

La dépendance à l'effort

Synthèse des connaissances sur le phénomène
d'addiction à l'activité physique : définition,
diagnostic, effets physiques et physiologiques, prise
en charge

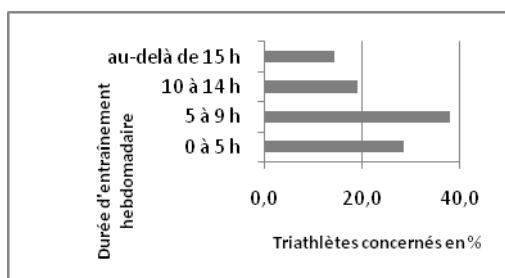
Valérie CARON-LAIDEZ

25/06/2010

Au contact de sportifs en préparation mentale et à la lumière de mon expérience auprès des marathoniens et triathlètes, il m'est apparu que la dépendance à l'activité physique est un phénomène réel, assez répandu, au moins dans une des formes diverses de ressentis de cette dépendance. En tant que sportive et défenseuse du sport à des fins de santé et de bien-être, ceci pose un véritable cas de conscience. Alors que le sport est considéré comme favorable au maintien de la santé, le phénomène de dépendance sous-entend une réalité fortement négative. Il convient donc d'en mesurer l'impact et d'évaluer dans quelles conditions une prise en charge peut être engagée. L'hypothèse de l'existence de ce phénomène addictif étant posée, il est nécessaire de préciser ce que l'on entend par « dépendance à l'effort » ou « addiction à l'activité physique », ce que cette réalité implique tant du point de vue comportemental que physiologique. Par ailleurs, il est probable que divers degrés de dépendance existent : quels sont-ils et comment les mesurer ? Enfin, une fois cette dépendance installée, il est utile de se questionner sur la nécessité ou non d'intervenir et dans l'affirmative, quelles sont les possibilités et outils à notre disposition en tant que préparateur mental. A noter qu'une enquête a été conduite au sein d'un club de triathlon auprès de 135 sportifs dont 15% ont accepté de répondre. Vous retrouverez leurs avis en encart à titre d'exemple.

Définition – Cerner la question

La littérature scientifique utilise des dénominations diverses : dépendance ou addiction à l'effort, à l'activité ou exercice physique, ou encore au sport ou pratique sportive, au mouvement, etc. Pour simplifier, et posant le postulat que tous ces termes regroupent le même phénomène, nous nommerons ce type d'addiction sans substance par « dépendance à l'effort »¹.



La première caractéristique de cet état est le côté excessif du comportement sportif observé, tant du point de vue de l'entraînement que de la compétition. Alors que les pouvoirs publics tentent d'ancrer dans les esprits la nécessité de pratiquer une activité physique minimale, modérée et régulière, les volumes d'entraînement et la fréquence des compétitions d'intensité élevée mis en cause dans la dépendance à l'effort sont sans commune mesure avec le pratiquant modeste. Certains sportifs font état de plus

de 20 heures d'entraînement hebdomadaires, de 150 à 200 km de vélo par jour, et de 30 marathons effectués la même année (LUCIEN, 2009). Au vu de ces données, la dépendance à l'effort constitue indubitablement une dérive de la pratique, un comportement déviant. Nous sortons de la normalité et il est possible que les personnes concernées se trouvent en situation de difficulté sociale, familiale, physique ou psychologique. Face à cette description, certains praticiens décrivent cet état de dépendance à l'effort comme une pathologie. VELEA (2002) définit cette situation comme une recherche de sensations de plaisirs, de désinhibition à travers la pratique sportive, qui aboutit à l'installation d'un besoin impérieux et en constante augmentation, avec en cas d'arrêts forcés de la pratique (e.g., blessures, problèmes d'emploi du temps), la manifestation de signes de sevrage physiques et psychologiques plus ou moins intenses.

