

ANTÉCÉDENTS DE PRATIQUE SPORTIVE INTENSIVE :
COMPARAISON ENTRE PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES LIÉS
À L'USAGE DE SUBSTANCE ET DE TROUBLE DU COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE

Mathilde Fron, Stéphane Prétagut, Jennyfer Cholet, Sylvain Lambert, Morgane
Rousselet et Marie Grall-Bronnec

De Boeck Supérieur | « Psychotropes »

2018/2 Vol. 24 | pages 37 à 52

ISSN 1245-2092

ISBN 9782807392403

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2018-2-page-37.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Antécédents de pratique
sportive intensive : comparaison
entre patients souffrant
de troubles liés à l'usage
de substance et de trouble
du comportement alimentaire

History of intensive sports practice:
comparison between patients
with substance use disorders
and eating disorders

Mathilde Fron

Chef de clinique des universités – assistante des hôpitaux
Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison – Hôpital Saint-Jacques
85, rue Saint-Jacques – F-44093 NANTES CEDEX 1
E-mail : mathilde.fron@chu-nantes.fr

Stéphane Prétagut

Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison CHU de Nantes

Jennyfer Cholet

Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison CHU de Nantes

Sylvain Lambert

Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison CHU de Nantes

Morgane Rousselet

Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison CHU de Nantes
Inserm UMR 1246, Universités de Nantes et Tours, France

Marie Grall-Bronnec

Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison CHU de Nantes
Inserm UMR 1246, Universités de Nantes et Tours, France

Résumé : *Plusieurs auteurs ont remarqué la fréquente association entre une pratique sportive excessive et la consommation de substances psychoactives ou la présence d'un trouble du comportement alimentaire. Cependant, aucune étude ne s'est intéressée à comparer ces deux types de patients vis-à-vis de leur pratique sportive. L'objectif de cette étude était d'étudier la prévalence des antécédents de pratique sportive intensive (définie par plus de 8 heures par semaine) et de caractériser la pratique sportive, chez les patients hospitalisés dans le service universitaire d'addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. L'étude a été proposée à deux types de patients (troubles liés à l'usage de substance psychoactive : groupe « SPA » et trouble du comportement alimentaire : groupe « TCA »), et le recueil des données a été réalisé par le biais d'un auto-questionnaire. Au total, 114 patients ont été inclus, 63 dans le groupe SPA et 51 dans le groupe TCA. Les antécédents de pratique sportive intensive étaient significativement plus fréquents dans le groupe TCA (52,94 %) que dans le groupe SPA (28,57 %) ($p=0,008$), ce qui était cohérent avec notre hypothèse initiale. Par ailleurs, la fréquence retrouvée dans le groupe SPA était similaire à celle retrouvée dans d'autres études. Cependant, les habitudes sportives n'étaient pas significativement différentes d'un groupe à l'autre. On pouvait en revanche souligner que la pratique sportive était plus problématique en termes de dommages dans le groupe TCA, même si ce ressenti était subjectif. Enfin, 30 à 50 % des patients estimaient que l'activité physique avait une influence positive vis-à-vis de leurs troubles, ce qui suggère que l'activité physique pourrait avoir un intérêt dans les soins en addictologie.*

Abstract: *Several authors have noted the frequent association between excessive sport and the consumption of psychoactive substances or the presence of an eating disorder, however no study has compared these two types of patients with respect to their sport. The objective of this study was to study the prevalence of antecedents of intensive sports practice (defined as more than 8 hours per week) and to characterise sports practice, in patients hospitalised in the university addiction service of the University Hospital Centre of Nantes. The study was proposed to two types of patients (psychoactive substance use disorders: "SPA" group and eating disorder: "TCA" group), and the data collection was through a self-questionnaire. A total of 114 patients were included, 63 in the SPA group and 51 in the TCA group. Antecedents of intensive sports were significantly more common in the TCA group (52.94%) than in the SPA*

group (28.57%) (p=0.008), which was consistent with our initial hypothesis. The frequency found in the SPA group was also similar to that found in other studies. The sporting habits were not significantly different from one group to another, however. On the other hand, it could be said that sporting practice caused more damage in the TCA group, even if this feeling was subjective. Finally, 30% to 50% of patients felt that physical activity had a positive effect on their disorders, suggesting that physical activity might be of interest in addictology care.

