

AVEC LE SOUTIEN DE
LA DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA SANTÉ

28^{es}

Rencontres
professionnelles
du RESPADD



ACTIVITÉ PHYSIQUE, SPORT ET ADDICTIONS

27 et 28 mai 2024 Paris

Espace du Centenaire | 189 rue de Bercy | 75012 Paris

www.respodd.org



LUNDI 27 MAI

9h00 ACCUEIL

9h30 – 10h00 OUVERTURE des 28^{es} Rencontres du RESPADD

Président de séance : Pr Amine Benyamina, président du RESPADD

- Anne-Claire Boux, adjointe à la Maire de Paris en charge de la santé publique, des relations avec l'AP-HP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et la réduction des risques
- Luc Ginot, directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France
- Pr Amine Benyamina, président du RESPADD
- Nicolas Prisse, président de la MILDECA

10h00 – 12h00

TABLE RONDE

ACTIVITÉ PHYSIQUE, RÉTABLISSEMENT ET REMÉDIATION COGNITIVE

Organisée en partenariat avec la Clinique de jour Tolbiac, Paris

Discutant : Gonzague De Larocque-Latour, Clinique de jour Tolbiac, Paris

Activité physique et sevrage tabagique

- Gérard Peiffer, CHR Metz-Thionville
- Salima Deramchi, Mairie de Paris

Environnement enrichi (EE) et traitement de l'addiction : focus sur l'activité physique

- Alice Lefebvre, Clinique de jour Tolbiac, Paris
- Clément Blanchard, Clinique des Épinettes, Paris

Surf thérapie en addictologie

- Stéphane Billard, Clinique de l'Odet, Quimper

12h00 – 13h45

Pause-déjeuner : buffet offert

13h45 – 14h00

OUVERTURE

Président de séance : Nicolas Bonnet, RESPADD

14h00 – 16h00

TABLE RONDE

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET ADDICTIONS : S'ADAPTER OU ADAPTER ?

Discutant : Nicolas Cabé, CHU de Caen

Les neurosciences comme outil d'adaptation de l'activité physique

- Nicolas Cabé, CHU de Caen



Adapter l'activité physique en s'appuyant sur l'anticipation et la perception de l'effort et du plaisir

➤ Damien Brevers, *Université catholique de Louvain, Belgique*

Barrières et limites à l'activité physique

➤ Aude Barraud, *CHU de Caen*

Personnalisation du parcours de l'activité physique adaptée en hôpital de jour en addictologie

➤ Julien Cabé, *CHU de Clermont-Ferrand*

16h00 – 16h15 Pause

16h15 – 17h00

PLÉNIÈRE

LA BIGOREXIE

Discutant : Michaël Bisch, centre psychothérapique de Nancy, Laxou

➤ Pr Laurent Karila, *Hôpital Paul-Brousse, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Villejuif*

MARDI 28 MAI

8h30 ACCUEIL

9h00 – 9h15 **OUVERTURE**

Présidente de séance : Marianne Hochet, RESPADD

9h15 – 10h45

TABLE RONDE

SPORT ADAPTÉ ET ADDICTIONS :

INTÉRÊT DE LA TRANSVERSALITÉ ET DE LA MIXITÉ

Organisée en partenariat avec l'association Caminante

Discutante : Daisy Peczek, association Caminante

➤ Cathy Peynoche, *Association Caminante, Saint-Martin de Seignanx*

➤ Jeanine Lafargue, Irène Durou, *Groupe d'entraide mutuelle Association Caminante*

➤ Guilhem Sainte Cluque, Jérôme Sahouret, *CSAPA résidentiel Broquedis, Saint-Martin de Seignanx*

10h45 – 11h15 Pause-café

11h15 – 11h45

L'activité physique adaptée en santé mentale

Discutant : Gonzague De Laroque, Clinique de jour Tolbiac, Paris

➤ Catherine Bellamy-Fayollet, *Gujan-Mestras*

- 11h45 – 13h00** | **TABLE RONDE**
LE SPORT FACE AUX LOBBYS
Discutante : Marianne Hochet, RESPADD
Alcool, paris sportifs : la faiblesse des politiques face au marketing
 > Myriam Savy, *Addictions France*
La recherche peut-elle être financée par l'industrie des jeux de hasard et d'argent ?
 > Christian Ben Lakhdar, *Université de Lille*
- 13h00 – 14h00** | *Pause-déjeuner : buffet offert*
- 14h00** | *Président de séance : Pr Georges Brousse, CHU de Clermont-Ferrand*
- 14h00 – 14h45** | **Se libérer de l'addiction**
Discutant : Pr Georges Brousse, CHU de Clermont-Ferrand
 > Pr Patrick Bordeaux, *Université de Laval, Québec, Canada*
- 14h45 – 16h15** | **TABLE RONDE**
CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR LES ADDICTIONS EN MILIEU SPORTIF
Organisée en partenariat avec le PAMS, Clermont-Ferrand
Discutante : Christelle Garnier, Centre Hospitalier de l'Estran, Pontorson
Les sportifs : tous addicts ?
 > Michaël Bisch, *centre psychothérapeutique de Laxou, Nancy*
 et Carole Boyer, *PAMS, CHU de Clermont-Ferrand*
Présentation du premier programme de prévention des addictions en milieu sportif
 > Alison Judet, Amaël Seddeki, *PAMS, CHU de Clermont-Ferrand*
Mettre en place des actions de prévention : outils et retours d'expérience
 > Florian Roselli, *ligue Auvergne Rhône-Alpes de rugby*,
 et Carole Boyer, *PAMS, CHU de Clermont-Ferrand*
- 16h15** **CONCLUSION**
 > Julien Cabé, *CHU de Clermont-Ferrand*



Table des matières

LUNDI 27 MAI	6
OUVERTURE DES 28^{es} RENCONTRES DU RESPADD	6
TABLE RONDE : ACTIVITÉ PHYSIQUE, RÉTABLISSEMENT ET REMÉDIATION COGNITIVE.....	9
Activité physique et sevrage tabagique	11
Environnement enrichi (EE) et traitement de l’addiction — focus sur l’activité physique	13
Surf thérapie en addictologie	15
OUVERTURE	17
TABLE RONDE : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET ADDICTIONS — S’ADAPTER OU ADAPTER ?	17
Les neurosciences comme outil d’adaptation de l’activité physique	18
Adapter l’activité physique en s’appuyant sur l’anticipation et la perception de l’effort et du plaisir	21
Barrières et limites à l’activité physique	23
Personnalisation du parcours de l’activité physique adaptée en hôpital de jour en addictologie.....	25
PLÉNIÈRE : LA BIGOREXIE	27
MARDI 28 MAI	32
OUVERTURE	32
TABLE RONDE : SPORT ADAPTÉ ET ADDICTIONS — INTÉRÊT DE LA TRANSVERSALITÉ ET DE LA MIXITÉ	33
L’activité physique adaptée en santé mentale.....	40
TABLE RONDE : LE SPORT FACE AUX LOBBYS.....	45
Alcool, paris sportifs : la faiblesse des politiques face au marketing.....	45
La recherche peut-elle être financée par l’industrie des jeux de hasard et d’argent ?	47
Se libérer de l’addiction.....	49
TABLE RONDE : CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR LES ADDICTIONS EN MILIEU SPORTIF	51
Les sports — tous addicts ?	52
Présentation du premier programme de prévention des addictions en milieu sportif	53
Mettre en place des actions de prévention — outils et retours d’expérience	55
CONCLUSION	57

LUNDI 27 MAI

OUVERTURE DES 28^{ES} RENCONTRES DU RESPADD

- **Président de séance : Pr Amine Benyamina, président du RESPADD**
- **Anne-Claire Boux, adjointe à la Maire de Paris en charge de la santé publique, des relations avec l'AP-HP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et la réduction des risques**

Amine Benyamina, Président du RESPADD, souhaite la bienvenue aux participants.

