

Sport et Santé

Bilan de la problématique Données disponibles et propositions

Marielle Rengot¹, Olivier Lacoste²

¹ Chargée d'études à l'Ors

² Directeur de l'Ors

Sommaire

<i>Remerciements</i>	<i>p 7</i>
<i>Introduction</i>	<i>p 9</i>
PROBLÉMATIQUE SPORT ET SANTÉ	P 11
De l'activité physique au sport	p 11
L'activité physique et ses bénéfices sur la santé	p 12
Bénéfices sur la santé physique	p 12
Bénéfices sur la santé mentale	p 14
Bénéfices sociaux et citoyenneté	p 14
L'activité sportive et ses dommages sur la santé	p 15
Dommages physiques	p 16
Dommages sur la santé mentale et sociale	p 22
LA POPULATION SPORTIVE	P 25
Estimation du nombre de sportifs ou de personnes ayant une activité physique	p 25
LES LIEUX DE PRATIQUES SPORTIVES ET D'ACTIVITÉS PHYSIQUES	P 27
Les bases de plein air et de loisirs	p 27
Les piscines	p 27
Les installations sportives couvertes	p 28
Les courts de Tennis	p 28
Les plages et lieux de baignade aménagés	p 28
Les pistes d'athlétisme	p 29
SOCIOLOGIE DU SPORT	P 43
Les motivations sportives	p 45
<i>Conclusion et perspectives</i>	<i>p 49</i>
<i>Sélection bibliographique</i>	<i>p 51</i>
<i>Annexes</i>	<i>p 55</i>
Les bases de plein air et de loisirs	
Les piscines	
Les installations sportives couvertes	
Les courts de Tennis	
Les plages et lieux de baignade aménagés	
Les pistes d'Athlétisme	

Remerciements

Nous tenons à remercier :

- M. Galametz, M. Cauchet, M. Itier et M. Tetelin, Conseil régional Nord Pas-de-Calais ;
 - M. Pothet et M. le Docteur Delerue, Direction régionale de la Jeunesse et des Sports Nord – Pas-de-Calais ;
 - M. le Docteur Dreuil, Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales Nord – Pas-de-Calais ;
 - M. le Professeur Parquet et M. le Docteur Bacquaert, Institut régional de Biologie et de Médecine du sport Nord – Pas-de-Calais ;
 - M. le Docteur Escande, Généralistes&Toxicomanie 59/62 ;
 - Mme Mathys et M. Leclercq, Centre régional d'Education physique et sportive Nord – Pas-de-Calais ;
 - M. Sépiéter, Caisse régionale d'assurance maladie Nord –Picardie ;
 - M. le Docteur Frimat, Institut de Médecine du Travail du Nord de la France ;
 - M. le Docteur Rouzé, Comité pour le Développement de la Médecine du Travail ;
 - le Centre de ressources de la Caisse régionale d'assurance maladie Nord - Picardie ;
 - le Comité régional olympique sportif Nord – Pas-de-Calais ;
- pour le temps qu'ils ont bien voulu nous consacrer dans le cadre de cette enquête.

Introduction

Ce rapport, demandé à l'Observatoire régional de la santé au cours de l'année 2000 par le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais, constitue la première contribution régionale au développement d'une initiative des pouvoirs publics dans le cadre du développement d'un *axe Sport et Santé* dans le Nord – Pas-de-Calais. En outre, ce document devrait trouver sa place dans le cadre de l'initiative transversale *Sport et Santé* élaborée dans le contexte des Programmes régionaux de santé –PRS– conçus et mis en œuvre depuis deux ans.

Si les relations entre le Sport et la Santé constituent une évidence pour la grande majorité de nos contemporains, *l'air du temps* vient d'apporter au débat un certain nombre de préoccupations, de sensibilités tendant à démontrer que les relations entre les termes "Sport" et "Santé" sont aujourd'hui perçues comme bien plus complexes qu'il y a encore quelques années voire même quelques mois.

Forts des quelques récentes publications disponibles dans le champ de la Santé Publique, et des entretiens que nous avons menés auprès d'acteurs régionaux et qualifiés, nous ne pouvons concevoir qu'aujourd'hui les rapports entre Sport et Santé puissent être pensés en termes simples et simplistes.

Ce flou, probablement transitoire, résulte non seulement d'un déficit contemporain d'accumulation de données et de réflexions développées à l'interface des champs Sport et Santé, mais aussi de la rencontre de deux termes dont les définitions sont mal établies, ou tout du moins se prêtent à diverses interprétations. C'est ce que montreront les toutes prochaines pages de ce rapport.

Ainsi nous ne saurions trop insister sur l'impossibilité radicale de rapprocher les termes "Sport" et "Santé". Il ne serait pas correct de se prononcer sur la nature systématique de la conjonction des deux termes, dans le cadre d'une réflexion de Santé Publique. Le sport (ou l'exercice physique) est-il bon ou mauvais pour la

santé des populations ? Nul ne le sait avec certitude aujourd'hui.

C'est bien quasiment au cas par cas, type d'activité physique ou sportive par type d'activité physique ou sportive, population par population, et facteur de risque par facteur de risque, que se pose désormais la problématique Sport et Santé.

On le voit donc, la fertilité de cet axe venu s'adjoindre aux thèmes retenus par les Programmes régionaux de santé, demeure incertaine. Il nous semble nécessaire de signaler que bien que digne d'intérêt et légitime, l'initiative régionale appelée à se développer autour de ces termes, reste indéterminée. Elle appelle au développement d'un corps de doctrine et d'analyse qui lui permettrait de prendre sa place dans le cadre de l'expansion d'une politique régionale de Santé Publique, faute de quoi il est fort probable que celle-ci ne s'interrompe et disparaisse.

A plus d'un titre, cette problématique nous fait penser aux développements de l'observation régionale de la santé, entamés voici 20 ans¹. La nécessité et la légitimité de la démarche sont partagées par un grand nombre d'acteurs ; mais il reste à en démontrer, pragmatiquement, la faisabilité et la nécessité.

Or, en la matière, le cadre régional qui accueille cette initiative publique ne nous semble pas être une limite, mais une opportunité. Devant la rareté des informations disponibles et pertinentes recueillies à l'échelon national, il est sans doute plus aisé de bâtir systèmes d'information, bases de données et axes d'initiatives publics à plus petite échelle, ici dans le Nord – Pas-de-Calais comme ailleurs en France, ou en Europe.

Le besoin de diagnostic est grand, puisque des données qui sembleraient élémentaires n'existent pas. C'est ce qu'exposera ce rapport, fruit de la lecture de multiples publications et de rencontres d'acteurs et de personnes qualifiées.

¹¹ L'initiative politique avait abouti à la création des Observatoires régionaux de la Santé en 1982.

Enfin, pour conclure cette présentation, nous nous permettrons d'insister, même si la pertinence d'un axe transversal Sport et Santé existe indéniablement, sur l'urgence manifeste qu'il y aurait à produire un diagnostic régional fondé sur des données fiables et pertinentes.

En effet, la qualité du diagnostic initial détermine en grande partie la pertinence et l'efficacité d'une politique publique¹.

¹ Balme R, Faure A, Mabileau A. *Les nouvelles politiques locales*. Paris : Presses de sciences politiques, 1999 ; 486 p.

Problématique Sport et Santé

Une enquête du Credoc¹ datant de 1994, s'est intéressée aux motivations des Français à faire du sport. 97,2 % des personnes interrogées ont répondu "Pour s'amuser", 98 % "Pour être en bonne santé".

Ces réponses correspondent en fait aux définitions successives qu'a pris le mot "Sport" ces deux derniers siècles.

Au 19^{ème}, le sport (qui tire son origine anglaise de "Disport") n'était absolument pas associé à la santé. Il signifiait "Amusement" et concernait l'ensemble des loisirs.

L'organisation de ces loisirs, importés comme la Boxe, l'Aviron, le Tennis, ou déjà pratiqués dans l'hexagone (Natation, Lutte), a pris forme, favorisée par la promulgation de la loi 1901 sur la liberté d'association. Ce sont alors mises en place les Fédérations sportives ; instances progressivement réglementées au début du 20^{ème} siècle.

La notion de "Santé" dans la pratique sportive, ou plutôt *par* la pratique sportive, est apparue plus tard, avec la promotion dans les années 60, de l'Éducation physique et sportive ; ces deux champs allant lentement cohabiter pour devenir un moyen privilégié d'éducation.

De l'activité physique au sport

Le sport à toutes les apparences d'un paradoxe. Connue de tous, il alimente les conversations quotidiennes, mais on oublie souvent qu'il rassemble aussi en lui la libre expression du corps, un travail technique rigoureux, la production et la recherche d'une performance, ainsi que les loisirs épanouissants et les activités lucratives.

L'**activité physique** peut être définie comme *"une activité entraînant une transpiration ou une accélération du rythme cardiaque"* ou encore comme *"tout mouvement corporel produit par la*

contraction des muscles squelettiques, qui entraîne une augmentation de la dépense d'énergie par rapport à la dépense du repos".²

Les principales caractéristiques d'une activité physique sont la fréquence, l'intensité, la durée. On peut aussi classer l'activité physique en fonction du contexte dans lequel on la pratique ; contexte professionnel, activité de loisirs, ou même activité domestique.

Par opposition, l'**inactivité physique** est *"un état dans lequel les mouvements corporels sont réduits au minimum et où la dépense énergétique est proche de la dépense de repos"*.³ Il s'agit là de sédentarité.

Par "Sédentarité", on entend : *"qui n'entraîne aucun déplacement"*. Être sédentaire, ce n'est pas seulement ne rien faire. Ceci définit par conséquent un comportement caractérisé par une dépense d'énergie très faible : travailler sur un écran, regarder la télévision.

L'**activité sportive** renvoie quant à elle, directement à la pratique d'un sport. C'est une activité physique codifiée par des règles établies, dans un espace défini. Pierre de Coubertin avait d'ailleurs défini le sport dès la fin du 19^{ème} siècle, comme *"le culte volontaire et habituel de l'effort musculaire intensif (...)"*.

JM Oppert⁴ (praticien hospitalier, service de médecine interne et nutrition à l'Hôtel Dieu à Paris) recommande, pour un bon état de santé, une activité physique modérée de trente minutes par jour (marche, vélo, voire même bricolage) Il apparaît qu'une activité professionnelle physiquement intense soit exclue de cette "prescription" d'activité. Dans ce cas les trente minutes recommandées sont largement dépassées par un grand nombre de

¹ Centre de recherches pour l'étude et l'observation des conditions de vie

² Baromètre Santé des jeunes 97/98. Vanvres : CFES, 4^{ème} trimestre 1998

³ Oppert JM. Activité physique, définition, évaluation, prescription. *Le Concours médical*, Supplément au n°26, 3 juillet 2000 ; p 4.

⁴ Ibid.

travailleurs manuels, mais s'appliquent totalement à un employé de bureau.

L'Activité physique et ses bénéfices sur la santé

BÉNÉFICES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE

L'activité physique est susceptible d'être bénéfique pour la santé indépendamment de l'âge et du poids du pratiquant. Les professionnels de la santé estiment qu'une activité physique régulière est associée à une diminution des risques de diabète, d'hypertension artérielle ou de cancer du côlon, ainsi qu'à une diminution de la mortalité cardiovasculaire et de la mortalité toutes causes.

Dans les Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais, le schéma d'ensemble du programme de santé cardiovasculaire comporte un objectif intitulé "Promouvoir l'activité physique".

Il est donc entendu que l'activité physique joue un rôle dans la prévention des risques cardiovasculaires.

La revue Prévenir évoque les travaux de Paffenberger et *alii* (1986)¹ mettant en évidence le lien étroit qui existe entre l'activité physique et l'allongement de l'espérance de vie. L'enquête réalisée auprès des étudiants ayant fréquenté l'université d'Harvard entre 1916 et 1950 et suivis jusqu'en 1978 a permis à ces auteurs d'établir **un lien étroit entre l'activité physique hebdomadaire et la mortalité**. Ils concluent que l'activité physique optimum, correspondant au plus faible pourcentage de décès, est celle des groupes ayant entre 6 et 8 heures d'activité physique par semaine (par exemple, un parcours de 50-55 km par semaine, en marchant ou en courant à vitesse modérée). Au-delà de 55 km par semaine ou d'une activité physique équivalente au plan énergétique, l'analyse fait ressortir une dégradation progressive de la situation.

Cette étude, et un grand nombre d'autres, permettent de souligner la nécessité de respecter une dose "optimale" d'activité

physique, au delà de laquelle on risque d'observer des réponses "négatives" pouvant annuler les bienfaits espérés, dans le cas où aucun suivi spécifique du sportif n'est assuré (il est à noter que cette même étude ne précise ni les conditions de suivi des individus ni leur mode de vie).

