

COURS GÉNÉRAUX

« Moniteur sportif éducateur »

THÉMATIQUE 5

Ethique et déontologie

MODULE 1

Attitudes du cadre sportif face aux assuétudes

Cours généraux de la formation « Moniteur Sportif Educateur »

Thématique 5 : Éthique et déontologie

Module 1 : Attitudes du cadre sportif face aux assuétudes

Barras Christine, Infor-Drogues
prevention@infordrogues.be

Fédération Wallonie-Bruxelles, Administration Générale d'Aide à la Jeunesse, de la Santé et du Sport,
Direction Générale du Sport (Adeps), Service « Service Formation de cadres ».
adeps.formatiodecadres@cfwb.be

⇒ **RESUME :**

Le module aborde la problématique des assuétudes en relation avec le sport. La **première partie** est consacrée aux psychotropes et au phénomène des addictions qui connaît à notre époque un développement sans précédent, lié notamment au culte de la performance, au jeunisme, à la quête d'efficacité et de rapidité, au goût de la satisfaction immédiate etc. Dans la **deuxième partie**, la pratique sportive est envisagée selon deux approches, l'une concernant les addictions dans le sport, l'autre le sport en tant qu'addiction. La **troisième partie** aborde les pistes de prévention.

Les notions abordées dans le module dont question devront être mises en relation avec les notions vues dans le module *CG2_Th1_Mod3_ Lutte contre le dopage : entre prévention et répression (1/2)*.

Au terme de cette unité de formation, le moniteur sportif éducateur sera capable de prendre en compte la complexité du phénomène des assuétudes et son ancrage théorique.

⇒ **METHODOLOGIE :**

- Exposé magistral
- Séance « questions-réponses »

⇒ **SUPPORTS DE COURS :**

- Syllabus
- Foire aux questions (FAQ)
- Présentation assistée par ordinateur (PAO)

⇒ **MODALITES D'EVALUATION :**

- Questionnaire à choix multiple (QCM)

⇒ **CHARGE THEORIQUE DE TRAVAIL POUR LE CANDIDAT :**

- En présentiel :
 - 1 heure de cours magistral
 - 15 minutes d'évaluation
- En non présentiel :
 - 2 heures d'étude indépendante et personnelle en guise de préparation à l'évaluation

Ce module de formation apportera des réponses aux questions suivantes (liste non exhaustive) :

- Qu'est-ce que la dépendance ?
- Qu'est-ce qu'une drogue ?
- Quand peut-on parler de dépendance à une drogue ?
- Quels sont les différentes catégories de drogues ?
- Pourquoi certaines drogues sont-elles illicites ?
- Quels sont les potentiels de dangerosité d'une drogue ?
- Que peut-on dire des effets d'une drogue ?
- Quand peut-on parler d'addiction au sport ?
- En quoi notre société favorise-t-elle les comportements de dépendance ?

PREMIÈRE PARTIE

✓ **Qu'est-ce qu'une drogue ?**

Le mot « drogue » désigne toutes les substances qui peuvent modifier le fonctionnement du **cerveau**. Ces substances peuvent être légales ou illégales, d'origine naturelle ou chimique. Dans le langage courant, une « drogue » désigne une substance illégale (cannabis, cocaïne, héroïne), alors que d'un point de vue pharmacologique, nous pouvons y inclure les médicaments ou l'alcool. Une « drogue » peut également désigner un attachement compulsif à un objet (le jeu vidéo, le jeu d'argent, le sexe, le travail, l'amour). Pour toutes ces raisons, nous préférons parler de « drogues » au pluriel plutôt que de « la » drogue.

Il existe plusieurs termes pour désigner le phénomène d'addiction. « Assuétudes » est uniquement utilisé en Belgique. Le mot « toxicomanie » a une connotation très négative (à noter que dans le champ politique belge nous parlons actuellement du « secteur toxicomanie »). Le mot signifie littéralement « folie, ou habitude morbide d'ingérer un toxique », comme peuvent l'être par exemple l' « héroïnomanie » ou la « cocaïnomanie ». Signalons que pour les drogues légales comme l'alcool et le tabac, on parle d'alcoolisme et de tabagisme. Dans ce syllabus, la « dépendance » et l' « addiction » sont synonymes, même si l'usage voit dans la dépendance un concept qui n'est pas forcément pathologique (nous sommes par exemple dépendants de l'oxygène), et dans l'addiction la présence plus ou moins avérée d'un trouble mental (les « nouvelles addictions » font le bonheur des médias).

✓ **Quelles sont les différentes catégories de drogues ?**

Selon la nature de leurs effets, nous pouvons classer les drogues en trois catégories :

- **Les sédatifs (ou dépresseurs)**

Ils ont une action apaisante, parfois un effet désinhibiteur pouvant aller jusqu'au délire : alcool, opiacés (héroïne, codéine,...) tranquillisants, solvants (éther, colle,...), anesthésiants (GHB, kétamine).

- **Les stimulants**

Ils augmentent l'activité du système nerveux central, diminuent les sensations de faim et de fatigue et donnent une impression de gain en énergie et en capacité d'action. Citons la nicotine, la caféine, la cocaïne, les amphétamines ou les antidépresseurs.

- **Les perturbateurs**

Ils perturbent l'activité du cerveau en modifiant les fonctions perceptives, comme le cannabis, les hallucinogènes (LSD, datura,...). Leurs effets portent sur les perceptions et sur les émotions associées à celles-ci (hallucinations effrayantes, vécus oniriques agréables).

Les effets ne sont pas automatiques, ils dépendent beaucoup des attentes du consommateur, des caractéristiques liées à sa personne, du contexte et du mode de consommation. Par exemple, un individu qui boit « pour oublier » aura probablement le vin triste. Mais s'il boit pour faire la fête avec des amis, les effets seront plus joyeux. En outre, les produits n'ont pas des effets nettement tranchés selon les catégories : le cannabis modifie les perceptions, mais il exerce aussi une action apaisante et peut, par exemple, favoriser l'endormissement. Enfin, il peut y avoir des effets paradoxaux, notamment en cas de mélanges de substances.

✓ **Les drogues sont-elles dangereuses ?**

Toutes les drogues sont potentiellement dangereuses. Le danger encouru peut être sanitaire (effets négatifs sur le corps et/ou sur le mental), social (désaffiliation, ou contacts avec d'autres consommateurs uniquement), judiciaire (se procurer une drogue illicite est une infraction, boire en état d'ivresse également). Le danger dépend de l'usage qui est fait du produit, certains usages étant non problématiques, d'autres abusifs ou nocifs (Parquet, 1998).

Au point de vue pharmacologique, nous parlons de potentiel de dangerosité, c'est-à-dire qu'il peut y avoir (mais comme pour les effets, ceux-ci ne sont pas automatiques) des conséquences néfastes à trois niveaux :

- **La toxicité** : atteinte physiologique, intoxication, surdose, ...
- **L'intensité** : ivresse, excitation, insensibilité, perturbation de l'humeur, troubles psychiatriques, ...
- **La dépendance** : apparition d'une dépendance psychique et/ou physique.

Le tableau suivant situe les trois types de drogues (sédatifs, stimulants, perturbateurs), représentées par des sphères plus ou moins foncées selon la puissance des produits, placées dans un cube à trois dimensions désignant le potentiel de dangerosité.