Les rencontres annuelles sont les moments les plus importants de l'année pour l'association. Elles permettent de traiter une certaine thématique tout en partageant un moment convivial. Le thème choisi pour cette édition est le sport et les addictions. Son importance est d'autant plus marquée par l'éclairage des événements organisés dans un mois à Paris qui mobiliseront les professionnels ainsi que l'ensemble de la société.

Il remercie également les équipes du RESPADD qui travaillent sur l'ensemble des interventions. Ce travail comprend à la fois une partie liée à l'enseignement et une autre liée à la communication. En outre, il profite de son intervention afin de remercier particulièrement Nicolas Bonnet pour son efficacité, son travail et sa discrétion.

Le RESPADD est présent à Paris, mais également dans toutes les régions à la fois en métropole, mais aussi dans les DOM-TOM. L'association ne se limite pas au thème du tabac. Elle est effectivement l'héritière du réseau « *Hôpital sans tabac* », mais intervient sur l'ensemble des addictions.

Il excuse également auprès de l'audience l'absence de Anne-Claire Boux qui n'a pas pu être présente ce jour. Elle a néanmoins adressé un message à l'association afin de signifier qu'il était compliqué pour elle de se libérer. L'intervenant fait part de son plaisir à recevoir des collègues qui seront amenés à animer des tables rondes de qualité. L'ensemble des régions sont plus ou moins représentées, notamment l'Auvergne, Grand Est, etc. Certaines actions comme le PAMS ont pris de l'avance sur les sujets traités et partageront avec l'assemblée leur expérience. Des expériences de *sports therapy* seront également présentées. Amine Benyamina remercie par ailleurs l'ensemble des associations avec lesquelles le RESPADD travaille régulièrement.

En outre, il est intéressant pour le RESPADD d'évoquer la recherche qui est très présente au niveau du réseau avec un travail mené sur des appels à projets et des candidatures. Les résultats permettent ainsi de corriger certains programmes proposés.

- **Nicolas Prisse, président de la MILDECA**

Nicolas Prisse, Président de la MILDECA, convient que l'actualité de l'année 2024 imposait le thème de ce colloque. Cette programmation est heureuse, car ce thème n'a jamais été traité durant deux journées entières, ce qui permettra de décortiquer les liens entre les conduites addictives, les addictions, l'activité physique et le sport.

La MILDECA a essayé de travailler sur ce sujet avec un organisme se nommant l'ONAPS, situé à Clermont-Ferrand, et qui a été sollicité deux ans auparavant. L'objectif était de démarrer une étude sur le lien complexe entre l'activité physique et les addictions puis procéder à la rédaction d'un mémento sur les expériences les plus pertinentes en matière de prévention primaire des addictions par l'activité physique ou le sport. La littérature sur ces sujets n'est pas riche. Un certain nombre de

données sont publiées, mais les résultats ne sont pas univoques. Certaines données sont probantes et démontrent, notamment en ce qui concerne le tabagisme, que les pratiques sportives sont efficaces pour limiter le risque de commencer à consommer ou de poursuivre une consommation. Cependant, d'autres résultats affirment que certaines pratiques, notamment de sports collectifs, auraient tendance à augmenter ou à amorcer des consommations d'alcool problématiques. Il n'est donc pas facile de poser un œil univoque sur cette littérature même si elle doit constituer la base des réflexions portant sur la relation complexe entre le sport et l'addiction.

En tout état de cause, l'activité physique et sportive, de manière générale, reste un facteur favorable à la santé, en particulier chez les jeunes. La pratique est utile pour réduire un certain nombre de facteurs de risques, pour entrer dans des trajectoires de santé positive, pour créer du lien social et pour sa dimension éducative. Il est même possible d'affirmer que les personnes cherchant un bénéfice dans l'usage de substances psychoactives peuvent trouver, dans la pratique sportive, des effets similaires. En outre, si la pratique sportive entraîne un renforcement de la conduite addictive, des changements sont nécessaires au niveau de la formation de certains encadrants, dans certaines pratiques éducatives, festives et compétitives avant ou après le sport.

À la lumière des travaux de l'ONAPS, les projets de prévention des conduites addictives dans le milieu sportif ont une efficacité avérée. Il est possible de retrouver une certaine cohérence entre les valeurs portées par le sport et la façon dont l'activité physique peut créer un environnement protecteur pour les consommations de drogue et en premier lieu le tabac et l'alcool. Un certain nombre d'exemples seront cités ce jour. Par exemple, celui de l'IREPS de Bourgogne Franche-Comté qui a développé un programme de formation au développement des compétences psychosociales à destination des éducateurs sportifs. Le projet PAMS porte également ce type d'objectifs et sera présenté par le CHU de Clermont-Ferrand. Du reste, ces projets démontrent que, à l'instar des milieux scolaires, le renforcement de ces compétences fondamentales qu'est la confiance en soi, la capacité à gérer son stress, à réguler ses émotions et à développer des relations constructives ne peuvent qu'être favorables à l'épanouissement des jeunes sportifs, à la limitation des conduites à risque, de la violence dans le sport ainsi qu'à l'obtention de bons résultats en compétition. Toujours identifiés par l'ONAPS, d'autres projets visent à développer des démarches de club sportif sans substance, ce qui est, par exemple, l'objet du programme INSPIRE piloté par le comité départemental olympique de Meurthe-et-Moselle ou encore de la démarche label Pur Sport 79 piloté par la Préfecture et le service jeunesse et sport des Deux-Sèvres. Leurs objectifs sont de débanaliser la consommation d'alcool dans les clubs sportifs du département.

La MILDECA a également élaboré, en lien avec la Direction des sports, une fiche d'information synthétique à l'usage des fédérations sportives afin de limiter l'usage de la cocaïne dans le milieu sportif. En effet, cet usage se développe, comme dans l'ensemble de la société, lors des rassemblements festifs à l'issue des compétitions. Certaines fédérations sont très inquiètes par cette situation et les risques sont malheureusement mal connus. Un accent particulier sera donc effectué sur les produits psychostimulants en marge de la pratique sportive.

En ce qui concerne la place de l'activité physique dans la prise en charge thérapeutique, de nombreuses structures de soin développent des programmes d'activité physique. Le retour d'expérience de l'ONAPS fait encore état de résultats très prometteurs avec une diminution des consommations et des prises médicamenteuses, une amélioration de la condition physique, des bénéfices sur la santé mentale et le lien social ainsi que le développement d'une dynamique plus active et participative dans le parcours de soin et la vie quotidienne des personnes prises en charge. Toutefois, il reste nécessaire d'atteindre de plus grandes échelles et de lancer de véritables évaluations pour mieux appréhender la manière dont l'activité physique doit être intégrée dans le parcours de soin

des personnes qui présentent des addictions. Partager sur les expériences de chacun en la matière permettra de déterminer les voies à explorer dans ce domaine.

Il est nécessaire de rappeler que la législation engage le secteur médico-social, en addictologie, à généraliser cette prise en charge. En effet, la loi du 2 mars 2022, visant à démocratiser le sport en France, prévoit que chaque structure médico-sociale doit disposer d'un référent sport.

