUEDOC-ROUSSILLON	12 700 €	5
D.R.J.S.C.S. LIMOUSIN	500 €	1
D.R.J.S.C.S. LORRAINE	750 €	2
D.R.J.S.C.S. MIDI-PYRENEES	4 730 €	9
D.R.J.S.C.S. NORD-PAS-DE-CALAIS	8 270 €	10
D.R.J.S.C.S. BASSE-NORMANDIE	1 500 €	2
D.R.J.S.C.S HAUTE-NORMANDIE	800 €	1
D.R.J.S.C.S. PAYS DE LA LOIRE	2 950 €	6
D.R.J.S.C.S. PICARDIE	2 500 €	3
D.R.J.S.C.S. POITOU-CHARENTES	400 €	1
D.R.J.S.C.S. PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	10 100 €	7
D.R.J.S.C.S RHONE-ALPES	1 800 €	3
D.J.S.C.S. GUADELOUPE	7 750 €	6
D.J.S.C.S. MARTINIQUE	1 500 €	1
D.J.S.C.S. GUYANE	2 800 €	4
D.J.S.C.S. De LA REUNION	1 600 €	3
TOTAL	129 466 €	137

Annexe 8 - Part territoriale CNDS Prévention dopage par fédération

CNDS 2013 Part territoriale Prévention du dopage		
	Montant	Nb actions
C.N.O.S.F.	19 004 €	4
ATHLETISME	6 154 €	9
AVIRON	1 301 €	2
BASKET-BALL	1 850 €	3
CYCLISME	8 334 €	15
EQUITATION	3 701 €	2
ESCRIME	800 €	1
FOOTBALL	12 751 €	12
SPORTS DE GLACE	2 101 €	3
GYMNASTIQUE	500 €	1
HALTEROPHILIE	5 782 €	10
HANDBALL	5 401 €	4
HOCKEY/GAZON	301 €	1
JUDO	4 401 €	3
NATATION	1 101 €	4
TAEKWONDO	1 001 €	1
TENNIS	3 951 €	8
TENNIS DE TABLE	50 €	1
TIR	1 001 €	1
TRIATHLON	500 €	1
HOCKEY SUR GLACE	1 264 €	4
AUTOMOBILE	800 €	1
BILLARD	501 €	1
BOXE FRANCAISE	1 201 €	2
COURSE CAMARGUAISE	1 202 €	2
GOLF	1 903 €	3
KARATE	701 €	1
PARACHUTISME	371 €	1
PETANQUE ET JEU PROVENCAL	251 €	1
ROLLER SKATING	851 €	3
RUGBY	10 278 €	9
RUGBY A XIII	301 €	1
SAUVETAGE ET SECOURISME	1 001 €	1
SQUASH	501 €	1
MILIEU RURAL	400 €	1
FEDERATION SPORTIVE ET GYMNIQUE DU TRAVAIL	1 000 €	1
UFOLEP	3 502 €	2
CLUBS UNIVERSITAIRES	1 001 €	1
UNION SPORT. ENSEIGNEMENT. 1ER DEGRE	1 501 €	1
FEDERATION FRANCAISE DES CLUBS OMNISPORTS	3 500 €	2
OFFICES MUNICIPAUX DES SPORTS	2 800 €	3
CLUBS MULTISPORTS AUTONOMES	1 000 €	1
CENTRES MEDICO-SPORTIFS.	13 703 €	8
TOTAL	129 518 €	137

