



HAL
open science

Activité physique, quand trop c'est trop : état des connaissances sur l'activité physique problématique

Laurence Kern, Mathieu Carrer, Elise Marsollier, Claire Gully-Lhonoré,
Marjorie Bernier

► To cite this version:

Laurence Kern, Mathieu Carrer, Elise Marsollier, Claire Gully-Lhonoré, Marjorie Bernier. Activité physique, quand trop c'est trop : état des connaissances sur l'activité physique problématique. La Presse Médicale Formation, 2020, 1, pp.511 - 514. 10.1016/j.lpmfor.2020.10.018 . hal-03492732

HAL Id: hal-03492732

<https://hal.science/hal-03492732v1>

Submitted on 15 Dec 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 Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Mise au point

Activité physique, quand trop c'est trop : état des connaissances sur l'activité physique problématique

Physical activity, enough is enough: State of knowledge on problematic physical activity

Laurence Kern^{1,2}, Mathieu Carrer³, Elise Marsollier⁴, Claire Gully-Lhonoré⁵,
& Marjorie Bernier⁶

¹ Laboratoire EA 29 31 Laboratoire Interdisciplinaire en Neurosciences, Physiologie et Psychologie : Apprentissages, Activité Physique et Santé , LINP2-2APS. Université Paris Nanterre, 92014 Nanterre France

² Laboratoire EA 4430 Psychologie Clinique, Psychanalyse et Psychologie du Développement, CLIPSYD. Université Paris Nanterre, 92014 Nanterre France

³ Faculté des Sciences du Sport et de l'Éducation, Université de Bretagne Occidentale, 29200 Brest

⁴ Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, Institut des Sciences du Sport de l'Université de Lausanne , 1000

⁵ Service de Médecine du Sport, CHU Pontchaillou, 35033 Rennes, France

⁶ Université de Brest, CREAD, EA 3875, F-29200 Brest, France

10 947 signes espaces compris

Auteur en charge de la correspondance :

Claire Gully-Lhonoré

Service de Médecine du Sport, CHU Pontchaillou

2 rue Henri Le Guilloux

35033 Rennes Cedex 09

email : clairegullylhonore@gmail.com

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Points essentiels :

- Si les bienfaits de l'Activité Physique ne sont plus à démontrer, elle peut également entraîner des effets délétères sur la santé quand elle est pratiquée sans respecter les règles de bonnes pratiques
- L'AP Problématique peut avoir des conséquences physiques, physiologiques, psychologiques et sociales
- Les facteurs de risques liés à l'APP ne font pas consensus dans la littérature, des AP ont cependant été plus étudiées que d'autres (danse, haltérophilie, triathlon...), il est nécessaire de poursuivre les études sur ce sujet
- L'APP permet souvent de réguler ou d'éviter les affects négatifs, permettant de trouver un équilibre émotionnel.
- L'APP peut être liée à d'autres troubles (troubles du comportement alimentaire, achats compulsifs, abus d'alcool)
- Il est important de sensibiliser les acteurs évoluant dans le milieu de l'AP à cette pratique problématique pour prévenir, dépister, et prendre en charge rapidement les personnes concernées.

Key Points

- While the benefits of Physical Activity have been extensively demonstrated, it can also have deleterious effects on health when it is practiced without respecting the rules of good practice
- The Problematic PA can have physical, physiological, psychological and social consequences
- There is no consensus on the risk factors associated with PPA in the literature; however, some sports have been more studied than others (dance, weightlifting, triathlon, etc.). Further research is needed.
- PPA often helps to regulate or avoid negative affects, favoring emotional balance.
- PPA may be linked to other disorders (eating disorders, compulsive shopping, alcohol abuse)
- It is important to inform actors working in PA in order to prevent, detect, and quickly handle people concerned by PPA.

introduction

Nous observons depuis quelques années un engouement pour les courses extrêmes (d'une centaine de participants à des ultramarathons dans les années 1970 à 45 000 en 2012 [1]). En parallèle, nous observons également depuis quelques années un fort engouement pour les activités physiques à effort long et/ou intense comme le footing ou le CrossFit. Une grande partie de ces sportifs sont autodidactes se référant à des sites Internet ou des applications, sans garantie de sérieux. Ainsi, en dépit du nombre des études antérieures convaincantes sur les bienfaits de l'activité physique (AP), des chercheurs se sont récemment inquiétés du fait que des niveaux d'AP intenses pourraient aussi avoir des effets délétères sur la santé [2]. En effet, l'AP excessive peut entraîner un vieillissement accéléré du cœur, une calcification des artères coronariennes, un dysfonctionnement fonctionnel cardiaque, une fibrose cardiaque, des risques de blessures, des syndromes de surentraînement, un burn-out, des troubles du comportement alimentaire (TCA), des douleurs, un dysfonctionnement du système immunitaire, une fatigue chronique, des conduites suicidaires, la présence de dopage ou de pratique problématique (d'autres termes sont utilisés pour décrire ce phénomène comme exercice excessif, compulsion, dépendance, addiction).

