
Pratiques sportives et prévention des conduites à risque

Olivier MIDDLETON
Docteur en médecine,
MILDT, Paris.

Résumé — L'activité sportive qui est souvent utilisée dans le cadre des actions de prévention des conduites à risque des jeunes devient, lorsqu'elle est pratiquée de façon intensive, génératrice de ces mêmes comportements. Un certain nombre d'études démontrent en effet qu'une pratique intensive expose les pratiquants aux phénomènes de violence, à la consommation de substances psychoactives, voire à des troubles du comportement alimentaire.

Des expériences de terrain permettent de dire que la méconnaissance de ces phénomènes et des structures de soutien locales ainsi qu'une certaine habitude à gérer les difficultés sont des freins au développement d'une véritable politique de prévention de et par les activités physiques et sportives. Ceci pose la question de la formation des éducateurs sportifs à la prévention et l'éducation pour la santé ainsi que celle de la place de la médecine du sport et de la visite de non-contre-indication à la pratique du sport dans notre système de santé.

Abstract — Sports activity which is often used to prevent young people's risk behaviours generates, when practised in a extensive way, the very same behaviour. Indeed, a certain number of studies demonstrates that an extensive practice exposes the followers to phenomena of violence, to consumption of psychoactive substances and to food behavioural problem.

Bottom up experiences allow to say that the local misunderstanding of these phenomena and the structures of support as well as a certain custom to manage the difficulties are brakes in the development of a real policy of prevention of and by the physical and sports activities. This asks the question of training coaches in the field of prevention and health education as well as that of the place of sports medicine in our public health system.

Mots clés — Sport – Conduite à risque – Prévention – Réseau – Réduction des risques.

Les comportements de prise de risque chez les jeunes semblent s'intensifier et font l'objet d'un certain nombre de publications, de communications et d'actions de prévention (Le Breton, 2002 ; Venisse *et al.*, 2002 ; Michel, 2001).

Qu'il s'agisse de la consommation de substances psychoactives, des troubles du comportement alimentaire, d'actes de violence, voire de certaines pratiques sportives, la recherche du risque est devenue, pour certains, un mode de vie. Ces comportements, qui répondent le plus souvent à un besoin d'émancipation et de construction de la personnalité, ont des conséquences souvent néfastes lorsqu'ils accompagnent un mal-être persistant et un déficit de l'estime de soi (Le Breton, 2002 ; Michel, 2001).

Si, pour Le Breton, les conduites à risque, jeux symboliques ou réels avec la mort, sont un dernier sursaut pour se mettre au monde et accoucher de soi dans la souffrance, les pratiques sportives extrêmes offriraient également une voie d'intégration en permettant de fuir la routine du quotidien.

Il semblerait que ces nouvelles pratiques répondent à de nouvelles logiques (Le Breton, 2002). Parallèlement aux contraintes, à la codification et à la réglementation qui caractérisent le sport « traditionnel », se développent, notamment autour des sports de glisse, de nouvelles valeurs ; spontanéité, sensations et connivence, mais aussi un nouveau statut esthétique, culturel voire éthique.

Pour autant, devons-nous opposer les publics qui s'adonnent à ces différentes pratiques sportives ?

D'autre part, le sport « traditionnel » ne doit-il pas se restructurer afin de prendre en compte les nouvelles aspirations des jeunes ?

Sport, dopage et toxicomanie

Depuis plusieurs années, un certain nombre d'études (Jacob, Aquatias, 1998 ; Gourarier *et al.*, 1997 ; Arvers *et al.*, 2000) viennent confirmer l'existence de liens entre pratiques sportives, dopage et toxicomanie. Plus récemment, de nouvelles communications¹ mettent en évidence une relation entre l'intensité de la pratique sportive et la prévalence d'un certain nombre de comportements à risques chez les jeunes.

L'activité sportive, le dopage et la toxicomanie présentent un certain nombre de similitudes (Gozlan, Middleton, 1998) :