Annexe 9 - Propositions 2008 et 2012

2008 PRECONISATIONS - RAPPORT MINISTERE DES SPORTS

- Les soins et les conseils (7 propositions) :
 - il s'agit essentiellement de moyens pour améliorer l'orientation des sportifs concernés vers les antennes ;
 - ainsi que d'élaborer des documents de suivi des sportifs et d'outils harmonisés, ce qui a donné notamment lieu à la mise en place d'un groupe d'experts chargé de définir et de valider des outils élaborés par le ministère des sports et des antennes.
- La prévention/formation (11 propositions) :
 - mettre l'accent sur les publics issus du secteur sportif ou en lien direct ;
 - s'appuyer sur le guide national pour la mise en place des formations ;
 - s'appuyer sur le groupe de travail national pour améliorer la démarche ainsi que sur les ressources territoriales (partenariats).
- La veille sanitaire (1 proposition) : envisager un mécanisme d'alerte conçu en lien avec ceux des réseaux existants et dans le cadre d'un groupe de travail à mettre en place ;
- La recherche/expertise (3 propositions) ; constituer des groupes de travail par thème ;
- La communication nationale et régionale (7 propositions) : démultiplier les cibles pour communiquer sur les antennes en priorisant celles qui peuvent être le plus réceptives eu égard à leur missions ;
- Les aspects financiers (3 propositions) : utiliser des outils types et transférer les crédits sur la part territoriale du CNDS en définissant les priorités et les modalités de traitement.

2012 - PROPOSITIONS DES GROUPES DE TRAVAIL

Réunion 22 mai 2012

- pour augmenter la visibilité des AMPD, prévoir une campagne de presse (ex : encart dans l'Équipe) et/ou une information spécifique délivrée avec chaque licence ;
- tout facteur de vulnérabilité relatif aux conduites dopantes identifié dans le cadre du SMR devrait faire l'objet d'une consultation dans une AMPD ;
- imposer une consultation dans une AMPD à tout sportif sanctionné notamment dans le mois qui suit la prononciation de la sanction (éventuellement ajouter une nouvelle consultation à la fin de la sanction) ;
- retrait de licence systématique pour tout sportif sanctionné (ce qui implique des modifications du code du sport : RDD).

Réunion du 10 juillet 2012

Prévention

- Contribuer, sous la coordination du ministre chargé des sports, à une politique de prévention du dopage et des conduites dopantes.
- Proposer aide et conseils méthodologiques aux promoteurs et acteurs de prévention.

Consultation et suivi

- Mettre en place une consultation médicale dédiée aux personnes ayant ou ayant eu recours à des pratiques de dopage ou à des conduites dopantes ou susceptibles d'y recourir.
- Proposer une prise en charge.

Délivrance d'attestation

- Conformément à l'article L. 231-8, délivrer au sportif sanctionné dans les conditions prévues aux articles L. 232-21 ou L. 232-22, après consultation médicale, une attestation nominative.

Formation

- Contribuer, sous la coordination du ministre chargé des sports, à la formation des professionnels et des bénévoles en matière de dopage et de conduites dopantes.

Recherche

- Contribuer à la recherche relative au dopage et aux conduites dopantes.

Veille sanitaire

- Participer à la veille sanitaire notamment, en alertant les autorités compétentes sur l'apparition de nouvelles pratiques à des fins de dopage.
- Recueillir et évaluer les données médicales liées aux cas de dopage notamment, celles transmises, dans le respect du principe du secret médical, par tout médecin en application de l'article L. 232-3.