Mots clés : pratique sportive intensive, trouble du comportement alimentaire, troubles liés à l'usage de substances psychoactives, hyperactivité physique

Keywords: intensive sport practice, eating disorders, substance use disorders, physical hyperactivity

Introduction

La pratique d'une activité physique ou sportive permet à l'individu de s'épanouir sur le plan psychosocial et est le garant d'une bonne santé physique et psychique. Cependant, 15 à 20 % des sportifs inscrits sur les listes de haut niveau présenteraient une indication de suivi psychologique, les principaux motifs étant les troubles anxieux et les conduites addictives (Prétagut et Guérineau, 2016). En effet, l'hyperactivité physique qui est définie par une activité physique excessive, répétitive et sans vrai plaisir, dont le but premier est de perdre du poids et des calories (Beumont *et al.*, 1994), est très souvent associée au trouble du comportement alimentaire. La prévalence de l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale est estimée entre 31 et 80 % (Hebebrand *et al.*, 2003), et 54 % des sujets souffrant d'anorexie mentale auraient une pratique sportive problématique, soit compulsive, soit trop intense (Rizk *et al.*, 2015). Par ailleurs, le ministère de la Jeunesse et des Sports avait demandé en 1999 une étude évaluant les antécédents d'activité physique et sportive des personnes prises en charge pour des troubles liés à l'usage de substance, dans le but de dépister et de prévenir les conduites à risque chez les jeunes sportifs (Lowenstein *et al.*, 2000). Cette étude a montré que 86 % des sujets inclus avaient pratiqué une activité sportive à des intensités variables (8 % pratiquaient plus de 8 heures par semaine, 13,2 % plus

de 2 heures par jour et que 6 % se considéraient comme des sportifs de haut niveau).

Cependant, aucune étude ne s'est intéressée aux différences caractéristiques de la pratique sportive entre les sujets présentant des troubles du comportement alimentaire et les sujets présentant des troubles liés à l'usage de substance. Au vu des données de la littérature et du développement de l'utilisation des activités physiques adaptées dans la prise en charge des addictions, il nous a semblé intéressant d'approfondir ce sujet afin d'évaluer si l'activité sportive est différente en fonction de la problématique addictive présentée. L'objectif de notre étude était donc de prolonger celle de Lowenstein (Lowenstein *et al.*, 2000), en étudiant la prévalence des antécédents de pratique sportive intensive, mais aussi de comparer les habitudes sportives des patients souffrant de troubles liés à l'usage de substance et de troubles du comportement alimentaire.

Matériel et méthode

Population

L'étude portait sur des patients admis dans les deux unités d'hospitalisation du service d'addictologie du CHU de Nantes, une unité spécialisée dans la prise en charge des troubles liés à l'usage de substance psychoactive (groupe « SPA » : alcool, opiacés, cocaïne, cannabis, benzodiazépines) et une unité spécialisée dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (groupe « TCA » : anorexie mentale, boulimie nerveuse).

Les sujets étaient inclus après le recueil de leur consentement écrit (ou celui des parents en cas de patient mineur). N'étaient pas inclus les patients refusant de participer à l'étude ou ne comprenant pas la langue française, parlée ou écrite.

Déroulement de l'étude

Il s'agissait d'une étude monocentrique non interventionnelle, non contrôlée, prospective, menée de juillet 2016 à mars 2017. Le recueil des données se faisait par le biais d'un auto-questionnaire, le jour de l'admission. Dans la mesure où la passation des questionnaires s'est déroulée au cours de la prise en charge habituelle des patients (au cours de leur hospitalisation), aucun avis éthique n'était nécessaire pour la

réalisation de cette étude selon la législation en vigueur au moment des inclusions.

Critère de jugement

Le critère de jugement principal était la prévalence de la pratique sportive intensive, critère le plus fréquemment retenu dans la littérature (Lowenstein *et al.*, 2000 ; Guagliardo *et al.*, 2006 ; Choquet *et al.*, 2000), et qui est définie par une pratique sportive supérieure à 8 heures par semaine.

Outils de mesure

Un auto-questionnaire basé sur celui utilisé par Lowenstein *et al.* a été conçu pour cette étude. Il permettait de recueillir les données suivantes : l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, la ou les addictions dont souffrent l'individu, la présence d'une pratique sportive actuelle ou passée, l'intensité de la pratique sportive (en nombre d'heures par semaine), le type de sport pratiqué, la durée de la pratique, les conditions de pratique (encadrée (en club, en association) ou non, individuelle ou non), les effets recherchés dans la pratique de l'activité physique (détente/loisirs, santé/bien-être physique, convivialité, performance, perte de poids), l'existence de problèmes (familiaux, professionnels et/ou physiques) liés à la pratique sportive, la pratique en compétition, la prise de produits dopants et la chronologie de l'apparition de l'addiction (avant, pendant ou après la pratique sportive). Il était également demandé aux participants d'évaluer si leur pratique sportive avait influencé ou non l'addiction actuelle et si cette influence était perçue comme positive (facteur protecteur) ou négative (facteur de risque).

