

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
"MÉDECINS DU SPORT ET LUTTE CONTRE LE DOPAGE"

Novembre 1998

SOMMAIRE

1. - Mandat du groupe de travail "médecins du sport et lutte contre le dopage"

2. - Composition du groupe de travail

3. - Introduction au rapport

4. - Rapport du groupe de travail

I. - L'heure des constats

1. - L'inadaptation de l'arsenal législatif et réglementaire

1.1. - Les échecs d'une législation strictement répressive

1.2. - La réforme du 28 juin 1989

1.3. - Les engagements internationaux de la France

1.4. - Un projet de loi pour faire face à la montée en puissance du phénomène du dopage et de sa sophistication

2. - L'absence de doctrine médicale affirmée et d'implication structurée du corps médical

II. - Les effets pervers de la thèse de "l'autonomie du droit du sport"

III. - Le retour de la santé dans le sport

1. - La mise en place d'un dispositif sanitaire effectif

2. - Le renforcement du dispositif de lutte contre le dopage

2.1. - Un rôle d'alerte pour les professionnels de la santé

2.2. - L'organisation d'une nouvelle structure : la CIPLD

2.3. - La redéfinition du rôle confié aux fédérations

2.4. - Pour un renforcement de la coopération internationale

MANDAT RELATIF AUX MISSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL « MÉDECINS DU SPORT ET LUTTE ANTIDOPAGE »

L'objectif de cette mission est :

- d'identifier les mesures pouvant être mises en oeuvre pour mieux garantir l'indépendance, la confidentialité et le respect des règles du code de déontologie dans l'exercice de la médecine du sport, aussi bien en terme de contrats que de structures. En particulier, devront être envisagés les dispositions législatives ou réglementaires supplémentaires nécessaires dans le cadre spécifique de la médecine du sport (exercice de type forain, déplacements, exercices des médecins étrangers et/ou des médecins d'équipes étrangères).

Etant donné la multiplicité des interlocuteurs médicaux autour du sportif, il conviendra notamment de préciser les relations qu'ils doivent entretenir, et les rôles respectifs de chacun. En particulier, la question de savoir si, les fonctions de prévention (aptitude initiale, surveillance de l'adaptation, conseils) et la fonction de prescription peuvent relever du même praticien, devra être posée.

- d'identifier les contraintes actuelles qui pèsent sur l'application effective de sanctions en cas de manquements à la déontologie, et les moyens permettant de lever ces contraintes.

- d'envisager la nécessité et les modalités d'un renforcement des sanctions visant à réprimer ces manquements à la déontologie.

Enfin, la question des statuts et des missions d'une véritable médecine du travail du sportif avec reconnaissance éventuelle de pathologies professionnelles pourra être envisagée.

Il est souhaité que le groupe de travail puisse établir un rapport d'étape mentionnant les diverses mesures susceptibles d'améliorer le dispositif de protection sanitaire du sportif pour la fin du mois de septembre 1998.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

. Co-Présidents :

. **Professeur Jean-Paul ESCANDE**

Chef de service au CHU Cochin

. **Monsieur Olivier ROUSSELLE**

Maître des requêtes au Conseil d'Etat

. Représentants de l'Etat :

Pour le ministère de la Jeunesse et des Sports

. **Docteur Alain GARNIER** (Direction des Sports)

Pour le ministère de l'Emploi et de la Solidarité

. **Docteur Marianne SAUX** (Direction des Relations du Travail)

. **Docteur MAILLARD** (Direction des Relations du Travail)

. **Monsieur François VAREILLE** (Direction Générale de la Santé)

. Représentants des organismes concernés :

Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins

. **Professeur Bernard GLORION**

Président

. **Professeur Jean LANGLOIS**

Pour le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

. **Monsieur Jean PARROT**

Président

Pour la Société Française de Médecine du Sport

. **Professeur RIEU**

Président

. Personnalités qualifiées :

. **Docteur Jean-Pierre BOURGEOIS**

. **Docteur CRISTOFINI**

. **Monsieur Alain EHRENBURG**

. **Docteur Valérie FOURNEYRON**

. **Monsieur Jean-Pierre KARAQUILLO**

. **Docteur Armand MEGRET**

INTRODUCTION AU RAPPORT

Un dispositif de lutte antidopage moderne, apte à prendre en charge la situation telle qu'elle s'est détériorée récemment et alarme l'opinion qui réclame des solutions fortes, doit s'appuyer sur des constatations simples.

Premièrement, la lutte antidopage est voulue par la loi. Il faut faire respecter la loi. Elle ne l'est plus. La loi prévoit que ceux qui incitent ou fournissent les sportifs doivent être punis. Comment être efficace ? L'opinion gronde.

Aujourd'hui, le repérage des dopés par le "contrôle" (qui se limite à une analyse urinaire) a fait manifestement faillite dans trop de cas. Le temps des biologistes, même suréquipés mais laissés à eux-mêmes sans secours médical, les voue injustement à l'échec. Il faut donc faire de la médecine en plus de la biologie. De la médecine totale et globale. Le diagnostic de prise des médicaments interdits par les tricheurs se fera désormais sur un ensemble de signes -cliniques et paracliniques. A la biologie détectrice du produit dopant et ouvrant sur des procédures disciplinaires doit s'ajouter la médecine révélatrice du dopage. Le dopage devient la cause de manifestations iatrogènes dont les effets sont une contre-indication médicale à la pratique du sport (M. RIEU).

Aux biologistes et à leurs automates doit donc s'ajouter un circuit médical intégré au coeur d'un dispositif plus large, d'alerte, de reconnaissance et pour rendre la lutte opérationnelle d'enquête et de sanction.

La justice et la police, qui ont aussi à faire respecter la loi, agiront de leur place comme il le faut. L'une et l'autre seront saisies en tant que de besoin par la structure d'alerte et d'enquête partie elle-même d'un dispositif autonome plus vaste : la commission indépendante de prévention et de lutte contre le dopage.

Deuxième problème sanitaire à surgir, corollaire de la présente inefficacité de la lutte : celui de l'urgence médicale de protection des athlètes vue sous l'angle santé publique. Le fait que le contrôle biologique exclusif ne fonctionne qu'imparfaitement, et que de nouvelles molécules surpuissantes soient apparues, met gravement en danger la santé des sportifs.

Il faut par des études cliniques et épidémiologiques correctement intégrées dans le cadre de la veille sanitaire, dépister et apprécier ce danger à venir ; pour s'y opposer, il faut repérer les athlètes les plus menacés dans l'immédiat. C'est autour de certificats médicaux délivrés selon un calendrier précis dans le cadre d'un suivi longitudinal contrôlés que s'articuleront ensuite les circuits d'alerte et d'enquête. Faute de quoi, des drames surviendront. L'opinion ne le tolérera pas. C'est aujourd'hui qu'il faut agir.

Demain, il sera trop tard. Le public, aujourd'hui, commence de dénombrer les accidents et les morts, et il s'interroge : où va-t-on ? Pour répondre et manifester une volonté d'efficacité, il faut recadrer ce qu'est devenu le problème du dopage au point de vue de la perception sociale. Le dopage connaît un retentissement public aussi important non seulement parce qu'il est vécu comme une tricherie perpétrée au coeur sensible du monde sportif, mais aussi parce qu'il est ressenti par le pays tout entier comme un problème social à multiples facettes. Les "scandales", "affaires" et "magouilles" dénoncés remettent en cause, pêle-mêle : aptitude à la victoire, signification de la victoire elle-même, raisons de l'égalité et de l'inégalité biologiques, enfin, justification de la hiérarchie sociale et des rémunérations qui lui font cortège.

L'émotion authentique profonde et durable ressentie par le groupe social à propos du dopage ne sera pas un feu de paille. Pour l'opinion, le dopage s'inscrit dans le sillage des grandes peurs sociales et de leurs mystères. Il fait vaciller les valeurs tenues pour essentielles par le groupe social tout entier. C'est à calmer cette angoisse réelle que la loi doit vouloir répondre.

Dans le même esprit enfin, il est important de ne pas considérer le dopage chimique comme coupé d'autres problèmes de consommations médicamenteuses ou de drogue et de la pharmacodépendance générale. En ce sens, les analogies qui sont faites entre, par exemple, la consommation de Viagra, le dopage ou l'utilisation de drogues illicites sont de grande importance. Elles témoignent de la volonté, pour l'individu moderne qui a "découvert" son corps, de se surnaturer, de vouloir devenir "surhumain". Il faut éviter les drames conséquences de cette pente prise.

Mais le dopage est resté, et restera pour le public, une affaire spécifique de jeunesse et de sport : il y a une spécificité du monde sportif qui donne sa spécificité au dopage des sportifs et justifie une loi antidopage réservée aux seuls sportifs qui constituent en quelque sorte le flambeau et le miroir d'une société en pleine mutation et qui cherche à s'identifier. Ce que la société demande au plan éthique aux sportifs se situe à l'opposé de ce qu'elle demande par exemple aux chanteurs et musiciens, autres idoles de la jeunesse. Cette contradiction n'est pas un paradoxe. Elle traduit simplement la volonté profonde de la société d'être à plusieurs facettes. Mais l'important demeure : la société ne soutient pas -pour dire le moins- le dopage des sportifs. Il faut donc, par des structures et des moyens indépendants et loyaux, vouloir et réussir à lutter contre le dopage en respectant évidemment les principes généraux de l'état de droit, les textes qui réglementent la liberté individuelle, et ceux aussi qui fondent la médecine sur le respect du secret médical.

Professeur Jean-Paul ESCANDE

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL "MEDECINS DU SPORT ET LUTTE CONTRE LE DOPAGE"

I - L'heure des constats

L'actualité nationale et internationale conduit à opérer, s'agissant de la prévention du dopage un double constat :

. constat de l'inadaptation de la législation et de la réglementation de circonstance,

. constat de l'absence de doctrine scientifique et médicale affirmée et d'implication structurée du corps médical en ce domaine.

1. - L'inadaptation d'un arsenal législatif et réglementaire trop circonstancié et inadapté à la généralisation d'une médicalisation de la performance

L'agonie du coureur cycliste Tom Simpson sur les pentes du Mont Ventoux, la déchéance du champion olympique du 100 mètres Ben Johnson aux jeux olympiques de Séoul en 1988 et la multiplication des tests positifs dans des milieux sportifs aussi médiatisés que le football, le judo ou le cyclisme ont pour point commun d'avoir recherché de salutaires réactions du législateur pour endiguer un mal endémique, probablement aussi ancien que le sport lui-même, qui est le recours à des produits dopants.

Les travaux du premier colloque européen d'Uriage des 26 et 27 janvier 1963, réunissant les médecins, juristes, dirigeants sportifs, athlètes et journalistes ont abouti à la première tentative de définition du dopage. En 1964, un symposium international s'est tenu à Bruxelles sous l'égide de l'UNESCO, et les premiers contrôles anti-dopage ont été effectués lors des jeux olympiques de Tokyo. C'est en 1965 que le gouvernement français innovera en proposant un projet de loi réprimant " l'usage de stimulants " à l'occasion des compétitions sportives.