Enfin, une autre facette des relations entre le sport et les addictions est la stratégie commerciale des alcooliers et des opérateurs de jeux qui multiplient les démarches agressives, bien souvent efficaces, pour toucher un public principalement vulnérable, pour favoriser la consommation d'alcool et pour favoriser les paris sportifs. Lors de la coupe du monde de football au Qatar, les Français ont misé 600 000 millions d'euros. Les publicités sont essentiellement dirigées vers des hommes jeunes, issus des quartiers populaires. Dans cette lignée, les perspectives pour l'Euro de foot sont vertigineuses en matière de pari en France. Elles sont plus modestes en ce qui concerne les Jeux olympiques. Ces facteurs créent un lien entre le spectacle sportif et les addictions, qu'il soit mondial ou local. Ce dernier génère également des débordements et des violences dues aux consommations d'alcool. Pour cette raison, la MILDECA, comme elle a pu le faire avec la métropole de Toulouse au moment de la coupe de monde de Rugby, s'est engagée avec la ville de Paris à limiter la consommation d'alcool autour des enceintes sportives et sur la voie publique.

➤ **Luc Ginot, directeur de la santé publique, ARS Île-de-France**

Luc Ginot, directeur de la santé publique, ARS Île-de-France, remercie le RESPADD pour son invitation. En préambule, il souligne que la politique publique sur ce sujet est relativement incertaine, fragmentée et cloisonnée. Elle n'a donc pas forcément créé les effets de croisements, du moins au même niveau que les associations intervenantes.

Le programme de ce colloque frappe par son paradoxe. Il aborde deux sujets brûlants de l'actualité : le sport et la prise en charge des addictions. La confrontation entre ces deux thématiques a souvent été caricaturale. Nicolas Prisse a proposé d'en sortir avec des données probantes et le programme de ce colloque confirme cette direction.

Luc Ginot propose de se saisir de ce thème afin de partager certaines interrogations. En effet, l'agence se trouve confrontée à la nécessité de réconcilier les différentes approches : le soin, la prise en charge des personnes et la réduction des risques. Elle doit également valoriser les points communs entre les différentes addictions. Par conséquent, introduire l'activité sportive et le sport dans la mise en place des différents modes d'approche présente un double intérêt. D'une part, elle permet de renforcer la panoplie des outils faisant passerelle entre les approches de réduction des risques de prise en charge et elle centre la démarche sur la mobilisation des ressources de la personne, de l'utilisateur, du patient au moment où des voix s'élèvent pour vanter la coercition et la contrainte dans la prise en charge des addictions. Démontrer l'efficacité de la mobilisation des personnes par l'activité physique en l'occurrence est un appui politique majeur qui compte beaucoup.

L'Agence réaffirme également son soutien à une approche holistique des addictions : les addictions du quotidien, l'alcool, le tabac, la lutte contre les effets du crack et la réduction des risques dans le dispositif hospitalier de sevrage.

De plus, l'activité physique adaptée est également un enjeu majeur. Très souvent, l'activité physique adaptée est abordée avec une vision réductrice. Elle est envisagée comme un traitement secondaire des pathologies chroniques réservées à quelques pathologies cardiovasculaires, diabétiques ou autres. L'enjeu de l'agence est donc d'élargir cette approche dans deux directions. D'abord en se questionnant

sur l'adaptation, il ne s'agit pas uniquement de prévention secondaire. Il s'agit d'une activité physique qui prend en compte la diversité du cadre social, des contraintes auxquelles les gens sont confrontés. Mais, il s'agit également d'une activité physique adaptée qui s'élargit dans les pathologies qu'elle prend en charge en particulier, qui est capable de répondre en prévention primaire et en prévention de prise en charge aux pathologies de santé mentale et aux addictions.

Dans cette perspective, les maisons sport santé doivent être mieux armées pour accueillir les patients. L'Agence a donc demandé à l'ensemble des maisons de sport santé d'Île-de-France de mieux définir leur programme en direction de populations plus fragiles, mais également de pathologies plus rares.

Afin de conclure, l'intervenant remarque que le sport est souvent identifié comme une valeur magique qui serait à la fois exutoire et thérapeutique. Or, la situation est beaucoup plus complexe et si cette complexité n'est pas correctement abordée, le risque est de mal prévenir les conduites addictives, de ne pas tenir compte de l'expérience développée, mais également d'en créer certaines. L'agence attend beaucoup des travaux de l'ensemble des intervenants dans les années à venir. Ils sont indispensables, car le partenariat entre l'agence et les clubs sportifs sera travaillé avec plus d'énergie. Sans aucun doute, la prise en charge des addictions, comme la prise en charge des personnes les plus vulnérables, est révélatrice de la qualité et de la diversité des réponses que le système de soin peut développer. Ces sujets sont donc, d'une certaine façon, la porte d'entrée d'une amélioration de la position de la santé publique dans le dispositif de soin régional.

L'agence pourra s'appuyer sur l'ensemble des travaux menés par les acteurs de colloque afin de contrevenir à un fonctionnement en silo qui est parfois trop prononcé au sein de l'agence.

TABLE RONDE : ACTIVITÉ PHYSIQUE, RÉTABLISSEMENT ET REMÉDIATION COGNITIVE

Organisée en partenariat avec la Clinique de jour Tolbiac, Paris

Discutant :

➤ **Gonzague De Larocque-Latour, Clinique de jour Tolbiac, Paris**

Gonzague De Larocque-Latour souhaite rebaptiser cette table ronde « *human park* » en référence au « *rats park* ». Ce terme a été créé à la suite d'une série d'études sur la toxicomanie menées à la fin des années 70 par le psychologue Bruce K. Alexander. Dans les années 70, l'idéologie dominante en addiction est que le produit crée l'addiction. À cette époque, les produits phares sont les opiacés. Afin de prouver cette idée, les scientifiques réalisent des expérimentations sur le rat et fabriquent des cages adaptées. Elles comprennent un distributeur d'eau et un distributeur de morphine avec du sucre. Or, les rats consomment de plus en plus de morphine avec du sucre et font généralement une overdose. À cette époque, ce résultat prouvait que la morphine était un produit extrêmement addictif.

Cependant, Bruce K. Alexander se demande si cette facilité à créer l'addiction ne serait pas provoquée par la cage. Il créera donc un « *rats park* » qui est une cage de trois mètres sur trois mètres comprenant des nids, des roues, de la terre. Il y dispose également les mêmes distributeurs d'eau et de morphine. Or, presque aucun rat ne consomme de morphine. Les rats dépendants qui sont libérés dans le « *rats park* » se désintéressent de la morphine.

En conséquence, ces premières expériences sur l'abandon du comportement addictif du fait de la complexité de l'environnement vont ouvrir un ensemble de champs d'études sur l'environnement enrichi : le EE. Pour l'humain, un environnement enrichi correspond à un environnement complexe,

riche en stimulations cognitives, sensorielles, physiques, combiné à un engagement social dans un contexte émotionnellement positif.

À l'origine, ces enquêtes de Bruce K. Alexander n'ont pas rencontré un succès important. Toutefois, elles sont de plus en plus évoquées depuis une quinzaine d'années, car elles viennent se confronter aux deux révolutions fondamentales traversant la science, la médecine et la biologie, c'est-à-dire la révolution de la plasticité épigénétique et la révolution de la plasticité neuronale.

En ce qui concerne la plasticité épigénétique, il est déterminé à présent que l'ensemble du génome est amené à moduler le génome codant et, en fonction de l'environnement, les gènes sont amenés à se moduler. L'exemple le plus connu à ce sujet est le cas des abeilles. Les abeilles nourries par de la gelée royale deviendront des reines et les autres seront des abeilles ouvrières.