Analyses statistiques

S'agissant d'une étude exploratoire, et alors qu'il existe peu de données relatives au critère de jugement principal, il n'a pas été calculé de nombre de sujets à inclure. L'effectif prévu reposait sur la file active du service et la durée possible de recrutement.

Les patients ont été décrits sur l'ensemble des variables recueillies, par les effectifs, et les pourcentages pour les variables qualitatives, et par les moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives. Des comparaisons ont été réalisées entre les 2 groupes de patients (SPA et TCA),

les variables concernant les habitudes sportives ont été évaluées chez les sujets ayant pratiqué une activité sportive uniquement, les sujets n'ayant jamais pratiqué d'activité physique n'ayant pas répondu à cette partie du questionnaire pour des raisons évidentes. Les tests de différences entre les deux groupes ont été réalisés entre les différents paramètres. Le test d'indépendance du chi-deux a été utilisé pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives des tests de normalité des variables et d'homogénéité des variances ont été effectués. Des tests paramétriques (test de Student) ont été effectués quand les conditions de validité du test étaient réunies et des tests non paramétriques (Mann-Whitney) ont été utilisés dans les autres cas.

Résultats

Description de l'ensemble des patients

Au total, 114 patients ont été inclus : 63 dans le groupe SPA et 51 dans le groupe TCA. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients sont décrites dans le tableau 1.

On constate une différence dans les deux groupes en termes d'âge et de sexe (moyenne d'âge 40,8 ans et sex ratio de 3 hommes pour 1 femme pour les SPA ; et 23,3 ans pour les TCA avec un seul homme pour 50 femmes. Dans le groupe SPA, le trouble addictif à l'origine de l'hospitalisation était majoritairement la dépendance à l'alcool (79,36 %) suivi du cannabis (23,81 %) et des benzodiazépines (19,05 %). Dans le groupe TCA, 54,9 % des patients avaient été admis pour une anorexie de type restrictive, 39,2 % pour une anorexie de type boulimique et 5,9 % pour une boulimie. Enfin, la prévalence de la pratique sportive antérieure ou actuelle était de 87,3 % pour les SPA et de 100 % pour le groupe TCA.

Tableau 1. Description des caractéristiques sociodémographiques et cliniques (n=114)

	Groupe SPA (n=63) m (sd) ou n (%)	Groupe TCA (n=51) m (sd) ou n (%)	p
Âge (ans)*	40.8 (11)	23.3 (6)	<0.0001
Sexe : Homme	46 (73%)	1 (2%)	<0.0001
Statut social			
– Actifs (étudiants, emploi)	20 (31.7%)	35 (68.6%)	0.00013
– Inactifs (retraités, invalidité, sans emploi)	43 (68.3%)	16 (31.4%)	
Troubles addictifs à l'origine de l'admission			
– Anorexie mentale de type restrictive	0	28 (54,9%)	
– Anorexie mentale de type boulimique	1 (1,6%)	20 (39,2%)	<0.0001
– Boulimie nerveuse	0	3 (5,9%)	
– TLU Alcool	50 (79,4%)	3 (5,9%)	<0.0001
– TLU Cannabis	15 (23,8%)	0 (0%)	
– TLU Cocaïne	11 (17,5%)	0 (0%)	
– TLU Héroïne	5 (7,9%)	0 (0%)	
– TLU Benzodiazépine	12 (19%)	0 (0%)	
IMC (kg/m ²)	23.1 (4.4)	16.1 (3.6)	<0.0001
Consommations de substances psychoactive dans les 3 mois précédent l'admission			
Tabac			
– Jamais	6 (9,5%)	17 (33,3%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	3 (4,8%)	10 (19,6%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	0 (0%)	5 (9,8%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	3 (4,8%)	3 (5,9%)	
– Quotidien (tous les jours)	50 (79,4%)	16 (31,4%)	
Alcool			
– Jamais	3 (4,8%)	11 (21,6%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	2 (3,2%)	11 (21,6%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	6 (9,5%)	17 (33,3%)	<0.0001
– Régulier (au moins une fois par semaine)	4 (22,2%)	8 (15,7%)	
– Quotidien	37 (58,7%)	4 (7,8%)	
Cannabis			
– Jamais	17 (27%)	36 (70,6%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	10 (15,9%)	12 (23,5%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	10 (15,9%)	1 (2%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	5 (7,9%)	2 (3,9%)	
– Quotidien	15 (23,8%)	0 (0%)	
Héroïne			
– Jamais	40 (63,5%)	49 (96,1%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	8 (12,7%)	1 (2%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	2 (3,2%)	0 (0%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	1 (1,6%)	0 (0%)	
– Quotidien	2 (3,2%)	0 (0%)	