1.1 - Les échecs d'une législation strictement répressive

La loi du 1^{er} juin 1965 se plaçait essentiellement sur le terrain pénal. Elle punissait de sanctions correctionnelles :

. celui qui utilise sciemment, au cours ou en vue d'une compétition sportive, une substance destinée à accroître artificiellement et passagèrement ses possibilités physiques et susceptible de nuire à sa santé (500 à 5000 francs d'amende) ;

. ceux qui facilitent sciemment l'accomplissement des actes de dopage ou incitent à les accomplir (emprisonnement d'un mois à un an et amende de 500 à 5000 francs).

La loi du 1^{er} juin 1965 prévoyait également, à titre de peine complémentaire, l'interdiction de participer à des compétitions sportives ou d'en être l'organisateur et d'y assurer une fonction.

S'agissant de délits, les officiers de police judiciaire étaient habilités à faire procéder, sur demande de tout médecin agréé et sous contrôle médical, à tout prélèvement ou examen destinés à faire la preuve de l'infraction.

Le décret du 10 juin 1966 portait classement des substances interdites en se référant essentiellement à l'article R 5149 du code de la santé publique lequel définissait les substances vénéneuses et les classait en produits toxiques, produits stupéfiants ou produits dangereux.

Les imprécisions de la loi de 1965 ont abouti à un échec des procédures au plan pénal qui ont conduit à des relaxes.

1.2 - La réforme du 28 juin 1989

La loi du 28 juin 1989 a apporté une définition plus précise et plus opérationnelle du dopage qui consiste désormais en l'utilisation, au cours des compétitions et manifestations sportives organisées ou agréées par les fédérations sportives ou en vue d'y participer, de substances et de procédés de nature à modifier artificiellement les capacités ou à masquer l'emploi de substances ou de procédés ayant cette propriété.

Surtout, elle a introduit une distinction entre les utilisateurs qui encourent des sanctions administratives ou disciplinaires (interdiction de participer aux compétitions sportives) et les pourvoyeurs ou incitateurs qui continuent d'encourir des sanctions pénales.

Les auteurs de la loi ont mis en place une architecture pragmatique et astucieuse consistant à confier aux fédérations sportives le premier échelon de la sanction.

A cet effet, le décret du 1^{er} avril 1992 impose aux fédérations sportives l'institution d'un organe disciplinaire de première instance et d'un organisme d'appel qui sont investis du pouvoir disciplinaire à l'égard des membres licenciés de la fédération. Les fédérations sportives sont tenues de prêter leur concours à toutes les opérations d'enquête et de contrôle organisées par la loi. Elle doivent sanctionner les sportifs reconnus coupables de dopage.

D'autre part, le législateur de 1989 institue une commission nationale de lutte contre le dopage (CNLD), qu'il place auprès du ministre des sports. Cette commission s'est vue attribuer deux types de mission: préventive et répressive. La première consiste en un pouvoir de proposition auprès du ministre chargé des sports et de consultation sur les textes ayant trait au dopage. La seconde lui permet de proposer des sanctions administratives au ministre des sports pour pallier la carence des fédérations sportives qui n'auraient pas pris de sanction, auraient prononcé une sanction symbolique ou auraient pris une sanction restant inappliquée.

La loi confie un pouvoir d'enquête très étendu à des personnes habilitées (fonctionnaires du ministère de la jeunesse et des sports, médecins, vétérinaires), qui ont un droit d'accès de jour et de nuit à tous les lieux où se déroulent des manifestations sportives ou des entraînements. Elles peuvent recueillir tous les renseignements nécessaires à l'exercice de leur mission. Les enquêtes, contrôles, perquisitions et saisies donnent lieu à l'établissement de procès verbaux, qui sont transmis aux ministres compétents, aux fédérations concernées et à la CNLD. Les autorités administratives sont tenues d'informer le Procureur de la République (article 40 al 2 CPP) des infractions constatées et de lui faire parvenir les procès-verbaux.

Les perquisitions et saisies sont soumises à autorisation judiciaire. Il revient au président du tribunal de grande instance de délivrer l'autorisation. Le magistrat ou le juge délégué par lui peut se rendre sur les lieux, suspendre ou arrêter la visite. Il doit désigner un ou plusieurs officiers de police judiciaire chargés d'assister aux opérations et de lui rendre compte. La visite n'est permise qu'entre 6h et 21h sauf dans les lieux ouverts au public. Toutes les personnes intervenant dans les contrôles enquêtes, saisies et perquisitions sont soumises au secret professionnel. Ces règles procédurales ne font pas obstacle aux prérogatives propres du Procureur de la République qui peut procéder à tous les actes nécessaires à la recherche et à la poursuite d'infractions pénales.

1.3 - Les engagements internationaux de la France

La France est partie à la convention contre le dopage signée à Strasbourg le 16 novembre 1989, ratifiée le 21 décembre 1990 et publiée par le décret du 13 mars 1991. Selon son article 1^{er}, les parties s'engagent à prendre les mesures nécessaires à l'élimination du dopage dans le sport.

L'article 2 tente de définir le dopage : " on entend par dopage dans le sport l'administration au sportif ou l'usage par ces derniers de classes pharmacologiques d'agents de dopage ou de méthodes de dopage, lesquelles figurent sur des listes annexées à ladite Convention ". Un groupe de suivi mis en place par l'article 4 est chargé de réviser les dispositions de la convention et la liste des produits interdits en particulier.

Outre l'engagement de prendre les textes législatifs et réglementaires destinés à réduire la disponibilité et l'utilisation dans le sport de produits dopants, les parties signataires doivent encourager leurs organisations sportives à adapter et à harmoniser les droits, obligations et devoirs. Sont notamment visés les règlements anti-dopage, les listes de classes pharmacologiques de produits interdits, les méthodes de contrôle anti-dopage et les principes internationalement reconnus en matière de justice s'agissant des procédures disciplinaires.

1.4 - Un projet de loi pour faire face à la montée en puissance du phénomène du dopage et à sa sophistication.

L'accroissement statistique des phénomènes de dopage, la sophistication des méthodes de dopage et l'apparition de produits nouveaux aux effets spectaculaires (EPO, HGH) d'une part, le pouvoir de rétention voire d'étouffement des affaires par les fédérations et la médiatisation des dossiers concernant les professionnels des sports les plus en vue qui n'incitent pas les ministres à exercer de façon systématique leur pouvoir de sanction d'autre part, ont fragilisé le dispositif existant.

Le projet de loi présenté par Mme Buffet au conseil des ministres et adopté à l'unanimité par le Sénat innove par deux aspects :

- . Il privilégie la protection de la santé des sportifs, c'est à dire l'aspect préventif.
- . Il crée une autorité administrative indépendante: le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD) qui vient se substituer à la CNLD. A la différence de cette dernière qui ne disposait que d'un pouvoir de proposition, le CPLD se voit doté d'un pouvoir de sanction direct.

Le titre 1^{er} intitulé " de la surveillance médicale des sportifs " institue un examen médical obligatoire préalable à la délivrance de toute licence sportive. S'agissant des sportifs de haut niveau, un livret médico-sportif individuel sera délivré à chacun d'entre eux par la fédération sportive dont il relève. Les fédérations sportives assureront l'organisation de la surveillance médicale particulière à laquelle sont soumis leurs licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau. Elles devront à cet effet élaborer un règlement approuvé par le ministre des sports, déterminant la nature des examens médicaux, leur fréquence et les catégories des sportifs concernés.

Le titre II intitulé " de la prévention et de la lutte contre le dopage " met au centre du dispositif le CPLD, autorité administrative indépendante composée de 9 membres, qui outre les prérogatives exercées précédemment par la CNLD, disposera d'un pouvoir de sanction direct, et mettra en place et assurera le fonctionnement d'une cellule scientifique de coordination de la recherche fondamentale appliquée aux problèmes du dopage.

Les dispositions relatives aux agissements interdits, aux contrôles et sanctions diffèrent peu de celles déjà introduites par la loi de 1989, à l'exception du renforcement de la lutte contre les pourvoyeurs notamment contre les bandes organisées pour lesquelles les peines seront portées à 7 ans d'emprisonnement et à 1 000 000 de francs d'amende.

2. - L'absence de doctrine médicale affirmée et d'implication structurée du corps médical

Ni le code de la santé publique, ni les codes de déontologie des professions médicales et tout particulièrement des médecins ne comportent de disposition spécifique concernant le dopage. Celui-ci ne figure d'ailleurs pas au nombre des fléaux sociaux du livre 3 du code de la santé publique à l'inverse notamment de la lutte contre la toxicomanie (Titre 6) ou le tabagisme (Titre 7).

La clarification entre la prescription à des fins thérapeutiques et la prescription à des fins d'amélioration de la performance n'a jamais eu lieu et ce bien que le débat ait été maintes fois engagé.

La loi du silence règne en matière de médecine sportive. Elle résulte en grande partie du statut de dépendance de certains médecins au regard de leurs employeurs ou mandants, de la déresponsabilisation des médecins dans les structures fédérales, et de l'absence de saisine des ordres professionnels s'agissant de cas patents et connus de pratiques organisées de dopage mettant en cause certains médecins ou praticiens. Voilà qui conduit à rendre inopérant le système de lutte contre le dopage. L'accommodement passif à la loi du silence constitue pourtant une incitation au dopage dans un univers d'impunité.

A cet égard, la jurisprudence du Conseil d'Etat ne contient aucune décision, sur ces vingt dernières années, relative à la contestation de sanctions disciplinaires concernant des médecins mis en cause dans des affaires de dopage.

Cette situation a 2 origines :

-> Le poids écrasant de la loi du silence et de la contrainte qui dissuade toute plainte transmise aux ordres professionnels.

-> Le rapport de dépendance des médecins du sport qui servent trop souvent de caution à des pratiques de dopage dont ils ignorent ou veulent ignorer les origines.

II- Les effets pervers de la thèse de « l'autonomie du droit du sport »

. La multiplication des thèses défendant l'autonomie des règles de droit régissant le sport a conduit le Conseil d'Etat dans son rapport de 1990, sous le titre « Rapport sur l'exercice et le contrôle des pouvoirs disciplinaires des fédérations sportives » à affirmer qu'il s'agit en premier lieu d'éviter la consécration d'un principe d'autonomie du droit sportif, principe souvent présent dans le discours des responsables fédéraux et d'une partie de la doctrine.

. Si les thèses en vertu desquelles « le sport est un univers de règles et de lois » et encore que « l'on se trouve en présence de deux ordres juridiques distincts, d'une part celui de la nation et d'autre part celui du sport pratiqué par les athlètes » ont foisonné dans les années 20 et 30, l'intervention de l'Etat dans la sphère sportive n'a cessé de s'accroître et de se préciser, notamment avec l'ordonnance du 28 août 1945 et la loi du 29 octobre 1975 et grâce à la jurisprudence du Conseil d'Etat (Conseil d'Etat, 22 novembre 1974, fédération française des industries des articles de sport, page 577 - 26 novembre 1976, fédération française de cyclisme, page 513 - section 19 décembre 1980, HECHTER, page 488).