Dans ce sens, Joël de Rosnay affirme dans son ouvrage « *La symphonie du vivant* » que l'ADN peut être influencé par l'environnement personnel, la nourriture, l'exercice physique, la vie sociale et amoureuse, l'entourage, le lieu de vie, le rapport au stress. Le défi est donc de produire des programmes thérapeutiques de maintenance de la santé en vue de manager les corps. Chaque individu est donc capable de faire quelque chose pour soi en adaptant son mode de vie. Du reste, Joël de Rosnay est l'un des précurseurs du surf en France et utilise la surf thérapie. Les acteurs de cette table ronde sont donc particulièrement heureux d'accueillir Stéphane Billard, docteur dans le service d'addictologie de l'établissement de santé mentale du Finistère sud et qui utilise la surf thérapie à Quimper.

La seconde révolution touche la neuroplasticité. Depuis quinze ans, il est avéré que les cellules se multiplient. En fonction de l'expérience vécue, les neurones se prolongent, se complexifient et permettent d'apprendre de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences. Au demeurant, de plus en plus d'articles se réfèrent à la neuroplasticité dans l'addiction et se posent la question de savoir si l'addiction ne serait pas une pathologie de la plasticité neuronale. Un autre pan de la littérature scientifique explique que l'activité physique permet de sécréter des substances neurotrophiques, notamment le BDNF, cassant les filets périneuronaux et relançant la dynamique neuronale. Il semblerait donc que l'activité physique serve d'engrais aux neurones. Ces découvertes ouvrent un champ large de traitement non médicamenteux par exposition à l'environnement enrichi. Sur ce sujet, il est aussi possible de citer l'ouvrage de Patrick Bordeaux et George Koob, « *Se libérer de l'addiction, en reprogrammant son cerveau* ».

Utiliser l'exposition à un environnement enrichi est précisément l'expérience menée à la clinique de jour de Tolbiac. Ainsi, Alice Lefebvre, psychomotricienne, et Clément Blanchard, enseignant en activité physique adaptée, vont nous raconter cette expérience en mettant l'accent sur l'activité physique.

Les expériences de surf thérapie et d'exposition à un environnement enrichi concernent toutes les addictions même si la majorité d'entre elles sont liées à l'alcool dans un milieu professionnalisé. De plus, ces milieux enrichis se rapprochent de plus en plus des habitats avec l'ouverture de nombreuses maisons Sport et Santé. Sur ce sujet, le docteur Salima Deramchi, chef de pôle du service promotion de la santé et prévention des risques de la direction de la santé publique à la mairie de Paris, expliquera le principe d'une recherche-action qui sera bientôt menée sur l'utilisation de l'activité physique dans le cadre du sevrage tabagique.

Pour autant, les données ne sont pas évidentes. Le rapport de l'ONAPS expose des données concernant essentiellement le tabac et l'activité physique. Par exemple, Gérard Peiffer, pneumologue et tabacologue au CRH de Metz, a coécrit en 2015 et 2016 deux revues sur l'activité physique et la prise en charge du tabac : la première concerne l'efficacité de l'activité physique dans l'aide à l'arrêt du

tabac et la seconde traite de l'effet de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le *craving* à l'arrêt du tabac.

Intervenants :

Activité physique et sevrage tabagique

➤ **Gérard Peiffer, CHR Metz-Thionville**

Gérard Peiffer rappelle que le tabagisme est une addiction forte qui tue 50 % de ses consommateurs et le sevrage tabagique est recommandé avant 40 ans. De plus, les aides au sevrage, avec des recommandations fournies par la HAS en 2014, sont en cours de révision et donneront lieu à une publication en 2024 ou en 2025.

Dans ce domaine, l'activité physique est un facteur qui augmentera les dépenses énergétiques et l'exercice physique est un sous-ensemble plus structuré. Dès 2006, l'activité physique était déjà recommandée chez les fumeurs et De Ruiter écrivait déjà à cette époque que ses avantages étaient similaires à ceux d'autres aides. Dès 2009, le constat est réalisé que l'activité physique est un facteur prédictif d'abstinence tabagique, mais seul un quart des fumeurs vont réellement l'utiliser.

En pratique, l'intervenant se demande si l'activité physique améliore réellement les taux de sevrage tabagique. Ainsi, quelques études positives comme celle de Marcus démontrent que les personnes qui pratiquent une activité physique, en fin de traitement, sont plus propices à l'arrêt de la cigarette par rapport à des sédentaires :

- 16,4 % versus 8,2 % à trois mois ;
- 11,9 % versus 5,4 % à douze mois.

Cependant, la plupart des essais montraient que seuls 4 essais sont positifs sur 17 études contrôlées. Depuis, une méta-analyse de la Cochrane a permis de déterminer, après 21 études, que l'ajout de l'exercice aux méthodes classiques connues du sevrage tabagique n'améliore pas l'abstinence par rapport aux techniques classiques.

Néanmoins, il est nécessaire d'explicitier les limites de ces études. Il faudrait ne prendre en compte que les études randomisées et mieux stéréotyper l'activité physique, sa durée, savoir si les patients ont été réellement adhérents au programme, si elle est supervisée ou non supervisée. De plus, dans ces études, l'aide au sevrage tabagique n'est pas très bien codifiée. Ainsi, dans la plupart de ces études, les participants n'avaient bénéficié que de conseils, de quelques appels téléphoniques et seulement trois fois de substituts nicotiniques. Il faut donc travailler à une homogénéisation de ces études, ce qui devra être précisé.

En tout état de cause, l'activité physique permet de diminuer le *craving* : envie très forte et irrésistible de fumer. Cette envie est encore présente au bout du 6^e mois chez un fumeur sur deux et elle est même présente au bout d'un an chez 13 % des fumeurs. Il s'agit donc d'un facteur d'échec important du sevrage tabagique. Or, de très nombreuses études démontrent que l'activité physique provoque la diminution significative du *craving*.

Aux côtés de cette dimension bénéfique sur le *craving*, l'activité physique a d'autres bénéfices sur la santé globale dans le sevrage tabagique. Ainsi, l'étude de LaRowe démontre son influence sur la motivation à entreprendre un sevrage tabagique. Des bénéfices sont également notables sur le poids, la réduction de l'anxiété, l'amélioration de l'humeur. Il s'agit également d'un facteur protecteur des

rechutes après un sevrage tabagique chez des sujets avec des états dépressifs majeurs. L'activité physique permet une amélioration de l'estime de soi, de l'efficacité personnelle, de la qualité de vie, des troubles cognitifs, de la régulation des émotions et protège contre les insomnies.

Il est possible de se questionner sur la manière dont cette activité physique doit être proposée aux fumeurs :

- elle doit être conseillée au même moment que l'arrêt ou la réduction du tabagisme ;
- le programme proposé doit être adapté ;
- la durée de l'activité physique doit dépasser les huit semaines ;
- les conseils doivent être personnalisés sur l'intensité ;
- l'activité physique doit être encadrée ;
- des outils enrichissant la pratique physique doivent être utilisés tels que les smartphones ou les capteurs de mouvements.

Des études sur l'activité physique et le sevrage tabagique existent dans les populations spécifiques suivantes :

- sujets alcoolodépendants ;
- adolescents ;
- femmes enceintes ;
- fumeurs atteints de schizophrénie.