Cocaïne			
– Jamais	27 (42.9%)	47 (92.2%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	13 (20.6%)	2 (3.9%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	7 (11.1%)	1 (2%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	3 (4.7%)	0 (0%)	
– Quotidien	6 (9.5%)	0 (0%)	
Benzodiazépine			
– Jamais	32 (50.8%)	44 (86.3%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	2 (3.2%)	3 (5.9%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	2 (3.2%)	0 (0%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	2 (3.2%)	0 (0%)	
– Quotidien	19 (30.2%)	2 (3.9%)	
Morphine			
– Jamais	40 (63.5%)	48 (94.1%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	5 (7.9%)	2 (3.9%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	4 (6.4%)	0 (0%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	2 (3.2%)	0 (0%)	
– Quotidien	3 (4.8%)	0 (0%)	
Hallucinogènes			
– Jamais	35 (55.6%)	48 (94.1%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	12 (19.1%)	2 (3.9%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	5 (7.9%)	0 (0%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	3 (4.8%)	0 (0%)	
– Quotidien	0 (0%)	0 (0%)	
Amphétamines			
– Jamais	34 (54%)	50 (98.1%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	12 (19.1%)	0 (0%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	4 (6.4%)	0 (0%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	5 (8%)	0 (0%)	
– Quotidien	0 (0%)	0 (0%)	
Traitement de substitution aux opiacés prescrit			
– Jamais	39 (61.9%)	50 (98.1%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	5 (8%)	0 (0%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	0 (0%)	0 (0%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	1 (2%)	0 (0%)	
– Quotidien	10 (15.9%)	0 (0%)	
Addictions comportementales dans les 3 mois précédent l'admission			
Anorexie / restriction alimentaire			
– Jamais	41 (65.1%)	0 (0%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	1 (1.6%)	0 (0%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	4 (6.4%)	3 (5.9%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	9 (14.3%)	4 (7.8%)	
– Quotidien	3 (4.8%)	44 (86.3%)	
Crises de boulimie			
– Jamais	45 (71.4%)	16 (31.4%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	2 (3.2%)	2 (3.9%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	6 (9.5%)	6 (11.8%)	<0.0001
– Régulier (au moins une fois par semaine)	1 (1.6%)	9 (17.7%)	
– Quotidien	1 (1.6%)	17 (33.3%)	

Conduites de purge (laxatifs, vomissements)			
– Jamais	44 (69.8%)	16 (31.4%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	4 (6.4%)	5 (9.8%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	7 (11.1%)	3 (5.9%)	<0.0001
– Régulier (au moins une fois par semaine)	2 (3.2%)	8 (15.7%)	
– Quotidien	1 (1.6%)	17 (33.3%)	
Jeux de hasard et d'argent			
– Jamais	34 (54%)	35 (68.6%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	10 (15.9%)	7 (13.7%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	5 (7.9%)	6 (11.8%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	10 (15.9%)	1 (2%)	
– Quotidien	0 (0%)	0 (0%)	
Jeux vidéo			
– Jamais	34 (54%)	38 (74.5%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	7 (11.1%)	5 (9.8%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	5 (7.9%)	2 (3.9%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	6 (9.5%)	1 (2%)	
– Quotidien	4 (6.4%)	0 (0%)	
Achats compulsifs			
– Jamais	29 (46%)	30 (58.8%)	
– Expérience (au moins une fois dans la vie)	8 (12.7%)	3 (5.9%)	
– Occasionnel (moins d'une fois par mois)	13 (20.6%)	8 (15.7%)	
– Régulier (au moins une fois par semaine)	6 (9.5%)	6 (11.8%)	
– Quotidien	0 (0%)	0 (0%)	

m : moyenne ; n : effectif ; sd : écart-type ; TLU : troublé lié à l'usage ; * : utilisation de test non paramétrique

Comparaison des pratiques sportives (actuelles et passées) en fonction de l'addiction

Les caractéristiques liées à la pratique sportive sont décrites dans le tableau 2. Les caractéristiques sportives ont été évaluées chez tous les patients du groupe TCA et chez les 53 patients du groupe SPA qui ont rempli cette partie du questionnaire (2 patients du groupe SPA ayant affirmé avoir eu une activité sportive n'ont pas répondu à cette partie). En revanche la prévalence de la pratique sportive intensive, estimée à plus de 8 heures par semaine, a été évaluée sur l'ensemble de la population.