A contrario d'autres thérapeutes restent prudents en l'absence de véritable consensus permettant de poser un diagnostic avec certitude (LUCIEN, 2009). Ce qui est certain c'est que cette dépendance est souvent liée à une pratique intense et de longue durée (VELEA, 2002). Cet investissement apparaît nécessaire dès lors que s'engage une recherche de performance, de perfection (e.g., temps à réaliser, geste à exécuter). Ceci renvoie donc, a priori au sport de haut niveau, mais nous verrons que cette dépendance à l'effort peut affecter également les sportifs plus modestes. Dans ce processus, le sportif va très souvent rechercher à repousser ses limites et consacrer l'essentiel de son temps à s'améliorer. La répétition d'entraînements, l'accoutumance du corps au mouvement, la ritualisation et la répétition obsessionnelle des gestes peuvent prendre une dimension compulsive voire d'addiction au geste. Ces sportifs ressentent la nécessité de remplir un vide de la pensée ou un vide affectif, et dans ce cas l'objet investi est le sport et le mouvement. Dans ce type de comportement, le niveau sportif n'est pas mis en jeu, c'est plus la recherche de performance personnelle qui va générer un contexte favorable à l'apparition d'un comportement addictif.

Dans le même registre, certaines recherches ont montré une forme de dépendance aux sports à risques. Dans ce cas, certains traits de personnalité seraient engagés, notamment ceux tournés vers la recherche de nouveauté (novelty seeking) et ayant une faible tendance à éviter la douleur (harm avoidance). Les sujets

¹ On trouve également le terme « bigorexie ». Il renvoie plus à un désordre d'image du corps que l'on voit toujours petit. On adopte alors des comportements alimentaires (prise de stéroïdes) ou physiques (effort intense) pour augmenter sa musculature à outrance.

pourvus de ce type de caractère manifesteraient un besoin à la prise de risque permis par certains sports ; ceux-ci leur permettant de faire l'expérience du stress lié au risque, servant à « effacer » les émotions désagréables (ROUGEMONT-BUECKING, 2007). Cette gestion de l'émotion déplaisante s'automatiserait à tel point qu'elle « s'imposerait » à la personne et qu'elle deviendrait prioritaire devant d'autres activités.

Près de 85% des triathlètes ayant répondu affirment que le sport permet de limiter leurs pensées ou ressentis négatifs au bénéfice de sensations agréables et apaisantes. Certains expliquent qu'il agit comme un exutoire tant au niveau familial que professionnel.

Si la notion de dépendance renvoie le plus souvent à celle de « produit », de « stupéfiant », par analogie, peut-on avancer que le sport agit comme une drogue, remède à une souffrance physique ou psychique, ou favorisant des états émotionnels de bien-être ? Certains experts l'affirment : le sport, pratiqué au quotidien de manière répétitive, empêcherait « la pensée douloureuse » et l'anesthésierait comme peut le faire l'héroïne (VELEA, 2002).

Phénomènes mis en jeu

Données physiques et physiologiques

La plupart des publications mettent en avant le rôle joué par les endorphines produites par le cerveau lors d'un exercice musculaire, lui-même générant un stress à l'organisme. Il est courant de voir attribuer à ces endorphines une multitude d'effets dont la fameuse « extase du sportif » ou « runner's high », la limitation de la sensation de douleur, un certain effet anxiolytique et euphorisant. A noter que leur composition chimique les classe dans la famille des « opiacées », tout comme la morphine. Elles auraient pour cible les neurones dopaminergiques situés dans une zone spécifique du cerveau associée à des effets agréables et stimulants (CRETENAND, 2008). A noter qu'il existe une variabilité interindividuelle de sensibilité à la dopamine sous-entendant que certains seraient plus « prédisposés » que d'autres.

