



Mots-clés : Médicaments antalgiques, adolescents sportifs, prescription, dopage, douleur

Keywords: Painkillers, adolescents athletes, prescription medications, misuse, doping in sport, pain

La consommation d'antalgiques chez les adolescents sportifs, étude exploratoire¹

Analgesic drug consumption among high-level teenage athletes, an exploratory survey

T. Bujon*, F. Mougeot**, B. Ginhoux***

Cet article traite des consommations de médicaments antalgiques chez les adolescents sportifs de haut niveau. L'enquête par questionnaires, conduite au sein de 2 hôpitaux publics et de 2 services de médecine du sport auprès de 192 adolescents âgés de 11 à 18 ans, montre que les médicaments antalgiques sont particulièrement utilisés par les jeunes athlètes. Ces derniers mobilisent ce type de traitements dans le but de faire face aux douleurs ressenties de manière chronique au cours de leur carrière sportive. Cette perception est elle-même le produit d'un apprentissage : la douleur dans le sport doit être considérée comme le signe de la performance ou du dépassement de soi. Leur consommation varie en fonction de la perception de la douleur des jeunes sportifs.

This article discusses the analgesic drug consumption among high-level teenage athletes. It is based on a questionnaire survey which was conducted in two public hospitals and two sports medicine units. It resulted in 192 respondents, all of whom were teenagers aged from 11 to 18 years old. The results show that painkillers are especially used by young athletes. They rely on these drugs in order to cope with the chronically experienced pain during their sports career. This perception is itself the product of a learning process which ends with pain in sport being considered as a sign of performance or transcendence. Their consumption varies depending on their perception of pain.

CONTEXTE

Aux États-Unis, dans un contexte de fort accroissement des overdoses médicamenteuses liées à la consommation d'antalgiques ou de substituts aux opiacés dans la population générale (1-3), le *National Institute on Drug Abuse* (4) a pu identifier les usages et mésusages des antidouleurs – *painkillers* – chez les adolescents sportifs et impulser des recherches sur le sujet (5). Parce que leur risque d'être blessés est bien supérieur à celui qu'encourent les non-pratiquants, les sportifs ont plus de risques d'utiliser (hors prescription et de manière abusive) ces médicaments opiacés que les adolescents qui ne font pas de sport. Certains sports, tels que le football américain ou le hockey sur glace (6-8) semblent particulièrement affectés du fait des violences corporelles que s'y infligent les joueurs.

En Europe, quelques recherches commencent à observer la consommation d'opiacés médicalement prescrits (antalgiques) dans le hockey sur glace (9). Le cyclisme et le football (10) semblent eux aussi concernés. Ces médicaments peuvent être mobilisés par les sportifs à des fins thérapeutiques pour soulager des douleurs, déplacer le seuil de tolérance à la douleur et, éventuellement, la "contrôler". Dans la mesure où l'on considère qu'ils n'améliorent pas la performance sportive, ces médicaments ne figurent pas sur la liste des interdictions publiée par l'Agence mondiale antidopage (AMA), mais certains d'entre eux, appartenant à la classe des opioïdes ou opiacés (tramadol, ratio-Morphine, etc.), sont étroitement surveillés depuis 2012.

Les médicaments antalgiques de palier I² (non opiacés), parmi lesquels les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), sont pour la plupart en vente libre, sans prescription médicale – type paracétamol, acide acétylsalicylique, buprène, etc. Les AINS, néanmoins, ne sont pas sans effets délétères sur la santé, notamment quand ils sont consommés régulièrement par les sportifs (11, 12). Les autres médicaments antalgiques (opioïdes) de niveau II, codéinés

ou tramadol, et antalgiques opiacés de niveau III (morphine, oxycodone, buprénorphine) sont contrôlés médicalement et font l'objet d'une administration et d'une diffusion réglementées à cause des problèmes de santé qu'ils risquent d'engendrer. Ils sont généralement prescrits dans le cas de douleurs aiguës ou cancéreuses ou dans le cadre du traitement de l'addiction aux opiacés. En France, les études se focalisent surtout sur les usages de produits dopants (stéroïdes anabolisants, hormones de croissance, etc.) par les adolescents sportifs (13, 14) et laissent dans l'ombre leurs consommations d'antalgiques.