1 DÉFINITION ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

La définition de Hausenblas et Downs [3] qui se réfère au DSM-IV (troubles aux substances) fait un consensus dans la littérature à l'heure actuelle, même si ce choix d'ancrage clinique est largement critiqué [4]. L'Activité Physique Problématique (APP) est définie comme étant la participation à une AP entraînant un comportement compulsif, excessif et incontrôlable envers cette AP. Selon Hausenblas et Downs [3], l'APP se manifeste à travers des symptômes physiologiques (surentraînement, blessures à répétition, syndrome de sevrage) et psychologiques (affects négatifs si incapacité à pratiquer). Ainsi, l'AP est pratiquée de façon extrême dans la fréquence et dans la durée, elle est associée à une impulsion irrésistible

de continuer l'AP en dépit des blessures, de la maladie, de la fatigue, ou d'autres obligations personnelles. L'APP est caractérisée par un pattern de conduites dysfonctionnelles, associé à une détresse clinique significative, se manifestant par la présence de trois (ou plus) manifestations (Encadré 1), à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois [3] :

- Tolérance, c'est-à-dire le degré auquel la personne ressent la nécessité d'augmenter la quantité d'AP pour atteindre les effets désirés. [SEP]
- Syndrome de sevrage, c'est-à-dire les effets psychologiques que la personne peut ressentir si elle arrête la pratique de l'AP. [SEP]
- Intention, c'est-à-dire le fait de pratiquer une AP de plus grande intensité ou sur une période plus longue que celle prévue initialement par la personne. [SEP]
- Perte de contrôle, correspondant à un désir persistant ou à des efforts infructueux pour mettre fin à la pratique de l'AP. [SEP]
- Temps important passé par la personne pour l'AP elle-même ou des activités liées telles que la récupération, le transport, l'achat de nouveau matériel, etc. [SEP]
- Réduction d'autres activités comme les activités sociales, professionnelles ou de loisirs afin de s'adonner à l'AP. [SEP]
- Continuité : la personne va continuer à pratiquer une AP malgré un problème

Encadré 1 : Signes cliniques diagnostiques [3]

2 IMPORTANCE DU CONTEXTE D'APP

Il semble important de bien cerner les contextes d'apparition de l'APP et la motivation à la pratique d'AP. Traditionnellement les chercheurs parlent de dépendance primaire à l'AP (quand l'AP est pratiquée pour elle-même et le plaisir qu'elle peut générer) et de dépendance secondaire (quand l'AP est réalisée pour contrôler et/ou modifier son poids, ses formes, sa composition corporelle). Étant caractérisée par les mêmes critères diagnostiques, cette distinction primaire/secondaire semble ne rien amener de pertinent. Elle renforce l'idée que le plus important est de bien identifier les raisons qui font qu'une personne bascule d'une pratique d'AP « saine » à une pratique problématique afin de la prendre en charge de façon

pertinente, c'est-à-dire, en ciblant l'ensemble des symptômes et comorbidités (e.g., APP en lien avec les troubles du comportement alimentaire).

3 MESURES DE L'APP ET PREVALENCE

Deux outils sont majoritairement utilisés pour détecter, dépister ou évaluer l'APP. L'Exercice Addiction Inventory [5] (six items mesurant six dimensions) et l'Exercice Dependance Scale Revised [3] (21 items mesurant sept dimensions, qui correspondent aux sept critères diagnostiques)

4 FACTEURS DE RISQUE ET COMORBIDITÉS

4.1 Facteurs de risque

Il est difficile d'établir une liste de facteurs de risque. En effet, ni l'âge, ni le genre, ni le type d'AP, ni le niveau d'AP, ni les traits ou facettes de personnalité ne semblent faire consensus dans la littérature. Cependant, les études sur l'APP ont essentiellement porté sur certaines AP (danse, musculation, haltérophilie, triathlon, marathon) ou avec un certain public (pratiquants en salles de fitness, étudiants, triathlètes, coureurs d'Iron man, cyclistes...). Nous pouvons regrouper ces études en fonction des ressources développées: i) les disciplines d'endurance (courses de longues distances, marathon, cyclisme, natation et triathlon) ; ii) les disciplines en lien avec la force (haltérophilie, bodybuilder, CrossFit) ; iii) les disciplines en lien avec la santé (fitness), iv) les disciplines artistiques où les formes ou le poids sont importants pour la performance (danse, gymnastique).