Aux États Unis, le rapport du *surgeon général*² sur l'activité physique, paru en 1996, dresse un état des lieux de tous les bénéfices potentiels sur la santé. A partir d'une certaine intensité de l'effort, le bénéfice pour la santé atteint une courbe en plateau : une personne très entraînée doit forcer encore plus pour avoir un bénéfice supplémentaire.

Le bénéfice le plus important, en valeur relative, s'observe lorsque l'individu passe d'une sédentarité complète à une activité modérée. Ce phénomène s'observe également chez les jeunes retraités sédentaires, qui après une période d'activité professionnelle se mettent à faire un peu de sport. Ce bénéfice est l'une des raisons pour lesquelles les recommandations destinées à la population générale sont centrées sur l'activité modérée. Les effets positifs sont de courte durée. Le retour à l'état antérieur est rapide après l'arrêt de l'exercice (l'effet dure au maximum trois jours).

Les bénéfices peuvent se répartir en plusieurs catégories. Nous traiterons en premier lieu des aspects purement physiologiques ; c'est-à-dire l'action que peuvent avoir le mouvement et l'effort sur le corps. Quelques points particuliers peuvent être exposés succinctement.

Surpoids et obésité

L'activité physique stimule l'utilisation par le muscle du glucose et des acides gras qui sont tous deux facteurs de prise de poids. Si l'effort est brutal, le muscle brûle d'abord ses réserves de glucose ; tandis que les acides gras, vecteurs de la **régulation pondérale** et principaux combustibles du muscle seront brûlés à l'occasion d'un effort d'endurance (marche, course de fond...).

¹ Canva A. Le leurre des vertus sanitaires du sport. *Prévenir* n°34, 1^{er} semestre 1998 ; 34 p.

² Oppert JM. Activité physique, définition, évaluation, prescription. *Le Concours médical*, Supplément au n°26, 3 juillet 2000.

Pour la plupart des individus, l'obésité est associée à un trouble du comportement alimentaire. Par ailleurs, un faisceau d'arguments indirects suggère que la sédentarité joue un rôle majeur dans le risque d'obésité. Les études portant sur l'évolution de l'alimentation chez l'adulte comme chez l'enfant montrent toutes qu'il n'y a aujourd'hui pas d'augmentation des apports énergétiques par rapport à autrefois. Au contraire, ces apports auraient même diminué¹. Si le nombre de personnes obèses s'accroît dans la population alors que la ration calorique a diminué au cours du siècle, il est logique de mettre en cause la sédentarisation des modes de vie contemporains.

Un rapport paru en 1979 aux États Unis², soulignait qu'en 1850, un tiers de l'énergie nécessaire pour faire fonctionner les manufactures et les exploitations agricoles trouvait son origine dans l'activité du muscle humain. La part dans laquelle celle-ci intervient serait aujourd'hui inférieure à 1 %.

Diabète

L'activité physique est par ailleurs recommandée chez le diabétique, tout en sachant qu'elle peut-être à l'origine d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie en cas d'effort violent et stressant. L'incidence du diabète est plus élevée chez une personne sédentaire que chez une personne exerçant une activité physique.

Accidents cardiaques

Le risque d'accident cardiaque est augmenté dans les heures qui suivent une activité physique. Ce risque existe de façon certaine et a engendré une riche littérature. Deux articles publiés en 1997 dans le *New England journal of medicine*³ montrent un accroissement de la survenue des infarctus du myocarde dans les heures qui suivent l'activité physique ; le risque étant plus grand si l'exercice est pratiqué le matin, et *a fortiori* par un sujet non entraîné. Chez un sujet entraîné,

l'augmentation du risque liée à l'activité physique est très faible.

Cet effet immédiat de l'exercice physique s'oppose de façon radicale à son effet à long terme, qui est inverse. De nombreuses études épidémiologiques ont démontré que l'activité physique et l'activité sportive diminuent le risque cardiovasculaire⁴.

L'étude de Bruckert⁵ illustre ce concept de façon particulièrement exemplaire.

Réalisée chez des conducteurs de bus londoniens et des poinçonneurs de tickets, elle a permis de comparer deux groupes de sujets qui possédaient les mêmes caractéristiques générales, en particulier de sexe et d'âge, en dehors d'une activité physique plus importante des poinçonneurs de tickets qui montent et qui descendent les étages du bus.

Les résultats montrent que, rapportée à leur plus grande activité physique, l'incidence des **maladies cardiovasculaires** est deux fois moins importante chez les poinçonneurs de tickets.

Risques ostéo-squelettiques

L'activité physique est entendue comme moyen de prévention dans les risques de fracture du col du fémur chez les personnes âgées, et de façon moins connue pour son action sur l'homéostasie du squelette.

La revue *Ostéoporose*⁶ recense en 1997, 18 études sur ce sujet. Une diminution de moitié du risque de fracture du col fémoral chez les personnes pratiquant un exercice physique est suggérée par les résultats de nombreuses études. Dans ce domaine, on pense plus facilement aux personnes âgées ; population qui prend une place de plus en plus importante dans la société du fait de son accroissement numérique et du poids qu'elle fait peser sur l'économie de santé. Le nombre de personnes de 75 ans et plus a augmenté de 74 % de 1962 à 1990.

¹ Maillard CH. Entretien avec Rolland-Cachera. Activité physique et obésité de l'enfant. *Le Concours médical*, supplément au n°26, 3 juillet 2000 ; p 8.

² Rieu M. Rôle des activités physiques dans une politique de Santé Publique. *Bull. Acad. Natle. Méd.*, 1995, 179, n°7, 1417 séance du 17 octobre 1995.

³ Bruckert E. Activité physique et dyslipidémies. *Le Concours médical*, supplément au n° 26, 3 juillet 2000; p 14.

⁴ Bruckert E. Activité physique et dyslipidémies. *Le Concours médical*, supplément au n° 26, 3 juillet 2000 ; p 14.

⁵ Ibid.

⁶ Angotti B. Entretien avec Dargent P. Activité physique et ostéoporose. *Le Concours médical*, supplément au n°26, 3 juillet 2000, p 16.

Santé de l'enfant

Une activité physique et sportive régulière a des effets bénéfiques sur le système nerveux de l'enfant ; sur la formation harmonieuse de la neuromotricité et sur l'efficacité neuromusculaire. Elle agit favorablement sur la croissance, sur les glandes endocrines et d'une façon générale sur l'ensemble des organes et fonctions de l'organisme. Entre 12 et 20 ans, une activité physique et sportive permet un développement du cœur plus vaste, plus lent, une capacité pulmonaire respiratoire plus grande, une possibilité de consommation d'oxygène plus élevée.

Bilan

Le sport favoriserait la santé, développerait l'épanouissement physique des pratiquants et serait bénéfique pour l'équilibre général de l'individu. L'intensification de la pratique compétitive, son exacerbation même, produisent très exactement l'inverse : la spécialisation à outrance, les déséquilibres, les méfaits endémiques, la fragilisation permanente de l'organisme obligatoirement placé sous surveillance médicale, la dépendance pharmaceutique, le stress, les accidents, les symptômes pathogènes, les blessures et bien entendu les décès brutaux ; ce que Brohm qualifie d'"Effets pervers"¹.

BÉNÉFICES SUR LA SANTÉ MENTALE

Une activité pratiquée de manière régulière peut réduire le stress et l'anxiété². De nombreuses personnes signalent une amélioration de leur état d'humeur à la suite d'une activité physique appropriée. Cette dernière accroît la relaxation.

Nous pouvons également souligner que l'exercice régulier peut contribuer de manière importante au traitement de maladies mentales sévères ; incluant la dépression et l'anxiété nerveuse³.

Sur le plan cognitif, une activité physique régulière, tout comme une activité intellectuelle, peut aider à repousser les

déclins associés à l'âge au niveau de la vitesse d'exécution du système nerveux central et améliorer le temps de réaction. Dernier facteur bénéfique (et non des moindres) de l'activité physique sur la santé : la notion de **perception et de prise en compte de sa santé**.

Une étude épidémiologique Sport et Santé menée en 1994⁴ a enquêté auprès de 10 000 personnes, recrutées au sein des universités, des armées, des fédérations sportives et de diverses associations de loisirs. Les personnes âgées de 15 à 49 ans ont été réparties en trois groupes : non sportifs, sportifs modérés pratiquant moins de 500 heures par an et sportifs intensifs pratiquant plus de 500 heures par an.

Les sportifs modérés ont une meilleure appréciation de leur santé que les non-sportifs.

Les sportifs intensifs se sentent à peine en meilleure santé que les sportifs modérés.

Par rapport aux messages de prévention, les non sportifs sont moins prudents que les sportifs modérés, eux-même plus prudents que les sportifs intensifs.

Les sportifs modérés ont plus de problèmes de santé liés au sport (douleurs, traumatismes) que les non sportifs. Mais ils ont moins de problèmes de santé non liés au sport (comme nous le verrons plus tard) ainsi qu'une meilleure perception de leur santé.

BÉNÉFICES SOCIAUX ET CITOYENNETÉ

La santé sociale peut être définie comme suit : *"être bien avec soi-même et son environnement social"*.

Dans ce contexte l'un des précurseur du "Sport citoyen" a été Léo Lagrange qui, dès 1936 a développé en tant que sous-secrétaire des loisirs et des sports, la politique de l'État en ce sens : *"L'état doit être un guide pour l'utilisation des loisirs et pour le développement, sur le plan individuel et sur le plan social, de la santé et de la culture"*.⁵

¹ Brohm JB. Sport, culture et répression. *Partisan*, réédition 1976.

² Vuillemin A. L'organisation mondiale de la santé émet des principes pour promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées. *Gérontologie* n°105 ; 44-49.

³ Ibid.

⁴ Nouveau-Duburcq A. Activité physique : une prescription médicale authentique. *Le Concours médical*, supplément au n°26, 3 juillet 2000 ; p 20.

⁵ Encyclopaedia Universalis 2000

Une importante politique d'infrastructures est lancée. Ceci déclenche à l'époque un grand *mouvement populaire* vers les sports de plein air qui donnent à la nature une nouvelle valeur. (La région Nord – Pas-de-Calais porte encore les traces de cette époque à laquelle les aires de plein air fleurissaient.)

En parallèle de ce mouvement populaire, le Baron Pierre de Coubertin développe ce qu'il avait découvert en Angleterre : la *Pédagogie sportive*.

Ces deux idéaux vont se traduire dans une idée encore largement répandue de nos jours : la notion de "sport pour tous".

Dans les années 60, un fort mouvement "d'éducation physique et sportive" est développé au niveau scolaire, et depuis 1981 une assimilation forte existe puisque les professeurs d'éducation physique dépendent de l'éducation nationale.

Fort de cette histoire de l'idéal "pacifique et social", le sport aujourd'hui est un "fait social" qui touche toutes les dimensions de la société (dimension politique, économique, culturelle, sociale, technique). Il s'immisce dans la société sous diverses formes de la vie quotidienne (vie pratique, représentations, styles de vie, valeurs esthétiques, éthiques...). *Il est à la fois culturel et sociétal.*

L'activité physique et sportive a imprégné nos modes de vie. Le "style sport" a envahi les fins de semaine des cadres ainsi que les styles vestimentaires. C'est un phénomène d'identification et d'intégration à un groupe dont on partage les gestuelles et la culture par assimilation de ses signes, de son langage, de ses habitudes ; ceci dans le désir de distinction sociale, pour marquer ses distances culturelles par rapport aux autres groupes sociaux.

L'opinion publique attribue essentiellement deux fonctions à la pratique sportive.

Elle permet d'une part de devenir un bon citoyen, de respecter les règles, l'autorité. Elle développe le contrôle de soi, et le patriotisme. Le sport dans cette optique est un facteur d'intégration sociale.