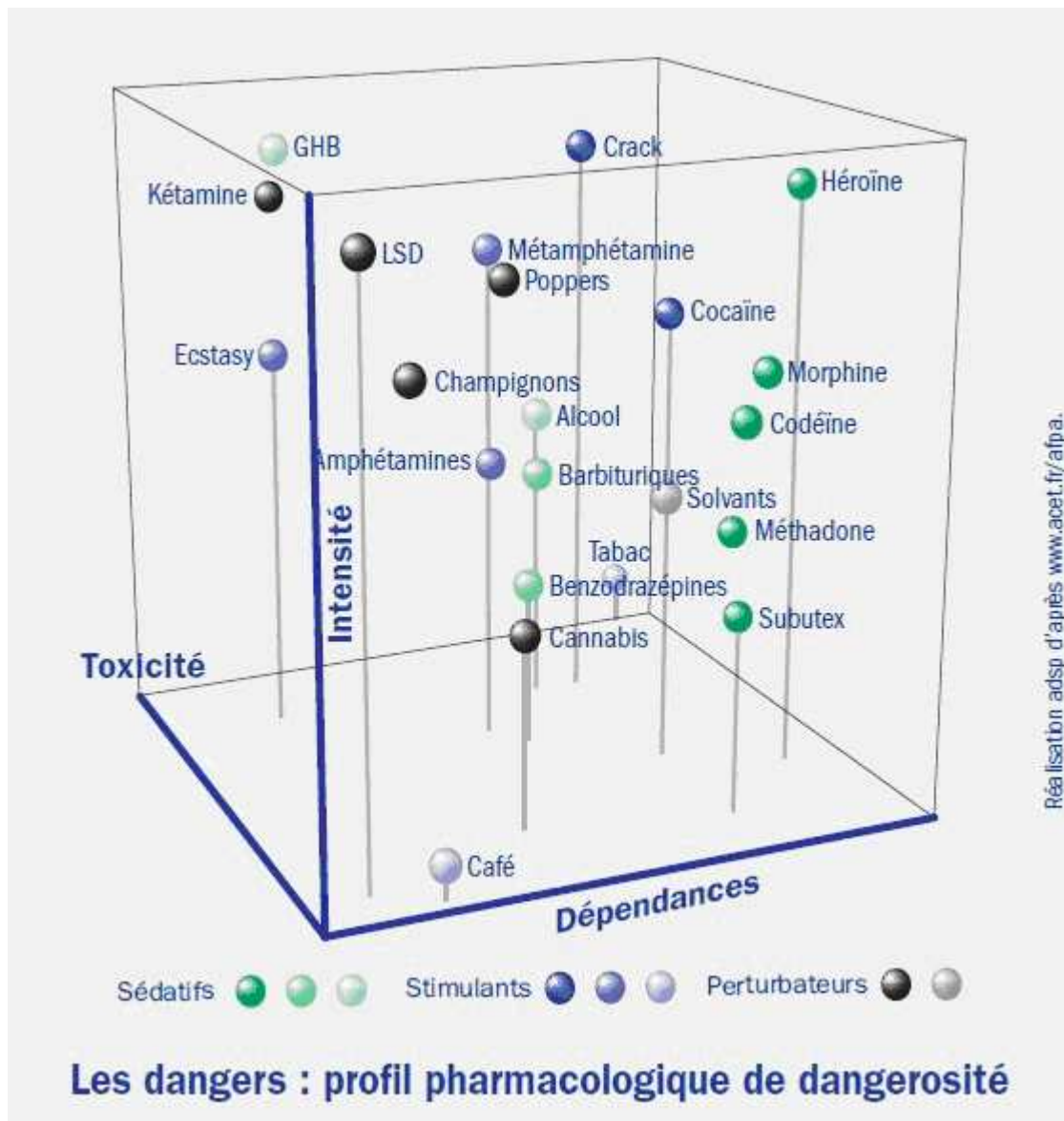


Tableau 2 : Le cube de la dangerosité pharmacologique, op.cit. p. 37.

Commentaires : Le positionnement des drogues dans le cube est à la fois tributaire de l'expérience collective (des personnes ont donné leur avis) et de données objectives, validées dans la littérature. Le résultat peut donc être contesté, l'intérêt étant de faire réfléchir et de susciter un débat.

Pour les données objectives, des études permettent d'étalonner pratiquement le **potentiel addictif** des substances (tabac, puis héroïne, puis cocaïne, puis alcool, puis cannabis, puis hallucinogènes et LSD) (Morel et Couteron, 2008). Les produits qui ont la plus forte **intensité** sont situés dans la partie supérieure du cube (LSD, héroïne et crack). Cette intensité est subjectivement « mesurable » par les consommateurs (tabac très bas, héroïne et LSD très haut). En ce qui concerne la **toxicité**, il faut se référer à la fréquence, à la gravité et au nombre de complications. À cet égard, le tabac est le plus toxique. Selon ce tableau, le LSD est la drogue qui présenterait l'intensité la plus forte, et la toxicité ainsi que la dépendance les plus faibles. En ce qui concerne l'héroïne et son potentiel toxique assez faible, le résultat semble étonnant,

parce que c'est la drogue qui véhicule le plus d'images négatives (corps amaigri, déchéance physique). En fait, ce sont davantage les ajouts destinés à « couper » le produit qui sont hautement néfastes, ainsi que les circonstances sociales qui poussent une personne à consommer ce type de drogue (désaffiliation, marginalisation).

Note : La réduction des risques (RdR) vise à aider les usagers à limiter les dommages, sans porter de jugement sur les pratiques (contrôle des pilules d'ecstasy lors de festivals, fourniture de seringues à usage unique). Elle a été mise en place lorsque le sida a fait son apparition, pour éviter que les injecteurs ne contractent (et ne transmettent) cette maladie en utilisant des seringues usagées. La réduction des risques ne concerne que les personnes ayant atteint leur majorité. Il n'est pas question, par exemple, de parler de RdR en milieu scolaire.

✓ **Qu'est-ce que la dépendance ?**

La dépendance est un concept polysémique. Une personne « dépendante » peut être :

- dans l'incapacité de gérer seule les actes de la vie quotidienne et qui a besoin d'autrui pour des fonctions de base comme la mobilité, la toilette ou les repas (dépendance due au handicap, au grand âge) ;
- soumise à des pressions extérieures (exploitée dans son travail, sous la coupe de sa famille ou d'un conjoint, etc.) ;
- incapable de se passer d'un produit (dépendance à l'alcool ou à la cocaïne).

Ces sortes de dépendance affectent le quotidien du sujet, sa capacité d'agir, ses choix de vie.

La dépendance est également inhérente à notre statut d'être humain : nous sommes dépendants de notre famille et de nos proches, des médicaments, de la technique (électroménagers, gsm, télévision, voiture etc.), de l'argent que nous gagnons. Notre société dite de consommation nous pousse d'ailleurs à entretenir cette dépendance avec des objets divers que la publicité nous présente comme indispensables à notre bonheur ou à notre succès. La dépendance, jusqu'à un certain point, est une composante normale de notre vie quotidienne. Elle peut devenir plus ou moins gênante, comme peut l'être « l'effet cacahuète » qui nous pousse à répéter un comportement un peu malgré nous. Ce qui est un « péché mignon » à ses débuts devient parfois une manie dont nous ne pouvons plus nous débarrasser (comme jouer à tétis, regarder une émission débile, ...).

Le concept de « dépendance » utilisé généralement dans le champ des assuétudes est d'un ordre particulier. La dépendance se manifeste dans un contexte plus sombre qui peut aller jusqu'à la destructivité. Elle concerne un produit ou un comportement qui prend une place centrale, voire exclusive, dans l'existence d'un individu. Il est difficile de définir à partir de quand la dépendance devient mortifère. C'est un processus qui dans un premier temps échappe à la conscience, pour envahir peu à peu tout l'espace.

La dépendance peut se définir comme **la perte de la liberté de s'abstenir**. Cette définition a été formulée en 1955 par le docteur Pierre Fouquet, à propos de l'alcoolisme.

Une autre définition de la dépendance est **la poursuite d'un comportement malgré la conscience des dommages qu'il occasionne sur soi et sur son environnement**. La personne tente de réduire ou d'abandonner une consommation ou une conduite qu'elle sait nocives, mais sans y parvenir.

✓ **Que peut-on dire de la dépendance physique et de la dépendance psychique ?**

L'usage distingue la **dépendance psychique** de la **dépendance physique**.