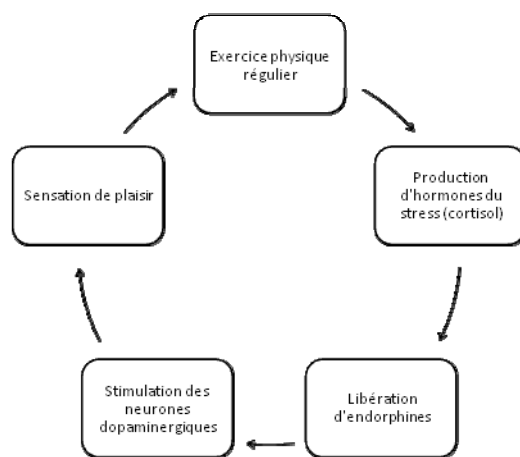


Figure 1 : Cercle de mise en place de la dépendance à l'effort liée à la libération des endorphines lors de l'exercice.

Mais, ceci ne permet pas d'en déduire avec certitude que le processus génère une dépendance. En effet, les endorphines sont très rapidement dégradées par réaction enzymatique. Malgré tout, pour aller dans le sens de cette explication physiologique, il est à noter qu'il est communément constaté que les sports d'endurance sont les plus endorphinogènes puisque ces molécules ne seraient secrétées qu'à l'issue d'un effort de longue

- 95% des triathlètes ayant répondu connaissent la notion de « dépendance à l'effort ».
- 16% se sentent personnellement concernés.
- 100% ont déjà ressentis des signes comportementaux ou physiques en cas d'arrêt forcé de leur pratique.

durée d'au minimum une demi-heure à 60% de VMA² (BOMPARD, 2010). C'est précisément dans ces disciplines (e.g., biathlon, triathlon, marathon, marche athlétique, cyclisme, VTT) que l'on trouve le plus de sportifs en suspicion de dépendance à l'effort (PASTOR (2007)). Dans ces sports, les intensités de type aérobie sont fréquentes. Ces intensités étant accessibles par tout à chacun, on peut dire que tout sportif est confronté à cette

sécrétion endogène. Pour autant, tout le monde ne devient pas dépendant. Donc, il est probable que d'autres phénomènes entrent en jeu. Le processus n'est peut-être pas seulement physiologique mais comprend une composante psychologique, comme c'est souvent le cas dans les comportements addictifs.

Données psychiques

Il est communément admis que le sport améliore fortement l'estime de soi. Le sportif, plus que tout autre, a une tendance à aimer son corps et lui vouer une attention particulière, si ce n'est une forme d'admiration pouvant aller jusqu'à l'obsession tel le « complexe d'Adonis » (VELEA, 2002). Sur ce principe, certains auteurs, plutôt qu'une explication « chimique » et « somatique » du processus de dépendance, se tournent plus vers une explication psychologique où l'addiction ne réside pas seulement dans les effets physiques de la pratique mais aussi dans l'usage d'une situation routinière. L'hypothèse pourrait même être posée que plus le sport est composé de gestes répétitifs sans satisfaction immédiate (e.g., les sports d'endurance) et plus le sportif obtient une augmentation de l'estime de soi, à travers une multitude d'effets physiques et psychiques.

PASTOR (2007) résume les différentes approches via trois interprétations. La première s'inscrit dans une vision psychanalytique globale des addictions où la présence de facteurs psychiques tels que l'angoisse, l'anxiété ou l'alexithymie³, conduiraient à l'addiction à la pratique physique. La seconde propose une interprétation situationnelle où l'addiction viendrait pallier les désagréments du sport intensif tels que les sacrifices personnels et sociaux, la douleur, la fatigue, les blessures et le stress ainsi que les états dépressifs qui en découlent. Enfin, dans une perspective cognitivo-comportementale, c'est la rencontre d'états (anxiété, dépressivité...) ou/et de traits de personnalité (antisociale, narcissique...) avec des situations déclenchantes qui favoriserait l'émergence de l'addiction à la pratique physique et sportive.

Les triathlètes pensent que le sport est indissociable de leur vie pour des raisons de :

- Santé et bien-être : 26,2%
- Convivialité et lien social : 18,5%
- Dépassement de soi : 16,9%
- Esthétique corporelle : 13,8%
- L'estime et confiance en soi : 9,3%
- La compétition : 6,2%
- Sont également cités : utiliser son temps, être organisé, maîtriser sa vie, se fixer des objectifs, moyen d'exister, décompresser.