L'APP sert de mécanisme d'adaptation (stratégie de coping) et permet de réguler ou d'éviter les affects négatifs et les états émotionnels aversifs [6] [7]. Elle permettrait ainsi de (re)trouver un équilibre émotionnel, ce qui est un point commun aux autres addictions avec ou sans substance. Point au demeurant « inquiétant » qui fait que les sujets pourraient passer d'un

objet d'addiction à un autre au cours de leur vie, avec parfois une sorte d'auto-substitution d'un produit par un autre [8].

4.2 Comorbidités

Une forte relation existe entre l'APP et d'autres dépendances tels que internet, alcool, achats compulsifs, travail, sexe. Une forte relation est aussi à noter avec les troubles du comportement alimentaire.

5 HYPOTHÈSES EXPLICATIVES

Parmi les hypothèses explicatives de l'APP (pour une revue [9]), une a retenu notre attention : il s'agit du modèle en quatre phases de Freimuth et al. [6]. Ces auteurs montrent l'évolution du rapport à l'AP et identifie le moment de « bascule ». Lors de la première phase, l'AP est un plaisir et sous contrôle du pratiquant, aucune expérience négative n'est à reporter. Succède à cette phase une deuxième phase, où l'AP est considérée comme étant utile : elle amène des bénéfices psychologiques dont une amélioration de l'humeur et elle peut être adoptée pour faire face au stress. À partir du moment où l'AP devient le seul moyen de faire face au stress, il commence à y avoir des symptômes de dépendances. Ainsi cette deuxième phase peut marquer le début de l'entrée dans la dépendance. Lors de la troisième phase, les AP quotidiennes sont organisées de façon rigoureuse, les conséquences négatives (réduction des autres activités, blessures) commencent à être visibles. Au quatrième stade apparaissent les symptômes typiques de la dépendance tels que le sevrage, la tolérance, les conflits, la rechute, et c'est plutôt l'activité physique qui contrôle la personne que l'inverse.

6 VIGNETTES CLINIQUES

Très peu de vignettes cliniques existent sur les personnes ayant une APP. Le cas de Mr Y (cycliste amateur de 50 ans) est détaillé en 2014 [10] avec un exemple d'utilisation de questionnaires à l'appui d'un diagnostic.

7 PRISE EN CHARGE

Si la promotion de l'AP reste fondamentale, il est tout aussi primordial de proposer une prévention de l'APP. Les personnes ayant une APP consultent rarement pour diminuer leur pratique mais plutôt pour d'autres troubles ou des symptômes de sevrage à l'arrêt de la pratique [11]. Elles consultent pour des problèmes de sommeil, de dépression, de fatigue à l'arrêt de la pratique, pour un sentiment d'isolement social ou de solitude ou pour des blessures chroniques [12] [13]. Zaitz [14] propose d'ailleurs d'être vigilants aux signes cliniques suivants : fatigue chronique, irritabilité, sommeil perturbé, blessures fréquentes, cycles menstruels perturbés et symptômes de burn-out.

7.1 En prévention primaire

Il paraît donc judicieux d'informer et de former sur les risques liés à la pratique physique afin de repérer les personnes basculant dans une APP.

7.2 En prévention secondaire

La détection et la prise en charge sont fondamentales afin de stopper ce cercle vicieux dans lequel s'enferme la personne d'où la nécessité de connaître son lien avec l'AP, d'identifier ses motivations à la pratique de l'AP et les comorbidités addictives et psychiatriques. Il convient également de faire comprendre que l'exercice excessif ne peut pas être une réponse permanente aux états négatifs de frustration ou représenter une punition.

L'APP ne pourra être travaillée avec le sportif que s'il la reconnaît comme existante et source de souffrances.