Qu'en sait-on aujourd'hui ? Existe-t-il un rapport avec les pratiques de dopage ? Notre étude se propose d'apporter un premier éclairage sur ces consommations d'antalgiques au sein d'une population de jeunes engagés dans une pratique intensive de sport ou situés aux portes du haut niveau. Le but est de mieux cerner le rôle et l'influence de l'entourage (parents, entraîneurs, médecins) dans la consommation de ces médicaments.

MÉTHODOLOGIE

Les sites

L'enquête portait sur la genèse et le développement des consommations d'antalgiques au sein d'une population composée exclusivement de jeunes sportifs, âgés de 11 à 18 ans, que l'activité sportive, à la suite d'un traumatisme, amène à venir consulter des médecins du sport ou à venir au moins une fois par an effectuer un bilan sanitaire complet dans un service de médecine du sport. Cette enquête a été réalisée au sein de 2 services hospitaliers de médecine du sport : celui du **CHU de Lyon** et celui du **CHU de Saint-Étienne** auxquels sont rattachées 2 antennes médicales de prévention du dopage. Le fait d'interroger 2 sites comparables dans leurs missions et leurs statuts, mais historiquement et géographiquement différents, a permis d'assurer une représentativité des résultats. La part de la population étudiée de la file active des 2 services de médecine du sport était relativement faible dans la mesure où 3 critères d'inclusion étaient retenus : **être âgé de 11 à 18 ans**, participer à des **compétitions sportives**, effectuer une **consultation** ou participer à un **bilan médical** lié à sa pratique sportive (dans le cadre d'une surveillance médicale réglementaire définie par le code du Sport L. 231-6).

¹ Cette étude a bénéficié de la bourse de recherche en sciences sociales de l'Agence mondiale antidopage (AMA).

² Nous nous sommes appuyés ici, pour argumentation, sur la classification des antalgiques en 3 niveaux, ou paliers, établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle date de 1986. Elle a fourni aux praticiens une échelle pour traiter progressivement les douleurs cancéreuses.

* Maître de conférences en sociologie, université de Lyon, université Jean-Monnet, Saint-Étienne, CNRS, Triangle UMR 5206, Saint-Étienne.

** Docteur en sociologie, université de Lyon, centre Max-Weber, UMR 5283.

*** Docteur en sociologie, université Jean-Monnet, Saint-Étienne, centre Max-Weber, UMR 5283.



Le questionnaire

Ce questionnaire anonymisé a fait l'objet d'une passation "en côte à côte" auprès de **192 jeunes sportifs**. À chaque début de passation du questionnaire, a été distribuée au responsable légal de l'adolescent une notice d'information relative à l'étude, présentant ses objectifs et ses obligations conformément aux recommandations de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). À cette notice était jointe une lettre de consentement de participation devant être signée par les parents accompagnant leurs enfants et leur garantissant l'anonymat, le droit de retrait et le respect du secret médical. Les dossiers médicaux des jeunes sportifs interrogés n'ont pas été consultés. Le temps de passation du questionnaire était de 15 minutes environ. Le traitement des données récoltées a été produit à l'aide du logiciel *Modalisa*[®].

La population étudiée

Les données recueillies sur les sites étudiés permettent d'observer une population bien dispersée selon les âges et les sexes. La population étudiée est majoritairement masculine (60,7%). La pyramide des âges par sexe est plutôt équilibrée : les populations féminines et masculines sont assez comparables en termes d'âge. Les garçons sont toutefois 2 fois plus nombreux que les filles entre 13 et 15 ans et 1,5 fois plus nombreux pour les 15-17 ans. Concernant le niveau d'étude, la population se répartit comme suit : 48,4% de la population sont au collège, 50% au lycée et 1,6% dans l'enseignement supérieur. Concernant le sport pratiqué, la population se répartit de façon équilibrée entre un sport collectif (48,6%) et individuel (51,4%). On constate une proportion plus importante de garçons engagés dans la pratique de sports collectifs (34,6%) et de filles dans celle de sports individuels (22,9%). Une grande majorité des répondants (62,9%) a intégré des sections "sport-étude" et fait partie de filières d'élite sportive (Centre de ressources, d'expertise et de performance sportives, ou CREPS [3], Pôle Espoir, Pôle France, Institut national du sport, de l'expertise et de la performance, ou Insep [4]).