La prévalence des antécédents de pratique sportive intensive était de 28,6 % dans le groupe SPA et de 52,9 % dans le groupe TCA ($p < 0,01$), significativement plus élevée dans ce dernier groupe. Cependant, la prévalence de la pratique sportive actuelle n'était pas significativement différente entre les deux groupes (30,2 % dans le groupe SPA et 43,14 % dans le groupe TCA).

Tableau 2. Description des caractéristiques liées à la pratique sportive (n=114)

	Groupe SPA (n=63) m (sd) ou n (%)	Groupe TCA (n=51) m (sd) ou n (%)	p
ATCD de pratique sportive	55 (87.3%)	51 (100%)	
Pratique sportive intensive actuelle ou passée (>8h de sport/semaine)	18 (28.6%)	27 (52.9%)	0.05
	Groupe SPA (n=53) m (sd) ou n (%)	Groupe TCA (n=51) m (sd) ou n (%)	p
Intensité pratique sportive			
– Moins de 4h/semaine	19 (35.8%)	16 (31.4%)	0.63
– Entre 4 et 8h/semaine	16 (30.2%)	8 (15.7%)	0.08
– Plus de 8h/semaine	6 (11.3%)	6 (11.8%)	0.94
– Entre 1 et 2h/jour	10 (18.9%)	15 (29.4%)	0.2
– Plus de 2h/jour	2 (3.8%)	6 (11.8%)	0.13
Pratique sportive actuelle (intensive ou modérée)	16 (30.2%)	22 (43.1%)	0.17
Nombre d'années de pratique (années)*	11.0 (9.8)	6.4 (4.99)	0.014
Conditions			
– Encadré	36 (67.9%)	37 (72.5%)	0.6
– Pas encadré	29 (54.7%)	30 (58.8%)	0.67
Type de pratique			
– Individuel	37 (69.8%)	38 (74.5%)	0.59
– À plusieurs	30 (56.6%)	28 (54.9%)	0.86
Effets recherchés			
– Détente/loisirs	32 (60.4%)	31 (60.8%)	0.96
– Santé/bien-être physique	44 (83%)	46 (90.2%)	0.28
– Convivialité	18 (34%)	18 (35.3%)	0.88
– Performance	21 (39.6%)	24 (47.1%)	0.44
– Perte de poids	10 (18.9%)	31 (60.8%)	<0.0001
– Autre	4 (7.5%)	11 (21.6%)	0.041
Problème(s) lié(s) à la pratique sportive (familial, professionnel, physique, autre)	10 (18.9%)	22 (43.1%)	0.007
Prise de produits dopants (actuelle ou passée)	2 (3.8%)	0 (0%)	0.16
Pratique en compétition (actuelle ou passée)	28 (52.8%)	19 (37.3%)	0.11
Âge de début de la compétition (ans)	15.2 (10.6)	10.6 (4.17)	0.09
Effets recherchés dans la compétition			
– Performance	18 (34%)	9 (17.7%)	0.058
– Plaisir	19 (35.8%)	13 (25.5%)	0.25
– Reconnaissance	7 (13.2%)	4 (7.8%)	0.37
– Argent	1 (1.9%)	0 (0%)	0.32
– Dépassement de soi	20 (37.7%)	16 (31.4%)	0.49

m : moyenne ; n : effectif ; sd : écart-type ; TLU : troublé lié à l'usage de
NS : non significatif ; * : test non paramétrique

Par rapport aux patients du groupe SPA, les patients du groupe TCA avaient de façon significative ($p < 0,001$) une pratique sportive ayant entraîné davantage de répercussions (familiales, professionnelles, physiques). Cependant, les habitudes de pratique (encadrée ou non, individuelle ou collective) étaient similaires dans les deux groupes. Pour les patients du groupe TCA, les effets recherchés dans la pratique sportive étaient plus souvent « pro-santé », à la recherche d'un bien-être physique et/ou pour perdre du poids.

Les patients du groupe TCA rapportaient significativement plus souvent que leur trouble addictif était apparu avant le début de la pratique sportive ($p < 0,01$) (tableau 3) alors que les patients du groupe SPA estimaient plus fréquemment que leur trouble addictif était apparu après la pratique sportive ($p < 0,01$). Ils rapportaient plus souvent un lien entre leur pratique sportive et leur addiction que le groupe SPA (tableau 4). Ce lien était plus souvent perçu comme positif que négatif par les patients du groupe TCA.