. Cependant, s'agissant des fédérations sportives, la loi du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, qui tend en son chapitre III à mieux définir le fonctionnement et les prérogatives, maintient une ambiguïté quant à l'indépendance des législations et à l'autonomie de ce qui pourrait être qualifié de « droit sportif ».

. Cette thèse de l'autonomie du droit du sport, confortée par l'ambiguïté des fédérations internationales qui ont institué des « havres juridiques » imposant aux fédérations des normes dont les fondements et la légitimité restent introuvables, a contaminé le domaine de la santé en créant une sorte de mythe de l'extraterritorialité du droit de la santé des sportifs.

. Or, mise à part le constat de la carence manifeste des instances fédérales et internationales, le retour nécessaire et urgent à des lois républicaines et des normes internationales négociées et imposées par les Etats doit correspondre au retour de la santé dans le sport.

III- Le retour de la santé dans le sport

Toute modification des lois et règlements en matière de lutte contre le dopage doit s'inspirer du principe suivant « **le dopage est une contre-indication médicale à la pratique du sport** ».

Le groupe de travail estime que le retour de la santé dans le sport ne peut passer que par la mise en place d'un dispositif sanitaire effectif d'une part (1) et par un renforcement de la lutte contre le dopage et notamment contre les pourvoyeurs de produits dopants d'autre part (2).

En avant propos, le groupe de travail tient à mettre l'accent sur **l'interdépendance et l'indissociabilité entre les dispositifs sanitaire et répressif** dont il propose la mise en oeuvre : **les propositions ci-dessous envisagées ne seront efficaces qu'à la condition d'être appliquées dans leur complémentarité.**

1.- La mise en place d'un dispositif sanitaire effectif

Il existe aujourd'hui une grande hétérogénéité du suivi médical des sportifs d'une fédération à l'autre. De plus, les intervenants médicaux sont nombreux et leurs missions ou responsabilités respectives mal définies. Les interventions médicales vont de la prévention générale aux soins en passant par l'aptitude initiale et le suivi. Notons que les liens fonctionnels entre ces différents acteurs ne sont pas formalisés. Ainsi, en termes de structure, le réseau utilisé est disparate et mal identifié. C'est pourquoi le groupe de travail propose d'établir un schéma directeur, jusqu'à lors inexistant, qui définirait les rôles des différentes structures amenées à intervenir dans le cadre de la protection de la santé des sportifs.

Ces propositions sont :

1°) D'abord, le groupe de travail propose de **subordonner l'octroi de toute licence sportive à un examen médical approfondi de non contre-indication.** Cet examen serait obligatoire pour tous les pratiquants, compétiteurs ou non et ouvrirait l'accès à toutes les disciplines sportives. **Il devrait impérativement être codifié ce qui permettrait d'en définir le contenu précis.**

2°) Ensuite, le groupe de travail estime que les dispositions existantes de la législation de 1984 concernant les licenciés compétiteurs doivent être maintenues.

Ainsi, une **visite annuelle de non-contre-indication à la pratique de la discipline concernée** doit rester une condition de validité de la licence sportive. Cet examen peut être réalisé par tout praticien. Il constitue le premier niveau du suivi médical et **peut suffire pour les compétiteurs occasionnels**.

Pour les **sportifs de haut niveau** et les assimilés (sections sportives scolaires en particulier) un **suivi médical régulier**, au moins trimestriel et/ou imposé par les événements, devra être institué. Son contenu en termes d'examens cliniques, para cliniques et biologiques devra faire l'objet d'un décret conjoint du secrétariat d'Etat à la santé et du ministère de la jeunesse et des sports. Dans un souci de qualité et d'homogénéité, les examens cliniques biologiques et physiologiques devront être réalisés dans des **structures identifiées et labellisées**, indépendantes du système fédéral. Les résultats de tous les examens devront être mentionnés au sein d'un livret médical soumis au secret médical.

Dans l'hypothèse selon laquelle le médecin chargé du suivi médical du sportif estimerait, au vu des résultats des examens, la pratique du sport envisagé dangereuse pour la santé de l'athlète, il pourra prendre une **mesure de contre-indication** à cette pratique. Cette mesure pourra être temporaire, partielle ou définitive. A l'issue de la période de contre-indication, la reprise par l'athlète concerné de la pratique sportive sera subordonnée à un nouvel examen de non contre-indication

La responsabilité de l'organisation et du fonctionnement du dispositif réglementaire sera supervisée par un " médecin inspecteur fédéral " (MIF) au sein de chaque fédération. Il aura notamment pour tâche de coordonner les différents intervenants et de centraliser les décisions de contre-indication à la pratique sportive. Présent au comité directeur de la fédération, il devra obligatoirement être consulté sur toute question ayant une répercussion d'ordre médical (programmation des compétitions, charges d'entraînement, âges de participation...). Ce médecin de prévention ne devrait pas être prescripteur ni rémunéré par les fédérations sportives, mais par l'Etat.

Il est essentiel que l'indépendance des médecins ici appelés à intervenir soit assurée par un contrat conformément aux dispositions du code de la santé publique.. De même, il convient de souligner que la mise en oeuvre d'un tel dispositif sanitaire n'est possible qu'à la condition d'une **formation adaptée**¹ de ces mêmes médecins.

3°) En dernier lieu, afin de **vérifier la bonne mise en oeuvre du dispositif envisagé auprès de chaque fédération, il semble opportun d'utiliser le réseau actuel des médecins inspecteurs régionaux (MIR) de la Jeunesse et des Sports.**

¹ Sur ce point, cf. annexe IV : " formation des médecins du sport " par M. Le Professeur M. Rieu.

Ces médecins **extra-fédéraux** seront chargés de contrôler les conditions du suivi et le respect de la législation devenant ainsi l'interlocuteur régional privilégié du MIF.

Il leur incombera notamment d'identifier les structures qui seront chargées du suivi médical et de procéder à leur labellisation pour les équipements, le protocole de suivi et le personnel. Dès lors, ils auront un rôle d'interface entre, d'une part, les médecins régionaux de ligue actuels et les médecins fédéraux et, d'autre part, entre le CIPLD et le terrain.

Le dispositif sanitaire ici exposé ne pourra prétendre à l'efficacité qu'à la condition qu'il soit accompagné d'un renforcement du dispositif des opérations de lutte contre le dopage et d'un respect strict des barrières assurant la protection du secret médical.

2.- Le renforcement du dispositif de lutte contre le dopage

Le groupe de travail propose de renforcer le dispositif des opérations de lutte contre le dopage par plusieurs innovations majeures. Il s'agit de l'attribution d'un rôle d'alerte aux professionnels de la santé (1), de la redéfinition de l'organisation du conseil de prévention et de lutte contre le dopage de manière à renforcer ses prérogatives (2), de la redéfinition du rôle confié aux fédérations (3), d'un renforcement de la coopération internationale (4) et de l'établissement d'une charte de sponsoring (5).

2.1 - Un rôle d'alerte pour les professionnels de la santé

Un système d'information médical systématique, seul de nature à rompre la loi du silence, aurait une fonction d'assistance, d'information et, en cas de fait délictuel, une fonction répressive. La « commission indépendante de prévention et de lutte contre le dopage (CIPLD) » serait créée. Sa mise en place pourrait être inspirée du **mécanisme TRACFIN** créé par la loi du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic de stupéfiants, dont l'objet a été élargi à l'ensemble des activités d'organisations criminelles par l'article 72 de la loi du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique.

En effet, à l'instar du système organisé par la loi du 12 juillet 1990², il convient d'instaurer **à la charge de tout médecin, une obligation de déclaration à un service médical des faits ou présomptions de fait de dopage qu'ils auraient acquis dans l'exercice de leurs fonctions.**

² Articles 2 & 3 de la loi n°90-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants

Les auteurs de telles déclarations seront les médecins chargés du suivi médical des sportifs, ayant à rédiger des certificats, qui auraient décidé de prendre une mesure de contre-indication à la pratique du sport concerné à l'encontre d'un athlète. Le service médical installé de la CIPLD recevra et traitera les déclarations de soupçon.

Ce dispositif (TRACDOP) ne pourra fonctionner de manière satisfaisante que dans la mesure où il reposera sur le respect de certaines règles juridiques et déontologiques garantissant des relations de confiance entre le service médical et les médecins :

-> Les médecins sollicités pour délivrer le certificat médical de non-contre-indication devront transmettre à la cellule médicale placée auprès de la CIPLD un double du rapport établi par eux en cas de contre-indication, dans les conditions suivantes :

- Ce rapport devra comporter une mention relative à la nature de la contre-indication définie selon un code dans des conditions fixées par décret. Ainsi la contre-indication pourrait comporter plusieurs mentions :

. la mention 1 pourrait correspondre aux contre-indications pour pathologies organiques,

. la mention 2 aux contre-indications pour pathologies comportementales,

. la mention 3 aux contre-indications pour pathologies iatrogènes

-> La déclaration faite de bonne foi sur la base de certificats ne pourra donner lieu ni à des poursuites sur le fondement des articles 226-13 et 226-14 du code pénal relatifs à la violation du secret professionnel, ni à une action en responsabilité civile. En cas de préjudice résultant directement d'une telle déclaration, l'Etat répondrait du dommage subi³. De même, **aucune sanction disciplinaire** qui serait fondée sur une violation du secret professionnel ne devra être encourue par celui qui aura rempli son obligation de déclaration. A ce titre, le groupe de travail propose que **le dopage se trouve inscrit au titre des fléaux sociaux** du code de la santé publique ;

-> Le service médical garantira l'anonymat de ses sources d'information et s'interdira d'utiliser les renseignements qui lui seront transmis à des fins autres que celles pour lesquelles il a été institué. **Leur divulgation sera interdite sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal⁴.**

³ Article 8 de la loi n°90-614 du 12 juillet 1990, op. cit.

⁴ Article 16 de la loi n°90-614 du 12 juillet 1990, op. cit.

Ce dispositif trouverait aussi à s'appliquer lorsqu'une haute suspicion de situation de dopage trouverait à s'imposer. Dans un tel cas, la cellule médicale de la CIPLD serait avertie et pourrait diligenter une enquête de sa propre autorité.

Lorsque par suite d'un grave défaut de vigilance, un professionnel de la santé aurait omis de faire une telle déclaration, l'autorité ayant le pouvoir disciplinaire engagerait une procédure sur le fondement des règlements professionnels ou administratifs et en aviserait le Conseil de l'Ordre en cas de responsabilité d'un médecin ou d'un pharmacien et le Procureur de la République s'il s'agissait d'un dealer. L'autorité ayant le pouvoir disciplinaire pourrait alors agir d'office dans les conditions prévues par les règlements professionnels ou administratifs. A titre d'exemple, le défaut de déclaration pourrait être puni d'une peine d'amende pouvant s'élever à 150 000 francs⁵.

2.2 - L'organisation d'une nouvelle structure : la CIPLD

Le gouvernement avait fait le choix de créer une nouvelle autorité administrative indépendante qu'il avait nommée "Conseil de Prévention et de Lutte contre le Dopage" (CPLD). Le groupe de travail estime que l'appellation de "**Commission Indépendante de Prévention et de Lutte Anti-Dopage**" (CIPLD) serait plus appropriée compte tenu des nouveaux pouvoirs détenus par cette autorité. Ainsi, le CPLD deviendrait la CIPLD. Le service TRACDOP serait placé auprès de la CIPLD.