Conditions plurifactorielles

² Vitesse Maximale Aérobie.

³ L'alexithymie [du grec «*alpha*» (privatif), «*lexis*» (mot) et «*thymos*» (humeur)] désigne les difficultés dans l'expression verbale des émotions communément observées parmi les patients présentant des symptômes psychosomatiques.

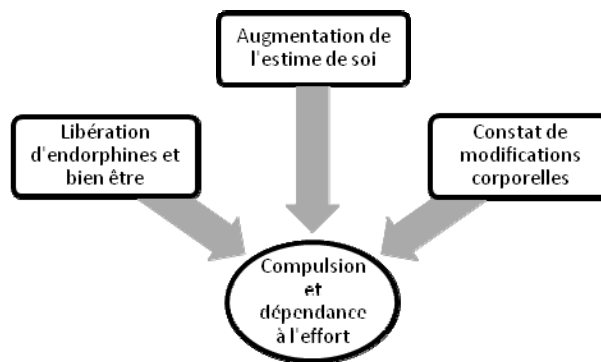


Figure 2 : Processus multifactoriel de dépendance à l'effort (d'après VELEA, 2002)

En résumé et pour simplifier, nous reprendrons la synthèse proposée par VELEA (2002) : libération de l'endorphine et bien-être lié à cette libération, augmentation d'une forte estime de soi (prise de conscience de ses capacités physiques et d'endurance), constat de modifications corporelles qui implique aussi la description d'une composante dysmorphophobique (e.g., chez les body-builders) et apparition ou développement d'une véritable compulsion.

Mesure des degrés de gravité

46% des triathlètes ayant répondu pensent que les sports d'endurance favorisent le phénomène de dépendance à l'effort, 18% pensent que ce sont plus les sports extrêmes ou l'engagement est majoré mais 14% estiment que tous les sports sont concernés et qu'il s'agit d'une sensibilité particulière du sportif. Notons que seuls 3,6% pensent que ça concerne plutôt le haut niveau.

Ces phénomènes de dépendance semblent donc, a priori, concerner prioritairement les sportifs de haut niveau. Pourtant, il semble que certains sportifs non professionnels, aux performances moyennes voire médiocres, ressentent également ce phénomène. La dépendance physique ou mentale au sport commence de manière insidieuse. Tout sportif amateur ressent « ce besoin de faire du sport », « ce manque physique ou mental » devant le manque de temps ou l'absence de sport (PANUNZI-ROGER, RENGOT, SAMPIL, 2005). Certaines personnes peuvent ainsi devenir obsédées par leur condition physique, leur poids ou leurs

performances. Elles ne peuvent alors pratiquement plus cesser leur entraînement, même pour une seule journée! L'entraînement devient alors une « compulsion », la personne ne peut résister au besoin de faire de l'exercice sans ressentir de l'angoisse ou, du moins une forte culpabilité.

55% des triathlètes ayant répondu pensent qu'ils ne pourront jamais arrêter le sport, contre 15% immédiatement. Les autres estiment qu'il leur faudrait plusieurs semaines à plusieurs mois. 80% culpabilise quand ils ratent un entraînement.

Intervenir ou non ? Modalités pratiques

Les éléments témoignant d'une dépendance à l'effort ne sont pas à considérer systématiquement comme négatifs. Ainsi VELEA (2002) évoque le concept d'addiction positive de GLASSER (1976) permettant de la distinguer des addictions considérées comme négatives (alcool, drogues...). A noter qu'il est fréquent de constater que certains sujets translatent une addiction négative (tabagique le plus souvent) par l'addiction positive au sport.