Tableau 3. Chronologie d'apparition du trouble addictif par rapport à la pratique sportive

	Groupe SPA (n=53) m (sd) ou n (%)	Groupe TCA (n=51) m (sd) ou n (%)	p
Avant la pratique sportive	6 (11.3%)	18 (35.3%)	0.004
Pendant la pratique sportive	9 (17.0%)	11 (21.6%)	0.65
Après la pratique sportive	22 (41.5%)	9 (17.6%)	0.0017
Non interprétable (pas de réponse ou plusieurs réponses)	16 (30.2%)	13 (25.5%)	0.59
Délai d'apparition (années) *	5.5 (8,7)	2.2 (2,7)	0.196

m : moyenne ; n : effectif ; sd : écart-type ; TLU : troublé lié à l'usage

NS : non significatif ; * : test non paramétrique

Tableau 4. Influence de la pratique sportive sur le trouble addictif selon le patient

	Groupe SPA (n=53) m (sd) ou n (%)	Groupe TCA (n=51) m (sd) ou n (%)	p
Positive	19 (35.9%)	28 (54.9%)	0.05
Négative	0 (0%)	10 (19.6%)	
Pas d'influence	31 (58.5%)	13 (25.5%)	<0.0001
Absence de réponse	3	0	

m : moyenne ; n : effectif ; sd : écart-type ; TLU : troublé lié à l'usage

Enfin, concernant les types de sports pratiqués, les sports esthétiques (danse, gymnastique) étaient deux fois plus fréquents dans le groupe TCA (43 citations contre 20) ainsi que les sports d'endurance qui étaient presque 3 fois plus fréquents par rapport au groupe SPA (59 contre 23). En revanche, les sports collectifs étaient 5 fois plus fréquents dans le groupe SPA par rapport au groupe TCA (25 citations contre 6) ainsi que les sports à catégorie de poids (19 citations contre 6).

Discussion

Cohérence avec la revue de la littérature

Pratique sportive intensive : surreprésentation
chez les sujets souffrant de TCA

Au sujet des pratiques sportives, plusieurs résultats concordent avec les données de la littérature. Parmi eux, on retrouve une pratique sportive intensive élevée dans les deux groupes. La fréquence de la pratique sportive était similaire dans le groupe SPA avec les résultats de l'étude précédente (Lowenstein *et al.*, 2000) (respectivement 87,3 % et 86 %). Dans le groupe TCA, 100 % des patients avaient ou avaient eu une pratique sportive. Le taux de pratique sportive intensive était significativement plus élevé dans le groupe TCA (52,9 %) que dans le groupe SPA (28,6 %). Ce résultat semble cohérent étant donné la symptomatologie de la pathologie anorexique et boulimique fréquemment associée à l'hyperactivité physique. D'ailleurs, une étude récente (Rizk *et al.*, 2015) évaluait à environ 50 % l'hyperactivité physique associée à l'anorexie mentale. Le taux de pratique en compétition était légèrement moins important dans le groupe SPA que dans l'étude précédente (Lowenstein *et al.*, 2000) (52,8 % contre 54 %) et une grande partie des patients du groupe SPA sont devenus dépendants après la pratique sportive (41,5 % pour le groupe SPA et 56,4 % pour l'étude précédente (Lowenstein *et al.*, 2000)). On constate également que beaucoup de patients du groupe TCA présentaient des troubles avant la pratique sportive, résultat qui semble étonnant étant donné l'âge de début précoce de la pratique sportive, mais qui rejoint l'hypothèse que beaucoup de patients atteints de TCA pourraient se réfugier dans le sport pour entretenir et masquer leurs troubles alimentaires. Enfin, les sports esthétiques, où la minceur est valorisée, étaient fortement représentés dans le groupe TCA, comme cela avait été observé dans une autre étude (Rousselet *et al.*, 2016) qui évaluait les TCA chez les sportifs de haut niveau.

Pratique sportive intensive : influence du poids

Cependant, même si la plupart des résultats semblent cohérents avec les données de la littérature, d'autres sont plus inattendus. Ainsi, parmi les patients souffrant de TCA, seuls 60,78 % ont déclaré pratiquer une activité physique dans le but de perdre du poids, ce qui semble faible étant donné la pathologie. Ce résultat pourrait s'expliquer par le déni des troubles, ou une forme de rationalisation (justification des TCA en raison des exigences sportives, comme cela se voit fréquemment en cas d'anorexie athlétique, qui utilise des méthodes de contrôle pondéral dans le but d'améliorer une performance sportive (Sundgot-Borgen, 1993)). Enfin, les sports à catégorie de poids étaient plus représentés dans le groupe SPA que dans le groupe TCA. Une étude a indiqué que les sports à catégorie de poids étaient des facteurs de risque de développer un TCA (Sundgot-Borgen, 1993). Dans notre étude, le groupe TCA était constitué quasi exclusivement de femmes. Or certains sports à catégorie de poids sont plus pratiqués par des hommes (comme la boxe).