Une approche motivationnelle (entretien motivationnel) peut permettre d'accompagner la personne dans la réduction de sa pratique. Un travail cognitif sur la flexibilité cognitive, l'estime de soi, les émotions pourront être proposés. Les approches cognitives et comportementales peuvent permettre de se focaliser sur des changements comportementaux. Parmi ces approches, la pleine conscience mérite d'être considérée. En favorisant une attention ouverte à son expérience du moment et en apprenant à tolérer les événements psychologiques aversifs liés à l'APP par l'acceptation de ses états internes, la pleine conscience pourrait augmenter le contrôle conscient et les stratégies d'autorégulation pour traiter et prévenir les comportements de dépendance [15].

Quand la pratique physique n'est absolument plus possible (en cas de blessure par exemple), une prise en charge par des thérapies émotionnelles permet de travailler sur les symptômes de sevrage comme l'irritabilité et la culpabilité et les croyances associées. Des AP alternatives peuvent être suggérées. Elles permettant de solliciter d'autres groupes musculaires, tendineux, articulations. Cela permettrait de diminuer les risques d'APP et de réguler les affects, mais sans les conséquences négatives. Enfin, selon Gayton, Loignon et Porta [16], il est important de discuter des effets négatifs de l'AP, sans tomber dans le catastrophisme : tout n'est pas tout noir ou tout blanc. Des personnes peuvent très bien faire une AP régulière, s'y investir, sans qu'apparaissent des problèmes de santé physiques, psychologiques ou sociaux (réduction des autres activités, souffrance, sevrage...). La distinction entre habitude, passion, engagement, AP excessive, compulsion, dépendance, addiction doit être établie. Il est primordial d'expliquer les limites du corps, les notions de programmation, de récupération et de faire prendre conscience que l'affirmation « plus c'est mieux » est totalement erronée dans le domaine de l'entraînement. Il faut expliquer

l'importance de planifier son entraînement et respecter son plan (séance facile, difficile, compétitions, récupérations) et le cas échéant de se faire aider par un professionnel (on ne s'improvise pas entraîneur). Il est important de démonter ce conseil absurde « *no pain-no gain* » : la douleur est un indicateur pour signaler que quelque chose ne va pas. Il est donc fondamental d'apprendre à écouter son corps, à percevoir la douleur, la fatigue et l'effort.

Enfin, il est recommandé d'évaluer régulièrement la présence de risques d'APP chez les sportifs blessés, ou les pratiquants d'AP avec des symptômes de fatigue chronique et blessures à répétitions.

REFERENCES

- [1] Marc A, Schipman J. Ultra marathon : du 50 kilomètres aux 6 jours de course. *Réflexion Sport* 2015;11:51-65.
- [2] Wasfy MM, Baggish AL. Exercise dose in clinical practice. *Circulation* 2016;133: 2297-313.
- [3] Hausenblas H, Downs DS. How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychol Health* 2002;17:387-404.
- [4] Billieux J, Schimmenti A, Khazaal Y, Maurage P, Heeren A. Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *J Behav Addict* 2015;4:119-23.
- [5] Terry A, Szabo A, Griffiths M. The exercise addiction inventory: a new brief screening tool. *Addict Res Theory* 2004;12:489-99
- [6] 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;8:4069-81.
- [7] Szabo A. The impact of exercise deprivation on well-being of habitual exercisers. *Aust J Sci Med Sport* 1995;27:68-75.

- [8] Rozaire C, Landreat MG, Grall-Bronnec M, Rocher B, Vénisse JL. Qu'est-ce que l'addiction? Archives de politique criminelle 2009;1:9-23.
- [9] Szabo A, Demetrovics Z, Griffiths MD. Morbid exercise behavior: addiction or psychological escape? In: The Exercise Effect on Mental Health: Neurobiological Mechanisms. Taylor and Francis. 2018. p. 277-311
- [10] Kotbagi G, Muller I, Romo L, Kern L. Pratique problématique d'exercice physique: un cas clinique. In : Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier Masson. 2014. p. 883-87.
- [11] Kern L, Kotbagi G, Romo L. La pratique problématique de l'activité physique. Pratiques en Nutrition 2017;52:24-6.
- [12] Lyons HA, Cromey R. Compulsive jogging: exercise dependence and associated disorder of eating. Ulster Med J 1989;58:100-2.
- [13] Veale D. Exercise dependence. Br J Addict, 1987;82:735-40
- [14] Zaitz D. Are you an exercise addict. Idea Today 1989;7:44.
- [15] Garland EL, Froeliger B, Howard MO. Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-appraisal-emotion interface. Front. Psychiatry 2014;4:173
- [16] Gayton W, Loignon A, Porta W. Exercise dependence: the dark side of exercise. Journal of Sci Med Central 2016;3:1085.