Tous les produits peuvent entraîner une **dépendance psychique**, c'est-à-dire l'envie irrésistible d'en consommer au mépris de toute autre activité. Selon l'OMS¹ cet état se caractérise par « une impulsion qui requiert l'usage périodique ou continu d'une drogue dans le but de créer un plaisir ou d'annuler une tension ». Selon le sociologue Stanton Peele (1982), c'est d'une expérience que certains sujets deviennent dépendants, et non d'une substance chimique. Comme dans l'état amoureux, la rencontre avec un « objet » et le bonheur qui s'ensuit exerce une influence déterminante qui marque l'individu. Celui-ci la garde en mémoire et cherche à l'éprouver encore. Pour les toxicomanes, on dira « être accro dans sa tête » (Valleur et Matysiak, 2002, pp. 48-52).

En revanche, tous les produits n'amènent pas de **dépendance physique**. On parle de dépendance physique lorsque le corps s'habitue à une substance (il s'agit de l'**accoutumance** ou de la **tolérance**) et doit augmenter la dose pour ressentir un effet identique (comme avec l'alcool, l'héroïne, les benzodiazépines). C'est, selon l'OMS, un « état adaptatif caractérisé par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou son action contrecarrée par un antagoniste spécifique ». Le consommateur se trouve alors en état de manque, variable selon le produit.

Les substances ne créant pas de dépendance physique ne sont pas les moins dangereuses. Si le fait de sniffer de la cocaïne n'entraîne pas un état de manque physique, cette drogue provoque rapidement une dépendance psychique intense.

Même si l'état de manque physique est douloureux, le corps peut le surmonter en quelques jours. Pour l'alcool et l'héroïne, le processus de désintoxication doit être accompagné d'un suivi médical, parce que les symptômes de manque peuvent mettre la vie de la personne dépendante en danger. En ce qui concerne la dépendance psychique, elle est très difficile à disparaître. Par exemple, une personne « sevrée » après un séjour en clinique est médicalement libérée de sa dépendance physique, ce qui ne l'empêche pas de renouer avec sa consommation si elle retrouve, après sa cure, l'environnement qui est le sien et les problèmes qui l'accompagnent. Un suivi est utile pour éviter ou pour surmonter les rechutes qui pourraient se produire. Il s'agit de

¹ Cf. le texte du Comité OMS d'experts des drogues engendrant la dépendance, publié en 1964, accessible on line : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_312_fre.pdf

se reconstruire d'autres habitudes, d'autres centres d'intérêt dans la vie, bref, d'engager une démarche de changement positif.

✓ **Le cycle psychosocial de l'addiction**

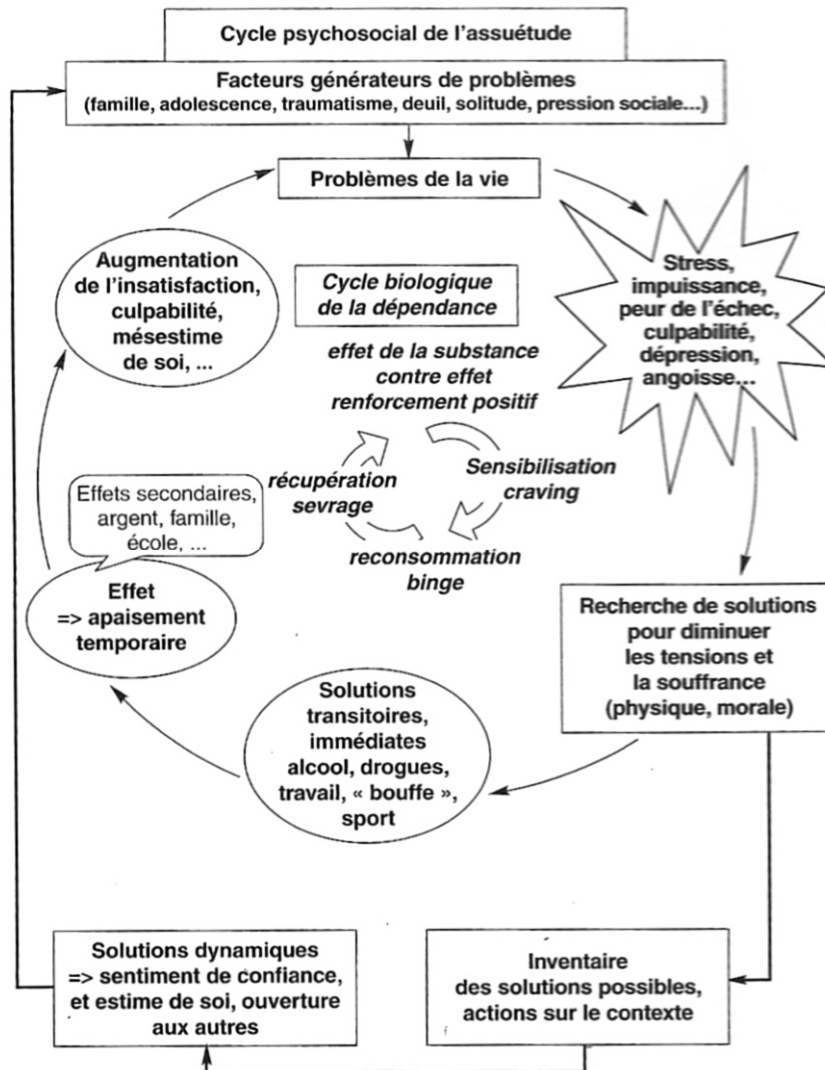


Tableau 3 : Alain Morel (dir.), L'aide-mémoire d'addictologie, Paris, Dunod, 2010, p. 196.

Le tableau se compose de trois sections, à analyser en partant du centre.

La première section, située au centre du tableau, représente les stades physiques de la dépendance, une fois que celle-ci est installée. Le corps est déjà **sensibilisé** au produit, c'est-à-dire qu'il le connaît et en a éprouvé les effets à plusieurs reprises, depuis un certain temps. Il est habitué. Le **craving** est l'envie irrésistible de consommer ce produit, qui conduit la personne à ne plus pouvoir penser à autre chose. La **reconsommation** est la répétition du comportement, le **binge**, connu dans l'expression **binge drinking**, la consommation rapide de façon à obtenir un effet très puissant en un minimum de temps. Le sujet perd la maîtrise de son comportement. La

récupération est la disparition de l'effet, qui survient plus ou moins rapidement selon le produit, le **sevrage** est la douloureuse sensation de manque, que le consommateur va combler par une nouvelle consommation.

La deuxième section, représentée par un cercle plus grand, se compose des différents états psychologiques traversés par la personne. Un premier rectangle concerne les problèmes de la vie, graves ou non, auxquels tout le monde doit s'affronter à un moment ou à un autre de son existence. Deuil, perte, chagrin, échec, déception, exil, maladie ... la liste est longue. L'étoile représente les effets psychologiques, et notamment le stress que le sujet parvient à gérer plus ou moins bien. Il est en quête de **solutions**, parmi lesquelles les solutions transitoires, auxquelles il a accès sans problème (par exemple, l'alcool), qui l'apaisent dans un premier temps mais qui ont un effet temporaire. Lorsque l'effet disparaît, le sujet se retrouve avec ses angoisses et son malheur intacts, voire augmentés. Le sujet se déteste d'avoir recours à son produit ou à son comportement mais ne peut pas s'en empêcher. Il en vient à détester le produit, mais ne peut y renoncer. La solution qu'il pensait avoir trouvée devient alors un problème.

À l'extérieur du tableau, un rectangle décrit les autres types de solutions possibles. Ces solutions, il faut les chercher, les construire, elles ne s'imposent pas d'elles-mêmes. Elles impliquent de la créativité, de l'inventivité, du courage, de la persévérance... tout le contraire de l'ingestion d'un produit dans laquelle l'individu reste passif.