En tant que préparateur mental, la première condition à l'intervention est l'expression d'une demande. L'hypothèse peut être faite que cette demande interviendra quand la situation de dépendance générera un inconfort de vie majeur. En quelque sorte, il est même possible de dire que ce n'est pas tant l'intensité de la

dépendance qui conduira à la nécessité d'une intervention que la façon dont le sujet, ou ses proches, en ressentiront les effets directs ou indirects dans sa vie sportive, personnelle ou professionnelle. Cette notion peut déjà transparaître lors de l'entretien qui préside à chaque prise en charge. Certains éléments seront significatifs de l'état de gêne manifeste : les conséquences négatives ressenties, avérées et exprimées par le sujet mais également rapportées par son entourage, l'investissement excessif de l'individu dans sa pratique au détriment de son équilibre personnel et sportif (e.g., blessures à répétition), et enfin l'aspect hors-contrôle. VELEA (2002) parle de dépassement de seuil entraînant ennui, fatigue, lassitude, voire modification en profondeur du mode de vie dont habitudes alimentaires et vestimentaires, loisirs, hygiène de vie.

Ces considérations sont assez subjectives. Les auteurs font état de plusieurs échelles de mesure mais là non plus le consensus n'est pas obtenu. En réalité, il apparaît difficile de fixer une norme acceptable. Dans notre société sédentaire, faire de l'exercice physique dans des proportions importantes deviendrait-il systématiquement pathologique ? Pour les drogues classiques (alcool, tabac, cannabis), il est possible d'imposer la norme zéro ; mais l'activité physique est, au contraire, un bienfait à vocation de santé. Par ailleurs, les volumes d'entraînement sont différents en fonction des contraintes des différents sports et des personnes. Ainsi les sports à enchaînement ou multidisciplinaires obligent à travailler l'ensemble des disciplines donc multiplient les durées d'entraînement. Il est ainsi possible d'exclure le facteur « quantité horaire d'entraînement hebdomadaire » comme facteur d'identification d'une addiction ; certains auteurs considèrent que 8 heures par semaine est un volume important mais comment le triathlète peut-il faire autrement pour progresser si ce n'est courir, rouler, nager, chaque fois deux à trois heures par semaine.

PASTOR (2007) pense que le diagnostic d'addiction reposerait sur des échelles spécifiques⁴. MONGON et al (2003) proposent quant à eux de se référer aux critères diagnostiques d'abus et de dépendance aux

substances psychoactives issus du DSM IV et de la CIM 10⁵. Cette dernière permet en effet de vérifier l'état de dépendance. Elle renvoie à l'utilisation inappropriée d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatifs avec les manifestations telles que difficulté à contrôler la consommation (que nous pouvons ici remplacer par « pratique »), poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives, tolérance (induisant une augmentation progressive de la quantité), désinvestissement progressif d'autres activités et obligation au profit de la consommation, et un syndrome de sevrage. PASTOR (2007) constate d'ailleurs que dans un panel de pratiquants de sports en aérobique, l'ensemble des individus interrogés cumule au minimum

trois critères de dépendance et peuvent donc être diagnostiqués comme « addictifs à leur pratique ». Les critères retrouvés dans tous les entretiens sont ceux du temps important passé à pratiquer, à préparer et à se remettre de l'activité ainsi que l'abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisir du fait de la pratique. L'existence de ces trois critères pourrait donc être un premier signe d'avertissement d'une dérive addictive. Le diagnostic pourrait être plus catégorique si viennent s'y adjoindre des signes de sevrage lors de l'arrêt de la pratique : désir compulsif de pratiquer l'activité, impulsivité à pratiquer plus intensément ou plus longtemps que prévu et enfin la poursuite de l'activité malgré des conséquences négatives d'ordre physique ou psychologique.

Tous les triathlètes ayant répondu ont ressenti des effets comportementaux (fatigue, irritabilité, comportements compulsifs alimentaires, angoisse, culpabilité...) et/ou physiques (douleurs, fatigue, crampes...) en cas d'arrêt brutal de la pratique. 95% ont l'impression que le sport est indissociable de leur vie. 60% trouvent que le temps consacré au sport est en augmentation constante et 73% qu'il empiète sur leur vie personnelle et/ou professionnelle.

⁴ Running Addiction Scale (Chapman et Castro, 1990) ou Bodybuilding Dependency Scale (Smith et al, 1998).

⁵ Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé.