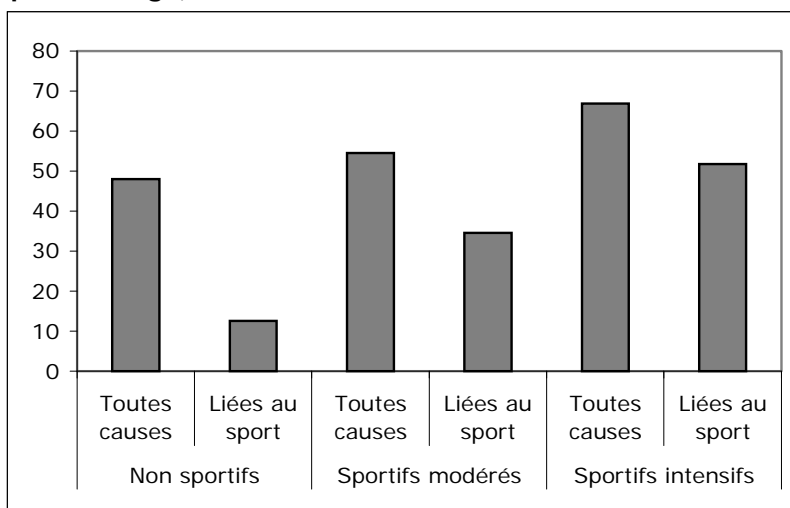
D'autre part, le style sportif "aide à s'identifier", et la pratique fait intégrer à l'individu les préceptes qui en émanent. La pratique d'un sport permet à l'individu de canaliser son énergie, d'apprendre les règles de vie en groupe, le travail en équipe. Son corps en mouvement le fait se sentir vivant. Certaines personnes sont stimulées par la notion de performance, face à elles-mêmes ou par rapport à l'adversaire.

L'activité sportive et ses dommages sur la santé

Tout un chacun a connu ou entendu parler d'une blessure, d'une entorse causées par une activité sportive régulière ou occasionnelle. Cependant, les accidents, les autres pathologies induites voire même les décès ne sont pas spécifiquement répertoriés "pour cause de sport" par les systèmes d'informations actuels. Ainsi n'existe-t-il pas aujourd'hui de statistiques de données sanitaires sportives. Les données de morbidité portent essentiellement sur les accidents physiques liés au sport. Cela ne suffit pas pour définir l'ensemble des dommages que peut provoquer l'activité sportive. Toujours en suivant le schéma proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé, nous déclinons les dommages physiques, mentaux et sociaux du sport sur ces trois sphères de la santé.

DOMMAGES PHYSIQUES

Graphique n° 1 : Fréquence des douleurs intenses déclarées en fonction de l'activité sportive (en pourcentage)



Source : Geneste C et Coll. *Activités sportives et état de santé déclaré*. Santé Publique 1998, in *Prescrire*, mars 1999, tome 19 : 17-27.

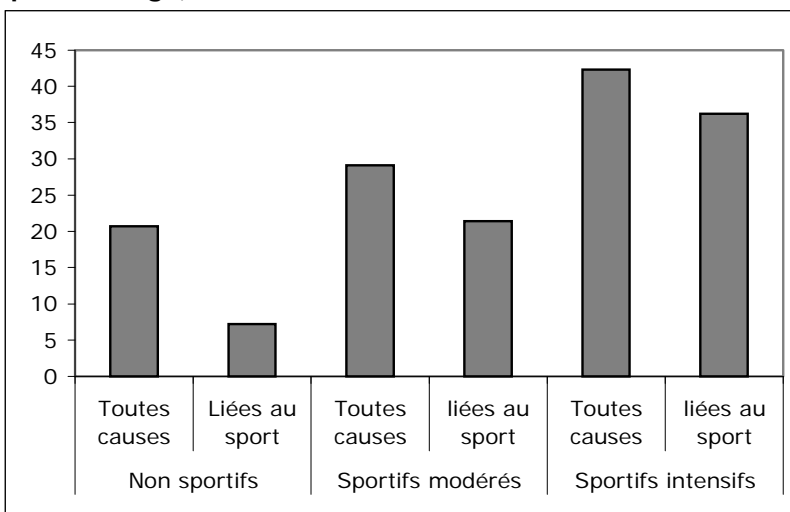
Les douleurs intenses (tendinites, lombagos, sciaticques..) sont nettement plus présentes dans la vie des sportifs intensifs que chez les personnes non sportives et ce, dans tous les cas de figures :

- traumatismes liés au sport : 12,6 % des non sportifs et 48 % des sportifs intensifs

- traumatismes toutes causes : 54,8 % des non sportifs et 66,9 % des sportifs intensifs.

On observe également que les sportifs intensifs sont nettement plus sujets aux douleurs intenses, quelle que soit leur localisation, que les sportifs plus modérés.

Graphique n°2 : Fréquence des traumatismes déclarés en fonction de l'activité sportive (en pourcentage)

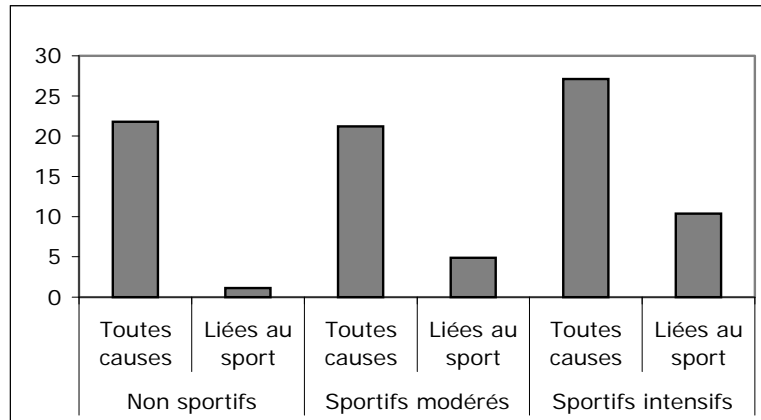


Source : Geneste C et Coll. *Activités sportives et état de santé déclaré*. Santé Publique 1998, in *Prescrire*, mars 1999, tome 19 : 17-27.

En ce qui concerne les causes liées au sport, les traumatismes (entorses, luxations, fractures, plaies, etc...) sont mul-

tipliés par 5 entre les non sportifs et les sportifs intensifs.

Graphique n° 3 : Fréquence des arrêts de travail en fonction de la pratique sportive (en pourcentage)

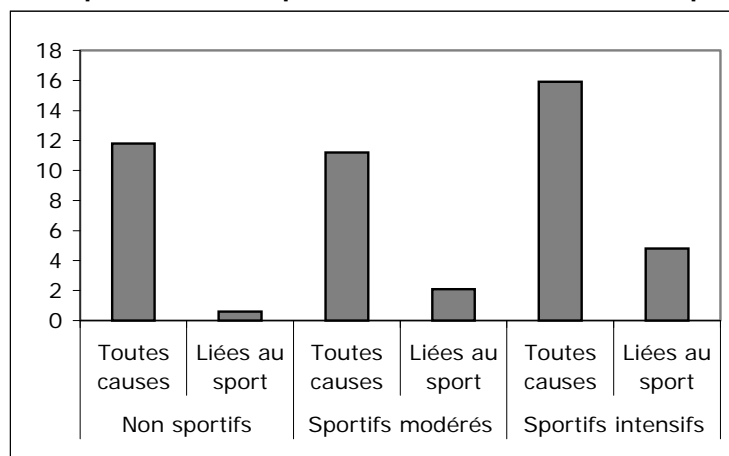


Source : Geneste C et Coll. *Activités sportives et état de santé déclaré. Santé Publique 1998, in Prescrire, mars 1999, tome 19 : 17-27.*

Le pourcentage d'arrêts de travail pour "toutes causes" est globalement identique entre les non sportifs et les sportifs modérés, et augmente de 6 points pour les sportifs intensifs. Par contre, la progression est régulière et constante pour les arrêts liés aux sports : 1,1 % pour les non sportifs, 4,9 % pour les

sportifs modérés et 10,9 % pour les sportifs intensifs. Il est intéressant de constater que chez les sportifs intensifs, la proportion des arrêts de travail "toutes causes" est nettement supérieure à celle concernant les arrêts liés aux sports ; ce qui semble démontrer une "fragilité" globale chez ce type de sportifs.

Graphique n° 4 : Fréquence des hospitalisations en fonction de la pratique sportive



Source : Geneste C et Coll. *Activités sportives et état de santé déclaré. Santé Publique 1998, in Prescrire, mars 1999, tome 19 : 17-27.*

Comme dans le graphique précédent, le plus important pourcentage revient aux hospitalisations toutes causes des sportifs intensifs.

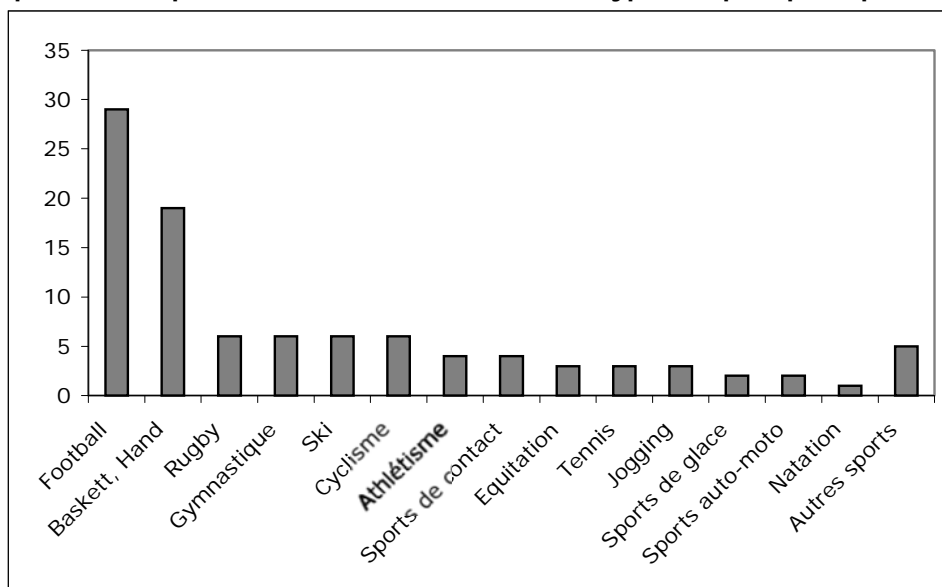
Les sportifs modérés (moins de 500 heures de sport par an) ont déclaré se sentir en bien meilleure santé, selon les critères du Nottingham health profile (mobilité physique, douleurs, réactions émotionnelles) que les non sportifs.

Les sportifs intensifs sont plus nombreux à déclarer des problèmes de santé "toutes causes confondues". Ceci peut être analysé de manière brute : c'est-à-dire que

les sportifs intensifs sont davantage sujets aux troubles de santé. Il faut cependant ajouter qu'ils sont également plus sensibles et vigilants vis-à-vis de leur état santé pour la bonne pratique de leur sport. Mais la proportion des maux de santé toutes causes confondues reste bien réelle, et force est de constater que l'apparition des troubles de santé est en augmentation constante parallèlement à l'intensité de la pratique sportive.

Mais peut-on établir un palmarès des sports les plus "à risques" selon le type de pratique sportive ?

Graphique n°5 : Répartition des accidents selon le type de sport pratiqué



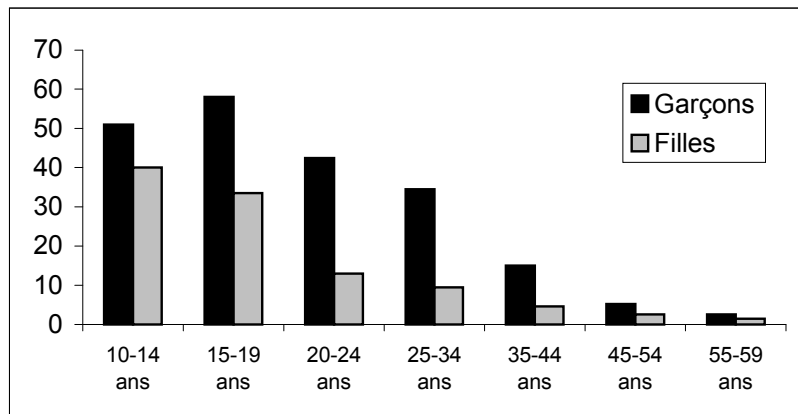
Source : Garry F. *Les accidents de sport chez les 10-24 ans. CNAMTS. Point stat n°14, février 1999.*

Les sports de ballon occupent les trois premières places (Football : 29 %, Basket-ball, Handball : 19 % et Rugby 6%), avec un avantage indéniable au Football en avance de 10 points par rapport aux Basket-ball et Handball. Nous pouvons nous étonner que le Rugby, sport réputé très physique, soit à égalité avec la Gymnastique, souvent plus prisée par un public féminin globalement moins phy-

sique que le public masculin. De même que les sports dits "de contact" n'arrivent qu'en huitième position à égalité avec l'Athlétisme.

Les femmes sont-elles plus protégées des accidents liés aux sports ? Les jeunes courent-ils les mêmes risques que les adultes ?

Graphique n°6 : Fréquence des accidents selon le sexe et l'âge (Taux pour 1000 personnes)



Source : Garry F. Les accidents de sport chez les 10-24 ans. CNAMTS. Point stat n°14, février 1999.

Quel que soit l'âge, les sportifs sont toujours plus exposés que les sportives, avec un pic d'accidents avoisinant les 60 % pour les garçons entre 15-19 ans. Pour les deux sexes les accidents sportifs sont inversement proportionnels à l'âge : plus on prend de l'âge, moins les individus sont exposés à ce type d'accidents.