- Il existe un vocabulaire commun. Le mot « dope » est employé par les usagers de drogues au sujet des produits qu'ils consomment comme par les sportifs pour parler des substances dopantes. Le sportif qui est allé au bout de lui même s'est « défoncé », l'athlète qui n'a pas eu sa « dose » d'activité physique est en « manque »...
- Tous les stupéfiants mais aussi l'alcool et la nicotine font partie de la liste des produits dopants².
- Parmi les substances utilisées pour faciliter la performance, certaines induisent des comportements toxicomaniaques : amphétamines, stéroïdes anabolisants, analgésiques centraux notamment (Losson, 1997 ; Leroy, Favre, 1997).
- De même, un certain nombre de facteurs favorisant l'usage sont identiques : tendances à la pharmacodépendance, rapport social aux produits, recherche par les jeunes d'autonomie financière, identification au groupe...
- Enfin, le sport pratiqué de façon intensive, entraîne des modifications biochimiques (Riché, 1991 ; Dewitte, 1997) : sécrétion d'endorphines, de dopamine et de cortisol, notamment, qui pourraient être responsables du manque ressenti à l'arrêt de l'activité sportive. La répétition des mouvements (Carrier, 1993) indispensable à la recherche de la performance sportive, pouvant également s'inscrire dans le cadre des « addictions sans produit » au même titre que le travail, le jeu pathologique ou les achats compulsifs.

En mars 1997, la communication de Gourarier, Lowenstein et Nordmann (Gourarier *et al.*, 1997), lors de la VIII^e Conférence internationale sur la réduction des risques, provoque un certain émoi.

1 Pratiques sportives des jeunes et conduites à risque, Actes du séminaire européen, 5 et 6 décembre 2000.

2 Ministère de la Jeunesse et des Sports, *Liste des spécialités pharmaceutiques françaises contenant des substances dopantes*.

Sur les cent derniers patients accueillis par le centre Montecristo, spécialisé dans la prise en charge des usagers de drogue, vingt étaient des sportifs ayant eu une pratique sportive de plus de deux heures par jour, pendant plusieurs années (7,5 ans en moyenne). Cette cohorte était composée en majorité d'hommes (75 %), treize disciplines sportives étaient représentées, avec des athlètes pratiquant un sport individuel (40 %) ou un sport collectif (60 %).

La consommation d'héroïne avait débuté pendant l'activité sportive dans la moitié des cas, s'accompagnait d'usage avoué de produits dopants (amphétamines, anabolisants) pour onze d'entre eux et pour certains de la consommation d'autres stupéfiants (cannabis, cocaïne).

Une étude sociologique menée par Aquatias et Jacob (Jacob, Aquatias, 1998) en Seine Saint-Denis a permis de définir quatre raisons de consommer des substances psychoactives au cours de la pratique du sport. Selon les propos recueillis par les auteurs, l'usage de celles-ci permettrait :

- De découvrir des capacités sensorielles et de les accroître. « De la même manière que le sport permet de découvrir son corps, de connaître ses possibilités et ses limites et de chercher à les dépasser, certaines consommations, en décuplant et en amplifiant les sensations, offriraient également une possibilité de découverte de soi ».
- De se préparer à la compétition. Des alcools forts seraient utilisés pour « laver le corps », des stimulants pour « entrer dans le match » et du cannabis pour combattre le stress.
- De prendre des risques pour maximaliser la victoire... et augmenter la gratification en cas de succès.
- De décompresser par rapport aux contraintes de la discipline sportive. « Il existe dans ces temps de relâchement d'après compétition des conduites d'excès associant alcool, cannabis, voir des drogues dites dures ».

Plus récemment Arvers, Cohen et Lowenstein (2000) mettent en évidence la présence d'un taux représentatif d'anciens sportifs, dans les centres de prise en charge des usagers de drogues et d'alcool, dans les associations d'anciens consommateurs et parmi les patients sous traitement de substitution ou pris en charge pour alcool-dépendance par les médecins généralistes. Ils observent également une surreprésentation de sportifs ayant fréquenté les sections sportives qui permettent de concilier études et pratique sportive intensive.

Il apparaît dans cette étude que l'engagement dans la toxicomanie survient le plus souvent dans les mois qui suivent l'interruption de la pratique sportive.

Pratiques sportives et conduites à risque

Au cours du séminaire européen « Pratiques sportives des jeunes et conduites à risques », organisé conjointement par le Ministère de la Jeunesse et des Sports et la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, Marie Choquet, à partir de l'analyse d'un certain nombre de données existantes³ (Arène *et al.*, 1999) et en s'appuyant sur l'enquête ESPAD réalisée par l'INSERM auprès de jeunes âgés de 16 à 18 ans, observe l'existence d'une augmentation des conduites à risques en fonction de l'intensité de la pratique sportive.

Si le nombre d'accidents sportifs augmente avec le temps de pratique, il semble que cette augmentation résulte plus de l'état de fatigue engendré par l'intensité de celle-ci, que de la prise de risque propre à l'activité physique elle-même.

À propos de la consommation de tabac, il existe une légère diminution des consommations chez les grands sportifs, sauf pour ce qui concerne les filles consommant plus de dix cigarettes par jour, qui sont plus nombreuses chez les sportives ayant une pratique supérieure ou égale à huit heures par semaine.