Biais observés

Cette étude présente un biais de sélection, car les patients inclus étaient hospitalisés dans un centre d'addictologie de niveau 3, et étaient donc plus susceptibles de présenter des comorbidités (psychiatriques, somatiques) et des troubles addictifs plus sévères que dans les autres centres d'addictologie. En effet, dans le groupe SPA, certains patients n'ont pas pu être inclus en raison de troubles cognitifs trop importants liés à l'usage de substances psychoactives (encéphalopathie hépatique, syndrome de Korsakoff, démence alcoolique). Il existe également un biais de mesure, car le recueil des données s'est fait par un auto-questionnaire, induisant une part de subjectivité. Certains patients ont pu sous-estimer ou surestimer l'intensité de leur pratique sportive, notamment les patients souffrant de TCA qui n'intégraient pas forcément l'hyperactivité physique comme une pratique sportive. Ainsi, les représentations de l'activité physique et de l'activité sportive pouvaient être différentes en fonction des deux populations de patients (plutôt sous-estimée pour les patients TCA à cause du déni de l'hyperactivité physique et plutôt surestimée pour certains patients SPA à cause d'un profil de personnalité passive dépendante même s'il ne s'agit que d'une hypothèse). Un biais de mémoire a pu aussi être rencontré, surtout dans le groupe SPA, chez des patients plus âgés, présentant des troubles cognitifs débutants liés à leur consommation, et qui pouvaient ne plus se souvenir de leur pratique sportive antérieure. De même dans le groupe TCA, les troubles cognitifs

liés à la dénutrition ont pu également entraîner un biais de mémoire. De plus, les deux groupes présentaient des caractéristiques socio-démographiques très différentes en termes d'âge et de sexe.

Enfin, cette étude présentait un biais de confusion, en raison des nombreux tests de comparaison réalisés, sans application d'un facteur de correction ou sans procéder à une analyse multivariée.

Perspectives

Le fait que le TCA précède le plus souvent la pratique sportive implique que les entraîneurs, les médecins du sport, mais aussi les médecins généralistes qui délivrent des certificats d'aptitude au sport, soient particulièrement vigilants quant à l'alimentation de leurs patients ou de leurs élèves, et s'assurent que la pratique sportive ne vienne pas justifier un TCA débutant, même s'il est difficile de l'évaluer étant donné le déni fréquent des troubles.

De même, le fait que 41,5 % des patients SPA aient développé une dépendance aux SPA dans les 5 ans suivant l'arrêt de la pratique sportive souligne l'importance d'un accompagnement chez les sportifs de haut niveau en fin de carrière, par la prolongation du suivi médical réglementaire ; et pour tous les sportifs en général, d'un réaménagement de leur mode de vie afin d'éviter qu'ils ne développent un trouble lié à l'usage de substance.

Enfin, plusieurs patients rapportaient un effet positif et protecteur de la pratique sportive, avec une diminution des consommations de SPA chez 35,9 % des patients SPA et une augmentation de la prise alimentaire chez 54,9 % des patients TCA. Ce résultat suggère que la pratique sportive pourrait en effet avoir un effet bénéfique sur la gestion des troubles addictifs et que l'activité physique pourrait être un outil de soins. En effet, plusieurs études ont été réalisées sur l'intérêt des activités physiques adaptées dans la prise en charge des addictions. Par exemple, chez les patientes souffrant de TCA, les activités physiques adaptées entraîneraient une amélioration de la condition physique permettant une diminution des douleurs, de l'ostéoporose, mais aussi de l'insomnie (Moscone *et al.*, 2013). Elles permettraient aussi d'augmenter la prise pondérale (Hausenblas *et al.*, 2008 ; Zunker *et al.*, 2011) et d'améliorer la symptomatologie dépressive (Szabo, 2002). Pour la prise en charge des sujets souffrant de troubles liés à l'usage de substance, les activités physiques adaptées permettraient une meilleure gestion du *craving* et une amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive, et favoriseraient la prise d'initiative et l'autonomie (Laplanche *et al.*, 2016).