Le seul pouvoir dont l'habilitation législative dotait le CPLD était un pouvoir de sanction. Cette situation n'était pas satisfaisante. En effet, le pouvoir de sanction des autorités administratives indépendantes doit nécessairement avoir pour contrepartie le respect par celles-ci d'un certain nombre de principes relatifs à leur indépendance, à leur composition et à leur fonctionnement.

Afin de donner à la CIPLD les caractéristiques d'une véritable AAI, il conviendrait de compléter ses prérogatives de la façon suivante :

a) Autonomie financière

En premier lieu, l'autonomie fonctionnelle doit être garantie par une autonomie financière dont la CIPLD ne dispose pas en l'état actuel du projet de loi. A cet effet, le groupe de travail envisage qu'elle perçoive, à l'instar de la commission des opérations de bourse (COB)⁶, des redevances sur les personnes publiques ou privées, dans la mesure où ces personnes rendent nécessaire et utile l'intervention de la commission ou dans la mesure où elles y trouvent leur intérêt. Un décret en Conseil d'Etat en fixerait les modalités.

⁵ Article 7 de la loi n°90-614 du 12 juillet 1990, op. cit.

⁶ Article 1^{er} de l'ordonnance n°66-683 du 28 septembre 1967 instituant une commission des opérations de bourse et relative à l'information des porteurs de valeurs mobilières et à la publicité de certaines opérations de bourse

b) Les services de la CIPLD

Il convient de doter la CIPLD des moyens nécessaires à l'accomplissement de sa tâche. A cet égard, le groupe de travail propose que soit renforcée la situation de la commission par la création de plusieurs services au sein même de la CIPLD.

En s'inspirant encore une fois de l'organisation de la COB telle qu'elle résulte de l'ordonnance du 28 septembre 1967 modifiée par la loi du 02 août 1989 relative à la sécurité et à la transparence du marché financier, puis par la loi du 02 juillet 1996, il convient de créer auprès de la CIPLD:

- 1°) Un service d'analyse et de recherche scientifique
- 2°) Un service juridique
- 3°) Un service d'organisation des relations avec les fédérations
- 4°) Un service d'enquête dirigé de préférence par un magistrat.

La commission disposerait d'**enquêteurs habilités** par le président selon des modalités qui seraient fixées par décret en Conseil d'Etat. Sans préjudice aux règles gouvernant la constatation et la poursuite des infractions pénales, **les enquêteurs pourraient se faire communiquer tout document et en obtenir la copie, et convoquer et entendre toute personne susceptible de leur fournir des informations**⁷. A l'image de ce qui est prévu pour la COB⁸, toute personne convoquée aurait le droit de se faire assister d'un conseil de son choix. Les modalités de la convocation et les conditions dans lesquelles sera assuré l'exercice de ce droit seraient déterminées par décret. **Les agents du CIPLD seraient astreints au secret professionnel** pour les faits, actes et renseignements dont il auraient pu avoir connaissance en raison de leurs fonctions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Pour la recherche des infractions définies à l'article 12 de l'actuel projet de loi⁹, le président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel seraient situés les locaux à visiter pourrait, sur demande motivée du président de la CIPLD, par une ordonnance énonçant les motifs de sa décision, autoriser les enquêteurs de la commission à effectuer des **visites en tous lieux ainsi qu'à procéder à la saisie de documents**. Comme l'exige l'article 56-1 du code de procédure pénale, les perquisitions dans le cabinet d'un médecin seraient effectuées par le magistrat lui-même et en présence de la personne responsable de l'ordre des médecins ou de son représentant. Il reviendrait au juge de vérifier que la demande d'autorisation qui lui est soumise est fondée.

⁷ Article 5 B de l'ordonnance n°67-683 du 28 septembre 1967, op. cit.

⁸ Article 5 de l'ordonnance n°67-683 du 28 septembre 1967, op. cit.

⁹ Prescription, cession, offre, administration, application de produits ou procédés dopants, incitation à leur usage, facilitation de leur utilisation

Cette demande devra comporter tous les éléments d'information en possession de la commission de nature à justifier la visite. Le magistrat désignerait un officier de police judiciaire chargé d'assister à ces opérations et de le tenir informé de leur déroulement. La visite s'effectuerait sous le contrôle du juge qui l'aura autorisée lequel pourrait se rendre dans les locaux pendant l'intervention. A tout moment, il pourrait décider de la suspension ou de l'arrêt de la visite. Cette dernière ne pourra commencer avant 6 heures ou après 21 heures. L'officier de police judiciaire veillera au respect du secret professionnel et des droits de la défense.

Un procès-verbal de visite dressé par les enquêteurs de la commission devrait relater les modalités et le déroulement de l'opération¹⁰.

C'est le service médical de la CIPLD qui collectera les certificats et/ou les déclarations d'alerte des professionnels de la santé. Ainsi, lorsque ce service aura réuni suffisamment d'éléments pour présumer de l'existence de filières d'approvisionnement en produits dopants (médecins prescripteurs, laboratoires clandestins, simple pourvoyeur...), il devra transmettre les renseignements dont il dispose au service d'enquête afin que ses agents puissent procéder aux opérations ci-dessus énumérées.

5°) Un service médical composé de médecins

-> *Compétences du service médical*

- * ***Une mission de conseil, d'information et de définition*** . Tout praticien confronté à un problème relatif au dopage pourra bénéficier de l'assistance scientifique, médicale et juridique de cette cellule. Les informations recueillies par le service médical permettant d'évaluer une situation sanitaire ou de mettre en évidence l'utilisation de nouveaux produits ou procédés de dopage seront communiquées aux instances et personnes concernées.
- * ***Une mission d'expertise et d'enquête***. Les médecins composant la section médicale seraient habilités, suite à la prise de connaissance de certificats et/ou à une déclaration d'alerte d'un professionnel de la santé, à pratiquer des examens et entretiens permettant de faire un bilan concernant la santé des sportifs dont le cas a été signalé. **Lorsque l'enquête menée par les médecins de la CIPLD mettra en évidence une présomption de dopage d'un sportif, le service médical pourra enjoindre à ce dernier de se présenter dans les structures identifiées et labellisées évoquées plus haut afin que soit prise à son encontre une mesure de contre-indication à la pratique sportive.**

¹⁰ Article 5 ter de l'ordonnance n°67-683 du 28 septembre 1967, op. cit.

* *Une mission de transmission des informations aux juridictions compétentes.*

Lorsque l'enquête dévoilera des éléments de nature à **présumer de la commission d'une des infractions pénales envisagées à l'article 12 de l'actuel projet de loi** (prescription, offre, cession, administration, application de produits ou procédés dopants, facilitation de leur usage et incitation à leur utilisation), **les informations recueillies devront être transmises au service d'enquête de la CIPLD ainsi qu'au Procureur de la République.** De même, il **transmettrait systématiquement les plaintes aux conseils départementaux des ordres professionnels** lorsque les informations mettraient en évidence des pratiques médicales constitutives d'infractions aux codes de déontologie. La CIPLD pourrait également faire appel auprès du Conseil national des ordres. Ceci suppose une modification en ce sens de l'article L 411 du code de la santé publique. Elle peut en outre envoyer un dossier au médecin fédéral aux fins de saisine de la fédération concernée.

-> *Organisation du service médical*

Les compétences de ce service le rapprochent du service dit TRACFIN créé par la loi du 12 juillet 1990 qui est composé d'agents publics de l'Etat spécialement habilités par le ministre¹¹.

Mais ses compétences sont également comparables à celles dont dispose le service central de prévention de la corruption créé par la loi du 29 janvier 1993 et chargé de centraliser les informations nécessaires à la détection et à la prévention des faits de corruption active ou passive, de trafic d'influence commis par des personnes exerçant une fonction publique ou par des particuliers, de concussion, de prise illégale d'intérêt ou d'atteinte à la liberté et à l'égalité des candidats dans les marchés publics¹²

On remarquera cependant que ces deux services sont placés sous l'autorité des ministres de tutelle. Or, si l'organisation du service médical peut être une transposition de ces services, il convient de le rattacher, à l'instar de l'organisation retenue par la COB, à la CIPLD et non à un département ministériel.

-> *Statut des médecins composant le service médical de la CIPLD*

Les médecins composant le service médical appartiendraient au corps des médecins inspecteurs de la Jeunesse et des Sports. Leur statut devrait être revalorisé.

Les médecins inspecteurs de la Jeunesse et des Sports en fonction dans chaque direction régionale deviendraient les correspondants régionaux du service médical.

¹¹ Article 5 de la loi n°90-614 du 12 juillet 1990, op. cit.

¹² Article 1^{er} de la loi n°93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques

2.3 - La redéfinition du rôle confié aux fédérations

a) Renforcer le pouvoir réglementaire en matière de dopage

Les auteurs de la loi du 28 juin 1989 ont souhaité associer les fédérations sportives à la lutte antidopage. Au terme de cette loi, les fédérations sportives sont tenues d'adopter dans leurs règlements un dispositif de contrôle antidopage et de sanction.

Un décret en date du 1^{er} avril 1992 définit le cadre des règlements des fédérations en matière de lutte antidopage

Or, les règlements divergent du règlement type et les procédures sont très largement défaillantes.

La réglementation en matière de dopage ayant trait à la santé publique, elle relève de la seule autorité gouvernementale et ne saurait être déléguée.

C'est pourquoi, le pouvoir de réglementation doit être intégralement transféré au ministre compétent.

A cet égard, il convient de renforcer l'article 6 du projet de loi relatif à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, dans le même sens que le Sénat.

La nature des examens et leur périodicité ne pourraient être définis que par arrêté ministériel, mais aussi l'organisation de la surveillance médicale que chaque fédération devra mettre en place.

b) Pour une concentration des sanctions disciplinaires en matière de dopage

L'actuel projet de loi tout comme la loi du 28 juin 1989, institue trois niveaux dans la procédure disciplinaire dont deux au sein des fédérations.

A ces trois échelons s'ajoute la procédure devant le juge administratif.

Or, s'il est légitime de conférer aux fédérations un pouvoir de sanction disciplinaire s'agissant du respect des règles relatives à l'organisation de chacun des sports concernés, en revanche, il convient de simplifier les procédures qui multiplient inutilement des échelons.

2.4 - Pour un renforcement de la coopération internationale

Celle-ci doit prendre plusieurs formes :

1° La renégociation des termes de la convention contre le dopage signée à Strasbourg le 16 novembre 1989.

Cette convention comporte une définition a minima du dopage en renvoyant à une liste de produits interdits.

Or une telle liste, bien qu'elle soit régulièrement révisée, ne saurait être exhaustive.

La définition donnée par la convention doit être rapprochée de celle figurant dans la loi du 28 juin 1989, confirmée par le projet de loi en cours de discussion.