Pour ce qui concerne le nombre d'ivresses annuelles, la consommation de cannabis et des autres drogues illicites, la consommation de tranquillisants et de somnifères ainsi que les troubles du comportement alimentaire chez les filles, les conduites violentes (vols et violences subies pour les filles, bagarres pour les garçons), on retrouve une courbe dite en « U ». Les jeunes qui ne pratiquent pas de sport et ceux qui en pratiquent plus de huit heures par semaine présentent plus de conduites à risque que ceux qui en font une consommation modérée.

En dehors des ivresses, où l'expérimentation en milieu sportif encadré renforce le phénomène, la pratique en club aurait un effet protecteur, sans pour autant inverser le sens de la courbe. Le manque d'estime de soi, souvent mis en avant dans la genèse de ces comportements chez les jeunes, ne semble en rien responsable de ces phénomènes puisque Marie Choquet observe, a contrario, que les « grands » sportifs ont plutôt une bonne image d'eux mêmes.

On le voit, le dopage n'est pas le seul problème de santé publique auquel se trouve confronté le milieu sportif. La façon dont ont été perçues les interventions de Marie Choquet et de Philippe Arvers, à la Maison du Sport en décembre 2000, montre bien que le mouvement sportif, déjà traumatisé par les affaires de dopage, s'accommode mal de ces attaques et de l'image négative du sport qu'elles véhiculent.

³ Données des enquêtes de l'Institut national de la recherche pédagogique et des jeunes recrues du service de santé des armées.

Il s'agit pourtant de provoquer le débat autour de l'accompagnement des jeunes sportifs qui s'avère peu satisfaisant.

De l'éradication à la réduction des risques

Jusqu'au milieu des années quatre-vingt, la politique de lutte contre les drogues en France était exclusivement axée sur la répression et l'arrêt de toute consommation. Drogue égale zéro, était le postulat de base. Le discours d'éradication et de tolérance zéro, de cette époque, a conduit à marginaliser des usagers, à rendre clandestines des pratiques et à surexposer les usagers de drogue par voie intraveineuse à l'épidémie de sida. En renouant le contact avec ces exclus, il a été possible de développer des programmes de réduction des risques, qui tout en prenant en compte les besoins des individus, ont permis de limiter les risques de contamination par le VIH. Programmes d'échanges de seringues, boutiques d'accueil à niveau d'exigence adapté, sleep-in, traitements de substitution... l'approche sanitaire et sociale instaurée, tout en limitant l'incidence du sida, a également diminué le nombre d'overdoses, limité la délinquance liée au petit trafic et permis la resocialisation d'une partie de cette population.

La prévention du dopage, des consommations de substances psychoactives et de l'ensemble des conduites à risque en milieu sportif, au sein d'une population qui revendique un sport propre et net, nous amène à nous poser un certain nombre de questions.

Certes, le sport de compétition repose sur des valeurs (égalité des chances, respect des règles, éthique...) qu'il convient de défendre et probablement de redéfinir. Il n'en demeure pas moins que l'évolution de la société et les pressions qui s'exercent sur les athlètes nous amènent à envisager la prévention autrement que sous l'angle de l'éradication, de la répression et de la morale.

Le dopage, comme l'ensemble des autres phénomènes décrits ci-dessus, n'est pas propre au sport. Le besoin d'être performant et le recours au(x) produit(s) miracle(s) est un phénomène qui agite toutes les couches de nos sociétés. Patrick Laure (Laure, 2000), en replaçant le dopage sportif dans le cadre des conduites dopantes (usage de substances chimiques ou médicamenteuses utilisées dans le but de surmonter un obstacle qui peut être un examen, un entretien d'embauche ou une prise de parole en public...), nous permet d'envisager la prévention plus globalement et de se situer en amont des problèmes d'éthique sportive et de respect des règles qui demeurent la responsabilité de l'encadrement éducatif des sportifs.

Par ailleurs, même s'il peut exister une spécificité du « sport de haut niveau », le jeune qui s'adonne au sport de compétition n'est pas fondamentalement différent de celui qui fait du roller ou du break devant un parterre d'initiés, quand il n'est pas une seule et même personne.

Les questions posées sont nombreuses. Elles amènent à tenter de définir la place des pratiques sportives dans le champ de la prévention, ainsi que le rôle des différents intervenants auprès des jeunes sportifs.