Qu'en est-il de cette apparente "fragilité" de l'individu face au sport chez les jeunes ? Le tableau suivant introduit la précision des pourcentages d'accidents par type de sports.

Tableau n°1 : Fréquences accidentelles (Taux pour 1000 jeunes)

	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	Ensemble
Sports de ballon	18,1	25,6	17,2	20,3
Gymnastique	4,4	2,6	0,4	2,3
Ski	2,3	2,2	2,2	2,2
Cyclisme	3,9	2,1	0,8	2,1
Athlétisme	2,5	2	2	1,5
Sports de contact	2,2	1,5	1	1,5
Equitation	1,8	0,8	0,6	1
Tennis	0,8	1	1	1
Jogging	1,2	0,9	0,8	0,9
Sports de glace	1	0,8	0,3	0,7
Sports auto-moto	0,2	0,6	0,8	0,6
Natation	1	0,4	0,4	0,5
Autres sports	4,1	2,9	1,8	2,8

Source : Garry F. Les accidents de sport chez les 10-24 ans. CNAMTS. Point stat n°14, février 1999.

Les sports de ballon sont de très loin "champions toutes catégories" des accidents physiques pour les jeunes ; à plus de 14 points du deuxième sport qu'est la Gymnastique. Comme précédemment, le pourcentage le plus élevé concerne la tranche des 15-19 ans.

Cette tranche d'âge peut donc être considérée "à risques" dans la population en terme de risque physique d'accidents sportifs.

Sur les 8 661 accidents de sport recensés chez les 10-59 ans (grâce à l'enquête "Accidents de la vie courante" réalisée entre 1987 et 1995 par la Cellule nationale d'observation des accidents de la vie courante (COAC) et le Comité français d'éducation pour la santé), 69 % d'entre eux touchent les 10-24 ans. Les accidents de sport représentent 44 % des accidents de la vie courante de cette tranche d'âge, et occupent le premier rang en fréquence ; place traditionnellement réservée aux accidents domestiques, dans les autres tranches d'âge. Chaque année, quatre jeunes sur cent sont victimes d'accidents de sport.

Les accidents étudiés ici regroupent tous les accidents survenus lors d'une activité sportive pratiquée eu sein d'un club, au cours d'activités de loisirs, ou encore en milieu scolaire pendant les cours d'éducation physique et sportive.

Les sports d'équipe et de ballon (Football, Rugby, Volley-ball, Handball, et Basketball) occasionnent la majeure partie des accidents de sport (54 %). Viennent ensuite les accidents de Ski, de Cyclisme, et de Gymnastique sportive (6 % chacun). Et enfin l'Athlétisme, les sports de contact, l'Équitation, le Tennis et le Jogging et plus rarement les sports de glace, les sports

auto-moto et la Natation qui oscillent autour de 1,5 % des accidents de sport.

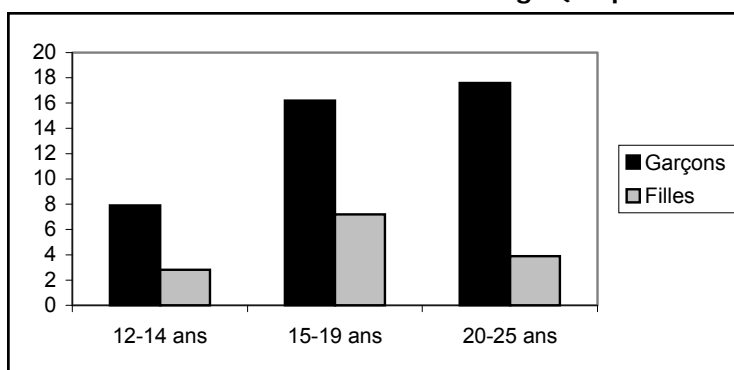
Les accidents à l'école représentent plus du quart des accidents de sport chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans.

Il faut cependant spécifier que les sports d'équipe et de ballon sont plus enclins à collision des joueurs (puisqu'ils se jouent en groupe et en courant) et sont plus spécifiquement masculins (95 %) surtout pour le Football ; le sport le plus pratiqué en France dans toutes les classes d'âge. Le Football est également un sport quasi-exclusivement d'extérieur pour lequel en période d'hivers il faut apporter toutes les précautions d'usage pour l'échauffement des muscles.

En ce qui concerne l'âge, le risque accidentel concernant les accidents de sport est globalement le plus élevé entre 10 et 19 ans pour les garçons (plus de cinq accidents pour cent garçons) et entre 10 et 14 ans pour les filles (quatre accidents pour cent filles).

Le Baromètre Santé des jeunes du CFES fait apparaître que les filles prennent globalement moins de risques que les garçons.

Graphique n °7 : Jeunes déclarant avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



Source : Baromètre santé des jeunes. Cfes, Ors Nord – Pas-de-Calais, Drass Nord, Ors Alsace, Ors Pays-de-Loire, Ors Picardie. Vanves : CFES, 2000.

De plus, de grandes différences d'exposition au risque sont observées selon le sport pratiqué : on relève peu d'influence de l'âge pour le risque d'accident de Ski, de Tennis et de Jogging/Course à pied.

En revanche, les accidents liés au Cyclisme, aux sports de contact, à l'Équitation et à la Gymnastique sportive, concernent essentiellement la tranche d'âge 10 à 14 ans.

Tableau n°2 : Recours aux soins, hospitalisation et rééducation selon le sport pratiqué (Taux pour 100 accidents de sport)

	Recours aux soins	Taux	Durée (en jours)	Taux	Nombre de séances
Sports de ballon	90,5	12,9	7,1	22,3	22,3
Ski	92,9	15,5	11,6	31,1	25
Cyclisme	78,2	21,2	5,8	5,8	22
Athlétisme	96,2	10,4	4,4	19,9	40,6
Sports de contact	87,9	15,5	5	16,4	24,2
Equitation	84,7	24,8	5,1	10,9	12,8
Tennis	81,3	4,5	13,2	17,2	13,9
Jogging	84	4,6	8,8	18,3	11,6
Sports de glace	92,3	11	2,8	12,1	15,3
Sports auto-moto	86,1	25,3	15	17,7	105,4
Natation	84,2	7,9	4,5	6,6	21,3
Autres sports	90,6	10,7	4,7	16	11

Source : Garry F. Les accidents de sport chez les 10-24 ans. CNAMTS. Point stat n°14, février 1999.

Sur dix accidents de sport, six sont liés à une chute, quatre à un choc, le plus souvent contre une personne. Cependant, à chaque type de sport correspond un mécanisme bien précis.

Les accidents de Ski et de Cyclisme sont essentiellement des chutes (respectivement 94 et 90 %) alors que celles-ci n'interviennent que dans 45 % des cas d'accidents de ballon et dans 54 % des cas pour les sports de contact.

Par contre, lors d'accidents liés à la pratique de sports de ballon, de la Natation ou de sports de contact, les chocs sont les plus fréquents (respectivement 60, 54, et 47 %). Le Rugby étant le sport le plus violent avec 74 % de chocs.

Les autres mécanismes sont essentiellement des faux mouvements liés à des efforts musculaires intenses. Les accidents d'Equitation se résument à la fois par des chutes (80 %) et/ou des coups de sabots (54 %). La part des chutes dans les accidents de sport décroît avec l'âge. Dans le domaine du Cyclisme, de l'Equitation et du Ski en particulier, les chutes les plus fréquentes correspondent à la période d'initiation.

En moyenne, huit accidents sur dix occasionnent des lésions nécessitant des soins médicaux. Cette proportion atteint 85 %, lors d'accidents de Ski et d'accidents de sports de ballon.

Les lésions caractéristiques de ce point de vue sont les entorses, particulièrement fréquentes pour le Tennis (55 %), le Jogging (57 %), les sports de ballon (52 %) et le Ski (47 %). Les fractures (19 %

des accidents) sont relativement plus nombreuses en Equitation et Ski (24 %) et en sports de contact et auto-moto (29 %).

On notera que la fréquence des lésions graves culmine entre 15 et 19 ans.

Les parties du corps les plus souvent touchées sont les membres inférieurs et plus particulièrement la cheville et le genou. Les accidents de Cyclisme, d'Equitation, de sports de glace et de Natation engendrent deux à trois fois plus fréquemment des lésions à la tête et au cou.

La fréquence des lésions sévères explique le fort recours aux soins. Ces soins sont donnés essentiellement par le médecin (dans 69 % des cas).

Le recours aux soins est maximum (soit plus de 90 %), pour les accidents survenant lors de sports de ballon, de Ski, de Gymnastique et d'Athlétisme.

En revanche, le Cyclisme dont le taux de lésions bénignes est le plus élevé, présente quant à lui le taux de recours aux soins le plus faible (78 %) et l'un des taux d'hospitalisation les plus élevés. Ce type de sport a pour particularité de provoquer à la fois de multiples lésions bénignes et des lésions beaucoup plus graves, à l'instar des accidents d'Equitation et de sport auto-moto qui entraînent une hospitalisation pour quatre accidents, soit près du double du taux moyen observé.

Étant donné la nature des lésions provoquées par les accidents de sports (entorses, fractures ou luxations), on

relève un fort recours aux soins de masseurs-kinésithérapeutes. La proportion correspondante est de 20% avec un nombre moyen de 23 séances. Particulièrement élevé pour les accidents de Ski (31 % en raison des fractures) et de sports de ballon (22 %), le recours à la rééducation chute à 6 % en cas d'accidents dus au Cyclisme ou à la Natation.

Chez les jeunes de 10 à 24 ans, un accident sur sept provoque un arrêt scolaire, tandis que les dispenses d'éducation physique concernent près de six accidents sur dix.

Le taux de 39,4 % des jeunes de 10 à 24 ans victimes d'accident de sports est très élevé. Notons qu'il l'est bien plus encore pour les 10-14 ans.

La Caisse régionale d'assurance maladie indique que cette tranche d'âge est celle des initiations. Mais il serait intéressant de pousser l'enquête sur les conditions de ces initiations, à la fois en terme de formation des instructeurs et des conditions dans lesquelles s'effectuent ces initiations, ainsi que sur l'état du matériel et des salles de sport où les entraînements ont lieu.

L'observatoire régional de sécurité routière indique qu'en 1999, 8,64 % des jeunes de 15-24 ans ont été victimes d'accidents de la route. La jeune population court plus de risques de dommages corporels en faisant du sport qu'en prenant la route au volant ou en tant que passager.

DOMMAGES SUR LA SANTÉ MENTALE ET SOCIALE

Le premier essai de définition du dopage dans un texte officiel, date d'un colloque européen de 1963. *"Est considéré comme doping l'utilisation de substances ou de tous moyens destinés à augmenter artificiellement le rendement, en vue ou à l'occasion d'une compétition, et qui peut porter préjudice à l'éthique sportive et à l'intégrité physique et psychique de l'athlète."*

Sont ici décrits des moyens "artificiels" "d'éthique sportive". Est abordée la notion de tricherie. On parle également de "l'intégrité physique de l'athlète" ; le soucis de la santé du sportif est visiblement présent.

La première loi Française s'inscrit dans le même esprit.¹

Viennent ensuite plusieurs définitions.

Pour Patrick Laure, médecin au CHU de Nancy, *"le dopage c'est l'emploi de substances chimiques ou médicamenteuses pour surmonter un obstacle réel ou supposé ou ressenti comme tel par la personne ou par son entourage"*².

Le cahier d'étude³ et de réflexion indique que *"le dopage est tout ce qui permet au corps d'évoluer au-delà de ses aptitudes naturelles par des moyens extra-physiques"*.

Durant de nombreuses années, le problème du dopage a été traité sous l'angle de la tricherie, faisant référence à une inégalité face à l'épreuve, lié à la prise de produits modifiants artificiellement les capacités du sportif par rapport aux autres.

La prise de produits était toujours liée à la compétition à l'autre. Elle était considérée comme un moyen de surpasser les compétences de son adversaire.

Désormais le dopage touche l'individu par rapport à lui même. Le sportif se dope aussi pour transformer son reflet dans le miroir ou pour surpasser ce que Patrick Laure appelle "son obstacle imaginaire". Le dopage se singularise.

La loi du 23 mars 1999⁴ relative à la protection de la santé des sportifs, réintroduit une notion qui existait déjà en 1963 : l'intégrité physique et psychique du sportif.

Au-delà de la prise en compte de la santé de l'individu sportif, cette loi introduit par son article 7 une responsabilité nouvelle des médecins généralistes ou sportifs en matière de dopage.