Dans un premier temps, l'effet de cette activité physique s'explique par des aspects génétiques. Ainsi, elle a des effets positifs sur la santé cognitive. Elle réduit le risque génétique d'accident coronarien et atténue le risque génétique d'obésité. Dans un second temps, d'autres mécanismes jouent notamment l'effet psychologique de distraction de l'activité physique et l'aspect biologique avec la stimulation des neuromédiateurs.

Un certain nombre de traitements sont validés pour le sevrage tabagique et ils conservent la première place dans les solutions à appliquer. Parmi les aides non médicamenteuses, l'activité physique est donc une possibilité complémentaire intéressante et permet de diminuer le *craving*. Elle mérite d'être intégrée comme une adaptation comportementale complémentaire. En outre, d'autres études sont également intéressantes et permettent de déterminer que l'activité physique révèle le langage infraverbal du corps.

➤ **Salima Deramchi, Mairie de Paris**

Salima Deramchi explique que les données évoquées ont permis de mener une expérimentation. Par la suite, cette expérimentation s'est transformée en action-recherche. Or, elle a été menée dans un quartier particulier de la ville en partant du constat que les conditions socio-économiques exercent également une influence sur le tabagisme. L'objectif de ce projet a donc été de cibler une population particulière en proposant un *package*. Ce dernier comprend des consultations de tabacologie et de suivi, une offre d'activité physique adaptée, un encadrement psychologique et la mise en place d'autres actions en fonction de la demande. Par exemple, des ateliers diététiques seront bientôt ajoutés à ce programme, car l'ensemble des personnes prises en charge évoquent la peur de la prise de poids lors de l'arrêt de la cigarette.

L'INCa, partenaire de ce projet, a demandé de fixer comme objectif la rédaction, au fur et à mesure, d'un guide permettant d'étendre l'expérimentation c'est-à-dire de la dupliquer. Ce guide devra

comprendre l'ensemble des étapes de l'expérimentation, ses freins et les leviers actionnés pour les surmonter.

En outre, l'unité de l'UE est très importante pour les équipes menant ce projet. Elle permet d'accueillir dans de bonnes conditions le public précaire visé. Cet accueil a d'ailleurs été développé dans ces Maisons Sport Santé afin de considérer correctement les personnes concernées. De cette manière, il sera possible d'agir sur certains facteurs tels que le bien-être, la sociabilité, l'estime de soi ce qui pourrait à moyen ou à long terme amener à un sevrage tabagique.

L'objectif est également d'assurer le suivi des 60 personnes, dans le cadre de cette expérimentation, avec une offre d'activité adaptée dépassant 3 heures par semaine, une offre d'atelier psychologique collectif, des prises en charge individuelles à la demande et des cafés santé. Ce suivi permettra d'identifier d'autres besoins en relation avec ce sevrage et de fixer certains objectifs.

Le fumeur n'est pas dans l'obligation de passer par un prescripteur, car le tabacologue est présent sur place. Le patient suit le circuit suivant :

- patient fumeur avec volonté d'arrêter ;
- consultations et tests auprès du tabacologue de la Maison Sport Santé Curial ;
- évaluation des capacités physiques et entretien motivationnel ;
- activité physique adaptée, participation à des groupes de paroles et consultation psychologique individuelle sur proposition du tabacologue ;
- proposition de poursuite avec orientation par le tabacologue au bout de six mois.

Quel que soit le parcours, un rendez-vous est organisé après 12 mois puis après 24 mois afin de déterminer si le parcours a aidé au sevrage tabagique.

La convention avec l'INCa a été signée au mois de décembre dernier, avec comme idée de lancer le programme en 2024. Ce partenaire finance le projet et l'accompagne tout au long de la réflexion. Sa mise en œuvre a néanmoins été reportée, car le projet devenait de plus en plus scientifique et certains freins ont été identifiés :

- nécessité de recrutement d'un tabacologue et d'un EAPA ;
- élargissement du questionnaire recommandé par Santé publique France (conditions socio-économiques...);
- conditions RGPD à définir pour le bon déroulement de l'étude ;
- préparation des outils informatiques pour le suivi et l'évaluation.

À présent, l'ensemble de ces étapes ont presque été réalisées. Le recrutement a été effectué. La décision a également été prise de recruter un seul éducateur sportif afin de suivre les publics concernés. Seuls les outils informatiques sont en cours de préparation et la nouvelle date de lancement prévisionnelle est le 1^{er} septembre 2024.

Environnement enrichi (EE) et traitement de l'addiction — focus sur l'activité physique

- **Alice Lefebvre, Clinique de jour Tolbiac, Paris**
- **Clément Blanchard, Clinique des Épinettes, Paris**

Alice Lefebvre indique que l'environnement enrichi offre une variété de stimulations sensorielles, sociales et cognitives, favorisant ainsi l'activité physique, l'exploration, l'apprentissage et l'interaction

sociale. En effet, il est maintenant avéré que l'environnement enrichi aura un impact sur la neuroplasticité et l'épigénétique.

Clément Blanchard précise que les conditions d'un environnement enrichi comme mis en place dans la clinique sont les suivantes :

- des expériences stimulantes nourrissent le cerveau de changement en s'écartant de la routine ;
- la répétition des ateliers avec un repos entre chaque action permettant de consolider le mécanisme neuroplastique ;
- l'alimentation en soignant le microbiote ;
- les interactions sociales, l'empathie et la communication ;
- l'activité physique avec des exercices réguliers.

Alice Lefebvre ajoute qu'une évaluation des patients de la clinique de jour de Tolbiac a pu être réalisée en 2023. Ses équipes remplissent un bilan d'entrée permettant de constituer une évaluation globale. En 2023, cette population de 296 patients se décompose de la manière suivante :

- 57 % d'hommes et une moyenne d'âge de 49 ans ;
- 57 % sont inactifs (retraités, étudiants, en validité) ;
- 3 ACE en moyenne ;
- 62 % des patients présentent un trouble anxieux ;
- 45 % des patients présentent un trouble dépressif ;
- 82 % des patients font état d'une basse estime de soi (Rosenberg en dessous de 30) ;
- 52 % des patients font état de comportements sédentaires (Ricci et Gagnon en dessous de 17) ;
- 51 % des patients sont en surpoids avec un IMC au-dessus de 25.

Clément Blanchard souhaite évoquer l'activité physique adaptée. La définition de l'activité physique est le fait de mettre le corps en mouvement, ce qui est provoqué par la contraction des muscles squelettiques entraînant une dépense énergétique supérieure à celle au repos. Quant à l'activité physique adaptée, elle consiste à adapter des activités physiques aux pathologies, aux capacités fonctionnelles et aux limites d'activité du patient. L'objectif reste de créer un projet personnel pour que chaque patient puisse développer un programme d'activité en dehors de la clinique qui soit durable dans le temps et qui s'intègre dans son environnement.

Les activités proposées en HC et en HDJ, parmi d'autres, sont les suivantes :

- les activités aérobies afin de travailler la dimension cardiorespiratoire, la mémoire et la coordination ;
- les activités de résistance afin de travailler la souplesse, la force et la puissance ;
- les activités de confrontation et de coopération pour travailler les relations sociales, la coopération et le respect de l'autre ;
- les activités d'équilibre afin de travailler la coordination et la proprioception.

Ensuite, les méthodes utilisées afin de promouvoir un environnement enrichi se décomposent de la manière suivante :

- des accès libres ou des temps d'engagement ;
- rendre le patient acteur des séances ;
- réaliser des séances facilement reproductibles.