En matière de prise en charge des sportifs pour lesquels il y aurait suspicion de dépendance à l'effort, il pourrait être proposé un programme en plusieurs phases. Tout d'abord, une phase de prise de conscience du problème avec l'inventaire des impacts négatifs sur la vie du sportif et des attitudes témoignant de la déviance du phénomène. Une seconde phase permettrait de doter le sportif d'outils comprenant l'apprentissage de techniques de relaxation de manière à limiter le stress et l'anxiété par d'autres moyens que la pratique sportive excessive. En complément, le switch (ou arrêt de la pensée) permettrait de limiter les sensations négatives liées au manque d'activité (e.g., irritabilité, angoisse, culpabilité). Ceci pourrait s'accompagner d'une démarche de fixation d'objectifs où les durées et volumes d'entraînement seraient très finement estimés et où les objectifs sportifs seraient minimisés, ou du moins replacés à leur juste place, au regard des autres objectifs personnels (familiaux, professionnels). Enfin, l'athlète pourrait mettre en place un référentiel de réussites permettant de lister ses bonnes performances passées et ainsi limiter sa tendance à en ajouter constamment des nouvelles pour renforcer son estime de soi (valeur physique perçue). Pour les cas les plus graves, il sera nécessaire de mettre en place un suivi psychologique afin de rechercher les causes plus profondes à l'origine de ce comportement. Notons à ce sujet que la dépendance à l'effort intensif peut se transformer, chez certains athlètes, lors de leur arrêt de carrière, par une dépendance toxicomaniaque (VOLLE, SEZNEC, 2006). D'une dépendance à l'effort, ils passent alors à une modalité artificielle et chimique qui demandera alors un suivi.

Conclusion

Au regard de ces éléments, on se rend compte que la question de la dépendance à l'effort physique est complexe car multifactorielle et fortement liée à une variabilité interindividuelle. Le diagnostic est difficile à établir et les protocoles de suivi non encore définis. Il y a encore de nombreux points aveugles sur ce thème et le champ de la recherche est encore vaste. Par ailleurs, on ne pourra parler d'addiction à la pratique sportive sans évoquer la question du dopage où se retrouvent les mêmes données relatives à la course à la performance, la transformation du corps où d'une modalité pratique et physique (l'exercice).

Bibliographie

- Anonyme. *Clinique des toxicomanies*. Psycho-doc.fr. <http://psydoc.fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/psychopath>
- BOMPARD, N. (2010). *Extrait de Santé et Forme*. Retrieved 2010, from *Jogging International*.
- CRETENAND, P. (2008). *La course à pieds peut-elle devenir une drogue ?* PHYréa. <http://www.phyrea.ch/>
- DECAMPS, G., DOMINGUEZ, N., BATTAGLIA, N. (2007). *Etude des corrélats dispositionnels et transactionnels de l'addiction à la pratique sportive*. Actes des Journées Nationales d'Etudes de la Société Française de Psychologie du Sport du 15 et 16 mars 2007. [http://www.labopsycho.u-bordeaux2.fr/psysante/Equipe/sante/docs/\(22\)%20Comm%20Decamps%20SFPS07.pdf](http://www.labopsycho.u-bordeaux2.fr/psysante/Equipe/sante/docs/(22)%20Comm%20Decamps%20SFPS07.pdf)
- KRAMARZ, O. 2009. *Les principales addictions*. http://www.prevenirouguerir.com/addictions/addiction_comportementale.htm
- LUCIEN, E. (2009). *Sport et dépendance : les liaisons dangereuses*. Tribune de Genève du 9 janvier 2009.
- PANUNZI-ROGER, N., RENGOT, M., SAMPIL, M. (2005). *Course sur route amateur dans le département du Nord*. *Psychotropes*. Vol 8 (3-4) : 101-120.
- PASTOR, A., BILARD, J. (2007). *L'addiction à la pratique sportive*. Actes des Journées Nationales d'Etudes de la Société Française de Psychologie du Sport du 15 et 16 mars 2007. http://www.psychodusport.com/docs/actes/actes_MONTPELLIER2007.pdf
- ROUGEMONT-BUECKING, A. (2007). *Adrénaline-addiction et comportements de prise de risques chez les sportifs : quelles réalités ?* *Revue médicale suisse*. N°115.
- VELEA, D. (2002). *L'addiction à l'exercice physique in : Conduites dopantes*. *Psychotropes*, 2002, 8 (3-4) : 39-47
- VELEA, D. (2005). *Nouvelles consultation de Marmottant : apports théoriques, expériences cliniques*. *Psychotropes*, 2005, vol. 11 n°3-4
- VOLLE, E., SEZNEC, J.-C. (2006). *L'arrêt du sport intensif : révélation d'addictions ?* Actes de la Journées Nationales d'Etude de la Société Française de Psychologie du Sport : 124-128.