L'estime de soi est fréquemment citée dans la prévention des assuétudes : en effet, une faible estime de soi fait que la personne ne se juge parfois pas capable de s'en sortir, qu'elle se punisse elle-même par un comportement qui l'amène à se détester, bref, qu'elle se sente prisonnière d'un cercle vicieux apparemment impossible à éliminer. En revanche, une réussite même minime augmente l'estime de soi, permet de construire un cercle vertueux.

✓ **Le triangle d'Olievenstein**

Claude Olievenstein (1933-2008), psychiatre, a consacré sa vie professionnelle aux addictions. Il a fondé la clinique Marmottan, dont l'approche est fondée sur la psychanalyse. Actuellement, le centre est dirigé par Marc Valleur, qui s'est spécialisé dans l'étude des addictions aux jeux (jeux d'argent, jeux vidéo).

Claude Olievenstein définit la problématique des drogues en prenant en compte trois composantes : le produit, la personne et le contexte.

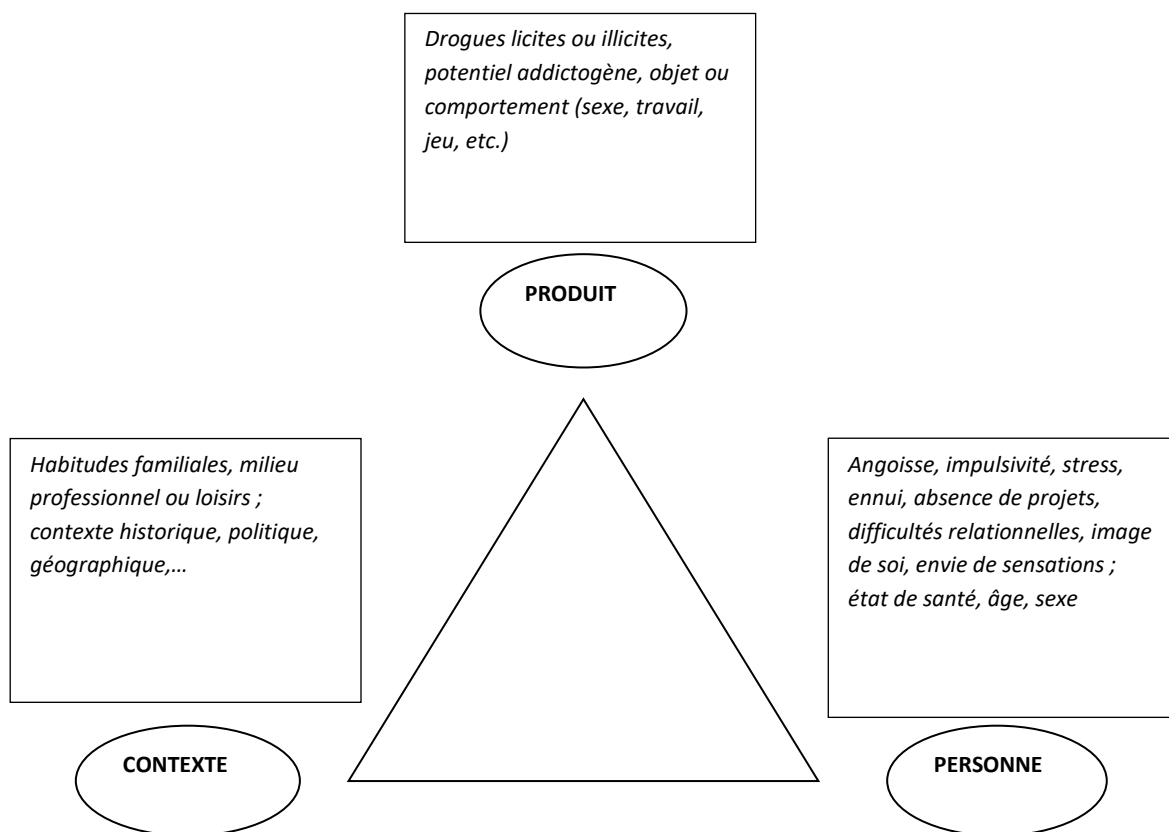


Tableau 4 : Le triangle d'Olievenstein

Selon le modèle bio-psycho-social de la santé, la dépendance résulte de l'interaction d'un individu avec un produit (ou un objet, un comportement) dans un contexte donné. Il est important, lorsqu'une personne souffre d'un comportement addictif, de prendre en compte chacun des trois pôles du modèle. Si une personne a recours à un psychotrope parce qu'elle est déprimée à la suite d'un problème personnel, l'entourage a tendance à focaliser toute son attention sur le produit et à penser qu'en le supprimant, la personne serait sauvée. Or, elle se retrouverait avec son problème, sans la « solution » qu'elle s'était trouvée pour le mettre à distance. La prise en compte des trois pôles demande du temps, de la patience, et la collaboration de l'utilisateur : il n'est pas possible de construire une alternative à la consommation de psychotropes sans l'implication de la personne concernée au premier chef.

✓ **Le pharmakon**

Dans notre société d'hyperconsommation, toutes les nouveautés sont évaluées à l'aune de leur potentiel addictif. Un nouvel objet (par exemple, internet) est perçu tantôt comme un progrès, tantôt comme une menace. Le concept grec de **pharmakon**, à la fois remède et poison, illustre l'ambivalence avec laquelle nous accueillons ou nous jugeons certaines nouveautés.

Cette ambivalence a existé de tous temps. À la fin du XIXe siècle, les nouveaux moyens de transport favorisent les échanges et les découvertes, mais en même temps la montée du cosmopolisme inquiète, avec le risque de dissolution des identités locales. Le chemin de fer est jugé dangereux pour la santé mentale des populations, augmentant notamment les troubles hystériques et les traumatismes psychologiques provoqués par les récits d'accidents, qui font aujourd'hui la fortune des médias. Dans cette même foulée, internet soulève autant de crainte et d'enthousiasme, **pharmakon** jugé tantôt miraculeux, tantôt diabolique.

Platon déjà se méfiait de l'écriture, qu'il appelait **pharmakon**, parce qu'il la considérait comme une sous-mémoire qui s'opposait à la mémoire vivante, en même temps qu'elle permettait à un vaste public l'accès à la culture (Valleur, 2004). Le **pharmakon** est à la fois un instrument d'émancipation, de libération, d'ouverture d'esprit, et un instrument réduisant l'individu en esclavage, capable d'annihiler l'esprit critique et la liberté de choisir. Le sport, dans cette optique, peut s'inscrire tantôt dans un registre, tantôt dans l'autre. Nous pouvons poser le même raisonnement à propos de la télévision, d'internet, des smartphones, des jeux on line, de l'énergie atomique ... mais également de la religion, de la politique ou encore de la mode. Ou encore, pensons au feu, qui chauffe la maison mais peut aussi la brûler. Selon Stiegler (2007), tout peut être **pharmakon**, et « on peut toujours retourner le poison en remède » (p. 52).

DEUXIÈME PARTIE

✓ **Drogues et société**

La consommation de drogues a toujours été présente dans toutes les sociétés. L'usage de substances fait partie du paysage culturel et, de tout temps, l'homme s'en est servi pour modifier ses sensations et sa façon de faire face à une série d'événements (pour s'aider dans la tâche, ou pour surmonter un échec, pour oublier,...). Longtemps associé au domaine religieux, l'usage des drogues a ensuite été utilisé par la médecine puis par une série d'autres activités profanes.

Les valeurs et les normes d'aujourd'hui prônent l'autonomie, la responsabilité, l'efficacité et favorisent le recours aux substances psychoactives comme outils de gestion de soi et de son rapport aux autres. La marchandisation et la valorisation de la recherche de plaisirs favorisent le développement d'une société de plus en plus « addictogène ». Sommes-nous tous addicts ? Les addictions les plus courantes, outre le jeu pathologique, sont les achats compulsifs, l'addiction aux relations affectives ou sexuelles, les troubles du comportement alimentaire. Ces « addictions » illustrent la tendance à promouvoir la culture de l'excès, de l'intense, de l'extrême, valorisées par notre société.