"Tout médecin qui est amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage :

- est tenu de refuser la délivrance d'un des certificats médicaux définis aux articles 5 et 6 ;

¹ Le Noé O. Comment le dopage devient l'affaire des seuls sportifs. *La Fièvre du dopage*. Paris : Autrement, 2000 ; p 77.

² Cité dans Wascot A. *Prévalence des pratiques sportives dans une population de sujets dépendants aux opiacés*. 2000, 89 p.

³ Sport et Santé. *Prévenir*, 1^{er} semestre 1998 ; 176 p.

⁴ Loi relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage.

- informe son patient des risques qu'il court et lui propose soit de le diriger vers l'une des antennes médicales mentionnées à l'article 2, soit, en liaison avec celle-ci et en fonction des nécessités, de lui prescrire des examens, un traitement ou un suivi médical ;
- transmet obligatoirement au médecin responsable de l'antenne médicale mentionnée à l'article 2 les constatations qu'il a faites et informe son patient de cette obligation de transmission. Cette transmission est couverte par le secret médical."

Force est de constater qu'à ce jour très peu de données sont disponibles. Des études épidémiologiques sur le sujet¹ n'apparaissent que depuis 1995² et sont plutôt basées sur le lien éventuel entre pratique sportive, dopage et toxicomanie.

Pendant longtemps, les dirigeants sportifs n'ont guère été favorables à la recherche.

Puis, en 1999, une étude sur les activités physiques et sportives dans les antécédents de personnes prises en charge pour addictions, est commanditée par le ministère de la Jeunesse et des Sports.

Il s'agit d'une synthèse énonçant que les sportifs intensifs et les non sportifs déclarent plus de troubles que les individus ayant une pratique sportive modérée (entre 1 à 8 heures par semaine). Parmi ces troubles, on observe une consommation régulière de boissons alcoolisées et de drogues illicites.

Pour William Lowenstein³: 20 % de l'échantillon de l'étude (soit 220 jeunes) indiquaient avoir pratiqué un sport de manière intensive ; c'est-à-dire plus de trois heures par jour, au moins trois fois par semaine, pendant trois années consécutives. L'étude de la chronologie de

cette dépendance aux substances nocives révèle que 15,2 % des personnes consommaient des produits avant de s'adonner à des activités sportives, mais que 28,4 % d'entre elles ont commencé à en user pendant ces activités, alors que 56,4 % ont commencé après avoir cessé leur activité sportive.

Ce dernier taux (56,4 % d'usage de produits illicites par des jeunes ayant cessé leur activité sportive) porte à discussion. Il serait intéressant d'enquêter sur la motivation de ces jeunes à la prise de produits. Plusieurs hypothèses s'offrent à nous : l'ennui, la déprime, le manque de contact, le manque de sport... Le milieu des compétitions est un milieu de forte "pression psychologique". L'arrêt brutal de ce mode de vie peut être vécu difficilement par les sportifs dont les plus jeunes n'ont parfois que 20 ans.

Sur le plan biologique, l'arrêt brutal de l'entraînement peut avoir des conséquences néfastes pour l'organisme. En parallèle de cet état, l'ex-champion perd son statut social.

Peter Hill et Benjamin Lowe⁴ soulignent la présence de nombreux troubles psychiatriques (et même de plusieurs suicides) chez les sportifs de haut niveau qui terminent leur carrière.

Notons en dernier point qu'au vu de la loi et notamment de celle du 23 mars 1999, l'incitation à la consommation de drogue illicite par qui que ce soit est passible de poursuites judiciaires. L'article 19 stipule qu'*"il est interdit à toute personne de prescrire, de céder, d'offrir, d'administrer, ou d'appliquer aux sportifs participant aux compétitions et manifestations (...), une ou plusieurs substances ou procédés mentionnés à cet article ou de faciliter leur utilisation ou d'inciter à leur usage"*.

¹ Rapport d'activité du chalet Thianty - 1998
Drug use and sport Etude au centre Monté-Cristo Paris - 1995-1997

Etude au centre Nova Dona Paris - 1998

Etude suisse rapportée par G.Costa - 1999

cités dans Wascat A. *Prévalence des pratiques sportives dans une population de sujets dépendants aux opiacées*. 2000, 89 p.

² Wascat A. *Prévalence des pratiques sportives dans une population de sujets dépendants aux opiacées*. 2000, 89 p.

³ Bordenave Y. Pratiqué à haute dose, le sport peut entraîner de sévères dépendances. *Le Monde*, 6 décembre 2000.

⁴ Hill P et Lowe B. The inevitable metathesis of retiring athlete. *International Review of Sport Society*.

La population sportive

Selon les propres termes du Schéma de services collectifs Sport, publié conjointement par le Ministère de la Jeunesse et des Sports et la Datar (Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action Région), à l'automne 2000, *"notre pays ne dispose pas encore, au niveau national comme au niveau local, des instruments de connaissance du fait sportif, notamment statistiques, qui soient à la mesure de son développement, de la diversification des pratiques et des enjeux économiques, de formation et d'emplois que représente le sport [...] Cette insuffisante connaissance n'est pas sans conséquences. Des politiques aveugles peuvent parfois se contenter d'initiatives subjectives, menées au coup par coup. [...] L'observation des pratiques et des comportements est un préalable [...]."*

Dans le cadre du développement d'une initiative publique portant sur l'axe *Sport et Santé publique*, il importe, assurément de s'efforcer de connaître quelle peut être la population régionale pratiquant un sport, ou ayant une activité physique. L'appréciation de cette population sportive s'avèrerait utile, notamment dans le cadre d'une action de lutte contre les risques liés aux pratiques sportives voire aux mauvaises conditions d'entraînement et de pratiques. A l'inverse, il semble sans doute encore plus nécessaire d'évaluer quels peuvent être les effectifs non-sportifs, sédentaires ; ne serait-ce que pour quantifier quelle pourrait être la population susceptible de bénéficier de mesures et de projets en faveur de l'exercice physique. On comprendra qu'en ce domaine, l'évaluation du nombre de licenciés, ne peut pleinement remplir cette fonction, puisqu'il ne tiendrait compte ni des "pratiques autonomes"¹, ni des pratiques "hors institutions fédérales"², ni des "activités sportives de loisirs et de plein-air"³.

Estimation du nombre de sportifs ou de personnes ayant une activité physique

Il n'existe pas, à notre connaissance, de dénombrement de la population pratiquant un sport quel qu'il soit dans le Nord – Pas-de-Calais. En cela, la situation régionale ne dérogerait donc pas au diagnostic émis par le Schéma de services collectifs Sport. Dans ce cadre, seule l'extrapolation des estimations produites à l'échelon national peut aujourd'hui permettre de quantifier les populations. En plus des efforts déployés par le Schéma de services collectifs Sport, il est possible de venir compléter la recherche d'informations par diverses sources : Insee, Documentation française, Ministère de la Culture, mais aussi enquêtes et sondages publiés par divers auteurs (Mermet ou Thomas) ou commandités par la presse nationale (l'Équipe, le Figaro).

On constate une incroyable variabilité des taux ne pouvant provenir de la seule multiplicité des dates d'enquêtes ou de publication. Comment pourrait-on soutenir qu'un décalage chronologique soit responsable de l'opposition entre le taux maximum publié par l'Insee en 1986, et le taux minimum diffusé par le quotidien l'Équipe en 1991, lorsque l'on sait qu'*a priori*, la pratique sportive n'a cessé de croître depuis les années 1970 jusqu'à aujourd'hui ?

¹ Terme utilisé par le schéma de services collectifs Sport.

² Terme utilisé par le schéma de services collectifs Sport.

³ Terme utilisé par le schéma de services collectifs Sport.

Tableau n° 3 : Estimations de la population sportive extrapolée au Nord – Pas-de-Calais

	Pourcentage estimé France	Population sportive estimée en France	Population estimée Nord - Pas-de-Calais (6,83 % de la population française en 1999)
Insee 1986	73,8%	43 188 267	2 948 953
Mermet 2000	68,0%	39 794 067	2 717 192
CSA tmo 1998 (parmi les plus de 15 ans)	82,0%	48 071 349	2 616 326
La Documentation française 1998	48,0%	28 089 930	1 918 018
Ministère de la Culture 1981	45,9%	26 860 995	1 834 104
<u>Schéma de services collectifs Sport 2000</u>	<u>42,7%</u>	<u>25 000 000</u>	<u>1 706 237</u>
Thomas 1993	42,5%	2 487 129	1 698 245
Figaro-Sofres 1990	39,0%	22 823 068	1 558 390
L'Equipe-Ifop 1986	31,0%	18 141 413	1 238 720
L'Equipe 1991	16,0%	9 363 310	639 339

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais

En rapportant les taux de sportifs pratiquants estimés au plan national, à l'effectif de la population régionale au dernier recensement de la population (1999), l'effectif susceptible d'avoir une activité sportive variait dans la région de 2 949 000 à seulement 639 000 personnes.

A la lecture du tableau synthétique de ces estimations, quatre groupes de données apparaissent.

Le premier, formé des sources Insee 1986, Mermet 2000, CSA tmo 1998 compte de 2 616 000 à 2 949 000 personnes.

Le deuxième groupe situe l'effectif de cette population potentielle entre 1 698 000 et 1 918 000 personnes. C'est dans ce groupe que se trouve l'estimation

produite par le Schéma de services collectifs Sport publiée en 2000.

Enfin, les évaluations basses : Figaro-Sofres, l'Équipe-Ifop et l'Équipe envisagent une population sportive régionale de 639 000 à 1 558 000 individus seulement.

Les écarts d'appréciation sont extrêmes. Il est certes probable que des décalages chronologiques ou des dissemblances d'appréciations soient à l'origine d'un écart allant de 1 à 4,6, de coefficients de variation passant de -2,7 à +1,7 entre le schéma de services collectifs Sports (1 706 237) et le minimum d'une part (639 339), le maximum d'autre part (2 948 953).

Les lieux de pratiques sportives et d'activités physiques

Si la population effectivement sportive reste un champ encore largement méconnu, il peut s'avérer utile de pallier cette méconnaissance par l'analyse des sites communaux disposant d'une offre en équipement sportif ou infrastructures se prêtant à l'activité physique.

En ce domaine, bien que les informations les plus adaptées fassent défaut, il est possible, comme l'a fait le document soumis à la consultation dans le cadre du Schéma de services collectif du sport, de préciser un certain nombre de points, d'obtenir quelques explications.

En effet, l'Insee réalise régulièrement un *Inventaire communal* dont la dernière édition ne remonte qu'à 1998. Cette enquête présente l'attractivité des communes françaises pour un grand nombre d'équipements, dont les équipements sportifs. Bien que l'approche puisse être remise en cause (puisque le critère de proximité et le caractère déclaratif peuvent se prêter à la critique), il n'en demeure pas moins que l'examen des données extraites s'avère d'un précieux recours.

Nous avons retenu les six équipements présents dans *l'inventaire communal* 1998 que sont :

- 1- les bases de plein air et de loisirs ;
- 2- les piscines ;
- 3- les installations sportives couvertes ;
- 4- les courts de tennis ;
- 5- les plages et lieux de baignades aménagés ;
- 6- les pistes d'Athlétisme.

Les bases de plein air et de loisirs

Elles sont présentes dans 255 communes de la région soit 16 % de celles-ci. Lorsque l'on additionne l'ensemble des populations résidant dans les communes déclarant recourir à cet équipement, dans quelle que commune que ce soit, il apparaît que la population desservie soit

de 1 912 950 personnes soit 47 % de la population totale du Nord – Pas-de-Calais. En d'autres termes, les bases de loisirs et de plein air ne sont potentiellement fréquentées que par une personne sur deux. Les principaux sites se situent majoritairement dans des communes urbaines ce qui est *a priori* logique puisque la réponse au besoin de base de plein air peut *de facto* trouver sa réponse dans un contexte peu urbanisé.

Les dix communes les plus attractives en terme de population desservie sont par ordre d'importance :

- 1- Armentières ;
- 2- Lille ;
- 3- Fresnicourt-le-Dolmen (au sud de Barlin, non loin de Béthune, Arras et Lens) ;
- 4- Villeneuve d'Ascq ;
- 5- Calais ;
- 6- Roubaix ;
- 7- Eppe-Sauvage (à l'extrême sud est du département du Nord) ;
- 8- Boulogne-sur-Mer ;
- 9- Tourcoing ;
- 10- et Sainte Catherine (dans la toute proche périphérie d'Arras).