2° L'extension des travaux des groupes consacrés à la drogue aux questions de dopage

Il est proposé :

. L'extension des compétences du « groupe horizontal drogue » fonctionnant dans le cadre du IIIème du traité de l'Union Européenne aux questions relatives au dopage.

. L'inclusion du dopage dans le mécanisme de transmission d'information à l'Observatoire Européen des drogues de Lisbonne.

. Négociation d'une convention sur la base de l'article 43 du traité sur l'Union Européenne portant création d'un office européen du dopage.

3° L'harmonisation des procédures disciplinaires et l'échange d'informations entre les ordres professionnels

. Négociations en vue de la mise en place de procédures d'échanges d'information entre les ordres professionnels dans le cadre de l'Union Européenne, voire de l'espace Schengen.

ANNEXES

- . Annexe I: Relevé de propositions**
- . Annexe II: Propositions de modifications législatives**
- . Annexe III: La formation des médecins du sport**
- . Annexe IV: Le dopage et les pharmaciens**
- . Annexe V: Textes de référence**

ANNEXE I

Relevé de propositions

RELEVÉ DES PROPOSITIONS

I - Le volet sanitaire

1. Inscrire le dopage au titre des fléaux sociaux dans le code de la santé publique.
→ compléter le livre III du code de la santé publique en ajoutant un titre 8 L
→ réintroduire l'article premier de la loi du 28 juin 1989 L

2. Subordonner l'octroi de toute licence sportive à un examen médical de non contre-indication à la pratique de la discipline concernée.
→ modifier le projet de loi de lutte contre le dopage L

3. Organiser la transmission au service médical de la CIPLD, par les médecins chargés du suivi, des dossiers de contre-indication.
→ modifier le projet de loi antidopage (procédure TRACDOP) en s'inspirant des dispositions de la loi du 12 juillet 1990 L

4. Subordonner la validité de toute licence sportive à une visite médicale annuelle de non contre-indication à la pratique de la discipline concernée.
→ modifier le projet de loi antidopage L

5. Définir le contenu précis de l'examen médical initial de non contre-indication R

6. Définir le contenu précis de la visite médicale annuelle de non contre-indication R

7. Définir le contenu précis en termes d'examens cliniques, para cliniques et biologiques de l'examen réalisé dans le cadre du suivi médical des sportifs de haut niveau R

8. Pour les sportifs de haut niveau et les assimilés, mettre en place un suivi médical régulier (au moins trimestriel) R

9. Mettre en place des structures identifiées et labellisées qui seront chargées de procéder aux examens cliniques, para cliniques et biologiques R

10. Adapter la formation des médecins du sport à leurs nouvelles fonctions R

11. Attribuer au médecin chargé du suivi médical du sportif la possibilité de prendre une mesure de contre-indication (temporaire, partielle ou définitive) à la pratique de la discipline concernée dans le cas où il estimerait la pratique du sport envisagé dangereuse pour la santé de l'athlète R

12. Mettre en place au sein de chaque fédération sportive un médecin inspecteur fédéral sur lequel reposera la responsabilité de l'organisation du dispositif réglementaire relatif à la protection de la santé des sportifs R

13. Attribuer aux médecins inspecteurs régionaux de la jeunesse et des sports la mission de vérifier la bonne mise en œuvre dispositif sanitaire envisagé auprès de chaque fédération..... R

14. Edicter le règlement s'imposant aux fédérations sportives en matière de dopage R

15. Modifier les codes de déontologie des professions médicales en intégrant des dispositions relatives à la lutte contre le dopage R

16. Revaloriser le corps des médecins inspecteurs de la Jeunesse et des Sports R

II - Le volet répressif

1. Instaurer à la charge de tout professionnel de la santé une obligation de déclaration au service médical de la CIPLD des faits ou présomptions de fait de dopage qu'ils auraient acquises dans l'exercice de leurs fonctions au cours de l'établissement des certificats régulièrement établis.
→ Transposition du mécanisme introduit par la loi du 12 juillet 1990 modifiée (procédure TRACDOP) L
2. Créer une immunité pénale, civile et disciplinaire au profit des professionnels de la santé qui auront rempli leur obligation de déclaration.
→ Transposition du mécanisme introduit par la loi du 12 juillet 1990 modifiée (procédure TRACDOP)..... L
3. Instituer une peine d'amende (150 000 francs à titre d'exemple) à l'encontre des professionnels de la santé qui, par suite d'un grave défaut de vigilance, auraient omis de déclarer les faits ou présomptions de fait de dopage qu'ils auraient acquises dans l'exercice de leurs fonctions en falsifiant la rédaction des certificats.
→ Transposition du mécanisme introduit par la loi du 12 juillet 1990 modifiée ... L
4. Transformer l'appellation de l'autorité administrative indépendante envisagée par le projet de loi : le " Conseil de prévention et de lutte contre le dopage " devient la " Commission indépendante de prévention et de lutte contre le dopage " (CIPLD).
→ Modification du projet de loi contre le dopage L
5. Permettre l'autonomie financière de la CIPLD en prévoyant qu'elle perçoive des redevances sur les personnes publiques ou privées, dans la mesure où ces personnes rendent nécessaire et utile l'intervention de la commission ou dans la mesure où elles y trouvent leur intérêt.
→ Modification du projet de loi contre le dopage L
6. Créer au sein de la CIPLD un service d'analyse et de recherche scientifique, un service juridique, un service d'organisation des relations avec les fédérations sportives, un service d'enquête et un service médical R
7. Pour la recherche des infractions pénales relatives au dopage, prévoir l'habilitation d'enquêteurs auprès du service d'enquête de la CIPLD et leur attribuer le pouvoir de se faire communiquer tout document et d'en obtenir la copie, de convoquer et d'entendre toute personne susceptible de leur fournir des informations, et de procéder, sur autorisation judiciaire, à des visites, perquisitions et saisies.
→ Modification du projet de loi contre le dopage L

8. Etablir un mécanisme de transmission des informations du service médical au service d'enquête et, du service médical aux juridictions compétentes (disciplinaires et pénales).
→ Modification du projet de loi contre le dopage et modification du code de la santé publique L

9. Permettre à la CIPLD de faire appel auprès des Conseils nationaux des ordres professionnels (médecins et pharmaciens).
→ Modification du code de la santé publique (art. 2411) L

10. Habilitier les médecins composant le service médical de la CIPLD à pratiquer, à la demande ou sur réclamation du médecin d'alerte, des examens et entretiens permettant de faire un bilan concernant la santé des sportifs dont le cas a été signalé.
→ Modification du projet de loi contre le dopage L

11. Habilitier les médecins composant le service médical de la CIPLD à enjoindre au sportif dont le dopage est fortement soupçonné de passer des examens cliniques, para-cliniques et biologiques dans les structures identifiées et labellisées afin que ces dernières puissent prendre à son encontre une mesure de contre-indication à la pratique sportive.
→ Modification du projet de loi contre le dopage L

12. Soumettre les membres de la CIPLD au secret professionnel.
→ Modification du projet de loi contre le dopage L

13. Concentrer le pouvoir disciplinaire en matière de dopage au niveau de la CIPLD ... L

14. Renforcer la coopération internationale AG

L: législatif
R: réglementaire
AG: action gouvernementale

ANNEXE II

Propositions de modifications législatives

ANNEXE II

PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS LÉGISLATIVES (non exhaustives)

Le dopage comme fléau social :

Les titres Ier et II du projet de loi relatif à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage deviennent les titres II et III.

**Il est inséré un titre Ier nouveau ainsi rédigé
« De la reconnaissance du dopage comme fléau social ».**

Article 1 :

Il est interdit à toute personne d'utiliser, au cours des compétitions et manifestations sportives organisées ou agréées par des fédérations sportives ou en vu d'y participer, les substances et les procédés qui sont de nature à modifier artificiellement les capacités ou à masquer l'emploi de substances ou de procédés ayant cette propriété.

Dans les mêmes conditions, il est interdit, sans préjudice du principe de la liberté de prescription à des fins thérapeutiques, d'administrer des substances définies au précédent alinéa ou d'appliquer les procédés visés à cet alinéa, d'inciter à l'usage de telles substances ou de tels procédés ou de faciliter leur utilisation.

Le dopage est une contre-indication médicale à la pratique du sport.

Article 2 :

Il est ajouté au livre III du code de la santé publique un titre IX intitulé « lutte contre le dopage » composé des articles L355.33 à L 355.36 ainsi rédigés

- *article L 355.33* : toute personne ayant recours à des produits dopants dans les conditions définies par la loi n° 98... du ... 1998 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

- *article L 355.34* : l'autorité sanitaire représentée par le service médical placé auprès de la CIPLD doit être saisie des situations de dopage et du cas des personnes ayant recours à des produits dopants. Elle fait alors procéder à une enquête au vu des certificats médicaux régulièrement délivrés.

- *article L 355.35* : Si, après examen médical, il apparaît qu'une personne est dopée, le service médical de la CIPLD lui enjoint d'avoir à se présenter dans un établissement agréé choisi par l'intéressé ou à défaut désigné d'office ou de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale du médecin choisi par elle.

- *article L 355.36* : les codes de déontologie des professions de santé visées par le code de la santé publique prévoient des sanctions disciplinaires à l'encontre des praticiens ayant favorisé le dopage ou ayant omis de signaler des faits de dopage.

Titre II : de la surveillance médicale des sportifs

Avant l'article 2 actuel insérer les articles suivants :

- *Article 3 (nouveau)* : Tout praticien qui est amené à connaître des faits de dopage est tenu de faire connaître ceux-ci à la cellule médicale du CIPLD.

- *Article 4 (nouveau)* : Tout praticien ou tout intervenant qui est amené à connaître des faits de dopage est tenu de faire connaître ceux-ci à la cellule médicale du CIPLD.

- *Article 5(nouveau)* : Le médecin qui, lorsqu'il est sollicité pour délivrer un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives dans les conditions visées aux articles 2 et 3 actuels, est amené à constater des faits de dopage, est tenu de transmettre ses constatations sous forme d'un certificat médical administratif à la cellule médicale de la CIPLD sous forme d'un certificat codé. Cette déclaration fait l'objet d'une mention figurant au rapport qu'il est tenu d'établir et de transmettre en cas de contre-indication à la pratique sportive.

- *Article 6 (nouveau)* : Le médecin qui dans l'exercice de sa profession est amené à constater des symptômes en lien avec l'usage de produits dopants ou de procédés de dopage est tenu d'en avertir l'intéressé et d'établir un certificat médical administratif de contre-indication à la pratique sportive et de le transmettre à la cellule médicale de la CIPLD sous forme codée.

- *Article 7 (nouveau)* : Lorsqu'ils ont fait de bonne foi la déclaration mentionnée aux articles 4, 5 et 6, ces praticiens bénéficient des dispositions de l'article... de la présente loi. Ils sont tenus de respecter les obligations définies à l'article ...