Alice Lefebvre explique que la psychomotricité permet des thérapies à médiation corporelle dont l'approche est centrée sur la personne, son rapport au corps, dans ses différentes appréhensions : motrice, cognitive, sensorielle, émotionnelle, affective et relationnelle. Par exemple, un dramathérapeute réalisera une intervention deux fois par semaine afin d'intervenir avec des outils théâtraux. De cette manière, l'ambition est de déterminer la manière dont l'activité physique peut intervenir en complément de l'approche psychocorporelle et la manière dont l'équipe pluridisciplinaire peut s'inscrire dans cette démarche.

En pratique, les objectifs sont définis de la manière suivante :

- conduire le patient à explorer et à vivre des expériences tant émotionnelles que corporelles ;
- aider le patient à se reconnecter à lui et à se réappropriier son corps par le vécu des sensations corporelles, du mouvement et des émotions ;
- partir de l'expérience pour aller vers la théorie ;
- acquérir des outils d'ancrage.

Ce jour, il est possible d'affirmer que les propositions effectuées fonctionnent et entraînent une diminution de moitié des troubles anxieux, une forte diminution de la dépression et une amélioration en ce qui concerne l'estime de soi, la sédentarité et le surpoids.

Clément Blanchard conclut que l'objectif est de continuer à proposer des lieux vivants qui offrent une variété d'expériences corporelles, sensorielles, sociales, cognitives et émotionnelles. La problématique actuelle est de déterminer la manière d'effectuer une transition entre ce milieu enrichi en clinique et l'extérieur. Dans ce but, certains partenariats ont été développés tels que la culture du cœur ou des ateliers d'extérieur. Toutefois, à l'heure actuelle, de nombreuses recherches sont encore nécessaires pour déterminer les modalités d'un environnement enrichi.

Surf thérapie en addictologie

➤ **Stéphane Billard, Clinique de l'Odet, Quimper**

Stéphane Billard indique que cette activité a lieu dans le Finistère Sud. L'intervenant souhaite revenir sur l'histoire du surf, car elle permet déjà de mettre en exergue l'apport thérapeutique de cette activité. Le surf a été pratiqué dans toute la Polynésie et constituait un acte religieux permettant d'honorer les déités de la mer. Tenter de se placer au sommet de ces vagues permet de dominer la vie. Malheureusement, cette activité s'est brutalement arrêtée au XVIII^e siècle lorsque les missionnaires calvinistes ont décidé d'interdire le He'e nalu (surf), car il symbolisait la paresse, le loisir et contrevenait à la morale utilitariste des calvinistes. Cependant, au XIX^e siècle, des hygiénistes français interviennent, car ils détectent dans cette activité un moyen de lutter contre les problèmes d'hygiène et la surconsommation d'alcool par les autochtones polynésiens. Maret (1769) met ainsi en exergue les vertus du « *bain à la planchette* » ou « *à la lame* ».

La question s'est donc posée d'utiliser le surf comme un outil thérapeutique. Cette idée émerge entre la première et la deuxième vague de COVID. À ce moment, beaucoup de patients demandent aux docteurs un certificat les autorisant à se rendre à la plage, certains mettant en avant le fait que le surf leur permettrait d'éviter de retomber dans leurs addictions. Or, une expérience similaire avait déjà été menée quelques années avec l'escalade. Elle n'avait pas été totalement satisfaisante, car les patients pratiquaient cette activité en hôpital de jour, mais ne poursuivaient pas leur pratique en dehors.

En tout état de cause, les bienfaits du surf sont nombreux. Entre autres, il est possible de citer les bienfaits suivants :

- l'exercice physique ;
- l'immersion dans l'eau ;
- être en pleine nature ;
- diminution des ruminations
- expérience de dépassement de soi ;
- développement des interactions sociales.

Quant à l'activité physique, elle a un effet neuromodulateur et entraîne une diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs. Or, plus spécifiquement, le surf est composé à 50 % de nage, de 35 à 40 % d'attente, de 5 à 10 % de prise de vague. Au-delà, la réalisation d'une activité en eau froide avait un bénéfice plus net sur l'anxiété. Le surf donne lieu à une forte exposition à la lumière naturelle, à une immersion dans la nature. En effet, l'océan est déjà un outil thérapeutique avéré en santé mentale.

Du reste, les soins de la surf thérapie commencent à se structurer. En 2018, une organisation internationale a été créée afin de coordonner tous les travaux qui pourraient être réalisés sur ce sujet. La France ne comprend pas encore de *Wave Project* à l'anglaise. Le projet en question est développé depuis déjà cinq ans afin d'intégrer la surf thérapie dans la prise en charge de la santé mentale. Toutefois, les publications sur la surf thérapie en santé mentale commencent progressivement à se développer en France.

Le projet dans le Finistère est né de la rencontre d'un infirmier surfeur et d'un professeur de surf sans addictions. Le programme de soin proposé est structuré en plusieurs étapes importantes. En premier lieu, le *briefing* qui se décompose de la manière suivante :

- groupe de 8 patients au maximum ;
- explication du déroulement de l'activité afin de créer un cadre sécurisant ;
- travaille sur l'engagement toute la durée de la médiation de six semaines ;
- renforcement de l'esprit de groupe ;
- écoute des craintes et des peurs
- évaluation de la ligne de base

Ensuite, les séances de surf démarrent :

- 6 séances sur 1 mois ;
- travail avec le moniteur sport santé sur l'individualisation et le suivi de chaque patient ;
- accompagnement infirmier ;
- suivi quotidien avec l'EVA du *craving* ;
- prise de vidéo lors de la première et de la dernière séance ;
- présence d'un photographe professionnel lors de la dernière séance.

Enfin, la séance de *débriefing* permet de clôturer de manière positive la session de surf thérapie en réalisant un retour individuel pour chaque patient et en travaillant le renforcement positif sur leur implication. Les patients peuvent visionner les vidéos et les photos puis il est procédé à des évaluations de fin de session.

Les retours sur ces sessions sont encourageants de la part des patients, des soignants et du professeur de surf. En 2023, elles ont été suivies par 25 patients, dont un tiers de femme. L'addiction principalement représentée est l'addiction à l'alcool. La moyenne d'âge est de 42 ans avec des patients

de 22 à 60 ans. Un mois après la fin de la session, 4 patients avaient rechuté. À six mois, 23 patients sur les 25 maintiennent les soins en addictologie, 16 patients sont toujours abstinents ou contrôlent leurs consommations. Le bilan des évaluations psychométriques permet de détecter les évolutions suivantes :

- amélioration de l'estime de soi ;
- le score de motivation interne à l'activité physique sur l'échelle EMPAS est augmenté chez tous les patients ;
- amélioration de la composante dépression et amélioration de l'anxiété sur la HAD ;
- augmentation de l'échelle de bien-être psychique OMS.

Après ces sessions, 5 patients continuent la pratique du surf et deux tiers des patients ont poursuivi une activité physique régulière.

En conclusion, le surf est un complément à la prise en charge classique et peut constituer un mode d'entrée dans les soins classiques pour certains. Il s'agit d'un moyen de reprendre possession du corps, de son environnement et un booster pour l'estime de soi.

OUVERTURE

➤ **Président de séance : Nicolas Bonnet, RESPADD**

Nicolas Bonnet remercie les participants à ces journées de conférence pour leur présence. Les discussions du matin ont permis de déterminer que l'activité physique adaptée était bénéfique pour les personnes qui la pratiquaient. Du reste, ce sujet couvre le champ des addictions, mais également celui des soins. Il permet la promotion de la santé en prenant soin de soi et des autres. En effet, l'activité physique adaptée est une véritable ressource pour améliorer la santé et le rétablissement des patients en association avec d'autres thérapies. Leur mise en œuvre est également une véritable stratégie de réduction des risques avec la possibilité pour chaque patient de reprendre le contrôle sur sa consommation et d'arrêter s'il le souhaite.