Les piscines

115 communes disposent d'une piscine accessible au public. Si seuls 7,5 % des sites communaux sont équipés. La répartition spatiale des piscines est bien plus urbaine que rurale. Il est certain que la moitié de la population pouvant avoir accès aux piscines se trouve presque exclusivement en zone urbaine dense. Les indices de captation (c'est-à-dire le ratio Population desservie sur Population de la commune dotée de l'équipement), sont ici particulièrement faibles. Ceci implique que l'accessibilité aux équipements touche essentiellement les communes dotées de piscines ou se trouvant dans leur immédiate périphérie, que la mobilité des

personnes est dans ce cas relativement réduite.

Ainsi, les dix communes les plus fréquentées sont, en fonction des populations desservies :

- 1- Lille ;
- 2- Valenciennes ;
- 3- Arras ;
- 4- Calais ;
- 5- Dunkerque ;
- 6- Béthune ;
- 7- Roubaix ;
- 8- Cambrai ;
- 9- Tourcoing ;
- 10- et Boulogne-sur-Mer.

Les installations sportives couvertes

Les installations sportives couvertes se placent parmi les équipements sportifs les plus accessibles. Une commune sur trois en dispose (501 communes très exactement) et la population potentiellement desservie représente 85 % de la population du Nord – Pas-de-Calais. Il est donc logique que la dispersion spatiale urbaine précédemment observée se complète ici d'une bonne couverture des espaces ruraux, les *bourgs* locaux assurant un rôle évident de sites ressources. Il est probable que cette plus ample distribution spatiale s'explique d'une part par des coûts de création et de fonctionnement moindres par rapport à ceux des piscines ; coûts qui rendraient les installations sportives couvertes accessibles à des communes de moindre taille. Ces installations sont par ailleurs destinées à répondre aux besoins scolaires en activités physiques et sportives. Dans cette mesure, les installations sportives couvertes feraient partie des équipements de base de l'offre en activités physiques et sportives mais pourraient surtout être accessibles à un public jeune, ne pouvant être assimilé à l'ensemble des populations locales.

Concernant l'équipement d'installations couvertes sportives, les dix premiers sites communaux sont les mêmes que les dix premières communes de la région.

Il s'agit de :

- 1- Lille ;
- 2- Roubaix ;
- 3- Tourcoing ;

- 4- Calais ;
- 5- Arras ;
- 6- Villeneuve d'Ascq ;
- 7- Dunkerque ;
- 8- Boulogne-sur-Mer ;
- 9- Valenciennes ;
- 10- et Cambrai .

Les courts de Tennis

La répartition des courts de tennis, suit, à peu de chose près, ce qui vient d'être exposé pour les installations sportives couvertes. Le court de tennis est l'équipement le plus accessible à la population. 40 % des communes (619 sur un total de 1 547) en sont dotées. La somme des populations communales desservies est égale à 86 % de la population régionale. L'offre touche les contextes urbains et ruraux, parvient jusqu'à de plus petites communes ; elle n'est plus dans ce cadre le seul fait des *bourgs*.

Les communes potentiellement les plus fréquentées sont :

- 1- Lille ;
- 2- Roubaix ;
- 3- Tourcoing ;
- 4- Calais ;
- 5- Dunkerque ;
- 6- Villeneuve d'Ascq ;
- 7- Boulogne-sur-Mer ;
- 8- Douai
- 9- Wattrelos ;
- 10- et Valenciennes.

Les plages et lieux de baignades aménagés

Ils se placent à l'opposé pour ce qui est de leurs fréquentation et implantation. Il est certain que la possibilité matérielle de création dépend amplement des conditions locales : littoral, cours ou plan d'eau aménageables. Seules 47 communes ont été dénombrées par l'Insee, soit 3 % des municipalités. Seules 600 605 personnes sont, toutes choses étant égales par ailleurs, susceptibles d'accéder à ces sites, abstraction faite bien sûr des fréquentations variables selon les saisons. Si les plages et lieux de baignades aménagés sont particulièrement peu fréquents, leur capacité attractive s'avère extrême. Le nombre de communes attirées peut

Les lieux de pratiques sportives et d'activités physiques

atteindre plusieurs centaines pour un seul et même site. L'indice de captation moyen atteint 5,2 (le maximum pour Eppe-Sauvage étant de 665,2).

La hiérarchie des dix sites potentiellement les plus attractifs est assez surprenante bien qu'aisément compréhensible.

Elle se présente comme suit :

- 1- Berck ;
- 2- Armentières ;
- 3- Nœux-les-Mines ;
- 4- Dunkerque ;
- 5- Aubigny-au-Bac ;
- 6- Bray-Dunes ;
- 7- Le Touquet-Paris-Plage ;
- 8- Calais ;
- 9- Eppe-Sauvage (à l'extrême sud est du département du Nord) ;
- 10- et Le Quesnoy (suivi de la Belgique en onzième position).

Les pistes d'Athlétisme

Enfin, les pistes d'Athlétisme sont susceptibles d'être fréquentées par 2 267 000 personnes (57 % de la population régionale) résidant dans 180 communes de la région (16 % des communes). Leur localisation ressemble à celle des bases de loisirs et de plein air ou encore des piscines. Elles sont en effet très urbaines. Il convient cependant de noter que les indices de captation sont particulièrement modestes ; il s'agit en effet davantage d'équipements à vocation quasi strictement communale que de lieux très fréquentés par une population venant des alentours.

Les sites à forts potentiels de fréquentation sont :

- 1- Lille ;
- 2- Roubaix ;
- 3- Tourcoing ;
- 4- Calais ;
- 5- Dunkerque ;
- 6- Villeneuve d'Ascq ;
- 7- Boulogne-sur-Mer ;
- 8- Douai ;
- 9- Wattrelos ;
- 10- et Valenciennes.

En conclusion, il convient de rappeler que les informations émanant de l'Inventaire communal ne sont qu'indicatives. Elles expriment des potentialités plus que des réalités. Rien ne permet en effet de connaître la fréquentation effective des équipements sportifs, rien ne permet d'être certain que les habitants de telle ou telle commune se rendent concrètement dans la commune la plus proche ou celle annoncée par l'Inventaire communal⁴. Le lecteur aurait par exemple tort de suspecter un moindre accès rural aux équipements sportifs.

Ces informations nous semblent pourtant avoir quelque sens, dans la mesure où elles sont susceptibles de guider, compte tenu du peu d'informations disponibles, la mise en place d'une éventuelle politique publique alliant dans un très proche avenir pratiques sportives et santé.

⁴ Il est plus que probable que la réalité des phénomènes soit toute autre. C'est ce que dévoilera la troisième extraction de l'enquête Rhcp2s, prochainement publiée par l'Ors.

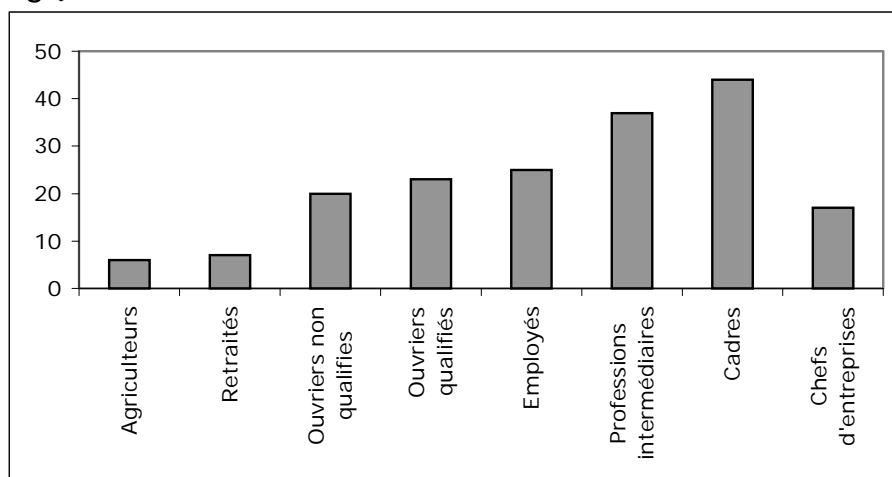
Sociologie du sport

Norbert Elias voit dans le sport :
"le laboratoire privilégié pour réfléchir sur les rapports sociaux et leur évolution. La sociologie devrait s'intéresser au sport qui est, précisément, un objet qui unit et qui sépare à la fois. Les grandes manifestations spectaculaires, réunissent en masse des individus appartenant à des classes sociales différentes et contribuent à créer, chez elles, un fort sentiment d'appartenance. Mais les pratiques sportives, dans leur grande diversité et leurs étonnantes distributions selon les groupes sociaux, contribuent à maintenir ou à accroître les distances sociales (...)".

EN FRANCE

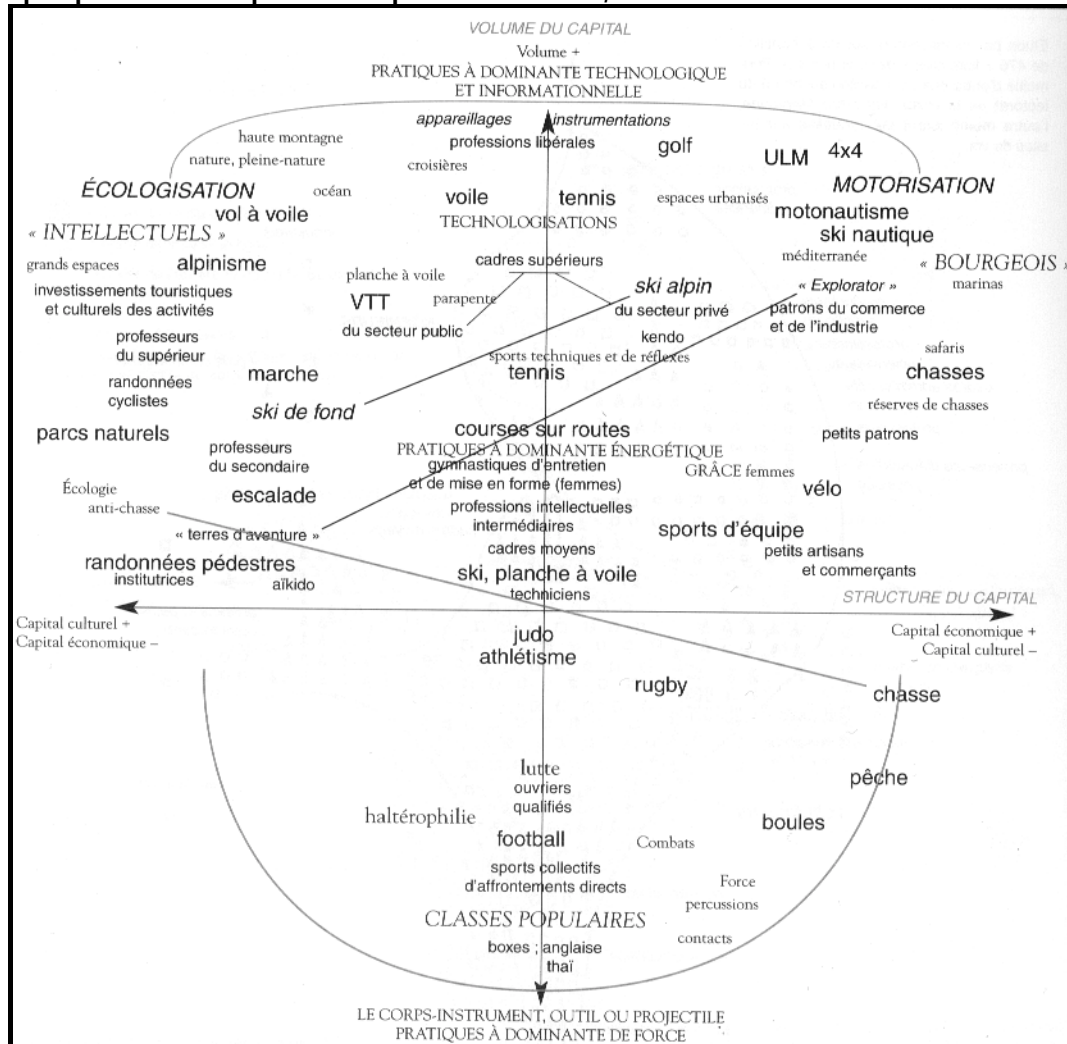
Selon le Baromètre Santé 97/98 du CFES, *"les adolescents dont le chef de famille est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure sont 79,0 % à faire du sport pour le plaisir. Il s'agit du plus haut score, alors que les minimums sont atteints pour les jeunes dont le chef de famille est "ouvrier" et "autres sans activités". Ces derniers sont les plus nombreux à déclarer faire du sport pour la santé. Les moins concernés par cette motivation sont les enfants d'agriculteurs (ou agriculteurs eux-mêmes). Ils sont également les moins nombreux à faire du sport pour maigrir et les plus nombreux à en faire pour rencontrer des amis. Ceux dont le chef de famille est au chômage ou inactif sont plus souvent attirés par les aspects santé et musculation"*.