Pratiques sportives des jeunes et prévention

Aujourd'hui encore, la prévention du dopage, comme celle de l'ensemble des conduites à risque en milieu sportif, semble vouloir s'appuyer sur un modèle d'éradication, dont nous avons vu les conséquences sur la population des usagers de drogue.

Il ne faudrait pas que la préservation de l'image du sport, qu'on le veuille pur, propre ou net, se fasse au détriment de la santé des athlètes en renforçant des pratiques clandestines dont on sait les excès et les dangers qui les accompagnent.

Tant que le déni (« cela n'existe pas chez nous »), la banalisation ou à l'inverse la dramatisation excessive de ces phénomènes prédomineront (Gozlan, Middleton, 1998), il ne pourra y avoir de prévention efficace.

Les attentes des jeunes (Le Breton, 2002 ; Michel, 2001) ont changé. Ils recherchent plus de « fun », de sensations et de plaisir immédiat. Il n'en demeure pas moins qu'ils restent attachés à certaines valeurs, comme l'équité et la solidarité.

La prévalence sans cesse croissante des comportements à risque pointe le déficit de la communication entre les générations ainsi que la difficulté de notre jeunesse à verbaliser son mal-être.

Pratiquer une activité physique, qu'elle soit sportive ou tout autre, devient un moyen de communiquer avec les autres et peut permettre de rétablir l'estime de soi lorsque celle-ci est défaillante. Il ne s'agit pourtant là que d'une étape qui doit favoriser l'éclosion d'un dialogue nécessitant, de la part des adultes, une écoute bienveillante.

Le mouvement sportif, qui a l'avantage de pouvoir se prévaloir d'une adhésion volontaire de ses membres, est-il prêt à jouer ce rôle ?

Pour avoir participé à un certain nombre d'actions de formation et de sensibilisation des « encadrants » sportifs, notamment dans le département de

la Seine-Saint-Denis⁴, nous pouvons répondre par l'affirmative. Il apparaît toutefois que le manque de connaissance des phénomènes considérés, du réseau de soutien de proximité et l'habitude de « laver son linge sale en famille » sont autant de freins au développement d'une véritable politique de prévention de et par les activités physiques et sportives.

Les exemples de travail en partenariat entre l'association sportive, les services de la Protection maternelle et infantile (PMI), de l'Aide sociale à l'enfance, de la médecine scolaire et libérale que nous avons vu se développer à la suite de cycles de formation à la prévention des conduites à risque en milieu sportif, démontrent tout l'intérêt de telles démarches qui, sans transformer l'éducateur sportif en travailleur social, en font un maillon important du réseau sanitaire et socio-éducatif local. Il n'en demeure pas moins que ce rôle nécessite une sensibilisation aux questions de prévention et d'éducation pour la santé qui doit prendre place au sein de la formation initiale et continue des éducateurs sportifs ainsi que la mise en place au sein des associations sportives d'une réflexion sur les motivations des bénévoles et sur la place accordée aux jeunes.

Quelle place pour la médecine du sport ?

Dans un rapport sur « la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » qu'il remet au ministre de l'emploi et de la solidarité en février 2000, le Haut Comité de Santé publique constate l'existence d'un vide institutionnel dans notre système de santé et notre système social entre la fin de l'âge pédiatrique et l'âge adulte.

Plus récemment, Pommereau note que, souvent, le seul contact des jeunes avec le médecin est lié à la demande d'un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport. Il déplore que « rares sont les fois où le dialogue s'engage à cette occasion, ce que les jeunes semblent regretter ». L'observation de l'activité de quelques médecins du sport franciliens (Alain *et al.*, 2002) démontre pourtant que celui-ci est :

- Un médecin des jeunes qui voit des sportifs de tous les âges. (Le bilan d'activité du centre médico-sportif d'Aubervilliers fait état de 70 % de la file active âgée de 6 à 26 ans).
- Bien placé pour questionner des pratiquants de niveaux et de sports très variés

4 Le Comité départemental olympique et sportif, le Conseil général, la Direction départementale de la Jeunesse et des Sports de la Seine-Saint-Denis et l'association « Sport form » ont développé de nombreuses actions de prévention en milieu sportif à partir des années 1996-1997.

- Un soignant qui joue un rôle important de conseil, de prévention, de dépistage.
- Capable d’observer des problèmes variés et de jouer un rôle de relais.

Le rapport Aeberhard (Aeberhard, Brechat, 2002) définit, quant à lui, les bases d’une médecine du sport moderne prenant en compte à la fois les bienfaits et les excès des pratiques sportives dans une démarche de santé publique. Il pose également la question de la place de la médecine du sport dans notre système de santé, trop souvent perçue comme une médecine d’accompagnement de la performance sportive et réservée à une certaine élite.