Vingt-cinq sports sont représentés, en particulier la gymnastique (23,3%), le football (17,2%), le basket-ball (10%), l'athlétisme (7,8%), le rugby (7,2%), le handball (6,1%), le volley-ball (5,6%) et le judo (4,4%). La quasi-totalité des répondants pratique le sport **dans un club** (95,8%), et 20,9% des jeunes sportifs ont déjà été en contrat avec un club (rémunérés sous forme de primes, parfois de salaires). Le processus de sélection précoce des jeunes sportifs les conduit à quitter le domicile parental pour mener à bien leur carrière. Ainsi, une part non négligeable d'adolescents (lycéens, surtout) est en internat (25,7%). Le niveau de pratique se distribue de manière équilibrée entre les niveaux départementaux et

régionaux (respectivement 24,7% et 24,1% de la population). **Presque la moitié** des "enquêtés" sont inscrits dans un club à **un niveau national** (43,7% des enquêtés). Le niveau international reste, quant à lui, légèrement sous-représenté (7,5%).

PRATIQUE INTENSIVE

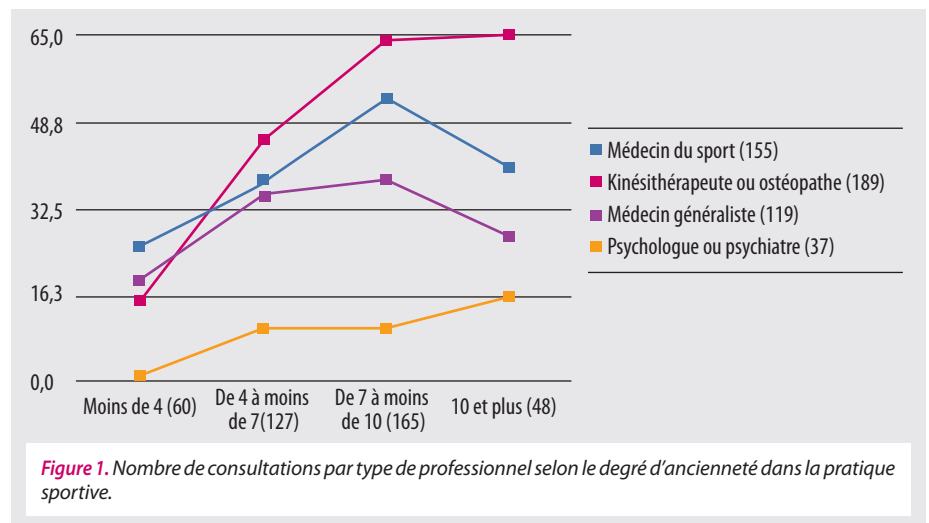
La pratique intensive du sport expose les jeunes sportifs à des risques qui sont aujourd'hui bien identifiés par la traumatologie sportive et par la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (15, 16). La pratique intensive du sport chez les jeunes est souvent mesurée par le nombre d'heures d'entraînement par semaine (on évoque **un temps supérieur à 8 h par semaine**). Il constitue un indicateur de premier ordre pour saisir l'intensité de la pratique sportive. Cependant, il ne permet pas de mesurer le temps effectif que les athlètes consacrent réellement à cette activité. Pour avoir une vision plus fine de leur pratique physique, il convient de compléter les informations recueillies par le nombre d'heures d'entraînement par semaine à l'aide d'autres indicateurs tels que le nombre de compétitions effectuées au cours d'un mois, la pratique de la musculation et d'une activité sportive complémentaire. Cette pratique supplétive du sport peut avoir des fins thérapeutiques (la natation, par exemple) et être destinée à apaiser des douleurs liées au sport principal de l'athlète. **En moyenne**, les jeunes sportifs interrogés s'entraînent, toutes pratiques confondues, **11 heures par semaine** mais de grandes disparités sont observables (écart-type = 8,4).