- *Article 8*(nouveau) : La cellule médicale de la CIPLD, reçoit la déclaration prévue à l'article 3. Cette cellule est composée de médecins inspecteurs de la Jeunesse et des Sports spécialement habilités par le ministre, dans des conditions fixées par décret. Cette cellule recueille et rassemble tous renseignements propres à établir l'origine des faits ou la nature du dopage faisant l'objet de la déclaration. Dès que les informations recueillies mettent en évidence des faits susceptibles de constituer une des infractions prévues par la présente loi, il en réfère, selon la nature des faits, au Procureur de la République, aux ordres professionnels s'il apparaît que les faits relèvent de leur compétence et au service d'enquête de la CIPLD.

- *Article 9*(nouveau) : Lorsqu'il apparaît qu'un praticien n'a pas transmis le certificat prévu à l'article 3, la CIPLD engage une procédure sur le fondement des règlements professionnels ou administratifs auprès des ordres professionnels compétents et, le cas échéant, du Procureur de la République. Elle peut faire appel auprès des conseils nationaux des ordres professionnels des décisions rendues par les conseils régionaux de ces ordres. Elle peut également se pourvoir devant les juridictions administratives.

- *Article 10* (nouveau) : Pour les faits de dopage ayant donné lieu à la déclaration mentionnée à l'article 3, aucune poursuite fondée sur les articles 226.13 et 226.14 du code pénal ne peut être intentée contre le praticien qui, de bonne foi, a effectué cette déclaration.

Aucune action en responsabilité civile ne peut être intentée ni aucune sanction professionnelle prononcée contre un praticien qui a fait de bonne foi la déclaration mentionnée à l'article 3. En cas de préjudice résultant directement d'une telle déclaration, l'Etat répond du dommage subi.

Les dispositions du présent article s'appliquent même si la preuve du caractère délictueux des faits à l'origine de la déclaration n'est pas rapportée ou si ces faits ont fait l'objet d'une décision de non lieu, de relaxe ou d'acquiescement.

- *Article 11* (nouveau) : Sans préjudice de l'application de l'article 40 du code de procédure pénale, les informations recueillies par le service institué à l'article 4 et les autorités de contrôles, ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles prévues par la présente loi.

Leur divulgation est interdite, sous les peines prévues aux articles 226.13 et 226.14 du code pénal. Elle peut également communiquer ces informations dans le cadre des procédures disciplinaires ou pénales engagées sur la base de tels faits.

- *Article 12* (nouveau) : A l'article 226.14 du code pénal, il est ajouté un 3° alinéa ainsi rédigé :

« 3° : Au praticien qui aura porté à la connaissance du service médical placé auprès de la CIPLD des faits de dopage dans le cadre de la procédure instituée par les articles 3 à 7 de la loi n°98... du ...1998 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage ».

Titre III (ex titre II) : De la prévention et de la lutte contre le dopage

Section 1 nouvelle

« De la commission indépendante de prévention et de lutte contre le dopage (CIPLD) »

- *Article 8* du projet de loi est ainsi modifié : La commission indépendante de prévention et de lutte contre le dopage, autorité administrative indépendante, veille à la protection de la santé des sportifs et à l'information des praticiens et des sportifs.

Dans l'accomplissement des missions qui sont confiées à la commission par la présente loi, le président de celle-ci a qualité pour agir au nom de l'Etat devant toute juridiction, à l'exclusion des juridictions pénales. Il peut faire appel auprès des conseils nationaux des ordres professionnels des décisions prises par leurs conseils régionaux.

(Le reste sans changement).

- *Article 9* du projet de loi est ainsi modifié : Après le 2ème alinéa, ajouter un nouvel alinéa ainsi rédigé :

Le service médical visé à l'article 1er est placé auprès de la CIPLD.

- *Article 10* du projet de loi est ainsi modifié : Le premier alinéa de l'article 10 est ainsi modifié :

La commission perçoit sur les personnes publiques ou privées des redevances, dans la mesure où ces personnes publiques ou privées rendent nécessaire ou utile l'intervention de la commission ou dans la mesure où elles y trouvent leur intérêt. Un décret en conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent alinéa.

Les dispositions de la loi du 10 août 1992 relative à l'organisation du contrôle des dépenses engagées ne sont pas applicables à leur gestion.

- *Article 10 bis* : Afin d'assurer l'exécution de sa mission, la CIPLD dispose d'un service médical composé de médecins de la Jeunesse et des Sports et d'un service d'enquêteurs habilités par le président, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

- *Article 18* du projet de loi est ainsi modifié : Supprimer les 3° et 4° du I de l'article 18.

ANNEXE III

La formation des médecins du sport

ANNEXE III

FORMATION DES MÉDECINS DU SPORT

La place du corps médical au sein du milieu sportif est ambiguë car :

L'athlète évolue dans un environnement hautement professionnel dont la mission et les objectifs prioritaires sont impérativement : *l'amélioration de la performance*.

Alors que la vocation première de la médecine est, par nature : *la préservation de la santé à court, moyen et long terme de l'individu*.

Pour assumer cette fonction essentielle, la compétence du médecin doit être sans faille, du même niveau que celle de ses interlocuteurs (entraîneurs, cadres techniques, scientifiques), sinon son rôle est réduit à celui d'un « bobologue » et/ou d'un « pousse-seringue ».

Seule une connaissance approfondie dans le domaine de la physiologie et de la physiopathologie de l'exercice musculaire pourra lui permettre d'assurer de façon pertinente, un suivi longitudinal « biologique et clinique » des sportifs, clé d'une prévention sanitaire et d'une lutte antidopage efficaces.

I - Concernant les praticiens qui exercent la médecine du sport à plein temps et/ou dans des conditions de responsabilités extrêmes, la complexité des réponses de l'organisme à une préparation physique intensive est telle, qu'une formation spécialisée est nécessaire.

Cette formation devrait se faire sous la forme d'un DESC (durée 2 ans dont 2 semestres pendant l'internat), ouvert notamment aux titulaires d'un DES de médecine du travail mais sans doute aussi à d'autres spécialités (cardiologie, rhumatologie, médecine physique, chirurgie orthopédique...).

Le contenu de cette formation serait constitué d'un *enseignement théorique* approfondi, appliqué aux activités physiques et sportives et, sur le plan de la pratique, d'un *post-internat* effectué dans des structures médico-sportives accréditées conjointement par les ministères de la Santé et de la Jeunesse et des Sports.

L'enseignement théorique comprendrait notamment :

- les aspects généraux de la physiologie et de la biomécanique de l'exercice musculaire et de l'entraînement physique ainsi que les contraintes physiologiques et biomécaniques spécifiques à chaque discipline sportive,
- les aspects nutritionnels,
- l'exploration des capacités fonctionnelles de l'organisme à l'effort sportif,
- la physiopathologie et pathologie du sport concernant plus particulièrement : le surentraînement, les technopathies, les pathologies iatrogènes,
- l'analyse du rôle des activités sportives dans l'éducation pour la santé et la prévention - à ses différents stades -, des maladies de civilisation.

Cette démarche sous-entend :

1. L'organisation de *structures médicales de référence* - majoritairement hospitalo-universitaires - au sein desquelles se ferait la formation des futurs spécialistes. Ces perspectives sont à inclure dans les contrats de plan Etat-Régions traitant des CHR.

2. La création d'une *sous-section du CNU* : « médecine du sport et risques spécifiques » au sein de la section 46 : « santé publique » (sous section 46-05) afin que puisse être assurés le développement de la recherche ainsi que le profil de carrière des formateurs (procédure de création en vertu de l'article 6 du décret 87-31 du 20 janvier 1987 et des articles 2 et 7 du décret 92-70 du 16 janvier 1992).

II - Concernant les praticiens impliqués de manière plus partielle dans la médecine sportive, il est indispensable de conserver, en le renforçant, l'enseignement de la *capacité de « médecine et biologie du sport »*.

III - Concernant les médecins, notamment généralistes, amenés à examiner occasionnellement des sportifs dans leur pratique courante, voir à être confrontés à des problèmes de dopage, il conviendrait d'introduire un enseignement orienté vers les aspects médico-sportifs dans leur *formation initiale* et, surtout, de développer ces aspects dans le cadre de la *formation médicale continue*.

ANNEXE IV

Le dopage et les pharmaciens

DOPAGE ET PHARMACIENS

DOPAVIGILANCE

Document 1

Le dopage est un phénomène qui a des répercussions sur la protection de la santé et, à ce titre, l'ordre des Pharmaciens estime nécessaire de mettre en place des dispositions particulières pour prévenir et assurer une vigilance stricte vis à vis de la consommation de médicaments utilisés comme substances dopantes et de leur détection.

Il apparaît que la plupart des substances utilisées sont des médicaments détournés aux différents niveaux de la chaîne du médicament.

Compte tenu de leur position au sein de cette chaîne, les pharmaciens sont impliqués à plusieurs niveaux:

- a) Au niveau de l'**industrie**, il convient de renforcer le contrôle des flux des médicaments dits « sensibles », par exemple par un suivi des valeurs, des fréquences et de la répartition géographique des commandes des différents opérateurs de distribution.
- b) Les **grossistes** assurent la répartition de l'ensemble des médicaments sur le territoire. Ils peuvent fournir des informations essentielles par un contrôle des avals.
- c) Au niveau de la **pharmacie d'officine et hospitalière**, les pharmaciens sont confrontés régulièrement à des demandes de dispensation dont les quantités peuvent faire penser à une utilisation détournée correspondant à des pratiques de dopage et non à des besoins thérapeutiques
- d) Au niveau de l'**inspection pharmaceutique** les inspecteurs doivent veiller au bon fonctionnement de cette chaîne du médicament afin que des comportements laxistes répréhensibles ne s'installent pas..

Tout comme les autorités de santé ont mis en place un système de pharmacovigilance, il est important d'utiliser au maximum les possibilités de mise en place d'une vigilance et de tracabilité des molécules sensibles pour construire une véritable **dopavigilance**.

Les pharmaciens pourraient par exemple avoir un rôle déclaratif par rapport à la dispensation de certains médicaments en quantité anormale ou faisant partie de certaines classes thérapeutiques, prescrits à des sportifs.

Une modification de la liste des substances interdites s'impose pour permettre de faire face à l'utilisation des nombreux produits détournés de leur usage, prenant en compte de nouveaux produits, avec la possibilité d'intégrer l'ensemble des produits faisant partie d'une classe thérapeutique « sensible ».

Les pharmaciens ont également un rôle d'éducation avec les médecins et les autres accompagnants des sportifs afin d'expliquer et de prévenir le recours au dopage auprès des jeunes mais aussi des parents qui se rendent fréquemment à l'officine pour des demandes de soins ou de médicaments.

Paris, le 6 octobre 1998
Conseil national de l'ordre
des Pharmaciens

DOPAGE ET PHARMACIENS

DEPISTAGE DU DOPAGE

Document 2

L'actualité médiatique ainsi que le récent projet de loi relatif à la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, nous conduit à faire le point pour réaffirmer :

☛ Même si la lutte contre le dopage est loin d'être satisfaisante aujourd'hui, il ne faut cependant pas incriminer son niveau actuel à l'insuffisance due aux contrôles biologiques. On ne saurait imaginer quelles seraient les pratiques des sportifs à l'heure actuelle si les contrôles urinaires n'avaient pas été institués. Ils ont notamment permis le quasi-abandon de substances exogènes (par exemple, les amphétamines) et la nette diminution de l'utilisation de certains stéroïdes anabolisants. Par ailleurs, le contrôle analytique institué est aujourd'hui la seule preuve objective d'absorption de substances interdites, susceptibles d'être retenues par une instance juridique.

