

Sport et activité physique : enjeux et limites

CHAPITRE 11

Stéphane Prétagut

Introduction

Les activités physiques et sportives font partie intégrante de notre modèle éducatif, elles contribuent à l'épanouissement psychosocial de chacun. Elles ne sont pas dénuées d'effets sanitaires positifs et sont le plus souvent sources de plaisirs et d'émotions individuels et partagés.

Pour autant, elles présentent des aspects potentiellement délétères lorsqu'elles s'inscrivent dans l'excès, voire lorsqu'elles confinent à l'addiction.

Lorsque la maîtrise émotionnelle et corporelle vise la perfection, que l'enjeu soit de nature esthétique et/ou compétitive, certains comportements tendent à devenir inflexibles, voire exclusifs, et les espaces sportifs comme non sportifs de la vie psychique peuvent se trouver progressivement envahis, voire aliénés.

La plupart des études portant sur le risque lié au sport examinent la valeur accidentogène des différentes pratiques sportives. En revanche, les éventuels effets délétères de certaines pratiques sportives et du surentraînement sont encore peu connus. Leur exploration est particulièrement prioritaire chez le sujet jeune, plus sensible aux influences de l'environnement, plus vulnérable aux questions touchant l'image du corps et la construction de l'identité. Il importe de reconnaître rapidement les signes d'appel d'un trouble mental avéré ou d'une situation « à risque », de façon à proposer une orientation thérapeutique ou une prévention adaptées.

Les risques physiques

L'activité physique est un facteur stimulant pour l'adolescent, elle lui est profitable physiquement, psychologiquement et socialement. Elle doit donc être valorisée, à la condition qu'elle soit pratiquée raisonnablement.

L'adolescent pubère se voit doté de capacités physiques qui encouragent à la performance. Cependant, ce corps en croissance peut souffrir irréversiblement à la suite d'un surentraînement sportif qui peut s'apparenter, lorsqu'il est extrême, à une véritable « maltraitance physique ».

M.C. Paruit note, à propos de l'entraînement intensif chez l'enfant : « Les enfants sélectionnés savent-ils réellement ce que cela implique comme risques (blessure, fatigue) et comme mode de vie (séparation du milieu familial, absence de loisirs ou de temps libre, rigueur du programme d'entraînement couplé à la scolarité) ? Les risques de ces entraînements quotidiens ou pluriquotidiens ne sont plus à démontrer, tous les cadres fédéraux vous diront qu'il faut répéter les gestes techniques des milliers et des milliers de fois pour acquérir une maîtrise parfaite en compétition. Nous savons aussi que les carrières internationales sont brèves, qu'il faut sept à dix ans pour former un futur champion. L'entraînement intensif précoce devient inéluctable, mais il s'adresse à des organismes fragilisés par la croissance, chez des sujets loin de présenter la même vigilance et force psychologique que les adultes qui les entraînent » (Paruit, 1999).

Près de 20 à 25 % des fractures peuvent être imputés à un entraînement intensif (Mermet, 2001). Mais le sport n'est pas seulement à l'origine de traumatismes aigus, même si ce sont les plus fréquents. Les traumatismes chroniques (ostéocondroses, tendinites, troubles de croissance locale, etc.) sont en fait les problèmes les plus redoutables. Ces traumatismes aigus ou chroniques sont liés à l'effet de la pratique sportive intense sur la morphologie en évolution de l'adolescent. Mais parallèlement à ceux-ci, du fait de la fragilité psychologique et nutritionnelle de l'adolescent, on constate de nombreuses conséquences psychopathologiques à la pratique intensive du sport.

Les risques psychologiques

Actuellement, de nombreuses équipes tentent de préciser la psychopathologie liée aux pratiques sportives, et il ressort des dernières études que 15 à 20 % des sportifs inscrits en filière d'accès au haut niveau présenteraient une indication de suivi psychologique (Maurice-Tison et al., 2008).

Syndrome du « burn out » ou syndrome de surentraînement

Le syndrome de surentraînement, lié le plus souvent aux sports d'endurance, apparaît à partir de trois semaines d'entraînement excédant les besoins de récupération de l'organisme. Il associe une baisse durable des performances sportives, une fatigue chronique (physique et psychologique), une augmentation de fréquence des infections, une diminution des fonctions reproductives, des blessures et accidents à répétition, dont la classique fracture de fatigue qui signe le dépassement de la frontière entre l'extrême et l'excès. Le mécanisme est complexe, faisant intervenir des facteurs psychologiques, immunologiques et endocriniens.