Graphique n°8 : La pratique du sport selon la catégorie socio-professionnelle (en pourcentage)



Source : Baromètre Santé des jeunes 97/98. Vanvres : CFES, 4^{ème} trimestre 1998

Graphique n°9 : L'espace des sports en France, en 1990-1995



Source : C Pociello. *Les cultures sportives. 1995.*

La pratique sportive se prête à l'observation de plusieurs phénomènes ou croyances en fonction de la situation sociale du pratiquant.

Dans la partie "catégories socioprofessionnelles supérieures" du graphique précédent, se trouvent le Golf et d'autres pratiques appelant indéniablement un investissement financier qui ne se retrouve pas à l'opposé du graphique. Les professions dites plus "intellectuelles"

privilégient les activités physiques et sportives dans les espaces naturels (Alpinisme, randonnée).

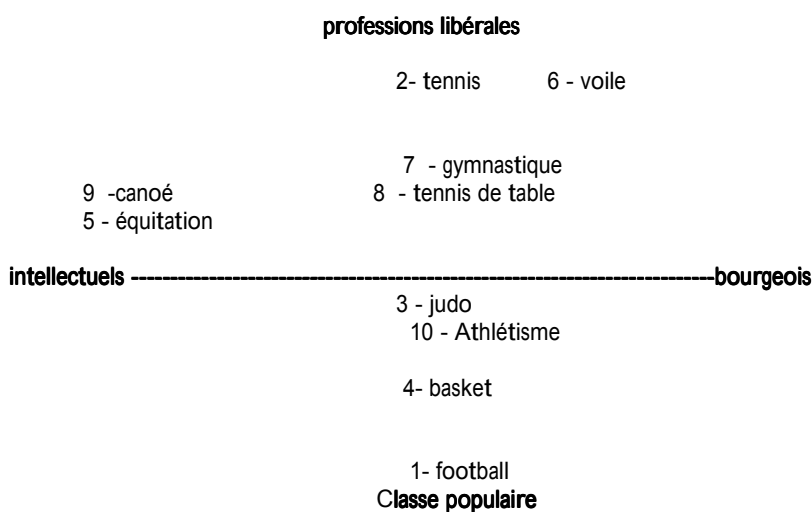
Le Ski est en position médiane. Sa démocratisation est donc bien effective. Il est pratiqué par les cadres moyens, contrairement au Tennis et à la Voile qui restent bien le fait majoritaire des cadres supérieurs. Le Judo et l'Athlétisme sont essentiellement pratiqués par les professions intermédiaires.

DANS LA RÉGION NORD PAS-DE-CALAIS :

En conservant la même grille d'évaluation socioculturelle que Christian Pociello (in *Sports et sciences sociales*. Liège : Vigot,

1999 ; 223 p.), nous pouvons positionner les dix premiers sports selon le nombre de licenciés en 1998.

Graphique n °10 : Sports et catégories socio-professionnelles en 1998 dans la région Nord – Pas-de-Calais



Source : *Ors Nord – Pas-de-Calais*

Les deux premiers sports sont le Football et le Tennis.

Le schéma initial de Pociello indique que ces deux sports sont classés à l'opposé sur l'échelle des catégories socioprofessionnelles.

Puis, de manière très graduée, toujours sur un axe très vertical classe populaire-professions libérales, se situent la Gymnastique, le Tennis de table, le Judo et le Basket-ball.

Les préférences sportives régionales sont apparemment restées inchangées depuis plus de dix ans, avec une augmentation des licenciés quasiment proportionnelle dans toutes les disciplines. Il n'y a pas, dans le Nord – Pas-de-Calais de "sport régional emblématique" comme peut l'être par exemple le Rugby dans le sud-ouest.

LES MOTIVATIONS SPORTIVES

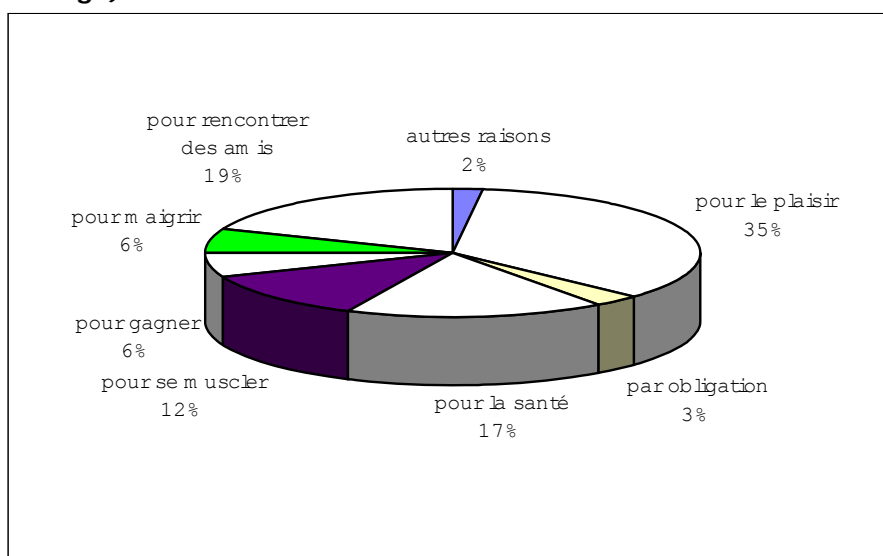
L'étude du rapport entre la personnalité et la pratique sportive a constitué jusqu'aux débuts des années 80 le thème majeur de la recherche en psychologie du sport, et une grande part des communications faites dans les congrès spécialisés.

L'activité physique et sportive renvoie chacun d'entre nous à sa propre dimension corporelle. Les sports de tous ordres se déroulent dans la relativité des émotions et des sensations que procure l'acte du sportif. Souvent les sportifs disent vouloir aller au-delà de leurs capacités, vouloir se "dépasser". En cas de confrontation à l'autre, le sportif tente d'appréhender ses propres limites.

Une enquête a été réalisée sur la motivation sportive chez les jeunes scolarisés. Les psychologues français JP. Famose et M. Durand ont pu constater que les jeunes sont plutôt animés par une

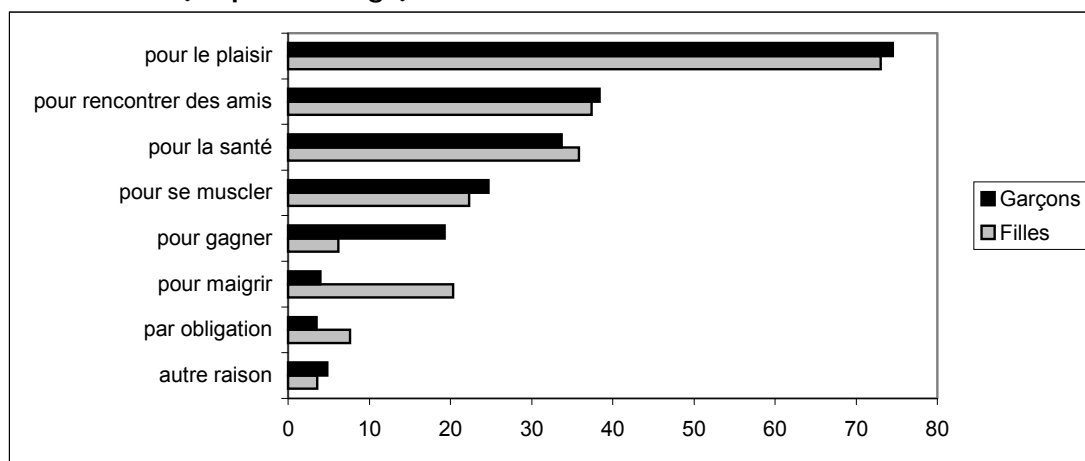
motivation de "maîtrise" qui les fait plus volontiers se comparer à eux-mêmes et se lancer des défis par rapport à leurs propres niveaux de performance.

Graphique n° 11 : Les motivations à la pratique d'un sport chez les 12-19 ans (en pourcentage)



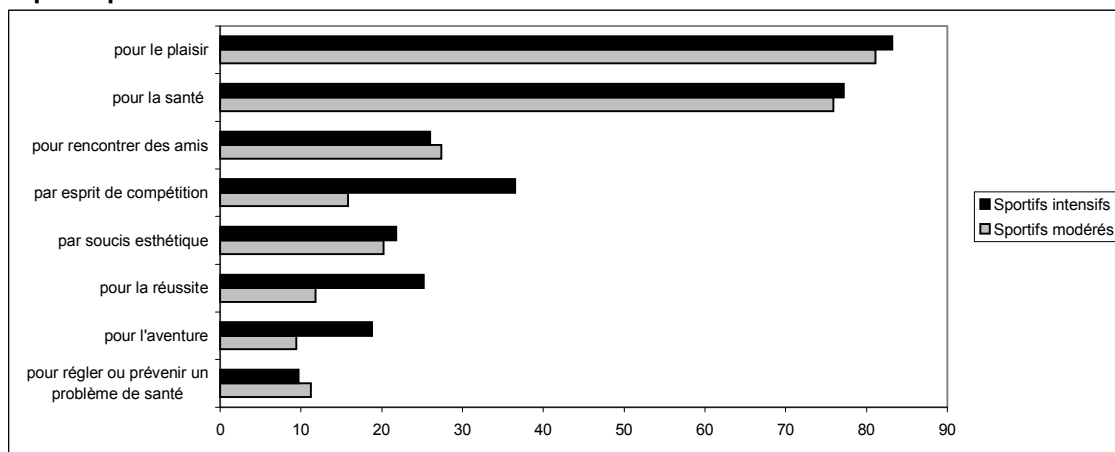
Source : Baromètre Santé des jeunes 97/98. Vanvres : CFES, 4^{ème} trimestre 1998

Graphique n° 12 : Les raisons principales à la pratique d'un sport selon le sexe chez les 12-19 ans (en pourcentage)



Source : Baromètre Santé des jeunes 97/98. Vanvres : CFES, 4^{ème} trimestre 1998

Graphique n° 13 : Les motivations à la pratique sportive en fonction de l'intensité de la pratique chez les adultes



Source : Baromètre Santé des jeunes 97/98. Vanvres : CFES, 4^{ème} trimestre 1998

Pour près des trois quarts (73,9 %) des 12-19 ans, faire du sport est avant tout un moyen de se faire plaisir. Ce pourcentage est plus élevé chez les plus jeunes.

Les filles sont quatre fois plus nombreuses que les garçons à faire du sport pour maigrir (20,3 % vs 6,2 %). Les garçons répondent plus fréquemment qu'ils font du sport pour gagner (19,3 % vs 6,2 %).

On a demandé aux 12-19 ans de choisir jusqu'à 3 items parmi les huit qui étaient proposés par l'enquêteur. Les 1,2 % de personnes interrogées, qui ont déclaré ne pas pratiquer de sport n'ont pas été pris en considération dans l'analyse.

Les adultes sont plus nombreux (81,1 %) que les jeunes de 12-19 ans (eux-mêmes déjà nombreux à avoir choisi cette réponse : 73,9 %) à déclarer faire du sport pour le plaisir.

On observe un léger fléchissement de cet item chez les sportifs intensifs qui répondent à 25,2 % faire du sport par souci de carrière ; ce qui laisse penser que quand le sport devient travail, la notion de plaisir diminue dans la gamme des motivations. La notion de sport-plaisir s'est développée dans les années 60. A cette époque, le sport et l'éducation physique, deux réalités initialement distinctes, sont réunies lorsque l'on conçoit en France les fonctions éducatives du sport.

Chez l'adulte, le sport est souvent vécu comme une activité permettant de soulager le stress. Il est alors perçu comme un facteur d'équilibre de la personnalité. A ce sujet, de nombreux travaux sont menés notamment en langue anglaise. Les études montrent que le sport a en général un impact positif sur la santé morale¹.

La pratique du sport "par obligation" apparaît chez 5,5 % des jeunes (surtout vers 16 ans), mais pas du tout chez les adultes. Le commentaire ne précise pas s'il s'agit de filles ou de garçons, mais cette attitude correspond à un trait psychologique des adolescents qui n'aiment pas être contraints. De plus, à cet âge, le rapport au corps est en pleine mutation et le sport met en avant cet aspect.

Chez les adultes, l'aspect "santé" arrive en deuxième position des réponses tant chez les sportifs modérés (75,9 %) qu'intensifs (77,2 %). Chez les jeunes, il occupe une bonne troisième place sur les 8 items, sans différence sensible entre les filles (35,8 %) et les garçons (33,7 %).