I - Situation actuelle

Les limites des analyses permises actuellement tiennent à :

La réglementation des produits interdits

Aujourd'hui les produits interdits figurent sur une liste qui ne permet de prendre en compte que certains produits d'une même classe thérapeutique susceptibles d'avoir une action pharmacologique et n'inclut pas les produits nouveaux, découverts postérieurement à l'élaboration de la liste, certains métabolites. Certaines classes pharmacologiques sont également écartées.

Il conviendrait d'élargir les contrôles possibles à l'ensemble de classes thérapeutiques susceptibles d'être utilisées à des fins de dopage sans citer de nom de molécule ou alors faire précéder la liste des mots « par exemple » pour bien marquer le caractère non limitatif des substances citées.

Cette réglementation ne permet pas la prise en compte de marqueurs indirects de dopage utiles, par exemple par la mise en évidence de l'érythropoétine, la somatotropine etc...

La réglementation fixant le type de tests

Aujourd'hui les laboratoires doivent se borner aux recherches dans les urines, seules prévues par la loi, alors que de nombreux autres produits pourraient être détectés dans d'autres milieux biologiques, par exemple sang ou cheveux.

II - Propositions

L'amélioration du dépistage du dopage est possible, elle passe notamment par les cinq propositions suivantes :

a) Prévention

La réalisation périodique de bilans biologiques et toxicologiques spécialisés permettrait de suivre l'athlète et de lui permettre aussi de mieux gérer son entraînement.

Un profil biologique et thérapeutique personnel du sportif serait ainsi établi et connu.

(Par exemple, y serait incluse une analyse du cheveu faite deux fois par an, laquelle permettrait de tracer de nombreuses substances stockées dans le cheveu).

b) Contrôle

La réalisation tous les trois mois en routine et avant les grandes épreuves, d'analyses sanguines associées aux analyses d'urine permettrait un dépistage général plus large. (Des tests sanguins spécifiques ou des analyses sur les cheveux pourraient compléter cet arsenal biologique ceci à la demande de l'équipe médicale soignante).

c) Expertise

C'est la condition de la crédibilité du système tout entier, il y a nécessité de se donner les moyens de contre-expertises complètes réalisées dans des délais très brefs par des laboratoires spécifiques validés pour leur compétence dans les domaines analytiques particuliers, qui porteraient sur les trois milieux biologiques complémentaires susceptibles de mettre en évidence la prise de substances dopantes.

d) Information

Si l'usage des substances dopantes ne cesse de croître en utilisant les avancées médico-scientifiques les plus récentes, il en est de même des capacités de détection qui peuvent s'appuyer sur des méthodologies analytiques de plus en plus sophistiquées et puissantes. Les seuils de détection deviendront de plus en plus faibles, les milieux biologiques explorables vont au-delà du seul milieu urinaire.

Le cadre réglementaire actuel du dépistage analytique ne permet pas aux professionnels du dépistage d'exprimer tout leur potentiel.

De plus, ce cadre réglementaire restrictif expose l'expertise analytique à de vives critiques émises au sein du milieu sportif et même médical. Une campagne d'information doit être mise en place, sous des formes à définir pour informer le monde sportif des capacités de l'expertise analytique et de son évolution.

e) Recherche

Une recherche fondamentale et appliquée doit se développer afin d'éviter et de prévenir l'utilisation de certaines molécules.

III - Conclusion

En utilisant l'urine, le sang et les phanères, les analyses de laboratoire sont efficaces pour détecter la prise de la plupart des substances dopantes. Elles doivent être considérées comme un apport d'information indispensable de nature à éclairer non seulement, l'approche médicale et clinique du sportif, mais aussi d'aider la communauté sportive à combattre des pratiques dangereuses dans le respect des règles du droit du sport.

Document réalisé sous l'égide du Conseil national de l'Ordre, avec la participation de

Yves BONNAIRE, Directeur du Laboratoire de la Fédération Nationale des Courses Françaises - Professeur Jacques DE CEAURRIZ, Directeur Général du Laboratoire National de de Dépistage du Dopage - Docteur Gilbert PEPIN, Biologiste, Expert près de la Cour d'Appel de Paris, agréé par la Cour de Cassation - J.M. SCHERRMANN, Professeur de pharmacologie, Université Paris V.

Paris, le 6 octobre 1998

ANNEXE V

Textes de référence

ANNEXE V

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Loi n° 90-614 du 12 juillet 1990 : articles 2, 3, 5, 7, 8 et 16
- Ordonnance n° 67-683 du 28 septembre 1967 : articles 1er, 4-1, 5B, 5, 5ter
- Loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 : article 1er
- Textes relatifs au secret professionnel (code pénal et code de déontologie médicale)
- Extraits du code de la santé publique
- Titre VI : lutte contre la toxicomanie

TEXTES DE REFERENCE

→ *Loi n°90-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants*

Articles 2, 3, 5, 7, 8 & 16

Art. 2. - Les personnes autres que celles mentionnées à l'article 1^{er} qui, dans l'exercice de leur profession, réalisent, contrôlent ou conseillent des opérations entraînant des mouvements de capitaux, sont tenues de déclarer au procureur de la République les opérations dont elles ont connaissance et qui portent sur des sommes qu'elles savent provenir de l'une des infractions visées à l'article 3.

Lorsqu'elles ont fait de bonne foi une telle déclaration, ces personnes bénéficient des dispositions de l'article 8 de la présente loi. Elles sont tenues de respecter les obligations énoncées à l'article 10. Le procureur de la République informe le service visé à l'article 5 qui lui fournit tous renseignements utiles.

Art. 3. - Les organismes financiers visés à l'article 1^{er} sont tenus, dans les conditions fixées par la présente loi, de déclarer au service institué à l'article 5 :

1° Les sommes inscrites dans leurs livres lorsqu'elles leur paraissent provenir de l'une des infractions prévues par l'article L. 627 du code de la santé publique ou par l'article 415 du code des douanes ;

2° Les opérations qui portent sur des sommes lorsque celles-ci leur paraissent provenir de l'une des infractions mentionnées au 1° ci-dessus.

Art. 5. - Un service, placé sous l'autorité du ministre chargé de l'économie et des finances, reçoit la déclaration prévue à l'article 3. Ce service est composé d'agents publics de l'Etat spécialement habilités par le ministre, dans des conditions fixées par le décret prévu à l'article 24. Ce service recueille et rassemble tous renseignements propres à établir l'origine des sommes ou la nature des opérations faisant l'objet de la déclaration. Dès que les informations recueillies mettent en évidence des faits susceptibles de constituer une des infractions prévues par l'article L. 627 du code de la santé publique ou l'article 415 du code des douanes, il en réfère au procureur de la République en lui précisant, le cas échéant, que l'administration des douanes a été saisie en vue de procéder à des investigations pour la recherche et la constatation de l'infraction prévue à l'article 415 du code des douanes.

Art. 7. - Lorsque, par suite soit d'un grave défaut de vigilance, soit d'une carence dans l'organisation de ses procédures internes de contrôle, un organisme financier a omis de faire la déclaration prévue à l'article 3, l'autorité ayant pouvoir disciplinaire engage une procédure sur le fondement des règlements professionnels ou administratifs et en avise le procureur de la République.

Art. 8. - Pour les sommes ou les opérations ayant fait l'objet de la déclaration mentionnée à l'article 3, aucune poursuite fondée sur l'article 378 du code pénal ne peut être intentée contre les dirigeants et les préposés de l'organisme financier qui, de bonne foi, ont effectué cette déclaration.

Aucune action en responsabilité civile ne peut être intentée ni aucune sanction professionnelle prononcée contre un organisme financier, ses dirigeants ou ses préposés qui ont fait de bonne foi la déclaration mentionnée à l'article 3. En cas de préjudice résultant directement d'une telle déclaration, l'Etat répond du dommage subi.

Les dispositions du présent article s'appliquent même si la preuve du caractère délictueux des faits à l'origine de la déclaration n'est pas rapportée ou si ces faits ont fait l'objet d'une décision de non-lieu, de relaxe ou d'acquiescement.

Art. 16. - Sans préjudice de l'application de l'article 40 du code de procédure pénale, les informations recueillies par le service institué à l'article 5 et les autorités de contrôle en application des articles 3, 13, 14 et 15 ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles prévues par la présente loi.

Leur divulgation est interdite, sous les peines prévues à l'article 378 du code pénal. Sous réserve que ces informations soient en relation avec les faits visés à l'article 3, le service institué à l'article 5 est toutefois autorisé à communiquer les informations recueillies à des officiers de police judiciaire désignés par le ministre de l'intérieur dans des conditions fixées par le décret prévu à l'article 24, ainsi qu'aux autorités de contrôle. Il peut également communiquer ces informations au service des douanes. Il peut recevoir des officiers de police judiciaire et des autorités de contrôle les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

→ Ordonnance n°67-683 du 28 septembre 1967 instituant une commission des opérations de bourse et relative à l'information des porteurs de valeurs mobilières et à la publicité de certaines opérations de bourse

Articles 1^{er}, 4-1, 5 B, 5, 5 ter

Art. 1^{er} (L. n° 96-597 du 2 juill. 1996) « La Commission des opérations de bourse, autorité administrative indépendante, veille à la protection de l'épargne investie dans les instruments financiers et tous autres placements donnant lieu à appel public à l'épargne, à l'information des investisseurs et au bon fonctionnement des marchés d'instruments financiers.

« Dans l'accomplissement des missions qui sont confiées à la commission par la présente ordonnance, le président de celle-ci a qualité pour agir au nom de l'État devant toute juridiction à l'exclusion des juridictions pénales. »

(L. n° 84-1208 du 29 déc. 1984) « La commission perçoit sur les personnes publiques ou privées des redevances, dans la mesure où ces personnes publiques ou privées rendent nécessaire ou utile l'intervention de la commission ou dans la mesure où elles y trouvent leur intérêt. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent alinéa. » – V. Décr. n° 68-23 du 3 janv. 1968, art. 8-1 (JO 12 janv.), ajouté par Décr. n° 85-809 du 31 juill. 1985 (JO 1^{er} août), mod. par Décr. n° 87-799 du 30 sept. 1987 (JO 1^{er} oct.), Décr. n° 89-24 du 24 janv. 1989 (JO 25 janv.), Décr. n° 94-175 du 28 févr. 1994 (JO 1^{er} mars). – C. soc.

4-1 (L. n° 85-1321 du 14 déc. 1985) Pour l'exécution de sa mission, la commission peut prendre des règlements concernant le fonctionnement des marchés placés sous son contrôle ou prescrivant des règles de pratique professionnelle qui s'imposent aux personnes faisant publiquement appel à l'épargne, ainsi qu'aux personnes qui, à raison de leur activité professionnelle, interviennent dans des opérations sur des titres placés par appel public à l'épargne ou assurent la gestion individuelle ou collective de portefeuilles de titres.