Ce syndrome se définit donc comme une réponse psychophysiologique à un abus d'entraînement, il induit un certain nombre de symptômes anxieux et dépressifs qui peuvent se maintenir dans le temps : ralentissement, manque d'intérêt, sentiment de faible accomplissement personnel, faible estime de soi, baisse de la motivation, irritabilité, colère, ennui, baisse des résultats scolaires, perte ou prise de poids.

Syndrome de réussite par procuration

Pour certains enfants et adolescents, la pratique sportive répond à une demande parentale. Selon Meadow (1995), le syndrome de « réussite par procuration » serait une variante du syndrome de Münchhausen par procuration. Il s'agit de parents surinvestissant et surstimulant les talents et la réussite de leurs enfants dans des domaines variés (sport, musique, réussite académique, etc.) au point de conditionner l'amour parental à ces expériences de succès. Les encadrants sportifs peuvent

favoriser ces comportements, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une collaboration passive avec les parents.

Différents signaux d'alerte ont été décrits : *le pseudo-altruisme, l'instrumentalisation et la maltraitance*. Concernant *le pseudo-altruisme*, toute la vie familiale est subordonnée à la « carrière » de l'enfant prodige. Les parents peuvent aller jusqu'à déménager, changer de travail pour assurer leur fonction de coach vis-à-vis de leur enfant. Dans *l'instrumentalisation*, les parents ne font plus la différence entre leurs propres besoins de réalisation et de succès et ceux de leurs enfants. Ces derniers deviennent alors un moyen d'atteindre un objectif donné. Souvent, les parents mettent en avant l'indépendance (financière et affective) de leurs enfants, il s'agirait en fait d'une « pseudo-autonomie ». *La maltraitance* enfin peut correspondre à l'induction ou au renforcement de troubles du comportement alimentaire (injonctions répétées de perte de poids, etc.), à un entraînement forcé malgré des fractures, la maladie, une fatigue physique ou psychologique chronique, etc.

Les états névrotiques

Ils sont essentiellement représentés par les névroses d'échec. Les patients rencontrés multiplient les abandons et les échecs, ils se retrouvent dans la situation du « réussir presque » où gagner risque d'augmenter la culpabilité parce qu'il s'agit symboliquement de vaincre un rival de même sexe. La compétition semble réactiver ici le complexe œdipien. Parmi les bénéfices secondaires, on peut noter l'évitement de la castration, de la mort, l'évitement de la culpabilité liée à la destruction de l'autre, mais aussi l'évitement du jugement des autres qui pourraient abandonner le champion. Gagner deviendrait synonyme de solitude. « Réussir presque » protège donc d'un sentiment de solitude absolue qui renvoie aux situations archaïques de naissance et de mort, cela protège de se retrouver perdu dans l'inconnu du record, au-delà de ses limites.

Les états dépressifs

Il semble que les états dépressifs constitués soient relativement rares pendant la carrière des sportifs, ce qui ne préjuge pas de l'incidence de ce trouble dans l'après-carrière.

Les conduites dopantes

Le champion est devenu un exemple à suivre pour tous et se retrouve projeté dans cette nécessité de devoir mettre en scène, aux yeux de tous, cette image performante. Il doit pour cela toujours repousser les limites de l'exploit et ses propres limites, il doit gagner à tout prix.

Selon P. Laure (2000) : « Une conduite dopante se définit par la consommation d'un produit pour affronter ou surmonter un obstacle réel ou ressenti par l'usager ou par son entourage dans un but de performance. »

S'intéresser à la consommation dans un but de performance revient à s'intéresser à un comportement, c'est-à-dire à un individu, à une personne dans son environnement, et pas uniquement à un produit, à l'image de ce qui prévaut en matière de conduites addictives.

Le dopage est décrit par certains comme une nouvelle forme de toxicomanie spécifique aux sportifs, et qui constituerait à terme, pour certains sujets fragiles, une porte d'entrée vers l'addiction.

Les troubles du comportement alimentaire

L'exercice musculaire intense ainsi que la croissance représentent un coût énergétique important chez l'adolescent. L'état nutritionnel exige alors une vigilance particulière à cet âge de la vie, puisque c'est à cette période que s'installent les principaux troubles du comportement alimentaire.