Annexe 10 - Personnes rencontrées

MINISTERES - ADMINISTRATION CENTRALE	
INSPECTION GENERALE JEUNESSE ET SPORTS	
JARRIGE Bertrand	inspecteur général de la jeunesse et des sports
DIRECTION DES SPORTS	
MOSIMANN Thierry	directeur des sports
PORET-THUMAN France	sous-directrice action territoriale, développement des pratiques sportives et éthique du sport
BELLEGUIC Laurent	chef du bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage
THONO Jean	adjoint chef du bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage
ENSARGUEIX Gilles	Bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage
ZEDET Benoît	Cartographie
DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS	
ANGLADE Cécile	Bureau de la prise en charge post aigües, pathologies chroniques, santé mentale
MILDECA	
LECOQ Gilles	délégué de la MILDECA
PFLETSCHINGER Elisabeth	chargée de mission santé
FOURNERET Françoise	chargée de mission prévention
CNDS	
GUILLOT Jean-François	directeur général CNDS
BARBIEUX Agathe	cheffe de département
BARTHES Jean-Pierre	adjoint de l'agent comptable
INSEP	
FREY Alain	chef du département médical
FILLIARD Jean-Robert	adjoint, responsable administratif département médical
AGENCE FRANCAISE DE LUTTE CONTRE LE DOPAGE	
LANCESTREMERE Bruno	secrétaire général
COMITE NATIONAL OLYMPIQUE ET SPORTIF FRANÇAIS	
MAGALOFF Patrick	directeur Mission médicale et sport santé
LE VAN Philippe	médecin Equipe de France olympique
ENTRETIENS REGIONAUX	
ALSACE	
BOUFFIER Daniel	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
KLEINMANN Damien	directeur régional adjoint jeunesse, sports et cohésion sociale
ROGEL Martine	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
KLINGER Jean-Michel	docteur, responsable de l'AMPD
ANTILLES/MARTINIQUE	
PLANSON Didier	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale Martinique, chef de pôle
MADIN Jacqueline	direction jeunesse, sports et cohésion sociale Guadeloupe
SAVIN-JUAREZ Joëlle	direction jeunesse, sports et cohésion sociale Guadeloupe, médecin-conseiller
AQUITAINE	
BAHEGNE Patrick	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
RAYNAUD Joël	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, chef de pôle
BASSON Christophe	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale-correspondant régional antidopage
PEYROU Fabien	docteur, responsable de l'AMPD
DOMINGUEZ Nadia	psychologue, AMPD
VALENTIN Virginie	direction CHU
DELCASO VIGUER Cécile	direction CHU
AUVERGNE	
BERLEMONT Jean-Philippe	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
PECHAUX Marguerite	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, docteur - médecin-conseiller
RIOU Bertrand	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
BROUSSE Georges	docteur, responsable de l'AMPD
ROUGIER Jonathan	psychologue, AMPD
BASSE- NORMANDIE	
MAGDA Joël	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
DAUMAS Fabrice	directeur régional adjoint jeunesse, sports et cohésion sociale
DAIREAUX Alain	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
COQUEREL Alain	professeur, responsable AMPD
SESBOÜÉ Bruno	docteur, AMPD et président ANAMPREDO

BOURGOGNE	
DEMPT Brigitte	directrice régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
LAUER Nathalie	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
BONIN Bernard	professeur, responsable de l'AMPD
BRETAGNE	
CARADEC Christian	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
TREGARO Michel	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
CAUBET Alain	docteur, responsable de l'AMPD
ROCHCONGAR Pierre	professeur, AMPD
GUILLEMOT Pierrick	docteur, AMPD
CENTRE	
BARILLET Yannick	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
ROUSSEL Jacques	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
AMIOT Virgile	docteur, responsable de l'AMPD
CHAMPAGNE-ARDENNE	
SNOEK Jocelyn	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
THIRY Emmanuel	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale – chef de pôle
GRILLON Jean-Luc	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
DUVAL Marie	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
CHIRAIN Lilian	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
JUNG Nathalie	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
VESSELLE Benoît	docteur, responsable de l'AMPD
FRANCHE-COMTE	
DEGUILHEM Fabienne	directrice régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
DORNIER Monique	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, cheffe de pôle
PERREY Thierry	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
SECHTER Daniel	docteur, responsable de l'AMPD
HAUTE-NORMANDIE	
MOUYON PORTE Sylvie	directrice régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
GUERENTE Sylvie	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
THUILLIEZ Christian	docteur, responsable de l'AMPD
MASSY Nathalie	docteur, AMPD
ILE DE FRANCE	
FLORENTIN Pascal	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
DELAMARRE Laurent	directeur régional adjoint jeunesse, sports et cohésion sociale
DRADEM Jean-Maurice	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, correspondant régional antidopage
RICHALET Jean Paul	professeur, chef de service CHU
DUVALLET Alain	docteur, responsable de l'AMPD (jusqu'à fin 2014)
LHUISSIER François	docteur, responsable de l'AMPD (à compter de fin 2014)
MOREAU Karen	secrétaire, AMPD
LANGUEDOC ROUSSILLON	
ETIENNE Pascal	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
KERIVEL Albert	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, chef de pôle
COSTE Olivier	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
CONDÉMINE PIRON Claire	docteur, responsable de l'AMPD
LIMOUSIN <i>revoir organigramme</i>	
HIRTZIG Sylvie	directrice régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
GUIMBAUT Claire	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, cheffe de pôle
CAHEN René	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
DUBOIS Fabrice	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
NOUAILLE Yves	docteur, responsable de l'AMPD
BUGEAUD Jean-Luc	docteur, AMPD
LORRAINE	
DELAUNAY Isabelle	directrice régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
LAURE Patrick	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
CHENUEL Bruno	docteur, responsable de l'AMPD
MIDI-PYRENEES	
RAME Frédéric	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
CHAUMEIL Marie-France	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, cheffe de pôle
MONSTRATUC Jean-Louis	professeur, responsable de l'AMPD
NORD PAS DE CALAIS	
BOUVET André	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
BORDES PAGES Didier	directeur régional adjoint jeunesse, sports et cohésion sociale
PINOT Jean-Christophe	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, chef de pôle