(L. n° 96-597 du 2 juill. 1996) « Les instructions et recommandations adoptées par la commission aux fins de préciser l'interprétation et les modalités d'application de ses règlements sont publiées par la commission dans un délai de quinze jours suivant la date de leur transmission au ministre chargé de l'économie et des finances. »

Lorsqu'ils concernent un marché déterminé, les règlements de la commission sont pris après avis de la ou des autorités du marché considéré.

Ces règlements sont publiés au *Journal officiel* de la République française, après homologation par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances. – V. *infra*, note ss. art. 6 et note ss. art. 9 du décret n° 68-30 du 3 janv. 1968.

5 B (L. n° 89-531 du 2 août 1989) Afin d'assurer l'exécution de sa mission, la Commission des opérations de bourse dispose d'enquêteurs habilités par le président selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. – V. Décr. n° 88-152 du 16 févr. 1988 (D. et ALD 1988. 168).

Les enquêteurs peuvent, pour les nécessités de l'enquête, se faire communiquer tous documents, quel qu'en soit le support, et en obtenir la copie. Ils peuvent convoquer et entendre toute personne susceptible de leur fournir des informations. Ils peuvent accéder aux locaux à usage professionnel. – Pour les sanctions pénales, V. art. 10.

5 (L. n° 70-1208 du 23 dec. 1970) « Toute personne convoquée a le droit de se faire assister d'un conseil de son choix. Les modalités de cette convocation et les conditions dans lesquelles sera assuré l'exercice de ce droit seront déterminées par décret. » – V. Décr. n° 71-615 du 23 juill. 1971, art. 4 (D. et BLD 1971. 327).

Le secret professionnel ne peut être opposé aux agents de la commission, sauf par les auxiliaires de justice.

Les membres et les agents de la commission sont astreints au secret professionnel pour les faits, actes et renseignements dont ils ont pu avoir connaissance en raison de leurs fonctions, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

Deux derniers al. abrogés par L. n° 89-531 du 2 août 1989, art. 3.

5 ter (L. n° 89-531 du 2 août 1989) Pour la recherche des infractions définies aux articles 10-1 et 10-3, le président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel sont situés les locaux à visiter peut, sur demande motivée du président de la Commission des opérations de bourse, par une ordonnance énonçant les motifs de sa décision, autoriser les enquêteurs de la commission à effectuer des visites en tous lieux ainsi qu'à procéder à la saisie de documents. L'ordonnance n'est susceptible que d'un pourvoi en cassation selon les règles prévues par le Code de procédure pénale ; ce pourvoi n'est pas suspensif.

Le juge doit vérifier que la demande d'autorisation qui lui est soumise est fondée ; cette demande doit comporter tous les éléments d'information en possession de la commission de nature à justifier la visite. Il désigne l'officier de police judiciaire chargé d'assister à ces opérations et de le tenir informé de leur déroulement.

La visite s'effectue sous l'autorité et le contrôle du juge qui l'a autorisée. Il peut se rendre dans les locaux pendant l'intervention. A tout moment, il peut décider la suspension ou l'arrêt de la visite.

La visite ne peut être commencée avant six heures ou après vingt et une heures ; dans les lieux ouverts au public, elle peut également être commencée pendant les heures d'ouverture de l'établissement. Elle est effectuée en présence de l'occupant des lieux ou de son représentant ; en cas d'impossibilité, l'officier de police judiciaire requiert deux témoins choisis en dehors des personnes relevant de son autorité ou de celle de la commission.

Les enquêteurs de la commission, l'occupant des lieux ou son représentant et l'officier de police judiciaire peuvent seuls prendre connaissance des pièces avant leur saisie.

L'officier de police judiciaire veille au respect du secret professionnel et des droits de la défense conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article 56 du Code de procédure pénale. L'article 58 de ce code est applicable.

Le procès-verbal de visite relatant les modalités et le déroulement de l'opération est dressé sur-le-champ par les enquêteurs de la commission. Un inventaire des pièces et documents saisis lui est annexé. Le procès-verbal et l'inventaire sont signés par les enquêteurs de la commission et par l'officier de police judiciaire ainsi que par les personnes mentionnées au cinquième alinéa du présent article ; en cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal. Si l'inventaire sur place présente des difficultés, les pièces et documents saisis sont placés sous scellés. L'occupant des lieux ou son représentant est avisé qu'il peut assister à l'ouverture des scellés qui a lieu en présence de l'officier de police judiciaire ; l'inventaire est alors établi.

Les originaux du procès-verbal de visite et de l'inventaire sont, dès qu'ils ont été établis, adressés au juge qui a délivré l'ordonnance ; une copie de ces mêmes documents est remise à l'occupant des lieux ou à son représentant.

Les pièces et documents qui ne sont plus utiles à la manifestation de la vérité sont restitués à l'occupant des lieux.

→ loi n°93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques

Article 1^{er}

Art. 1^{er}. - Le service central de prévention de la corruption, placé auprès du ministre de la justice, est chargé de centraliser les informations nécessaires à la détection et à la prévention des faits de corruption active ou passive, de trafic d'influence commis par des personnes exerçant une fonction publique ou par des particuliers, de concussion, de prise illégale d'intérêts ou d'atteinte à la liberté et à l'égalité des candidats dans les marchés public.

Il prête son concours sur leur demande aux autorités judiciaires saisies de faits de cette nature.

Il donne sur leur demande aux autorités administratives des avis sur les mesures susceptibles d'être prises pour prévenir de tels faits. Ces avis ne sont communiqués qu'aux autorités qui les ont demandés. Ces autorités ne peuvent les divulguer.

Dirigé par un magistrat de l'ordre judiciaire, il est composé de magistrats et d'agents publics.

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 92-316 DC du 20 janvier 1993.]

Les membres de ce service et les personnes qualifiées auxquelles il fait appel sont soumis au secret professionnel.

→ Textes relatifs au secret professionnel (code pénal et code de déontologie médicale)

- CODE PENAL

Art. 226-13 La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende. – Pén. 434-3, 434-11 ; Pr. pén. 11, 109.

Art. 226-14 L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises. – Pr. pén. 11, 109.

- CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Art. 4. Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

→ Extraits du code la santé publique

Section II — Déclaration des maladies vénériennes.

BIBLIOGRAPHIE — Dr Rabut. *Le secret médical en vénéréologie*. Cahiers Liégeois n° 3, p. 42. — A. M. Languier. *Certificats médicaux et secret professionnel*. D. 1963 Chron., p. 148.

Art. L. 257. (Ord. n° 60-1246 du 25 nov. 1960) La déclaration des maladies vénériennes est obligatoire et, suivant les cas précisés aux articles suivants, se fait sous forme de déclaration simple ou de déclaration nominale.

La déclaration simple comporte le diagnostic sans mention du nom du malade.

La déclaration nominale comporte à la fois le diagnostic et le nom du malade.

Ces déclarations sont faites à l'autorité sanitaire par le médecin dans des conditions fixées par décret. — V. Décr. 20 juill. 1943, *infra*, ANNEXE III.

TEXTE DE REFERENCE. — Décr. n° 86-770 du 10 juin 1986 modifié fixant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en application de l'art. L. 11 c. s. p., *infra*, ANNEXE I.

1. Les autorités sanitaires qui reçoivent les déclarations sont tenues au secret médical (art. 226-13 et 226-14 nouv. c. pén.). — Crim. 13 mars 1897, *Bull. crim.*, n° 95 ; S. 98.1.425.

2. Ne peut être poursuivi pénalement pour injure le médecin qui, de bonne foi, a envoyé à l'auto-

rité sanitaire départementale une fiche concernant une personne présumée atteinte de maladie vénérienne. — Trib. corr. Seine, 12 janv. 1944, D. A. 1944.55.

3. Sur les négligences dans l'établissement des statistiques, *R. D. S. S.* 1985, p. 472.

Art. L. 258. (Ord. n° 60-1246 du 25 nov. 1960) Est obligatoire la déclaration simple de tout cas de maladie vénérienne en période contagieuse, qu'il s'agisse d'accidents diagnostiqués pour la première fois ou d'un cas de maladie vénérienne déjà déclaré par un autre médecin ou, enfin, de la récurrence contagieuse d'une maladie qui a déjà fait antérieurement l'objet d'une déclaration simple. — *Sanctions* : V. *infra*, ANNEXE III. Décr. n° 60-1248 du 25 nov. 1960.

Sur les difficultés du dépistage, V. Paris, 26 avr. | D. 1948.107
1948, D. 1948.272, Trib. corr. Seine, 18 déc. 1947, |

Art. L. 259. (Ord. n° 60-1246 du 25 nov. 1960) La déclaration nominale des maladies vénériennes en période contagieuse est obligatoire lorsque le malade se refuse à entreprendre ou à poursuivre le traitement.

En outre, le médecin doit effectuer cette déclaration nominale s'il estime que le malade fait courir un risque grave de contagion à un ou plusieurs tiers. — *Sanctions* : V. *infra*, ANNEXE III. Décr. n° 60-1248 du 25 nov. 1960.

Art. L. 260. (Ord. n° 60-1246 du 25 nov. 1960) L'autorité sanitaire compétente pour recevoir les déclarations et prendre les mesures prévues par le présent titre est représentée dans chaque département soit par le directeur départemental de la santé,

soit par un médecin inspecteur de la santé ou un docteur en médecine chargé d'un des services anti-vénériens du département, désigné par le directeur départemental de la santé.

Le préfet n'est pas autorisé à réglementer les modalités d'hospitalisation des malades se sou- | gnant volontairement. — Cons. d'Et. 25 mar
1958, *Murassi et Nicozzi*, *Rec. tables*, p. 1025.

TITRE VI. — Lutte contre la toxicomanie.

(L. n° 70-1320 du 31 déc. 1970)

Art. L. 355-14. (L. n° 70-1320 du 31 déc. 1970) Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

CHAPITRE II. — DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX PERSONNES SIGNALÉES PAR LES SERVICES MÉDICAUX ET SOCIAUX.

Art. L. 355-18. (L. n° 70-1320 du 31 déc. 1970) L'autorité sanitaire peut être saisie du cas d'une personne usant d'une façon illicite de stupéfiants soit par le certificat d'un médecin, soit par le rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

Sur l'admission et le départ des toxicomanes des établissements d'hospitalisation publics, V. Décr. n° 74-27 du 14 janv. 1974, art. 35, *infra*, ANNEXE VII.

Art. L. 355-19. (L. n° 70-1320 du 31 déc. 1970) Si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint d'avoir à se présenter dans un établissement agréé, choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication et d'en apporter la preuve. — V. Arr. 26 janv. 1988 (J. O. 7 févr.) : établissements agréés.

Art. L. 355-20. (L. n° 70-1320 du 31 déc. 1970) Si, après examen médical, il apparaît que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, l'autorité sanitaire lui enjoindra de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit du médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement agréé, public ou privé.

Sur le remboursement aux collectivités locales des frais engagés pour la lutte contre la toxicomanie, V. L. n° 86-1318 du 30 déc. 1986, art. 36 (J. O. 31 déc., p. 15877).