RÉSULTATS

Perception de la douleur et prise en charge médicale

La pratique intensive du sport est ici bien caractérisée. Comme telle, elle s'accompagne

de blessures et de douleurs ressenties parfois de manière chronique. Les jeunes athlètes citent avoir "régulièrement" des douleurs symptomatiques de leur pratique telles que des courbatures (49,7%), des douleurs musculaires (39,7%) ou des douleurs articulaires (29,1%). À ces douleurs s'ajoutent celles liées à une fracture (5,6%), une luxation (8,4%) ou des maux de tête (2,2%). Les discours tenus par les jeunes à leurs propos dénotent une forme de "désensibilisation" à la douleur (9). En effet, quand il s'agit de qualifier ces douleurs, les jeunes sportifs les considèrent très souvent comme "normales" (72,3%), et ce de manière équivalente, quel que soit leur sexe. Seule une infime minorité déclare ne pas avoir de douleurs liées à la pratique sportive et, de manière inversement proportionnelle, 6,7% des adolescents affirment en ressentir "toujours". Parmi celles qui sont jugées "tout à fait normales", 90,6% sont des courbatures, 75,7% des douleurs musculaires. Concernant les douleurs articulaires, les jeunes sportifs sont plus nuancés selon la fréquence de leur survenue : elles sont considérées comme "normales" par 62,2% des répondants. Quant aux fractures ou luxations, elles sont aussi pensées comme *telles* (54,7%), et faisant partie des "risques du métier". "Vivre avec et en dépit de" la douleur (17) fait partie de la carrière des jeunes sportifs. Plus ils progressent et plus va s'organiser autour d'eux une prise en charge médicale destinée à anticiper, surveiller et soulager leurs douleurs : 44,6% des jeunes athlètes sont principalement suivis par un médecin du sport, et 23,7% par un médecin généraliste. Par ailleurs, – et c'est un point important –, 26% des jeunes sportifs déclarent être principalement suivis, soit par un kinésithérapeute (18,1%), soit par un ostéopathe (7,9%). L'entrée en scène de ce type de praticiens signale bien la montée en puissance de différents groupes professionnels autour de la prise en charge de la douleur sportive (**figure 1**). Si les médecins du sport sont consultés et mobilisés tout au long de la carrière du jeune



Mis au point
Mis au point

sportif, au fil des ans **les kinésithérapeutes tendent à les supplanter**. Ainsi, 46,9% des “enquêtés” dont le suivi médical est principalement assuré par un kinésithérapeute ou un ostéopathe ont plus de 10 années de pratique. De même, 26,6% des sportifs disent alors qu’ils sont principalement suivis par un **médecin du sport**, le **médecin généraliste** disparaissant donc de leur radar (7,1%).

CONSOMMATION D’ANTALGIQUES

Après avoir présenté le profil de la population étudiée et observé une tendance à la normalisation de la douleur, nous avons tenté de cerner les consommations de médicaments antalgiques. Alors qu’une majorité des jeunes sportifs dit ne jamais consommer de médicaments pour lutter contre les douleurs (54,7%), force est de constater que pas moins de 10,9% des jeunes sportifs déclarent en prendre “*tout le temps*”.

Pour être plus précis, nous leur avons demandé s’ils en avaient consommé au cours du mois dernier pour soulager leurs douleurs : 11,9% des

répondants en avaient pris 2 fois par semaine et 9,6%, 3 fois, contre 47,9% (*jamais*). À ce niveau, les filles comme les garçons ont autant recours à la prise de ces médicaments, majoritairement des antalgiques de **niveau I, parmi lesquels des AINS** (*acide niflumique, diclofénac sodique, paracétamol, prednisolone, diclofénac épolamine, flurbiprofène*, etc.). Ils représentent 74,1% des médicaments cités par les adolescents. Suivent les compléments alimentaires, les vitamines, les médicaments homéopathiques (*zincum oxydatum-arnica montana-sarcocollatum acidum*, etc.), qui représentent 19% des produits consommés. Bien qu’elle soit très marginale, on note la consommation d’antalgiques de niveau II (*codéine-paracétamol*) [1,7%] ainsi que 1,7% d’antalgiques de niveau III, comme la morphine, et 2,6% d’adjuvants (*lidocaïne chlorhydrate-magnésium sulfate, méthocarbamol*, etc.). Au cours du questionnaire, nous avons demandé aux sportifs quel était le nom du médicament utilisé. En fonction des réponses et après vérification de leur classification thérapeutique, nous avons pu ainsi recoder la prise de médicaments (notamment pour les adjuvants) [tableau].

