



**HAL**  
open science

## La pratique problématique de l'activité physique

Laurence Kern, Gayatri Kotbagi, Lucia Romo

### ► To cite this version:

Laurence Kern, Gayatri Kotbagi, Lucia Romo. La pratique problématique de l'activité physique. *Pratiques en Nutrition : santé et alimentation*, 2017, 13, pp.24 - 26. <10.1016/j.pranut.2017.09.006>. <hal-03487509>

**HAL Id: hal-03487509**

**<https://hal.science/hal-03487509v1>**

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

## Dochead dossier

### Sous-dochead Conduites addictives

#### La pratique problématique de l'activité physique

##### Auteurs

**Laurence Kern**<sup>a,\*,b</sup>

Enseignante chercheure

**Gayatri Kotbagi**<sup>c</sup>

Post doctorante

**Lucia Romo**<sup>a,d</sup>

Professeur des universités

<sup>a</sup> EA 4430 Clinique psychanalyse développement (CLIPSYD), Université Paris Nanterre, 200 avenue de la République, 92001 Nanterre cedex, France

<sup>b</sup> EA 2931, Centre de recherches sur le sport et le mouvement (CESRM), Université Paris Nanterre, 200 avenue de la République, 92001 Nanterre cedex, France

<sup>c</sup> EA 3742, SENS, Université Grenoble Alpes, Université Joseph-Fourier, UFR APS, Laboratoire SENS, BP 53, 38041 Grenoble cedex 9, France

<sup>d</sup> Inserm U894, Centre de psychiatrie et neurosciences (CPN), Université Paris-Descartes, PRES Sorbonne Paris Cité, 102 rue de la Santé, 75014 Paris, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [laurence.kern@gmail.com](mailto:laurence.kern@gmail.com) (L. Kern).

##### Résumé

L'activité physique est ordinairement envisagée comme un des éléments clés d'une bonne santé et d'une bonne qualité de vie. Cependant, cette pratique, lorsqu'elle est excessive, peut avoir des conséquences négatives, tant au niveau physique, psychologique que social. L'individu et son entourage sont donc susceptibles, comme dans toute dépendance avec ou sans substance, d'en souffrir. Peu de personnes en parlent et se prennent en charge. Pourtant, des solutions existent.

© 2017

**Mots clés** - activité physique ; dépendance ; pratique problématique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'activité physique (AP) comme « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie* » [1]. Ainsi, l'AP est un champ qui regroupe les activités physiques liées aux modes de déplacement, de loisir et de travail. Sports et exercices physiques sont donc des catégories d'AP, mais ne se confondent pas avec. L'exercice physique est une activité « *plus délibérée, structurée, répétitive, et qui vise à améliorer ou à entretenir un ou plusieurs aspects de la condition physique* » [1]. Le sport a une composante institutionnelle, réglementaire et internationale. La pratique régulière d'AP est le plus souvent appréhendée dans la perspective des bénéfices qui en découlent. Une AP régulière suffisante améliore la musculature et les performances cardiorespiratoires, la santé osseuse et les capacités fonctionnelles. Elle réduit le risque d'hypertension artérielle (HTA), de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral (AVC), de diabète, de cancers et de dépression. Par ailleurs, elle est fondamentale pour l'équilibre

énergétique et la maîtrise du poids [1]. Une pratique régulière d'intensité modérée ou élevée est vivement recommandée au vu des effets catastrophiques du manque d'AP ou de la sédentarité, l'un des dix principaux facteurs de risque au regard de la mortalité mondiale.

L'accent est ainsi largement mis sur la nécessité de bouger, mais cette perspective tend à ignorer les potentiels aspects négatifs de la pratique de l'AP. Selon Pascale Franques et Marc Auriacombe [2], le dopage et la dépendance à l'AP sont des conséquences délétères possibles d'une pratique excessive, ces deux risques pouvant évoluer conjointement.