L'intervenant souhaite rappeler l'engagement fort du RESPADD pour la promotion de la santé avec la coordination du réseau « *lieu de santé, promoteur de santé* ». L'objectif est de favoriser et de développer l'ensemble des actions en promotion de la santé dans l'ensemble des lieux de santé. Dans ce cadre, il souhaite saluer l'investissement de sa collègue Marianne Hochet qui est présente au bureau du réseau international et dans la coordination nationale. Cette dynamique permet à l'association de penser différemment son activité et fait en sorte que l'ensemble des actions dans le champ des addictions bénéficient de la promotion de la santé. La promotion de la santé consiste également à créer des environnements qui font bien partie des parcours de soin mis en avant par l'association.

Nicolas Bonnet souhaite souligner l'implication de l'association Caminante dont le travail sera présenté le lendemain matin avec des bénéficiaires qui seront présents lors de la table. En outre, il remercie ses équipes.

TABLE RONDE : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET ADDICTIONS — S'ADAPTER OU ADAPTER ?

Discutant :

- **Nicolas Cabé, CHU de Caen**

Intervenants :

Les neurosciences comme outil d'adaptation de l'activité physique

- **Nicolas Cabé, CHU de Caen**

Nicolas Cabé explique que les neurosciences ont été conçues comme un outil d'adaptation pertinent de l'activité physique proposée aux patients, en particulier dans le champ des addictions. L'addiction est une maladie chronique qui est multidéterminée avec un ensemble de facteurs provenant de l'environnement social, familial, socioaffectif. Néanmoins, sa mise en place est la même pour l'ensemble des patients et passe par la détection de facteurs de vulnérabilité raisonnant avec des facteurs de stress qui entraînent un accroissement de la consommation avec le temps, l'installation progressive de phénomènes de dépendance, de *craving* et une perte de contrôle entraînant une poursuite du comportement malgré l'accumulation de conséquences médicales et socioaffectives. Cet ensemble provoque ce que Pierre Fouquet appelle la « *perte de la liberté de s'abstenir* ». Or, cette perte de liberté peut trouver une partie de son explication dans la neurobiologie. En conséquence, il est également possible d'utiliser l'activité physique comme un outil s'appuyant sur les ressorts neurobiologiques de l'addiction. En effet, ce qui est mobilisé dans l'addiction d'un point de vue neurologique est le circuit de la récompense qui a été sélectionné au cours de l'évolution par sa capacité à récompenser un certain nombre de comportements utiles à la survie de l'espèce. Parmi eux se trouvent l'alimentation, les relations sexuelles, l'activité physique, les interactions sociales et la résolution de problèmes.

Ce plaisir sera donc stocké en mémoire et, par la répétition, la mémoire associative associera le comportement avec la récompense, ce qui augmentera la motivation à le réaliser. Les produits provocants des addictions intègrent ce système, le pirate et viennent remplacer le plaisir naturel que peut ressentir le patient. Plus le produit sera présent et plus les sources de récompense naturelle vont apparaître comme fades et peu utiles. En tout état de cause, l'activité physique en fait partie et une transformation s'opère tout au long de la maladie.

L'intervenant a donc recherché des modèles permettant d'expliquer ce processus. Tout d'abord, il est possible de citer le modèle triadique proposant que, face à un stimulus en lien avec l'addiction, différents systèmes cognitifs et cérébraux soient engagés. D'une part, un système impulsif qui s'appuiera sur la mémoire associative. D'autre part, un système réflexif qui va s'appuyer sur les fonctions exécutives. Enfin, le système régulateur est plutôt porté par l'interoception c'est-à-dire la capacité à percevoir les signaux internes du corps. Chez l'individu dépendant, un déséquilibre s'opère dans la prise de décision avec un système impulsif plus actif et un système réflexif plutôt en retrait. Quant au système régulateur, il orientera la personne vers l'impulsif plutôt que vers le réflexif.

Dans le modèle de soin addictologique, l'approche est biopsychosociale. L'ambition est donc de traiter le patient dans son environnement, d'améliorer sa santé et sa qualité de vie, de réduire les risques associés à la consommation, mais aussi de prévenir les rechutes qui sont très fréquentes. Par ailleurs, les nouveaux traitements restent peu nombreux, qu'ils soient pharmacologiques ou pas, l'accès aux soins est faible. Il est donc intéressant de rechercher des soins qui soient plus acceptables et individualisés. En conséquence, l'activité physique adaptée va être un outil utile.

L'activité physique présente des bénéfices majeurs au niveau comportemental, biologique, neurologique, etc. En ciblant plus particulièrement l'addiction, certains éléments dans la littérature démontrent que l'activité physique peut être intéressante pour diminuer l'impulsivité, le *craving* dans certains contextes et pour améliorer les capacités d'intéroception. Elle permet ainsi de diminuer la consommation et les rechutes.

En dehors de ce domaine, l'économie comportementale doit être prise en compte. Ainsi, l'activité physique est un moyen de retrouver des récompenses naturelles en dehors du produit, mais aussi de prendre la place de la drogue dans la vie de la personne. Cette approche est prometteuse, mais les résultats sont contrastés. Les programmes sont faisables et acceptables, peu coûteux, moins stigmatisants, mais le *drop out* est élevé. Les objectifs et les attentes sont donc les suivantes :

- réduire la sédentarité, la morbi-mortalité et les comorbidités psychiatriques ;
- améliorer la qualité de vie ;
- réduire la consommation et le risque de rechute.

L'hypothèse majeure est que cette action favorable pourrait être liée à une action de rééquilibrage sur les systèmes évoqués plus haut. Elle a donné lieu à la création d'une revue de littérature et à un protocole pilote dans le service d'addictologie.

Cette revue de littérature a commencé par explorer la place de l'activité physique dans les recommandations de bonnes pratiques. Globalement, l'activité physique est considérée comme une activité occupationnelle dans les pays examinés, ce qui est insatisfaisant. En effet, cette manière de l'appréhender ne pose pas d'exigence sur les modalités d'évaluation, les objectifs et les indicateurs à suivre. Dans ce cadre, aucun critère d'opérationnalisation et de personnalisation de l'activité physique n'est défini.

En ce qui concerne les systèmes impulsifs, réfléchitifs et régulateurs, le constat va dans le sens de la reconnaissance des vertus de l'activité physique dans la baisse de l'impulsivité, la baisse des comportements hyperactifs, la diminution des biais attentionnels et l'amélioration des affects positifs. Toutefois, deux modalités doivent être respectées :

- éviter les exercices de trop haute intensité pour éviter de stimuler l'impulsivité et la recherche de sensations fortes ;
- l'activité physique doit être proposée en accès libre sans rendez-vous et avec une intensité modérée.

Le sous-composant réfléchitif va permettre certaines améliorations grâce à la neuroplasticité, l'amélioration de la vitesse de traitement, des fonctions exécutives et même l'amélioration de la mémoire épisodique. Ainsi, pour les patients avec des troubles cognitifs et qui rencontrent des difficultés à rester attentifs, à se concentrer, à planifier, l'objectif est de proposer les exercices les plus plaisants possibles pour favoriser l'engagement dans l'activité physique, idéalement en la combinant à de la stimulation cognitive.