PARQUET Philippe-Jean	professeur, responsable de l'AMPD
MATON Frédéric	docteur, AMPD
DELERUE Florence	psychologue, AMPD
<hr/>	
PACA	
CARTIAUD Jacques	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
POTIER Philippe	directeur régional adjoint jeunesse, sports et cohésion sociale
PRUVOST	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
JACOMET Yves	docteur, responsable de l'AMPD de Nice
<hr/>	
PAYS DE LA LOIRE	
PERIDY Thierry	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
LACO François	directeur régional adjoint jeunesse, sports et cohésion sociale
DEBOUCHE Marion	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
CURSAZ Ezzate	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale
PRETAGUT Stéphane	docteur, responsable de l'AMPD
GUERINEAU Bertrand	psychologue, AMPD
BERTHAUD Lucile	assistante de projet, AMPD
<hr/>	
PICARDIE	
COQUAND Jean-François	directeur régional jeunesse, sports et cohésion sociale
ALLAL Aziz	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
PERLA François	docteur, responsable de l'AMPD
<hr/>	
POITOU CHARENTE	
NICOL Cécile	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, cheffe de pôle
<hr/>	
RHONE ALPES	
JOSSERON Hervé	directeur régional adjoint jeunesse, sports et cohésion sociale
OTTAVY Maud	direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale, médecin-conseiller
FAVRE JUVIN Anne	docteur, responsable unité médicale CHU Grenoble
GUINOT Michel	docteur, responsable du site AMPD Grenoble
LEGOFF Corentine	CHU Grenoble
OUILLON Roger	docteur, responsable du site AMPD Saint Etienne
LUCIANI Jean-François	docteur, chef de service CHU Lyon
WINTER Sandra	docteur, responsable du site AMPD Lyon

Annexe 11 - Glossaire

AFLD	Agence française de lutte contre le dopage
AMA	Agence mondiale antidopage
AMLD	Antenne médicale de lutte contre le dopage
AMPD	Antenne médicale de prévention du dopage
ANAMPREDO	Association nationale des antennes médicales de prévention du dopage
ARS	Agence régionale de santé
BOP	Budget opérationnel de programme
AUT	Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques
CAEVOP	Comité d'accompagnement, d'évaluation et de validation des outils de prévention du dopage
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIRAD	Conseiller interrégional antidopage
CIRDD	Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances
CMA	Code mondial antidopage
CMS	Centre médico-sportif
CNDS	Centre national pour le développement du sport
CNLD	Commission nationale de lutte contre le dopage
CNOSF	Comité national olympique et sportif français
CO	Convention d'objectifs
COPIL	Comité de pilotage
CPLD	Conseil de prévention et de lutte contre le dopage
CREPS	Centre de ressources, d'expertise et de performance sportive
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé
CTS	Conseiller technique sportif
DJSCS	Direction jeunesse, sports et cohésion sociale
DRJS	Direction régionale, jeunesse et sports
DRDJS	Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
ETPT	Équivalent temps plein travaillé
FI	Fédération internationale
FNORS	Fédération nationale des observatoires de santé
INSEP	Institut national du sport, de l'expertise et de la performance
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRMES	Institut de Recherche bioMédicale et d'Épidémiologie du Sport
JO	Journal officiel
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILD'T	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies
ONAD	Organisation nationale antidopage
PES	Parcours de l'excellence sportive
PNPD	Plan national de prévention du dopage
PREVDOP	Prévenir le dopage et les conduites dopantes

PRSSBE	Plan régional sport santé bien être
SHN	Sportif de haut niveau
SMR	Surveillance médicale réglementaire
SOLEN	SOLution d'ENquête en ligne
TPE	Travaux personnels encadrés
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture