

P37bis - La pratique problématique de l'exercice physique : cas clinique et évaluations

Gayatri Kotbagi ; Laurence Kern, Isabelle Muller

Université Paris ouest la Défense, laboratoire EA 2931

CAPS, CHU St André, Bordeaux

Les addictions comportementales suscitent un intérêt croissant dans nos sociétés, amenant de nouvelles modalités de prise en charge de type biopsychosociale. Parmi ces addictions, notre expérience clinique au CAPS (Centre d'accompagnement psychologique des sportifs), nous a amenés à nous intéresser plus particulièrement à l'addiction à l'activité physique dans une population de sportifs.

Cette addiction qualifiée de positive pose différentes questions telle que celle de la définition, l'épidémiologie, les modèles explicatifs, les critères diagnostiques et les outils d'évaluation.

En s'appuyant sur un cas clinique, nous aborderons les particularités cliniques de cette addiction, notamment sa cooccurrence avec les troubles des conduites alimentaires, les modalités de prise en charge. En effet, contrairement aux autres addictions où les conséquences sont dénoncées comme délétères, ce type d'addiction va être valorisé par le sportif et le milieu car synonyme de meilleures performances, impliquant des adaptations dans l'approche thérapeutique.

D'autre part nous vous présenterons les différents outils diagnostiques de l'addiction au sport et plus particulièrement l'intérêt clinique d'un outil en cours de validation qui permet de mieux évaluer l'intrication addiction à l'activité sportive et trouble du comportement alimentaire.

Mots clés : conduite addictive, activité physique, instruments de mesure, définition.

INTRODUCTION

La pratique excessive d'exercice physique (EP), peut entraîner des conséquences négatives tant au niveau physiologiques que psychologiques. De nombreux auteurs parlent alors de dépendance, d'addiction ou encore pratique compulsive envers l'EP..., nous choisirons de parler de pratique problématique de l'exercice physique (PPEP). De nombreuses échelles permettent de mesurer la PPEP. Nous avons retenu deux échelles qui nous paraissent pertinentes : l'Exercise Dependence Scale-Revised (EDS-R, Hausenblas & Downs, 2002) et l'Exercise Dependence Questionnaire (EDQ, Ogden, Veale et Summers, 1997). En effet ces échelles permettent une approche multidimensionnelle de la DEP en prenant en compte des facteurs comportementaux, psychologiques et physiologiques. De plus ces échelles ont été conçues pour mesurer un score de PPEP, quelque soit l'activité, ce n'est donc pas une échelle spécifique à une activité physique (AP). Enfin, l'EDS-R et l'EDQ présentent des qualités psychométriques satisfaisantes. Ces deux échelles sont complémentaires car elles mesurent trois dimensions identiques qui sont le sevrage, les problèmes internes (ou au manque de contrôle-EDS-R) et l'interférence avec la vie sociale (ou réduction des autres activités - EDS-R). Alors que la continuité, la tolérance, le temps et l'intention sont spécifiques à l'EDS-R, et les récompenses positives, la pratique d'EP pour contrôler son poids, pour raison sociale ou raison de santé et le comportement stéréotypé sont spécifiques de l'EDQ. De plus ces deux échelles s'inscrivent dans des ancrages différents. D'une part l'EDS-R (Hausenblas, et al 2002) est issue d'une approche traditionnelle des dépendances et reprend donc les critères de dépendance aux substances du DSM-IV, d'autre part l'EDQ (Ogden, Veale et Summers, 1997) qui considère que l'ancrage dans le DSM-IV n'est pas suffisant pour décrire la pratique pathologique de l'EP (PPEP), et à ces dimensions traditionnelles, rajoutent des dimensions motivationnelles. Ces échelles ont été utilisées par différents chercheurs français (Allègre & Therme ; Kern, 2010), américains (Downs, Hausenblas, 2004...) et dans différents contextes (marathoniens, étudiants, pratiquants loisirs,). Par contre, à notre connaissance, aucune recherche ne fait mention de l'utilisation de cet outil dans un cadre clinique. Mais l'utilisation de telles échelles peut présenter sur un plan clinique plusieurs intérêts (évaluation objective de la PPEP, description plus fine des symptômes, objectif thérapeutiques appropriés, évaluation de l'efficacité de la prise en charge).