De nombreuses études (Brownell et Rodin, 1992; Rousselet et al., 2017; Swoap et Murphy, 1995; Warren, Stanton et Blessing, 1990) ont souligné la prévalence des troubles du comportement alimentaire sub-cliniques chez les sportifs en comparaison avec les non-sportifs (32,9 % des sportifs en sport études ont des TCA sub-cliniques). Ils sont surreprésentés dans les sports pour lesquels la minceur joue un rôle important, que ce soit pour des raisons esthétiques ou de performance. Le terme d'*anorexia athletica* est alors utilisé pour désigner ces particularités du comportement alimentaire qui comprennent en général des stratégies de contrôle du poids (hyperactivité, vomissements, consommation de laxatifs et diurétiques) et des périodes de restriction alimentaire. Certains troubles tels que l'anorexie

inverse ou bigorexie sont même spécifiquement décrits pour les sports où il s'agit d'augmenter sa masse musculaire (bodybuilding, rugby...).

L'addiction à l'exercice physique

La satisfaction recherchée dans l'acte sportif est celle d'un dépassement des limites du corps à travers la performance psychomotrice. Elle aboutit à un état modifié de conscience où il s'agit de « s'éclater », de « se défoncer », état proche de celui retrouvé dans la toxicomanie.

Dans ces pratiques où l'on retrouvera des composantes comme la libération de tensions intérieures, la recherche de limites corporelles, le plaisir ritualisé de l'épreuve physique, la perte de contrôle, le temps consacré au détriment des activités sociales, familiales ou scolaires ou encore l'inscription effrénée dans des situations de plus en plus dangereuses, la parenté avec le modèle des addictions « sans drogue » devient de plus en plus évidente. Lorsque ces comportements deviennent une exigence devant l'objectif de performance et qu'ils s'inscrivent dans une maîtrise corporelle et émotionnelle toujours plus parfaite, qu'ils deviennent inflexibles, répétitifs, exclusifs, avec cette nécessité renouvelée de maîtrise de soi et de l'environnement, ils deviennent alors piégeants et signent la pathologie. Le plaisir à découvrir de nouvelles possibilités cénesthésiques et psychomotrices, se retrouve progressivement remplacé par une contrainte, et le désir par un besoin d'éprouver son corps en mouvement, comme pour se prouver qu'on existe.

Par ailleurs, le contrôle du corps que l'on retrouve également chez de nombreuses anorexiques et qui accompagne l'entraînement sportif peut également conduire à une restriction des affects sur le mode d'un fonctionnement opératoire, alexithymique, comportant une dimension autoérotique (Michel et Mouren-Simeoni, 2003).

D'autres auteurs ont pu rapprocher la pratique intensive du jogging avec les comportements boulimiques : Chan (1986) note que ces épreuves physiques s'inscrivent dans une dynamique de la dépense, avec augmentation de la tolérance à la souffrance, le sujet devenant dépendant d'une excitation physique, musculaire qu'il auto-entretient dans la croyance que l'activité sportive est bénéfique pour sa santé.

Des symptômes de sevrage sont classiquement décrits par les sportifs privés de leur activité (soit à la suite d'une blessure ou lors d'une période de vacances) pendant plus de 36 heures : au-delà d'une fatigue générale, on peut retrouver une tension interne croissante les rendant nerveux et maussades, agités, irritables, insomniaques. De véritables symptômes anxieux et dépressifs peuvent alors se manifester : baisse de l'estime de soi, impatience, perte d'appétit, altération du fonctionnement social, appauvrissement des autres intérêts, baisse de la productivité dans le travail. Cette symptomatologie s'amende et les patients expriment un soulagement à la reprise d'activité.

Ainsi le sportif peut, dans certaines conditions, se retrouver subordonné à ses activités physiques. Cette modalité de fonctionnement physique et psychique est le plus souvent opérante dans le contexte de la société sportive. Hors ce champ, elle est inadaptée et traduit une souffrance dans la croissance psychique du sujet, et c'est souvent au décours de sa carrière qu'il s'expose au vide, celui de sa vie qui n'est plus articulée autour de ses entraînements, des stades, des compétitions, des relations avec ses condisciples, celui du manque physique et psychique.

Risques à long terme

Rares sont les études qui s'intéressent aux sportifs de haut niveau après leur retraite. C'est pourtant à l'arrêt de la compétition que les risques nous semblent les plus grands sur le plan psychique.

En effet les situations psychopathologiques que nous avons décrites jusqu'alors s'expriment peu pendant la carrière des sportifs ou sont tout au moins bien tolérées par la société sportive et par les sportifs eux-mêmes. Elles ne sont que rarement l'occasion d'une plainte ou d'une demande de consultation. Elles peuvent même passer inaperçues, voire être encouragée par l'entourage tant que les résultats suivent. Elles peuvent d'ailleurs aboutir au tableau du personnage « normopathe hypernormal » décrit par J. Mac Dougall, hyperconforme à ses conditions de vie, apparemment simples et sans complications. Ainsi, certains sportifs feront preuve d'une « trop belle adaptation » au cadre technoscientifique, au point d'en

devenir dépendants, avec rigidification de leurs mécanismes de défenses.