La société valorise la performance et certaines caractéristiques physiques (par exemple, être très musclé). Les dérives de cette valorisation justifient les prises de produits dopants pour

satisfaire des exigences qui vont jusqu'à l'obsession (la « bigorexie », l'obsession du gros muscle).

Comme dans toutes les circonstances de la vie quotidienne, les diverses drogues, médicaments ou compléments alimentaires sont régulièrement utilisés pour lutter contre la fatigue, accélérer la récupération, guérir plus vite, améliorer les performances. Il semblerait qu'une course contre la mort soit engagée, avec la vaine promesse d'une jeunesse et d'une santé éternelle... Alors que nous avons des limites, nous vieillissons, nous sommes plus fragiles à certaines époques de notre vie, nous souffrons, nous sommes imparfaits, et que tout cela fait partie de notre humanité.

✓ **Le sport et la drogue : une cohabitation aussi vieille que le monde**

Dès le VI^{ème} siècle avant J.-C., les athlètes grecs ingéraient des viandes variées selon la discipline sportive qu'ils exerçaient : les sauteurs mangeaient de la viande de chèvre, les boxeurs et les lanceurs, de la viande de taureau, les lutteurs préféraient de la viande grasse de porc. Les athlètes pensaient s'approprier les caractéristiques physiques des animaux qu'ils mangeaient.

Au 19^{ème} siècle, le mouvement sportif prend son essor au sein de la société industrielle anglaise. Les sportifs recherchent une alimentation nourrissante et peu volumineuse, capable de faire du muscle. Ils privilégiaient les aliments d'origine animale comme les viandes et les œufs. Le pain et les liquides étaient jugés inutiles. Des excitants comme le café, le thé, le chocolat et l'alcool étaient pris avant l'effort, avec des décoctions pour mieux supporter la fatigue. La plus célèbre décoction à l'époque était le vin Mariani, dit aussi « vin des athlètes », qui était constitué d'une base de feuilles de coca.

Pour en venir aux psychotropes présentés plus haut, il est difficile d'imaginer un lien entre la consommation de drogues **hallucinogènes** et la pratique d'un sport. En effet, ce genre de drogues amène une distorsion de la réalité et des hallucinations qui placent le consommateur dans un monde parallèle : on pourrait imaginer un sportif sous LSD en extase face aux reflets du soleil sur un court de tennis, ou hurlant d'horreur devant des haies qui tentent de s'agripper à lui. En revanche, les **stimulants** qui procurent un sentiment de toute-puissance, ou les **dépresseurs** qui amènent un état parfaitement zen, semblent offrir les conditions parfaites pour réussir des exploits.

Les pratiques de dopage sont des tentatives de jouer à l'apprenti-sorcier avec son corps, de façon à améliorer les performances, l'endurance, à minimiser les signes de souffrance. Rien ne nous permet de distinguer les substances dopantes des drogues au sens où nous l'entendons. D'un point de vue médical, les effets sur le corps peuvent être aussi dangereux, d'un point de vue légal, certaines substances sont interdites ou le deviennent, d'autres restreintes à des usages hautement contrôlés, d'autres encore en accès libre. Comme nous l'avons dit pour les drogues, le danger vient des caractéristiques du produit, de la dose, d'éventuels mélanges, du mode d'administration, du contexte qui entoure le sportif ainsi que de ses caractéristiques

personnelles (constitution physique, antécédents médicaux, état général au moment de la prise, humeur etc.).

✓ **Le sport, une alternative non aliénante à la prise de substances psychoactives ?**

Le sport est communément cité comme une alternative saine à la prise de substances psychoactives, ou même comme une panacée guérissant tous les problèmes des jeunes. Les vertus généralement attribuées à la pratique sportive (socialiser, canaliser l'agressivité, développer l'estime de soi, donner le goût de l'effort...) présentent en miroir tous les manques attribués à la jeunesse actuelle.

Au cours des années 1990, des études parfois contradictoires ont mis en doute le bien-fondé de cette approche (Peretti-Wattel, 2011). Par exemple, en ce qui concerne la santé :

- Si la pratique d'un sport collectif est associée à une moindre prévalence tabagique, les sportifs fumeurs s'initient plus tôt à la cigarette que les non sportifs, avec une consommation plus importante.
- Les adolescents sportifs seraient moins enclins à l'ivresse alcoolique que ceux qui n'ont pas d'activité sportive, mais au bout de quelques années cette relation s'inverserait.
- il n'y a pas de relation simple entre la consommation de cannabis et la pratique sportive, puisque cet usage peut être associé à la fois à la pratique intensive d'un sport et à l'absence de pratique sportive.

La relation supposée entre l'activité sportive est un mode de vie « sain », en particulier à l'adolescence, relève davantage du mythe que de la réalité scientifique.

En ce qui concerne la socialisation :

- Le rituel de la « troisième mi-temps » ou de la beuverie autorisée pose un problème : la pratique du sport est, dans cette optique, liée à un apprentissage de la consommation d'alcool.
- Lorsque le sportif cesse son activité (par exemple, à cause d'un accident), il se retrouve en rupture brutale de socialisation et peut, s'il ne bénéficie pas de ressources mobilisables, devenir dépendant à une substance.

Le sport peut avoir les mêmes effets que certaines drogues et satisfaire des besoins semblables, en l'occurrence faire disparaître temporairement toute sensibilité aux souffrances tant corporelles que sociales.

✓ **Les racines historiques des performances sportives**

L'éducation physique est originaire du monde médical. Faire de la gymnastique est préventif ou curatif. Il n'y a aucun souhait d'améliorer des performances.

Dans le monde antique, la gymnastique était en étroite relation avec la nature. Celle-ci étant bien faite, le dépassement de soi n'était pas envisagé. D'ailleurs, pour les Grecs, le péché le plus grave était celui de l'*hybris*, la démesure ou l'orgueil, par lequel l'homme prétendait rivaliser avec les dieux et se montrer plus fort que ce à quoi il était destiné. Dans cette logique, c'est la nature qui délimite l'humain et non l'humain qui impose ses lois. Et selon Hippocrate, la santé est une mesure, une proportion convenable, une quête d'harmonie. La maladie est considérée comme une rupture d'équilibre, due à un manquement humain.

L'athlète, en revanche, s'éloigne de l'idéal de mesure lié à la santé. Les jeux panhelléniques étaient à la recherche de l'exploit. Les performances n'y étaient pas mesurées, mais on comparait les adversaires. La violence pouvait être extrême, entraîner des décès. Le vainqueur jouissait d'un très grand prestige qui l'apparentait aux dieux.

Norbert Elias (1994) rapporte qu'au Ve siècle avant Jésus-Christ, un athlète, deux fois vainqueur olympique du pancrace (sorte de lutte au sol), avait vaincu un de ses adversaires non pas en le mettant au sol, mais en lui brisant les doigts. Un autre est mort étranglé alors qu'il tentait pour la troisième fois d'obtenir la couronne olympique. Mais comme il avait réussi, juste avant de mourir, à briser les orteils de son adversaire que la douleur avait contraint à l'abandon, les juges ont décidé de couronner son cadavre. Les jeux grecs, si souvent présentés comme les dignes ancêtres du sport moderne, autorisaient des niveaux de violence extrême. Selon Elias, l'éthique qui prévalait lors des jeux était d'ordre militaire : l'efficacité était recherchée quel qu'en soit le prix, et l'adversaire était haï jusqu'à la mort.