OBJECTIFS : Ce travail émane d'une demande de cliniciens, il s'agit d'une part de leur donner des pistes sur l'utilisation de ces outils et l'interprétation des résultats, et d'autre part

d'amener une réflexion sur la création d'un outil qui permettait de mieux décrire la PPEP, tant pour les cliniciens que pour les chercheurs.

RESULTATS: Une série d'entretien était passée par Mr V (qui est venu consulter pour une pratique problématique et envahissante du cyclisme). Pour une évaluation plus objective, le patient a renseigné les deux questionnaires EDS-R (Hausenblas & Downs, 2002), l'EDQ (Ogden et al, 1997).

Les scores de Mr V sur l'échelle EDSR

	Sevrage	Continuité	Tolérance	Contrôle	RAA	Temps	Intention	Total EDS
Score total	15	15	15	13	16	13	13	100
min	6	6	6	6	6	6	6	42
max	18	18	18	18	18	18	18	108
Moy	5,00	5,00	5,00	4,33	5,33	4,33	4,33	14,29

RAA: réduction des autres activités

Les scores de Mr V sur l'échelle EDQ:

	IVSF	Effets positifs	Sevrage	Poids	Problèmes internes	Sociale	Santé	Comportement stéréotypé	Total
Score total	27	25	27	26	23	12	21	14	175
min	5	4	4	4	4	3	3	2	29
max	35	28	28	28	28	21	21	14	203
Moy	5,4	6,25	6,75	6,5	5,75	4	7	7	21,875

IVSF= Interférences avec la vie sociale et familiales

CONCLUSION : La validité de contenu de ces deux échelles nous a permis de mettre en avant les dimensions identiques et complémentaires de ces deux instruments.

Lors de l'entretien avec le patient, il ressortait que le patient avait un comportement stéréotypé, des symptômes de sevrage, de tolérance, son activité avait une incidence sur les autres activités et que le patient avait une pratique pour contrôler son poids. La passation des questionnaires a confirmé ce diagnostic, et permis de mettre un ordre d'importance dans ces symptômes. La passation seule de l'EDS, n'aurait pas permis un diagnostic aussi complet. L'avantage de l'EDQ par rapport à l'EDS est bien qu'il permet de connaître certaines motivations de pratiquer, ce qui en fait un outil plus pertinent pour le clinicien. Les avantages et inconvénients d'un point de vue de la recherche et clinique seront détaillés dans le poster. Pour la clinique, il semble nécessaire de travailler sur un outil qui prenne en compte des dimensions issues du champ traditionnel de la dépendance, mais aussi des dimensions motivationnelles, donc un outil plus complet. Un outil, qui pourrait nous donner des indicateurs concrets de la symptomatologie, qui nous permettrait de mettre en dépister d'éventuel trouble du comportement alimentaire (détecter la dépendance primaire/secondaire) et qui pourrait nous aider à l'élaboration des objectifs thérapeutiques en vue d'augmenter la collaboration avec le patient. Pour la recherche, ce travail nous permet d'entamer une réflexion sur la création d'un outil plus pertinent et qui prend en compte également les spécificités de la pratique problématique d'exercice physique,

BIBLIOGRAPHIE :

- Allegre, B., & Therme, P. (2008). [Confirmative study of a French version of the Exercise Dependence Scale-revised with a French population]. *Encephale*, 34(5), 490-495.
- Kern, L. Validation de l'adaptation française de l'échelle de dépendance à l'exercice physique : l'EDS-R Pratiques Psychologiques, Volume 13, Issue 4, December 2007, Pages 425-441