Nous nous intéresserons ici à la dépendance à l'AP, mais celle-ci n'étant pas reconnue dans les manuels diagnostiques de troubles mentaux, nous choisirons plutôt de parler de pratique problématique de l'AP (PPAP).

### **T1 Le PPAP, définition**

**TEG1** La PPAP se définit comme étant la pratique d'une AP pendant son temps libre qui peut être excessive, compulsive et incontrôlable. Elle est associée à une pulsion irrésistible de la continuer en dépit des blessures, de la maladie, de la fatigue ou d'autres obligations personnelles.

**TEG1** La PPAP représenterait une forme de dépendance comportementale, au même titre que le jeu, le sexe et la nourriture, selon Heather A. Hausenblas et Danielle S. Downs [3]. Elles émettent l'hypothèse que les caractéristiques présentes dans les autres addictions comportementales devraient l'être aussi dans la PPAP. Il devrait donc y avoir des points communs entre toutes ces addictions. Pour ces auteurs, la PPAP est ainsi constituée d'un ensemble de facteurs cognitifs, comportementaux et physiologiques. Elle serait un *pattern* de conduites dysfonctionnelles, associé à une détresse clinique significative, se manifestant par la présence d'au moins sept signes cliniques et ce, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois.

**TEG1** Les signes de la PPAP sont :

- la tolérance (nécessité d'augmenter la quantité d'AP pour atteindre les effets désirés) ;
- le sevrage se produisant pendant les périodes sans AP (effets psychologiques – inquiétude – et physique – fatigue – régressent paradoxalement avec la reprise de l'AP) ;
- l'intention (pratique dans de plus grandes quantités ou sur une période plus longue que prévue) ;
- le manque de contrôle (désir persistant ou efforts infructueux pour contrôler sa pratique) ;
- le temps passé (temps consacré par la personne à l'AP, dont le transport et l'achat de matériel) ;
- la réduction des autres activités (sociales, professionnelles) ;
- la continuité (AP poursuivie malgré un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent).

### **T1 Terminologies et outils de mesure**

**TEG1** La terminologie pour décrire ce phénomène est diverse, tout autant que les outils utilisés. Dans la littérature [3], les termes de *exercise dependence*, *obligatory running*, *morbid exercising*, *running addiction*, *excessive exercising*, *fitness fanaticism*, *compulsive athleticism*, *exercise addiction* ou *d'overcommitment to sport* sont retrouvés.

**TEG1** Les outils pour mesurer ce phénomène sont tout aussi nombreux. Cependant, les articles récents utilisent majoritairement l'*Exercise Dependence Scale-Revised* (EDS-R) [4] et l'*Exercise Dependence Questionnaire* (EDQ) [5], deux échelles validées en français [6,7]. La première échelle reprend les sept signes cliniques énoncés plus haut. La seconde est composée de huit dimensions dont trois sont similaires à l'EDS-R : sevrage, manque de contrôle et réduction des autres activités. L'EDQ mesure également le comportement stéréotypé, les récompenses positives et les motivations de la pratique (raisons sociales, liées à la santé et pour contrôler son poids ou ses formes). Ce dernier point est vraiment essentiel à la compréhension du comportement excessif lié à

l'AP et donc à sa prise en charge. Les instruments qui évaluent la PPAP ne servent pas d'outils de diagnostic [8]. En effet, les données obtenues à l'aide d'instruments validés doivent être suivies d'entretiens et/ou de preuves corroborantes pour élaborer et confirmer les conséquences négatives individuelles [8].

### **T1 Prévalence**

**TEG1 La prévalence des personnes ayant une PPAP est variable** selon les travaux. Pour Emilio Landolfi [9], les études épidémiologiques révèlent des taux de prévalence allant de 0,3 % [10] à 51,4 % [11]. En France, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) [12] a pu estimer à 4 % environ, dans la population sportive générale, la proportion de sujets susceptibles de "glisser" vers la PPAP. Enfin, Michel Lejoyeux *et al.* [13] évaluent à 42 % les personnes présentant une PPAP dans les salles de fitness parisiennes.