Le football (ou l'ancien jeu de ballon d'où il est issu, appelé la soule, connue dès le XII^{ème} siècle) était souvent interdit à cause de la sauvagerie dont faisaient preuve les joueurs. Les règles étaient soit inexistantes, soit variables d'une équipe à l'autre. C'est au XIX^{ème} siècle que les règles en ont été unifiées. Depuis son apparition, l'état moderne suppose une intériorisation des normes d'autocontrôle, et c'est en partie au travers de la naissance des sports modernes qu'elles ont pu être incorporées. Par exemple, la chasse au renard en Angleterre au XVIII^{ème} siècle. Elias compare l'émergence de la philosophie du sport à l'évolution de la politique à cette époque : au lieu de chasser pour tuer, les gentlemen chassent pour le sport et pour le plaisir esthétique d'un rituel parfaitement maîtrisé. Les luttes de prestige, dont la noblesse était friande, avaient délaissé les duels et les affrontements directs au bénéfice de règles maîtrisées, de la même façon que le parlementarisme allait remplacer les violences sociales. Le sport, né sous cette appellation à la même époque, se définit comme un jeu, une compétition, une formation de l'individu à des règles sociales. Il comporte une connotation morale.

Aujourd'hui, dans cette même optique, nous parlons de l'éthique de la loyauté dans le sport. Les jeux olympiques actuels ne découlent donc pas en ligne directe des coutumes en vigueur dans la Grèce antique, ils s'inspirent de l'éthique apparue dans le sport au XVIII^{ème} siècle.

✓ **Le modèle des jeux de Caillois (1957)**

Même s'il date, ce modèle est intéressant pour comprendre l'articulation possible entre la motivation à pratiquer un sport et celle d'ingérer des psychotropes.

La notion de jeu s'entend de plusieurs façons : il peut s'agir du jeu de l'enfant improvisé et sans règles, du jeu stratégique fondé sur la compétition, du jeu de hasard, de l'imitation ou de la recherche de sensations physiques. Le plaisir en est une composante transversale, la dimension sportive n'est pas toujours présente.

Roger Caillois, *Les jeux et les hommes*, Paris, Gallimard, 1957

REPARTITION DES JEUX

Impulsions secondaires	Impulsions primaires	AGON — (compétition)	ALEA — (chance)	MIMICRY — (simulacre)	ILINX — (vertige)
		PAIDIA vacarme agitation fou-rire cerf-volant solitaire réussites mots croisés LUDUS	courses luttes etc. athlétisme } non réglées boxe escrime football billard dames échecs compétitions sportives en général	pile ou face comptines pari roulette loteries simples composées ou à report théâtre arts du spectacle en général	imitations enfantines jeux d'illusion poupée, panoplies masque travesti manège « tournis » enfantin balançoire valse volador attractions foraines ski alpinisme voltige

N. B. — Dans chaque colonne verticale, les jeux sont classés très approximativement dans un ordre tel que l'élément *paidia* décroisse constamment, tandis que l'élément *ludus* croit constamment.

Tableau 5 : Le modèle des jeux de Roger Caillois

Le tableau se fonde sur deux axes : le premier est celui des **impulsions primaires** (la compétition, la chance, le simulacre et le vertige), c'est-à-dire qu'il décrit ce qui est visé à travers le jeu, et le deuxième celui des **impulsions secondaires**, qui va du jeu le plus « sauvage » et/ou enfantin au plus construit, c'est-à-dire sur les modalités de mise en œuvre du jeu.

Pour les impulsions primaires :

L'**agon** est l'esprit de compétition. Dans les représentations sociales actuelles, la notion de sport est très souvent associée à celle de compétition (Lacassagne et al., 2006). La société valorise le souhait d'être le plus fort, la recherche de performance et d'endurance, et ceci dans tous les domaines. C'est également ce que visent les psychotropes stimulants.

L'**alea** est la chance, le hasard. Toute compétition comporte une part de chance qui fait que ce ne sont pas toujours les meilleurs qui gagnent, ou les plus mauvais qui perdent. Dans son acception extrême, on peut en rapprocher les conduites ordaliques, ou le jugement de Dieu, conduites par lesquelles les jeunes cherchent à jouer « à la roulette russe » avec leur vie (conduire en sens inverse sur l'autoroute, par exemple, ou boire le maximum de verres d'alcool en un minimum de temps).

La **mimicry** (mimétisme) est le simulacre, le « faire comme si ». Elle représente également la mise en scène, la théâtralisation de toute manifestation qui devient un spectacle et un art. En ce qui concerne la prise d'un psychotrope, le consommateur cherche à améliorer une image de soi déficiente. Avec le produit, on se sent un autre, ou alors, on se sent vraiment soi-même.

L'**ilinx** est le vertige, la griserie, la sensation intense de perte d'équilibre, de perte de contrôle. De ce point de vue, le sport et les drogues peuvent être deux moyens de rechercher des sensations fortes, de satisfaire le goût du risque, de se sentir réellement auteur de sa vie.

Chacune des impulsions décrites plus haut est, à l'instar du **pharmakon**, porteur d'éléments positifs et d'éléments négatifs, selon la dose, le contexte et la personnalité de l'individu.

Pour les impulsions secondaires, la **paidia** est l'esprit gamin, l'amusement sans règles motivé par la recherche d'une sensation agréable, tandis que le **ludus** est le jeu construit et la nécessité d'une réflexion stratégique. La première dimension est surtout présente au cours de l'enfance et dans des activités menées juste pour le plaisir, en simple amateur. En revanche, dans la pratique sportive de haut niveau, l'engagement suppose une véritable ascèse. On peut parler de « forçat de la gloire », qui consent à des sacrifices très durs pour y parvenir.

TROISIÈME PARTIE

Cette troisième partie concerne l'intervention et la démarche de prévention envers les jeunes. Trois axes sont évoqués :

- l'inquiétude face à des comportements qui changent, qui deviennent excessifs, que l'adulte ne comprend plus. L'enjeu est de tenter d'établir si le jeune se met en danger ou non ;
- la compréhension de ce qui se passe, et notamment des motivations à consommer une drogue ou à s'engager dans un comportement à risque. Identifier les motivations permet de voir où est le problème, où porter son effort pour favoriser un changement ;
- l'accompagnement du jeune dans une démarche d'émancipation, de bien-être, de santé.

✓ **Les critères du trouble addictif selon Goodman**

Quand faut-il s'inquiéter ? Les éducateurs se posent souvent la question, ne sachant pas si un comportement excessif ou transgressif doit être pris comme une simple expérience, une rébellion ou l'indice d'une pathologie. En 1990, le psychiatre américain Aviel Goodman décrit le phénomène de l'addiction en se fondant sur une approche bio-psycho-sociale.

Selon lui, pour qu'il y ait addiction, il faut constater la présence des éléments suivants :

- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 1. préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation ;
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine ;
 3. tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement ;
 4. temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre ;
 5. survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaire, familiales ou sociales ;
 6. activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement ;
 7. perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique ;
 8. tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet procuré par un comportement de même intensité ;
 9. agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois et se sont répétés pendant une période plus longue.

Ces éléments constituent des indices à décoder pour pouvoir aider la personne.

✓ **Quand peut-on parler d'addiction à la pratique sportive ?**

Une dépendance à l'exercice physique peut se focaliser sur des aspects de fréquence, de durée, d'intensité, ou être multiple, en intégrant des symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques. La présence de conduites dysfonctionnelles montre qu'il existe un état de détresse.

Critères de la dépendance à l'exercice, selon le Dr David Veale (1991) :

1. Réduction du répertoire des exercices physiques conduisant à une activité physique stéréotypée, pratiquée au moins une fois par jour. L'apaisement vient d'un geste répétitif.