Elle n’est pas spécifique à une période dans la saison sportive, mais a lieu le plus souvent après

les entraînements ou les compétitions, lorsque la douleur est perçue comme la plus forte. Les consommateurs de médicaments antalgiques n’y ont recours que rarement dans une visée préventive ou prophylactique (12) bien que l’on note une légère hausse parmi ceux qui recourent aux AINS : 12,4% les utilisent avant les compétitions et 11,3% déclarent les consommer indistinctement avant ou après les entraînements et les compétitions. La majeure partie des consommateurs de médicaments déclare les prendre après les entraînements (36,4%) ou après les compétitions (33,6%).

PRESCRIPTEURS

Les médicaments utilisés par les jeunes sportifs sont très majoritairement conseillés (**figure 2**) **par les parents** (dans 47,8% des cas). Toutefois ils peuvent être conseillés par les entraîneurs (dans 17,6% des cas) ou par un médecin (30,1%), qu’il soit médecin du sport (17,6% des cas) ou généraliste (12,5%), voire par un pharmacien (3,7%). À la question sur les conseils d’utilisation des médicaments, la réponse concernant le “*groupe des pairs*” (amis du club) n’a jamais été sélectionnée par les jeunes sportifs, certainement soucieux, dans le cadre d’une passation à l’hôpital, de faire valoir les sources officielles de conseils. Celles qui sont privilégiées par les jeunes sportifs évoluent selon l’âge des athlètes : au collège, les parents sont les principaux promoteurs de l’utilisation du médicament contre les douleurs sportives. Plus tard, chez les lycéens, les entraîneurs et les médecins deviennent une nouvelle ressource dans la prescription d’antalgiques. **La sphère médicale tend à se substituer à la sphère parentale au fil de l’avancée en âge des jeunes athlètes**. Ce processus témoigne d’un passage d’un traitement profane et familial de la douleur (“*pharmacologisation*”) à un traitement thérapeutique de la douleur (*médicalisation*) qui s’amorce lorsque celle-ci persiste. Pour autant, ces chiffres doivent être pris avec prudence car ils risquent de jeter un peu trop vite l’opprobre sur les parents et l’automédication. En effet, que constate-t-on à propos des parents ? Ceux-ci connaissent bien le sport (10,1% exercent une profession liée au sport : professeur d’éducation physique et sportive, entraîneurs, etc.) et nombre d’entre eux (38%) exercent une profession dans le monde médical (infirmières, kinésithérapeutes, secrétaire médicale, etc.). Si l’on cumule ces 2 catégories, au moins 1 des parents de 48,1% des jeunes appartient au milieu médical et/ou sportif : ce ne sont donc pas n’importe quels parents ! Par ailleurs, ces derniers – cette fois-ci toutes professions confondues – s’impliquent dans la pratique sportive de leur enfant : 97,2% d’entre eux assistent à leurs compétitions et 58,1% à l’entraînement. On note aussi leur ingérence dans les programmes d’entraînement dans 52,1% des cas.

Tableau. Répartition par type des médicaments utilisés par les jeunes sportifs pour lutter contre les douleurs sportives.

	Effectifs	%
Compléments (vitamines, compléments alimentaires et homéopathie)	22	19,0
Niveau I (antalgiques dont AINS)	86	74,1
Niveau II	2	1,7
Niveau III	2	1,7
Traitements antalgiques adjuvants	3	2,6
Antibiotique (amoxicilline)	1	0,9
Total/réponses	116	100