**TEG1 Ces résultats très disparates sont dus aux échelles utilisées**, au public recruté et aux méthodologies employées [14]. De plus, les questionnaires mesurent un dysfonctionnement possible en termes de présence et d'intensité des symptômes associés à la PPAP, mais ces échelles ne sont en aucun cas des outils de dépistage [14].

**TEG1 Selon Krisztina Berczik *et al.* [14], la prévalence en population générale aux États-Unis et en Angleterre serait de l'ordre de 3 %** et, comme le soulignent ces auteurs, même si la PPAP ne touchait que 1 % de la population, cela représenterait déjà un nombre important de personnes qui ont besoin d'aide.

### **T1 Les motivations à la pratique**

**TEG1 Deux types de dépendance à la pratique sportive** – la dépendance primaire et la dépendance secondaire – sont distingués par David Veale [15,16]. Pour le premier type de dépendance, l'AP est une fin en soi, les individus sont intrinsèquement motivés par cette pratique. Selon Christine F. Zmijewski et Matthew O. Howard [17], les personnes qui présentent des symptômes de dépendance primaire à l'AP sont celles qui pratiquent des heures durant, qui semblent toujours être "à la gym" et qui oublient, habituellement, des rendez-vous avec la famille, les amis et collègues de travail. Elles sont passionnées, infatigables et rien ne semble pouvoir les arrêter. Là où certains les voient juste très motivées, d'autres pensent qu'elles sont obsédées par l'AP qui est un élément central dans leur vie. La dépendance primaire à l'AP est rare [18]. La dépendance secondaire s'observe surtout à travers des troubles alimentaires ; les personnes sont extrinsèquement motivées par l'exercice physique dans l'espoir de contrôler leur poids ou leurs formes.

**TEG1 La différence entre ces deux conduites peut donc être établie en clarifiant l'objectif** du pratiquant [3]. C'est pour cette raison que D. Veale [15,16] insiste sur la nécessité de réaliser un diagnostic afin d'identifier le type de PPAP. Ce point semble fondamental, car il conditionne les modalités de prise en charge du patient. Ainsi, le facteur clé afin de reconnaître les personnes à risque de PPAP est bien l'identification des motivations à la pratique [19].

### **T1 Types d'AP et PPAP**

**TEG1 Les études sur la PPAP ont essentiellement porté sur certaines AP** (danse, musculation, haltérophilie, triathlon, marathon) ou avec un certain public (pratiquants des salles de fitness, étudiants, triathlètes, iron men, cyclistes...).

**TEG1 Notre expérience clinique et la littérature montrent que les activités centrées sur les formes et la masse corporelle, l'endurance**, telles que l'haltérophilie, la danse, le triathlon, le marathon ou le cyclisme sont identifiées comme étant plus à risque de développer une pratique problématique

de l'AP.

### **T1 Conséquences d'une PPAP**

**TEG1 Une personne présentant une PPAP se rend de façon récurrente chez les kinésithérapeutes,** et recourt à l'automédication. Elle est victime de blessures à répétition et de haut niveau de douleurs [20].

**TEG1 La description de cas cliniques est assez révélatrice des conséquences délétères** d'une pratique d'AP qui échappe au contrôle de l'individu [21]. Ces personnes peuvent avoir un risque accru de dopage. Elles peuvent rapporter une vie personnelle, sociale, professionnelle qui s'étiolo. La PPAP peut être perçue comme étant un moyen de diminuer les tensions, le stress et ainsi retrouver un certain équilibre.

### **T1 Comorbidités**

De nombreuses comorbidités sont présentes chez les personnes présentant une PPAP [14]. Plusieurs études ont montré que les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA) ont une pratique physique problématique [22] et, *vice versa*, les pratiquants ayant une PPAP ont souvent des préoccupations liées à leurs poids, l'image du corps et le contrôle de leur apport alimentaire [23].