2. L'activité physique est plus investie que toute autre.
3. Augmentation de la tolérance de l'intensité de l'exercice, d'année en année.
4. Symptômes de sevrage avec tristesse lors de l'arrêt (volontaire ou contraint) de l'exercice physique. La personne se sent très mal si elle en est privée même pour un court laps de temps.
5. Atténuation ou disparition des symptômes de sevrage à la reprise de l'exercice.
6. Perception subjective d'un besoin compulsif d'exercice.
7. Réinstallation rapide de l'activité compulsive après une période d'interruption.
8. Poursuite de l'exercice physique intense en dépit de maladies physiques graves causées, aggravées ou prolongées par le sport. Négligence des avis contraires donnés par les médecins ou les entraîneurs. Maintien de l'activité même si elle s'effectue dans de mauvaises conditions (courir dans la neige, par exemple).
9. Difficultés ou conflits avec la famille, les amis ou l'employeur liés avec l'activité sportive.
10. Le sujet s'oblige à perdre du poids en suivant un régime, pour améliorer ses performances.

✓ **Quelles sont les motivations à consommer des drogues ?**

Les drogues sont consommées dans le but de ressentir des effets positifs. Ce but est également recherché en cas d'addiction sans produit. Les effets positifs devraient répondre à une recherche de bien-être ou de mieux-être. C'est ce à quoi le consommateur s'attend, sans forcément y accéder. Nous appelons ces effets « potentiels ». Ils se répartissent en trois groupes :

- **Le potentiel hédonique (plaisir)**

Les drogues sont susceptibles de générer des sensations agréables allant du simple apaisement (fumer une cigarette) à un véritable flash (héroïne, crack), en passant par un sentiment de puissance (cocaïne), une ébriété euphorique (alcool, cannabis), ou encore un sentiment de déréalisation, c'est-à-dire d'altération de la perception du monde extérieur (LSD).

- **Le potentiel social (création de liens)**

Certaines drogues sont valorisées socialement (alcool), d'autres marginalisées (cocaïne, héroïne). Tout dépend de la culture et des lois en vigueur. L'alcool est traditionnellement consommé pour célébrer un événement, partager un moment, faire connaissance. Les occasions de consommer sont ritualisées et comportent un code de conduite. Pour les produits illicites, le consommateur doit connaître un fournisseur, des adresses, ce qui l'amène à agir dans la clandestinité mais peut aussi favoriser l'appartenance à un groupe d'utilisateurs qui n'est pas forcément marginal. En ce qui concerne les adolescents, le cannabis est une façon de s'intégrer dans un groupe et de marquer, par la transgression, le passage entre l'enfance et l'âge adulte.

- **Le potentiel thérapeutique (soulagement des souffrances)**

Les drogues peuvent avoir des propriétés antalgiques (antidouleurs), hypnotiques (induction de sommeil), anxiolytiques (contre les angoisses), antidépessives, antispasmodiques, diminuer le stress, la nervosité ou la fatigue, améliorer la communication, la confiance en soi. Elles s'inscrivent dans un cadre d'automédication.

Le tableau suivant situe les trois types de drogues (sédatifs, stimulants, perturbateurs), représentées par des sphères plus ou moins foncées selon la puissance des produits, placées dans un cube à trois dimensions désignant les effets recherchés.

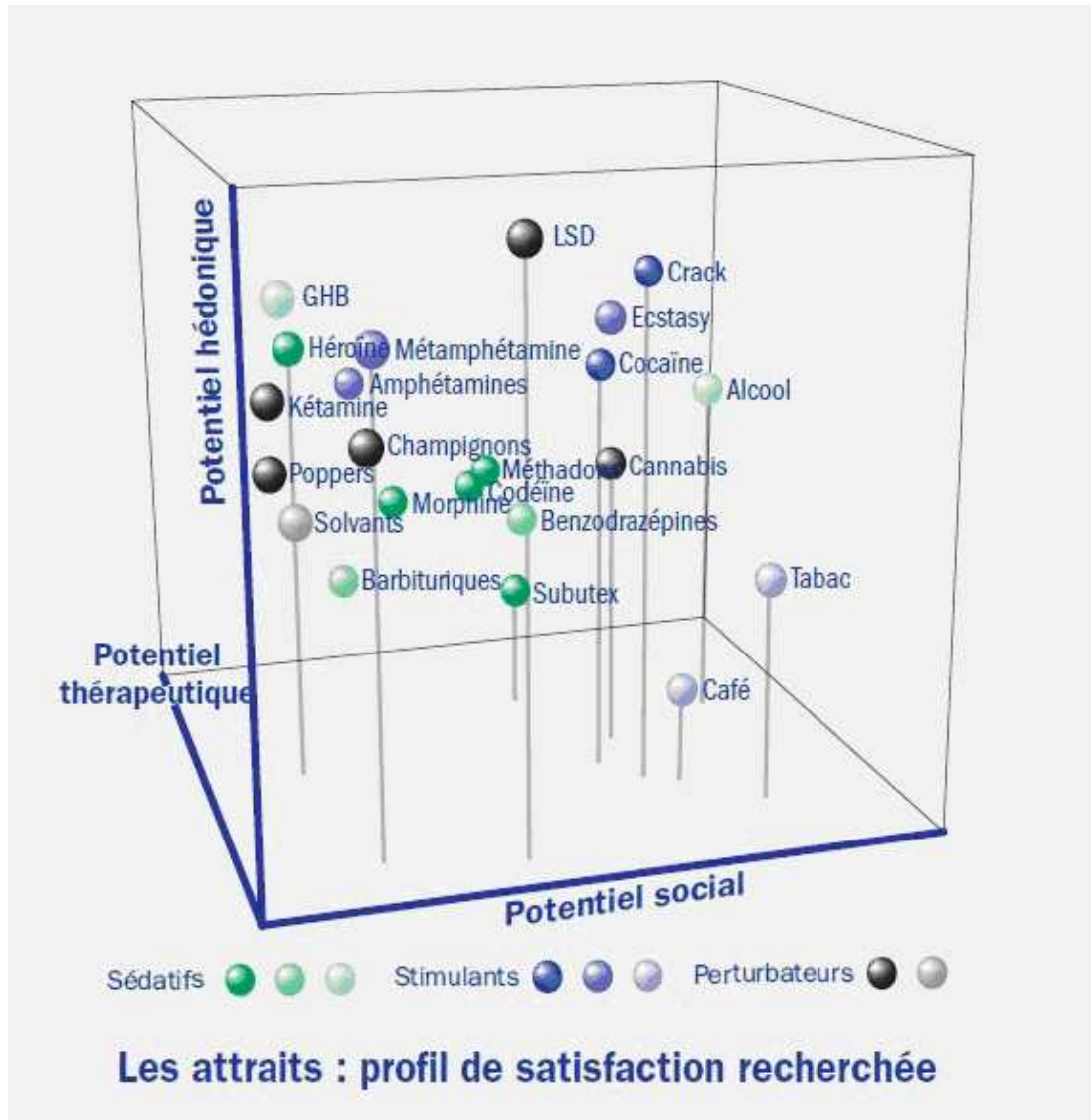


Tableau 1 : Le cube des satisfactions recherchées, MOREL Alain, Aide-mémoire d'addictologie, Paris, Dunod, p. 28.

Le positionnement des substances dans le cube est **subjectif** : il a été conçu à partir de la littérature et de l'expérience des personnes qui ont contribué à le réaliser. Il est utilisé en formation comme outil destiné à la discussion.

Selon ce tableau, le **potentiel hédonique** le plus fort est celui du LSD, suivi par les stimulants (cocaïne et autres), les dépresseurs (héroïne), puis l'alcool et enfin le cannabis. Avec le tabac et le café, l'alcool offre un fort **potentiel social**. Ce sont trois substances qui permettent l'instauration d'un lien (offrir un café ou un verre, demander du feu). L'héroïne, quant à elle, présente un potentiel social faible, sa consommation isolant la personne. Pour le **potentiel thérapeutique**, des trois drogues légales citées, l'alcool est celui qui présente le potentiel thérapeutique le plus prononcé, de même que l'héroïne et ses substituts. Lorsqu'une personne souffre, elle trouve un apaisement temporaire dans ces produits. La multiplicité des motivations montre qu'il ne peut y avoir une seule réponse pour tous, celle-ci devant se construire au cas par cas.