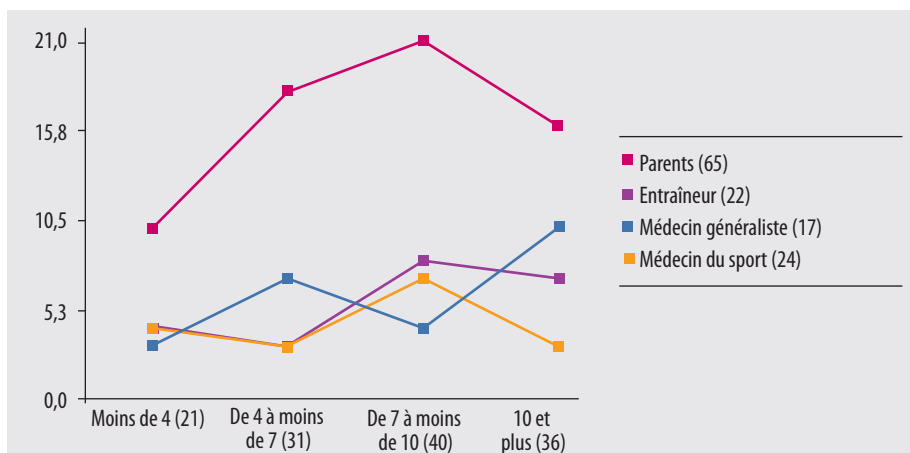


Figure 2. Origine des conseils en matière de médicaments selon le degré d’ancienneté dans la pratique sportive.



DISCUSSION

Les plus jeunes (moins de 13 ans) déclarent plus fréquemment consommer des antalgiques que les athlètes plus âgés (de 15 à 17 ans). On peut faire l'hypothèse que cette consommation baisse en fonction de la mutation de la prise en charge médicale, plus orientée vers la manipulation du corps (ostéopathes, kinésithérapeutes³) [tableau] et qui pourrait être interprétée comme une alternative à la prise de médicaments. Toutefois, cette hypothèse doit être nuancée car la montée en âge est aussi souvent liée à l'ancienneté et à l'apprentissage d'une règle tacite dans le monde du sport : la discrétion concernant l'utilisation de médicaments, généralement associée au dopage. En outre, on observe que la consommation de médicaments antalgiques de niveau I, de compléments alimentaires et d'homéopathie est plus fréquente chez les plus jeunes (au collège). Cette baisse sensible de la consommation des AINS à l'adolescence (au lycée) est donc à mettre en question dans un contexte où les charges d'entraînement, l'intensification de l'effort et le processus de sélection, généralement, débutent (sport-étude) et dans la mesure où l'on sait, par ailleurs, qu'il existe une forte consommation d'antalgiques parmi lesquels les AINS chez les sportifs de haut niveau adultes.

Un des objectifs de notre étude était de décrire des consommations dont plusieurs études et médias font état au sein des groupes sportifs professionnels. La consommation des médicaments antalgiques, mais aussi des crèmes et gels anti-inflammatoires non stéroïdiens et, à bien moindre degré, des médicaments antalgiques de niveaux II et III, sans oublier les associations de ces médicaments avec d'autres adjuvants ou traitements d'appoints thérapeutiques, constituent une part non négligeable de la pharmacopée des adolescents qui pratiquent de manière intensive un sport. Parmi les adolescents soucieux d'obtenir des résultats et confrontés à des douleurs dont ils peinent à se débarrasser, la réutilisation au-delà de la prescription et hors prescription de ces médicaments antalgiques de niveaux I, II et III est à surveiller. Ils sont situés à la marge des consommations jugées interdites et peu étudiées de manière autonome. Aussi, les inclure dans les études épidémiologiques et dans les questionnaires administrés dans les différents services de médecine du sport donnerait une idée plus large des "régimes dopants" des jeunes sportifs. Enfin, bien qu'ils soient très peu contrôlés (seuls 6,3% ont fait

³ Notons que nous n'avons pas inclus la profession de kinésithérapeute dans les catégories susceptibles de conseiller la prise de médicaments.

l'objet d'un contrôle antidopage, essentiellement des sujets qui pratiquent leur sport depuis plus de 10 ans), les adolescents construisent une frontière entre les médicaments pris à des fins thérapeutiques (pour soigner une douleur) et ceux qui pourraient renvoyer au dopage ("interdits" parce qu'ils améliorent la performance). Les adolescents sont particulièrement vigilants quant à l'usage de ces médicaments eu égard au dopage (49,2% d'entre eux vérifient avec leurs parents si les médicaments pris contre les douleurs sont sur la liste des produits interdits). Mais ils le sont peut-être moins quant aux effets nocifs qu'une consommation régulière ou de longue durée d'antalgiques risque d'occasionner pour leur santé.