Conclusion

Pour conclure, cette étude révèle une fréquence élevée de pratique sportive intensive dans une population de patients hospitalisés en addictologie, avec une fréquence significativement plus élevée chez les patients souffrant de TCA (52,9 %) par rapport aux patients souffrant de troubles liés à l'usage de substance (28,6 %). De plus, l'évaluation des critères secondaires concorde en grande partie avec les données de la littérature, et beaucoup révèlent des différences entre les patients SPA et TCA. Un travail de recherche effectué sur un échantillon plus important, avec un recrutement plus large, serait intéressant afin de vérifier si les résultats de cette étude peuvent être généralisés à l'ensemble des patients souffrant d'addiction. On pourrait aussi étudier la corrélation entre l'intensité de l'activité physique et la sévérité de l'addiction, et analyser le taux de pratique sportive intensive en fonction des différentes substances psychoactives. Le même type d'étude pourrait également être réalisé sur une population de sportifs de haut niveau afin d'appuyer sur l'intérêt du dépistage et de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire et de l'usage de substances psychoactives en milieu sportif.

Références bibliographiques

- Arvers, P., Choquet, M (2003). « Pratiques sportives et consommation d'alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites », *Annales de médecine interne*, 154, hors série 1, pp. 1S25-1S34.
- Beumont, P. J., Arthur, B., Russell, J. D., Touyz, S.W. (1994). « Excessive physical activity in dieting disorder patients: Proposals for a supervised exercise program », *International Journal of Eating Disorders*, 15, 21-36.
- Choquet, M, Bourdessol, H, Arvers, P, Guilbert, P, De Peretti, C. (2000). *Jeunes et pratique sportive*, Rapport Injep.
- Décamps, G. (2011). *Psychologie du sport et de la santé*. Bruxelles : De Boeck.
- Guagliardo, V., Peretti-Watel, P., Verger, P., Pruvost, J., Guibbert, L., Mignon, P., Obadia, Y. (2006). « Pratique sportive intensive et addictions : une enquête en région PACA », *Santé publique*, 18(3), 353-362.
- Hausenblas, H. A., Cook, B. J., Chittester, N. (2008). « Can exercise treat eating disorders? », *Exercise and Sport Science Reviews*, 36(1), 43-47.
- Hebebrand, J., Exner, C., Hebebrand, K., Holtkamp, C., Casper, R. C, Remschmidt, H. *et al.* (2003). « Hyperactivity in patients with anorexia nervosa and in semi starved rats: evidence for a pivotal role of hypoleptinemia », *Physiology & Behavior*, 79(1), 25-37.
- Laplanche, K. Roche, V. Seven, A (2016). « Addictions aux drogues : des bénéfices des Activités Physiques Adaptées », *Santélog*, en ligne : <https://www.santelog.com/actualites/addictions-aux-drogues-des-benefices-des-activites-physiques-adaptees>

- Lowenstein, W., Arvers, P., Gourarier, L., Porche, A. S., Cohen, J. M., Nordmann, F., Prevot, B., Carrier, C., Sanchez, M. (2000). « Physical and sports activities in the history of patients treated for addictions », *Annales de médecine interne*, 151 Suppl A (avril): A18-26.
- Moscone, A. L., Leconte, P., Le Scanff, C. (2013). *L'anorexie et l'activité physique, une relation ambiguë*. Laboratoire CIAMS, UFR STAPS, Université Paris-Sud.
- Prétagut, S., Guérineau, B. (2016). « De la prise de risques à l'addiction chez l'adolescent sportif », *Mt pédiatrie*, 19(2), 131-140. doi:10.1684/mtp.2016.0601
- Rizk, M., Lalanne, C., Berthoz, S., Kern L., EVHAN Group, Godart, N. (2015). « Problematic Exercise in Anorexia Nervosa: Testing Potential Risk Factors against Different Definitions », *PLoS One*, 10(11), e0143352.
- Rousselet M., Guérineau B., Paruit M.C, Guinot M., Lise S., Destrube B. *et al.* (2017). « Disordered eating in French high-level athletes: association with type of sport, doping behavior, and psychological features », *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 61-68. doi:10.1007/s40519-016-0342-0
- Sundgot-Borgen, J. (1993). « Prevalence of eating disorders in elite female athletes », *Int J Sport Nutr*, 3, 29-40.
- Szabo, C. P., Green, K. (2002). « Hospitalized anorexics and resistance training: Impact on body composition and psychological well-being. A preliminary study », *Eat Weight Disord*, 7, 293-297.
- Zunker, C., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A. (2011). « Exercise interventions for women with anorexia nervosa: a review of literature ». *Int J Eat Disor*, 44(7), 579-584.