Un raisonnement analogue s'applique aux drogues sans produit, comme le sport excessif ou le jeu. Un jeune peut s'y adonner par ennui, pour se faire des amis, pour compenser un sentiment d'infériorité, par défi, par curiosité,... Dans une démarche d'accompagnement, l'adulte essaie de mettre en place une façon autre d'utiliser son temps et son énergie. Ensemble, ils cherchent comment créer du lien, élaborer un projet, relever un défi ou se définir comme adulte autrement que par des prises de risque mettant en jeu la santé ou la scolarité. Le phénomène de l'adolescence, la famille ou les amis, tout ce qui fait sens dans la vie du jeune peut devenir un sujet de discussion.

✓ **Quelle attitude observer pour protéger le sportif ?**

Dans une démarche de **prévention**, il est important de se focaliser sur des éléments positifs. Un éducateur qui aime son métier et qui transmet son enthousiasme est le meilleur acteur de prévention. Toutefois, si les jeunes posent des questions sur un psychotrope, il est conseillé de leur répondre. Il n'est pas nécessaire d'être un expert pour parler d'un produit, licite ou illicite, et le jeune n'a pas vraiment envie d'en savoir beaucoup sur les aspects médicaux, chimiques ou biologiques de telle ou telle substance. Il veut surtout que l'adulte prenne le temps de l'écouter et qu'il juge sa question pertinente.

L'adulte peut, à son tour, interroger le jeune sur ses connaissances en la matière : que sait-il du produit, de ses effets, des risques pour la santé ? Les associations actives dans le domaine de la promotion de la santé peuvent accompagner l'éducateur dans ce questionnement. Elles n'ont pas pour objectif de se substituer à lui, mais de lui montrer qu'il est possible d'aborder le sujet d'une façon sereine.

Lorsqu'il est avéré qu'un jeune consomme et qu'il ne va pas bien, un accompagnement individuel s'impose, et celui-ci se passe dans le secret d'une rencontre en tête-à-tête avec un thérapeute.

Plusieurs idées reçues circulent sur la prévention et sur la façon de traiter une transgression. Les adultes observent souvent, à cet égard, des attitudes qu'il serait bon de mettre en débat. Ces attitudes ont cours dans les écoles, dans les familles, dans tous les lieux de socialisation que fréquentent les jeunes.

- Faire peur, par exemple, ou montrer des images choquantes, n'a que peu d'impact, ou alors celui-ci ne s'exerce que pour un court moment. Il est préférable de traiter le sujet autrement, dans sa dimension humaine.
- En cas de soupçon, l'adulte exprime parfois le souhait de prouver au jeune qu'il ment, de lui faire passer des tests à son insu, de le fouiller. Il s'instaure alors un rapport de force dont l'adulte sortira peut-être vainqueur, mais à quel prix ? Préserver un climat de confiance est plus constructif que d'obliger à « avouer ». Ce qui est recherché, c'est que le jeune aille bien, et non qu'il perde la face.
- La métaphore de la « pomme pourrie » est souvent évoquée. Comme si un jeune qui fume du cannabis, par exemple, pouvait « contaminer » les autres et les entraîner dans sa chute. L'adulte a tendance à dramatiser (alors que le jeune, il est vrai, a tendance à banaliser).
- Faut-il exclure le contrevenant ? L'exclusion enseigne aux jeunes qu'en cas de problèmes, il vaut mieux chasser le fauteur de troubles. C'est une pratique qui est courante en cas de dopage. Mais lorsqu'il s'agit, par exemple, de consommation de cannabis ? Est-ce vraiment démocratique ? Il faut en tout cas définir un ROI (règlement d'ordre intérieur) clair que les jeunes s'engagent à respecter, prévoir des sanctions en cas de transgression, et des paroles pour les expliquer.

Chaque adulte peut avoir un rôle de modèle pour les jeunes, qu'il fasse partie de son entourage, de sa communauté, de son quartier. L'adulte peut être un soutien familial, un relais de prévention à travers des associations, des clubs sportifs... Le professionnel sportif est au contact régulier des jeunes, et cette proximité lui confère un rôle particulier en matière de prévention et également pour repérer le jeune qui ne va pas bien. Ce dernier n'est a priori ni un délinquant, ni un malade, mais une personne qui a quelque chose à dire. Il demande une écoute, de l'empathie, mais sans intrusion.

Le sport est un **pharmakon**, c'est-à-dire qu'il peut être un formidable outil de prévention et de gestion du stress, mais aussi, selon l'usage qu'on en fait, une machine à broyer. Entre élan positif et pulsion mortifère, une certaine « dépendance » est possible, parfois problématique, parfois non. Les injonctions sociales à « faire du sport » mettent en avant le plaisir de bouger et d'être en forme, et développer le goût du sport donne des couleurs à la vie.

✓ Références bibliographiques

Dupuis Manuel, « La dépendance à l'exercice physique », in Prospective Jeunesse – Drogues, Santé, Prévention, 2009, n°53, pp. 19-22.

Elias Norbert et Dunning Eric, Sport et civilisation. La violence maîtrisée, Paris, Fayard, 1994.

Goodman Aviel, « Addiction: definition and implications », in British Journal of Addiction, 1990, vol. 85, pp. 1403-1408.

Infodrogues et Prospective Jeunesse, Futurofoot, Alcool et drogue, on n'en fait pas un sport, 2006, on line : <http://www.infodrogues.be/index.php/publications/brochures>

Lacassagne Marie-Françoise, Pizzio Leone et Ahmed Jebrane Ahmed, « La représentation sociale du sport : vision d'étudiants sportifs et non-sportifs », in Movement & Sport Sciences, 2006, vol. 2, n°58, pp. 117-134.

Morel Alain et Couteron Jean-Pierre, Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner, Paris, Dunod, 2008.

Morel Alain, Couteron Jean-Pierre et Fouilland Patrick (dir.), L'aide-mémoire d'addictologie, Dunod, Paris, 2010.

Parquet Philippe Jean, Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives. Usages, usages nocifs, dépendance, Vanves : Éditions CFES, 1998 (en ligne).

Peele Stanton, L'expérience de l'assuétude, Montréal, Presses universitaires de Montréal, 1982.

Peretti-Watel Patrick, « Pratiques sportives et usages de drogues », in Face à face, vol. 11, 2011 (en ligne).

Pharo Patrick, Plaisir et dépendances dans les sociétés marchandes, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2012.

Queval Isabelle, S'accomplir ou se dépasser. Essai sur le sport contemporain, Paris, Gallimard, 2004.

Stiegler Bernard, « Questions de pharmacologie générale. Il n'y a pas de simple pharmakon », in Psychotropes, 2007/3, vol. 13, pp. 27-54.

Valleur Marc et Véléa Dan, « Les addictions sans drogues », in Toxibase, n°6, juin 2002.

Valleur Marc et Matysiak Jean-Claude, Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge, Paris, Armand Colin, 2002.

Valleur Marc, « La cyberaddiction existe-t-elle ? », in Psychotropes, 2009/1, vol^o15, pp. 9-19.

Entretien avec Marc Valleur, in La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 2009, vol. 3, n^o 77, pp. 55-64.

Varescon Isabelle (dir.), Les addictions comportementales. Aspects cliniques et psychopathologiques, Wavre, Mardaga, 2009.

Veale David, « Psychological aspects of staleness and exercise dependence », in International Journal of Sports Medicine, 2001, vol. 12 (Suppl 1), pp. 19-22.

Véléa Dan, « L'addiction à l'exercice physique », in Psychotropes, 2002/3-4, vol. 8, pp. 39-46.

Véléa Dan, Toxicomanie et conduites addictives, Paris, Éditions Heures de France, 2005.