Il n’en est pourtant rien (Alain *et al.*, 2002) et s’il est vrai que les services rendus par la médecine du sport sont nombreux ; prise en charge de la traumatologie sportive, accompagnement de la performance, suivi de l’entraînement, suivi médical des sportifs de haut niveau... , une part importante de son activité réside dans la délivrance du certificat médical de non-contre-indication à la pratique du sport qui est devenu de fait (Pommereau, 2002), lorsqu’il est effectué par un médecin motivé, le bilan de santé de l’adolescent et de l’adulte jeune.

Ceci nous amène à promouvoir cette visite médicale en tant qu’examen de prévention destiné aux jeunes, nécessitant une cotation particulière et s’intégrant dans la continuité des examens obligatoires de la petite enfance. Il n’aurait plus alors comme seule vocation de déterminer la capacité à pratiquer le sport mais deviendrait un vrai bilan médico-socio-sportif permettant, notamment, d’évaluer les compétences psychosociales des jeunes et de les orienter vers des activités adaptées qui répondent à leurs motivations.

Les centres de médecine du sport municipaux, lorsqu’ils existent et qu’ils ont les moyens de fonctionner, répondent en partie à ses objectifs. Le développement de ce type de dispositif qui doit s’intégrer dans le dispositif local, en renfort de l’existant (médecine scolaire, médecine libérale et hospitalière, services sociaux, PMI, planning familial, espaces santé-jeunes...), doit permettre le développement d’une véritable politique de santé publique et de réduction des risques en direction des jeunes.

Bibliographie

- AEBERHARD P., BRECHAT P.-H., *Rapport de la commission : « Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes »*, Ministère de l’emploi et de la solidarité, à paraître à la Documentation française en 2002.
- ALAIN L., COHEN J.-M., ZERHAT G. *et al.*, *TVTBMMLM ; Enquête exploratoire sur les activités des médecins du sport*, Direction régionale et départementale de la Jeunesse et des Sports en Île-de-France, janvier 2002.

- ARÈNE, et coll., *Baromètre Santé Jeune*, CFES, 1999.
- ARVERS, COHEN, LOWEINSTEIN, *Antécédents sportifs chez des patients suivis pour addiction*, Annales de médecine interne, médecine des addictions Supplément A, Paris, Masson, avril 2000, vol. 151.
- CARRIER C., La pratique sportive intensive en tant que conduite addictive, *Nervure*, 1993, VI (9), 51-58.
- DEWITTE P., Le cyclisme est une drogue, *Sport et Vie*, H.S., 1997, 6, 67-68.
- GOURARIER L., LOWEINSTEIN W., NORDMANN F., *Drug use and Sport*, Communication VIII^e Conférence Internationale de réduction des risques, La Mutualité, Paris, mars 1997.
- GOZLAN G., MIDDLETON O., Une expérience de prévention du dopage en milieu sportif, *Neuro-psy*, Mai-juin 1998, 13 (3).
- Haut Comité de Santé publique, Rapport du groupe de travail sur « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, février 2000.
- JACOB E., AQUATIAS S., *Usage de psychotropes et prévention des conduites à risques : tome II – Pratiques sportives*, Conseil général de la Seine-Saint-Denis, Mission prévention des toxicomanies, septembre 1998.
- LAURE P. et al., *Dopage et société*, Paris, Ellipses, 2000.
- Le BRETON D., *L'adolescence à risque*, Mutations, Autrement, janvier 2002.
- Le BRETON D., *Conduites à risque*, PUF, avril 2002.
- LEROY C., FAVRE B., Le quaterback désintoxiqué des antidouleurs, *Libération*, 23 décembre 1997.
- LOSSON C., La performance dopée, Enquête sur la face cachée du sport : « je me suis dopé comme je me serais drogué », *Libération*, 14 janvier 1997.
- MICHEL G., *La prise de risque à l'adolescence*, Paris, Masson, 2001.
- Ministère de la Jeunesse et des Sports, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), *Pratiques sportives des jeunes et conduites à risque*, Actes du séminaire européen 5 et 6 décembre 2000.
- POMMEREAU X., *Rapport sur la « Santé des jeunes : Orientations et actions à promouvoir en 2002 »*, Direction générale de la Santé, à paraître à la Documentation française en 2002.
- RICHE D., Le sport est-il une drogue ?, *Sport et Vie*, 1991, 5, 44-50.
- VENISSE J.-L., BAILLY D., REYNAUD M., *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* Médecine et psychothérapie, Paris, Masson, juin 2002.