On observe par contre une réelle différence concernant l'item "Pour gagner" auquel ont répondu 19,3 % des garçons et seulement 6,2 % des filles. Les proportions sont inversées à la réponse suivante "Pour maigrir" où les filles se

¹ Thomas R. *Psychologie du sport*. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France 2000 ; 125 p.

sont manifestées à 20,3 % et les garçons à 4,0 %. La problématique de l'aspect physique est nettement plus marquée chez les filles de cet âge.

Même si les définitions du sport et de la santé ne se croisent pas, il apparaît que, pour "le sens commun", Sport et Santé

aient un rapport de cause à effet. Tout semble fonctionner "comme si" l'opinion collective avait intégré le couple mystérieux sans chercher à connaître les raisons de cette alliance quasi inconsciente.

Conclusion et Perspectives

Répetons-le une fois encore, les relations, type par type, et population par population, qui réunissent Sport et Santé Publique ne sont, dans leur ensemble, ni généralisables ni univoques.

Dans le contexte des Programmes régionaux de santé et de leurs thématiques, il apparaît sur le tableau suivant qu'une impression d'effet positif puisse pourtant se dégager.

Chez les jeunes et les enfants, pourvu que les activités soient encadrées et suivies, que l'activité physique n'exécède pas une

durée et une intensité trop importantes, il est certain que l'activité physique et sportive maintient que des rapports dont la somme est incontestablement bénéfique.

Vis-à-vis des cancers, qu'il s'agisse de prévention, de réparation, de rééducation ou de réinsertion, les rapports entre le sport et la santé ne sont que très fortuitement écrits tant par la littérature que par les interlocuteurs rencontrés lors de ce travail.

<i>Recapitulatif par thème de PRS</i>	<u>Liens négatifs</u> avec le sport et l'activité physique	<u>Liens positifs</u> avec le sport et l'activité physique
Santé des jeunes et des enfants	-	+++
Cancers	--	+
Précarité	--	++
Conduites de consommations à risques	+	++
Cardiovasculaire	+-	+++

A l'inverse, pour la thématique précarité, les effets bénéfiques, réels et supposés (il conviendrait de pousser sans doute plus avant les enquêtes en ce sens) restent quasiment les seuls cités. Le sport comme

les activités physiques, est un moyen de promouvoir l'insertion sociale et professionnelle, la sensibilité et la compréhension des valeurs citoyennes tant recherchées aujourd'hui.

C'est assurément pour ce qui est des conduites de consommations à risques, et de la santé cardiovasculaire que la linéarité et la régularité des liens sont les plus incertaines. Certes, la pratique sportive est très souvent citée en exemple comme étant l'un des moyens de limiter les récurrences dans le cadre des conduites addictives ou en cas d'accident cardiaque ou vasculaire. Mais il n'en demeure pas moins que l'activité physique puisse, chez certaines personnes, relever de véritables comportements dont les effets sont ou seront préjudiciables à leur santé physique, morale ou sociale, et que se développent de réelles dépendances ou atteintes physiques affectant le système cardiovasculaire.

Il est certes d'autres relations, relevant d'autres champs de la Santé Publique susceptibles d'être évoqués en dehors des seuls thèmes retenus par les PRS. Le premier d'entre eux est bien sûr, la santé des sportifs de haut niveau (professionnels comme amateurs) dont la prise en charge et l'accompagnement médical doivent incontestablement être réorganisés (ce qui est déjà entrepris, tant aux échelons nationaux et régionaux, par les services du ministère de la Jeunesse et des Sports).

Toutefois, à notre sens, cette population spécifique devrait bénéficier davantage d'un réaménagement de la médecine du sport et des dispositifs sportifs officiels, que d'une politique relevant véritablement de la Santé Publique ; c'est-à-dire touchant toutes ou de larges parties de la population générale.

A l'inverse, toute initiative visant au développement et à l'accès au sport ou à l'activité physique pour tous nous semble, même indirectement dans ses modes opératoires, relever d'une réelle entreprise publique de santé et devoir être favorable au rétablissement d'un état de santé convenable dans le Nord-Pas-de-Calais. En cela, les nouvelles propositions formulées par les services de l'État dans le Schéma de services collectifs Sport, nous semblent être des opportunités stratégiques majeures. Celles-ci prévoient en plus du développement de l'accès aux pratiques sportives et physiques, le développement d'une forte sensibilité vis-

à-vis de la population féminine¹, la promotion des activités physiques modérées (peu sujettes au développement de pratiques incompatibles avec l'instauration d'un état de santé moral, physique et social dégradé), et enfin l'intégration explicite de la part des autorités sportives publiques (mais pourquoi pas aussi des services des affaires sanitaires et sociales) au champ de leurs mandats et responsabilités, des pratiques sportives libres, c'est-à-dire non encadrées.

Il convient donc, prioritairement, de mener une initiative de politique publique non seulement dans le sens des instances sportives (régionales ou déconcentrées), mais aussi et sans doute avant tout, afin de répondre aux attentes de la population. Bien que ceux-ci ne puissent être dès aujourd'hui anticipés, il est certain que :

- la massification de toutes les activités physiques ;
 - l'élargissement social de la base des pratiquants ;
 - la diversification des pratiques sportives ;
 - la féminisation de ces mêmes pratiques ;
 - la recherche d'un mode d'organisation sportif *sans contraintes* ;
 - le développement du *sport en famille*, en couple, entre amis ;
 - la présence de plus en plus de personnes, âgées parmi les pratiquants ;
- sont autant de signes et de faits majeurs, dont il conviendrait de prendre compte au plus vite².

Ils constituent autant d'opportunités de favoriser Sport pour tous et Santé Publique ; encore faut-il que ces recommandations aient été entendues, débattues et retenues par l'ensemble des partenaires susceptibles d'être associés à ce qui pourrait devenir une priorité et une innovation régionale de politiques publiques.

¹ Il est probable qu'un axe transversal ou une certaine sensibilité vis-à-vis de l'égalité hommes/femmes ait à se développer dans les tous prochains mois, dans le cadre des PRS. En cela, les conclusions et recommandations du Schéma de services collectifs Sport seraient en plus forte synergie potentielle avec les initiatives régionales de Santé Publique. Il nous semble que la légitimité d'un axe égalité hommes / femmes ne puisse être discutée tant dans le champ sanitaire régional que dans le domaine sportif.

² Pociello C. Sports et sciences sociales. Liège : Vigot, 1999 ; 224 p.

Sélection bibliographique

- Andreff W. *Economie du sport*. Paris : Paris : PUF, coll Que sais-je ? 2001 ; 127 p.
- Andrivet R, Chignon JC, Leclercq J. *Physiologie du sport*. Paris : PUF, coll Que sais-je ? 1985 ; 127 p.
- Angotti B. Entretien avec Dargent P, Activité physique et ostéoporose. *Le Concours médical*, supplément au n°26, 3 juillet 2000, p 16.
- Arnaud P. *Le Sport en France*. Paris : La Documentation Française, 2000 ; 176 p.
- Augustin JP. *Sport Géographie et Aménagement*. Paris : Nathan, 1995 ; 254 p.
- Balme R, Faure A, Mabilleau A. *Les nouvelles politiques locales*. Paris : Presses de sciences politiques, 1999 ; 486 p.
- Bayeux P. *Le Sport et les collectivités territoriales*. Paris : PUF, coll Que sais-je ? 1999 ; 127 p.
- Bordenave Y. Pratique à haute dose, le sport peut entraîner de sévères dépendances. *Le Monde*, 6 décembre 2000.
- Bouvier P. Promouvoir le vélo pour la Santé Publique. *Médecine et Société*, avril 1994 : 337 ; 341 p.
- Brohm JB. Sport, culture et répression. *Partisan*, réédition 1976.
- Bruckert E. Activité physique et dyslipidémies. *Le Concours médical*, supplément au n° 26, 3 juillet 2000; p 14.
- Canva A. Le leurre des vertus sanitaires du sport. *Prévenir* n°34, 1^{er} semestre 1998 ; 34 p.
- Choquet M, Bourdessol H, Arvers P, Guilbert P, De Peretti C. *Jeunes et pratique sportive*. Rapport au ministre de la Jeunesse et des Sports. Institut national de la Jeunesse et de l'Education populaire. Janvier 2001 ; 94 p.
- Debbasch C, Pontier JM. *La Société française*. Paris : Armand Colin, 2001 ; 1 076p.
- Ecoiffier M. Des jeunes sportifs pas si sains. *Libération*, 4 décembre 2000.
- Garry F. Les Accidents de sport chez les 10-24 ans. CNAMTS. *Points stat* n°14, février 1999.
- Geneste C et Coll. Activités sportives et État de santé déclaré. Santé Publique 1998, in *Prescrire*, mars 1999 ; 19 : 17-27.
- Guillon N, Nicolet G. *Le Dopage*. Paris : Flammarion, coll Domino, 2000 ; 102 p + annexes.
- Hill P et Lowe B. The inevitable metathesis of retiring athlete. *International Review of sport society*.
- Laure P. *Dopage et société*. Paris : Ellipses, 2000 ; 447 p.

- Laure P, Lecerf T. *Prévention du dopage chez les adolescents : à propos d'une action évaluée d'éducation pour la santé*. 1999 ; 849-854.
- Le NoË O. Comment le dopage devient l'affaire des seuls sportifs. *La Fièvre du dopage*. Paris : Autrement, 2000 ; p 77.
- Maillard CH. Entretien avec Rolland-Cachera. Activité physique et obésité de l'enfant. *Le Concours médical*, supplément au n°26, 3 juillet 2000 ; p 8.
- Marcadet DM, Fattell C. *Activité physique des cardiaques*. p 36-38.
- Mermet G. *Franco-scopie 2001*. Paris : Larousse, 2000 ; 484 p.
- Miège C. *Le Sport européen*. Paris : PUF, coll Que sais-je ? 1996 ; 127 p.
- Nouveau-Duburcq A. Activité physique : une prescription médicale authentique. *Le Concours médical*, supplément au n°26, 3 juillet 2000 ; p 20.
- Oppert JM. Activité physique, définition, évaluation, prescription. *Le Concours médical*, Supplément au n°26, 3 juillet 2000.
- Pele A, Carre F. Effets bénéfiques de l'exercice physique sur la prévention des cardiopathies ischémiques. *Revue de Médecine du travail*, 1995, tome 22 : 5.
- Pociello C. *Les Cultures sportives*. Paris : Presses universitaires de France, 1997 ; 287 p.
- Pociello C. *Sports et sciences sociales*. Liège : Vigot, 1999 ; 223 p.
- Rieu M. Rôle des activités physiques dans une politique de Santé Publique. *Bull. Acad. Natle. Méd*, 1995, 179, n°7, 1417 séance du 17 octobre 1995.
- Schnohr P, Parner J, Lange P. *Mortality in joggers*. BMG, 9 septembre 2000 ; vol 321.
- Thomas R. *Psychologie du sport*. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France 2000 ; 125 p.
- Thomas R. *Sociologie du sport*. Paris : Puf Que sais-je ?, 2000 ; 127 p.
- Vigarello. *Du Sport à son image*. Le Monde, 29 septembre 2000.
- Vuillemin A. L'organisation mondiale de la santé émet des principes pour promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées. *Gérontologie* n°105 ; 44-49.
- Wascat A. *Prévalence des pratiques sportives dans une population de sujets dépendants aux opiacées*. 2000, 89 p.
- Activités sportives et État de santé éclairé. *Santé Publique*, 1998, vol 10.
- *Baromètre Santé des jeunes 97/98*. Vanvres : CFES, 4^{ème} trimestre 1998
- *Baromètre Santé des jeunes*. Cfes, Ors Nord ñ Pas-de-Calais, Drass Nord, Ors Alsace, Ors Pays-de-Loire, Ors Picardie. Vanves : CFES, 2000.
- Encyclopaedia Universalis 2000
- Influence d'une campagne d'information sur les facteurs de risques cardio-vasculaires. *La Presse médicale*, mars 1999 ; 10 : 28.

Sélection bibliographique

- La fièvre du dopage. *Autrement*, 2000.
- *Le rôle du sport dans la société, santé socialisation, économie*. Strasbourg : Edition du Conseil de l'Europe. 1995.
- Les conduites sportives au centre des débats. *Le Quotidien du Médecin*, n°6 809 , novembre 2000.
- Le Sport dans le Nord ñ Pas-de-Calais. Séance plénière du Conseil régional. 24 et 25 juin 1999.
- Ministère de la Jeunesse et des Sports ñ DATAR. *Schéma de services collectifs du sport*. Paris, 2000 ; 48 p + annexes.
- Pour que le sport ne nuise pas ñ la santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°24, septembre 1998.
- Sport et Santé. *Prévenir*, 1^{er} semestre 1998 ; 176 p.

Logiciels utilisés :
Microsoft Word
Microsoft Excell