W. Lowenstein (2000) a montré, dans une enquête rétrospective portant sur les antécédents d'activité physique et sportive chez les personnes suivies pour addictions (toxicomanie ou alcoolisme), qu'une proportion importante des sujets incluse (117 personnes sur un échantillon de 1 111, soit 10,5 % de l'échantillon) a déclaré avoir pratiqué un sport au niveau national ou international. Cette proportion a été confirmée récemment par M. Fron (2018). Ainsi, la psychopathologie sportive est sans doute sous-évaluée à l'heure actuelle, car ne sont pas prises en compte les évolutions pathologiques des sportifs de haut niveau après leur cessation d'activité. Le risque de glissement vers d'autres objets addictifs existe, de même que l'évolution vers la dépression, notamment lorsque le travail de séparation et de deuil ne peut se réaliser dans de bonnes conditions.

Ainsi, certains sportifs de haut niveau, dont l'histoire révèle parfois un dysfonctionnement précoce de la relation mère-enfant, et pour lesquels l'investissement sportif a représenté une façon de combler leur faille narcissique, seront exposés à ce type de dépression, dès lors qu'ils seront mis à l'écart de leur carrière d'élite. Le risque est grand qu'ils tentent alors de remplacer l'objet sportif par d'autres objets addictifs.

Conclusion

Notre société véhicule des représentations idéalisées de l'objet « sport », qui doit la représenter dans le défi de la vie contre la mort et illustrer la toute-puissance des créations humaines.

Le sportif est ainsi projeté dans cette nécessité de devoir mettre en scène, aux yeux de tous, cette image performante. Il doit pour cela toujours repousser les limites de l'exploit et ses propres limites, et se trouve assisté dans son projet par une organisation technoscientifique dont il devient dépendant.

Le cadre sportif, avec ses différents systèmes pare-excitants, peut alors représenter à ses yeux une solution pour contenir les nombreuses tensions qu'il rencontre à l'adolescence.

L'entrée en compétition exige une maîtrise tant gestuelle que corporelle ou encore émotionnelle,

et sera un terrain privilégié d'expérimentation de la prise de risques. Mais le sportif sait-il à quels risques il s'expose ?

Nous avons vu qu'au-delà des risques somatiques, la pratique sportive de haut niveau était très exigeante sur le plan psychologique. Aussi, elle ne semble pas supporter la défaillance de ses acteurs, qu'il s'agisse de l'entourage du sportif ou du sportif lui-même.

Références

- Brownell, K. D., & Rodin, J. (1992). Prevalence of eating disorders in athletes. In K. D. Brownell, J. Rodin, & J. H. Willmore (Eds.), *Eating, Body Weight, and Performance in Athletes : Disorders of Modern Society*, Lea and Febiger (pp. 128–145).
- Chan, C. (1986). *Addicted to exercise*. In *Encyclopaedia Britannica Medical and Health Annual* (pp. 429–432).
- Fron, M. (2018). Sport, drogue, dopage : quels liens, quels risques, quelles actions ? *Revue du praticien*, 68.
- Laure, P. (2000). *Dopage et société*. Ellipses.
- Lowenstein, W. (2000). Activités physiques et sportives dans les antécédents des personnes prises en charge pour addiction. *Annales de Médecine Interne*, 151(Suppl A), A60–A64.
- Maurice-Tison, S., et al. (2008). *Étude CAPS des bilans psychologiques des sportifs : six années d'utilisation de GEEMS*. septembre.
- Meadow, R. (1995). What is and what is not, "Münchhausen syndrome by proxy"? *Archives of Disease in Childhood*, 72, 534–538.
- Mermet, G. (2001). *Francoscopie 2001. Comment vivent les Français?*. Larousse.
- Michel, G., & Mouren-Simeoni, M. C. (2003). L'addiction au risque : une nouvelle forme de dépendance chez les jeunes ? *Alcoologie et addictologie*, 25, 7–15.
- Paruit, M. C., et al. (1999). Risque de blessure et limites de l'entraînement. *Cinésiologie*, 188, 212.
- Rousselet, M., 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.
- Swoap, R. A., & Murphy, S. M. (1995). Eating disorders and weight management in athletes. In S. M. Murphy (Ed.), *Psychological Interventions in Sport* (pp. 307–329). Human Kinetics Publishers.
- Warren, B. J., Stanton, A. L., & Blessing, D. L. (1990). Disordered eating patterns in competitive female athletes. *The International Journal of Eating Disorders*, 9, 565–569.