Remerciements. Nous remercions ici le Dr Roger Oullion, à l'initiative de ce projet de recherche, ainsi que les Drs Pascal Edouard et Sandra Winter (respectivement responsables des AMPD de Saint-Étienne et de Lyon), qui ont contribué avec leur équipe à la bonne marche scientifique de cette enquête au sein de leur service.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Références bibliographiques

1. Dowling K, Storr CL, Chilcoat HD. Potential influences on initiation and persistence of extramedical prescription pain reliever use in the US population. *Clin J Pain* 2006;22(9):776-83.
2. Bonar EE, Ilgen MA, Walton M, Bohnert ASB. Associations among Pain, Non-Medical Prescription Opioid Use, and Drug Overdose History. *Am J Addictions* 2014;23:41-7.
3. Frank D, Mateu-Gelabert P, Guarino H et al. High risk and little knowledge: overdose experiences and knowledge among young adult nonmedical prescription opioid users. *Int J Drug Policy* 2015;26(1):84-91.
4. National Institute on Drug Abuse. Problem Behaviors Can Signal Risk in Prescribing Opioids to Teens. NIDA Notes, 2013. <https://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2013/07/problem-behaviors-can-signal-risk-in-prescribing-opioids-to-teens>
5. Veliz B, Epstein-Ngo QM, Meier E, Ross-Durow PL, McCabe SE, Boyd CJ. Painfully obvious: a longitudinal examination of medical use and misuse of opioid medication among adolescent sports participants. *J Adolesc Health* 2014;54(3):333-40.
6. Warner DC, Schnepf G, Barret MS, Dian D, Swigonski NL. Prevalence, attitudes, and behaviors related to the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in student athletes. *J Adolesc Health* 2002;30:150-3.
7. Cottler LB, Ben Abdallah A, Cummins SM, Barr J, Banks R, Forchheimer R. Injury, pain, and prescription opioid use among former National Football League (NFL) players. *Drug Alcohol Depend* 2011;116(1-3):188-94.
8. King S, Prouse C, Jinnah N et al. When is a drug not a drug? Troubling silences and unsettling painkillers in the National Football League. *Sociology of Sport Journal* 2014;31(3):249-66.

9. Selanne H, Ryba TV, Siekkinen K et al. The prevalence of musculoskeletal pain and use of painkillers among adolescent male ice hockey players in Finland. *Health Psychol Behav Med* 2014;2(1):448-54.

10. Tscholl P, Feddermann N, Junge A, Dvorak J. The use and abuse of painkillers in international soccer: data from 6 FIFA tournaments for female and youth players. *Am J Sports Med* 2009;37(2):260-5.

11. Laure P. L'automédication du sportif. *Sciences et sports* 2011;26:236-41.

12. Gremion G, Saugy M. Oui à la chasse au dopage pour la santé des athlètes et du sport ! *Revue médicale suisse* 2013;9:1414-7.

13. Laure P. Le dopage: données épidémiologiques. *La Presse Médicale* 2000;29:1365-72.

14. Salla J, Mouren MC, Michel G. Les facteurs associés à la prise de produits dopants chez l'enfant et l'adolescent sportif: analyse critique de la littérature. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 2015;56(1):88-95.

15. Purper-Ouakil D, Michel G, Baup N et al. Aspects psychopathologiques de l'exercice physique intensif chez l'enfant et l'adolescent: mise au point à partir d'une situation clinique. *Annales médico-psychologiques* 2002;160:543-9.

16. Carrier C. Éthique de la sélection sportive précoce: apport de la somatopsychologie. *Empan* 2010;3(79):61-8.

17. Baszanger I. Douleurs, travail médical et expérience de la maladie. *Sciences sociales et santé* 1999;2:5-34.

Brèves

DISPENSATION DE BUPRÉNORPHINE EN OFFICINE

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) programme une expérimentation de dispensation encadrée et au jour le jour, en pharmacie, de buprénorphine d'ici la fin de l'année. Ce choix est guidé par les risques de détournement et de mésusage de cette molécule. Les syndicats de pharmaciens voient là une façon de reconnaître leur travail et de les rémunérer pour cette mission, point sur lequel la Mildeca a déjà émis un avis favorable. Pour le moment, aucun montant de rémunération pour ce travail n'a été avancé.

Source: *Le Moniteur des pharmacies*, 28 mai 2016.