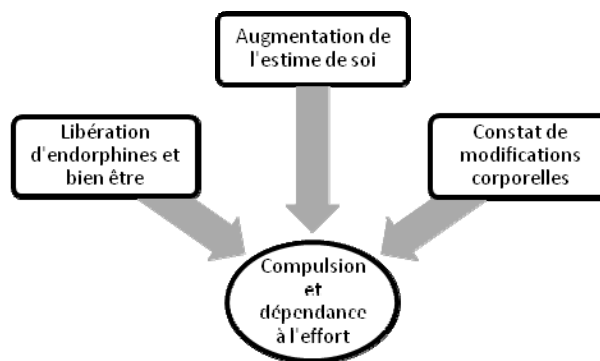
RESUME DEPENDANCE A L'EFFORT

Caractéristiques possibles

- Ne touche pas que le haut niveau
- Aspect excessif du comportement sportif (ex. : volumes d'entraînement, fréquence des compétitions d'intensité élevée, repousser constamment ses limites, prise de risque)
- Pratique en constante augmentation
- Manifestation de signes de sevrage physiques et psychologiques plus ou moins intenses en cas d'arrêts forcés de la pratique (ex. : blessures, problèmes d'emploi du temps)
- Ritualisation et répétition obsessionnelle des gestes = dimension compulsive (ex. : musculation)
- Comportement obsessionnel (ex. : condition physique, poids ou performances)
- Impossibilité à l'arrêt brutal du sport (ex. : continuer le sport malgré les blessures)

Phénomènes

- Physiques et physiologiques : lien possible, mais non exclusif, avec la libération d'endorphines
- Psychiques : amélioration de l'estime de soi (« complexe d'Adonis »), usage d'une situation routinière, limitation des angoisses d'un sujet anxieux et/ou dépressif



Conditions à l'intervention

- Expression d'une demande
- Inconfort de vie majeur. : façon dont le sujet, ou ses proches, en ressentent les effets directs ou indirects dans la vie sportive, personnelle ou professionnelle (conséquences négatives ressenties, avérées et exprimées par le sujet et/ou rapportées par son entourage)
- Investissement excessif de l'individu dans sa pratique au détriment de son équilibre personnel et sportif (ex. : blessures à répétition)
- Difficulté à contrôler la pratique
- Modification en profondeur du mode de vie dont habitudes alimentaires (ex. anorexie), loisirs, hygiène de vie
- Conduite dopante ou addictive concomitante
- Syndrome de sevrage physiques (crampes, douleurs, suées), comportementaux (irritabilité, violence) ou psychologiques (dépression)

Outils d'intervention possibles

- Inventaire des impacts négatifs sur la vie du sportif et des attitudes témoignant de la déviance du phénomène = prise de conscience
- Relaxation pour limiter le stress et l'anxiété par d'autres moyens que la pratique sportive excessive
- Switch (ou arrêt de la pensée) pour limiter les sensations négatives liées au manque d'activité
- Fixation d'objectifs pour une meilleure gestion des durées et volumes d'entraînement et rééquilibrage avec d'autres objectifs personnels (familiaux, professionnels)
- Référentiel de réussites = estime de soi (valeur physique perçue)