Selon Eugene V. Aidman *et al.* [24], 15 à 20 % des sportifs ayant une PPAP sont dépendants à la nicotine et à l'alcool [25]. Les achats compulsifs et la dépendance au travail y sont également largement associés [26,27]. Elle peut aussi être présente chez des personnes dépendantes au sexe [28].

### **T1 Prise en charge**

**TEG1 Une personne ayant une PPAP consulte rarement pour diminuer sa pratique,** mais plutôt pour des problèmes de sommeil, de dépression et de fatigue à l'arrêt (forcé) de l'activité. Il est important de bien connaître son histoire sportive, ses motivations à la pratique, les comorbidités addictives et psychiatriques, les facteurs de risque (relations avec les autres, famille, amis, collègues...), ainsi que les facteurs de protection (résilience, bonheur, stratégies de régulation des émotions...). Il ne faut pas oublier d'explorer des possibles comportements de dopage.

**TEG1 La prise en charge correspond souvent à une approche motivationnelle** pour accompagner la personne dans la réduction de sa pratique. L'information sur les conséquences d'une PPAP, tant au niveau physique que psychologique et/ou social, est nécessaire [14].

**TEG1 L'exercice excessif ne peut pas être une réponse permanente aux états négatifs de frustration** ou représenter une punition [29]. En cas de blessures ou d'arrêt obligatoire, des AP alternatives peuvent être suggérées. Elles permettent de solliciter d'autres groupes musculaires, tendineux, articulations, ce qui contribue à diminuer les risques de PPAP [30] et de réguler les affects, mais sans les conséquences négatives. Un travail sur la flexibilité cognitive et l'estime de soi est souvent nécessaire. K. Berczik [14] évoque également l'apprentissage de l'auto-contrôle et de la modération.

**TEG1 Les programmes de prise en charge comprennent en général l'auto-évaluation de l'AP,** avec des biais qui sont possibles (sous-estimation de la pratique, biais de mémoire...). Un travail cognitif sur les sentiments liés à l'AP devra être amorcé et approfondi. De plus, une prise en charge, entre autres par des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et émotionnelles (travail sur l'irritabilité, la culpabilité et les croyances associées) est envisageable si l'exercice n'est pas possible [31].

## **T1 Conclusion**

La pratique d'une AP est vraiment une question d'équilibre. Seuls ceux qui s'y adonnent de façon régulière, modérée et qui la maîtrisent en retireront des bénéfices pour leur santé. Si l'AP est pratiquée de façon excessive et échappe au contrôle de la personne, elle peut entraîner des conséquences négatives.

Un dépistage et une prise en charge sont donc nécessaires, mais cela implique également une sensibilisation auprès des médecins, entraîneurs et professeurs d'éducation physique.

### *Déclaration de liens d'intérêts*

*L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*

## **Références**

- [1] Organisation mondiale de la santé (OMS). Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève: OMS; 2010.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf)
- [2] Franques P, Auriacombe M, Tignol J. Sport, dopage et addictions. Délimitations conceptuelles et approche épidémiologique à partir des données de la littérature. *Ann Med Interne*. 2001;152(7):2S37-49.
- [3] Hausenblas HA, Symons Downs D. Exercise dependence: a systematic review. *Psychol Sport Exerc*. 2002;3(2):89-123.
- [4] Hausenblas HA, Symons Downs D. How much is too much? the development and validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology & Health*. 2002;17(4):387-404.
- [5] Ogden J, Veale D, Summers Z. the development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire. *Addiction Research*. 1997;5(4):343-56.
- [6] Kern L. Validation de l'adaptation française de l'échelle de dépendance à l'exercice physique : l'EDS-R. *Pratiques psychologiques*. 2007;13(4):425-41.
- [7] Kern L, Baudin N. Validation française du questionnaire de dépendance de l'exercice physique (Exercise Dependence Questionnaire]. *Rev Eur Psychol Appl*. 2011;61(4):205-11.
- [8] Szabó A, Griffiths MD, de La Vega Marcos R et al. Methodological and Conceptual Limitations in Exercise Addiction Research. *Yale J Biol Med*. 2015;88(3):303-8.
- [9] Landolfi E. Exercise addiction. *Sports Med*. 2013;43(2):111-9.
- [10] Mónok K, Berczik K, Urbán R et al. Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: a population wide study. *Psychol Sport Exerc*. 2012;13(6):739-46.
- [11] De Moor MH, Beem AL, Stubbe JH et al. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population based study. *Prev Med*. 2006;42(4):273-9.
- [12] Inserm. *Activité physique : contextes et effets sur la santé. Synthèse et recommandations*. Paris: Inserm; 2008.
- [13] Lejoyeux M, Avril M, Richoux C et al. Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room. *Compr Psychiatry*. 2008;49(4):353-8.
- [14] Berczik K, Szabó A, Griffiths MD et al. Exercise addiction: symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Subst Use Misuse*. 2012;47(4):403-17.
- [15] Veale D. Exercise dependence. *B J Addict*. 1987;82(7):735-40.
- [16] Veale D. Does primary exercise dependence really exist? In: Annett J, Cripps B, Steinberg H. *Exercise addiction: motivation for performance in sport and exercise*. London: British Psychological Society; 1995.
- [17] Zmijewski CF, Howard MO. Exercise dependence and attitudes toward eating among young adults. *Eat Behav*. 2003;4(2):181-95.

- [18] Bamber D, Cockerill I, Carroll D. The pathological status of exercise dependence. *Br J Sports Med.* 2000;34(2):125-32.
- [19] Freimuth M, Moniz S, Kim SR. Clarifying exercise addiction: differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(10):4069-81.
- [20] Lichtenstein MB, Christiansen E, Elklit A et al. Exercise addiction: a study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. *Psychiatry Res.* 2014;215(2):410-6.
- [21] Kotbagi G, Muller I, Romo L et al. Pratique problématique d'exercice physique : un cas clinique. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2014 ;172(10) :883-7.
- [22] Rizk M. Implications of hyperactivity in anorexia nervosa: from redefinition to clinical research. *Cognitive Sciences.* [Thèse de doctorat en sciences cognitives]. Paris: Université Paris Descartes; 2015.
- [23] Blaydon MJ, Lindner KJ. Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eat Disord.* 2002;10(1):49-60.
- [24] Aidman EV, Woollard S. The influence of self-reported exercise addiction on acute emotional and physiological responses to brief exercise deprivation. *Psychol Sport Exerc.* 2003;4(3):225-36.
- [25] Martin JL, Martens MP, Serrao HF et al. Alcohol use and exercise dependence: co-occurring behaviors among college students? *Journal of Clinical Sport Psychology.* 2008;2(4):381-92.
- [26] MacLaren VV, Best LA. Multiple addictive behaviors in young adults: student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addict Behav.* 2010;35(3):252-5.
- [27] Haylett SA, Stephenson GM, Lefever RM. Covariation in addictive behaviours: a study of addictive orientations using the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addict Behav.* 2004;29(1):61-71.
- [28] Carnes PJ, Murray RE, Charpentier L. Bargains with chaos: sex addicts and addiction interaction disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity.* 2005;12(2-3):79-120.
- [29] Beumont PJ, Arthur B, Russell JD et al. Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposals for a supervised exercise program. *Int J Eat Disord.* 1994;15(1):21-36.
- [30] Draeger J, Yates A, Crowell D. The obligatory exerciser: assessing an overcommitment to exercise. *Phys Sportsmed.* 2005;33(6):13-23.
- [31] Boyd C, Abraham S, Luscombe G. Exercise behaviours and feelings in eating disorder and non-eating disorder groups. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15(2):112-8.