Enfin, en ce qui concerne le composant régulateur, des éléments démontrent qu'une activité, même de basse intensité, peut diminuer le *craving*, mais elle ne le diminue pas très longtemps. Néanmoins, il est possible de le proposer très tôt dans le traitement et il semble nécessaire de prévoir chez ces patients des sessions d'activités courtes et simples à mettre en place afin qu'elles puissent être initiées n'importe où. Ils doivent aussi apprendre à utiliser cette activité *flash* comme un moyen de *coping* pour faire face à l'émergence du *craving*.

Cette revue a permis d'aboutir à certaines conclusions :

- l'activité physique doit être modérée avec des programmes d'intensité croissante et des petits objectifs pour favoriser les réussites à court terme ;
- une utilisation dès la phase de sevrage avec des objectifs de bien-être pour susciter l'intérêt du patient ;
- maximiser le plaisir en respectant les choix des patients ;
- adapter à la condition physique, psychique et à la physiologie des patients ;
- adapter aux troubles cognitifs, à la motivation, aux comorbidités psychiatriques éventuelles, à l'estime de soi, au tempérament du patient (impulsivité, recherche de sensation) ;
- contourner les barrières ;
- souligner les bénéfices, les progrès et favoriser une motivation intrinsèque.

Fort de ce constat, l'intervenant indique que ses équipes et lui se sont lancés dans une étude pilote de trois semaines afin de correspondre, avec cette durée, au temps d'hospitalisation des patients. Sur la période définie, 264 patients ont été recensés, avec des addictions se limitant à l'alcool et un trouble de l'usage sévère. Sur ces 264 patients, 87 ont définitivement été inclus à l'étude, dont 52 dans le groupe APA et 35 dans le groupe FPA. Sur les 52 patients du groupe APA, 40 patients ont complété le programme et 12 sont sortis en cours de route. Dans le groupe FPA, 24 patients ont complété le programme et 11 l'ont quitté en cours de route.

Les éléments mesurés au cours de cette expérimentation sont les suivants :

- impulsivité ;
- psychoaffectif ;
- *craving* ;
- sommeil, condition physique.

Le constat va dans le sens d'une amélioration globale au cours de l'essai dans les deux groupes. Une amélioration significative de la motivation à effectuer l'activité physique est visible dans le groupe APA, mais cette motivation diminue pour les patients en pratique sportive libre. En conclusion, l'effet du protocole est non spécifique dans les deux groupes, mais l'activité physique adaptée à un effet spécifique sur la motivation intrinsèque.

Ce travail a également permis de démontrer la faisabilité et l'acceptabilité de cette pratique sportive chez des patients hospitalisés atteints de troubles de la consommation d'alcool. L'amélioration spécifique de la motivation intrinsèque est l'élément le plus important pour la pérennisation de la pratique par la suite. Quant à l'amélioration non spécifique des autres paramètres, elle est due au sevrage et à l'hospitalisation de manière prépondérante. Le programme était peut-être trop court, ce qui n'a pas permis d'observer des effets de fond. En outre, il est aussi possible d'informer l'audience que des soucis ont été rencontrés concernant l'évaluation du système réflexif. En effet, des tests cognitifs n'ont pas pu être menés chez tous les patients, ce qui n'a pas permis de réaliser des mesures fiables. Toutefois, le traitement pourrait constituer une possibilité de traitement « *socio-médico-psycho-comportemental* » dans une approche de réhabilitation psychosociale avec des cibles thérapeutiques médicales, mais aussi plus fonctionnelles. Il reste néanmoins nécessaire d'adapter les programmes proposés et d'en améliorer l'accessibilité.

Une participante s'enquiert des suites données au programme d'addictologie après ces trois semaines de test.

Nicolas Cabé répond qu'une deuxième version sera mise en place avec comme objectif de le proposer sur douze semaines. Cette fois, un vrai travail sera réalisé sur l'autonomisation et le relais vers la vie extérieure. L'ambition est de travailler avec la SPTT, association qui possède des clubs un peu partout

dans la région, pour qu'elle mette à disposition un enseignant en APA dans la salle d'activité physique. Il réalisera les séances pendant l'hospitalisation, créera du lien et assurera le *coaching* des patients afin de travailler l'autonomisation sur douze semaines. Ce programme donnera également lieu à un accompagnement financier.

Un participant souhaite savoir si les équipes de recherches ont pris en compte l'appétence des patients pour le sport dans leur parcours avant l'hospitalisation.

Nicolas Cabé souligne que les effectifs mobilisés dans ces expériences sont trop réduits pour en tirer des tendances. Toutefois, des questions doivent effectivement se poser sur ce point.

Adapter l'activité physique en s'appuyant sur l'anticipation et la perception de l'effort et du plaisir

➤ **Damien Brevers, Université catholique de Louvain, Belgique**

Damien Brevers explique que la pratique aiguë et chronique de l'exercice physique va amener les personnes à mieux réguler le stress. L'exercice physique est stressant, il génère du cortisol, pourtant la personne qui le pratique est moins stressée. Il s'agit d'une adaptation paradoxale avec la sécrétion de molécules qui viennent balancer la dimension stressante.

Or, cette dynamique correspond à la phénoménologie des addictions. Ainsi, le *craving* va être une réponse qui sera générée par des stressors psychosociaux. Les scientifiques parlent également d'allostase ce qui correspond à un état dans lequel le mécanisme de récompense est ultra-activé. La question se pose donc, après un sevrage, de savoir si l'ancrage du patient dans un exercice physique pourrait le redynamiser avec une régulation du système de récompense plus naturel.

Les résultats provoqués par la pratique de l'exercice physique sont donc nombreux, mais l'adhésion reste réduite avec de nombreux *drop-out*. Quant au *craving*, les effets de la pratique sont plutôt à court terme. Des progrès sont donc possibles. L'idée est de prendre en compte l'intégralité du potentiel de l'exercice physique tout en se demandant si certains éléments de ces exercices pourraient correspondre à la phénoménologie de l'addiction.

L'objectif serait donc d'utiliser le désalignement entre les prévisions et l'état du corps durant l'abstinence comme un marqueur de l'impact de l'exercice physique dans les troubles addictifs. Ce processus est intéressant au niveau du *craving*, car cet état est provoqué, chez les consommateurs fréquents, lorsqu'ils n'ont pas accès à la substance. Ce sentiment de manque va forcer le consommateur à engager le mécanisme de récompense. Le *craving* représente donc un désalignement entre un état corporel présent et un état corporel désiré.

Durant l'abstinence, le patient sevré ne ressentira donc pas physiologiquement le besoin de consommer. Cependant, le patient n'a pas oublié ce sentiment de manque et il sera généralement surévalué par la personne avec un objectif d'abstinence. Or, un certain nombre de personnes ne veulent pas s'arrêter de consommer, car elles craignent de revivre ces états intenses de *craving*.

Le lien avec l'exercice physique est très fort. En effet, par exemple, la perception de l'effort n'est pas uniquement dépendante des capacités du corps, mais aussi du nombre de kilomètres qu'il reste à faire. L'effort ressenti dépend donc de la capacité à anticiper l'effort qu'il reste à faire. Ce phénomène se nomme l'alloanticipation. En conséquence, entraîner les patients à identifier ces *mismatches* et à avoir

conscience de ces états anticipés dans l'exercice physique serait donc un bon moyen de rééduquer une composante de prédiction mis à mal par l'addiction.

Les personnes avec un bas niveau d'efficacité sportive vont avoir tendance à surestimer l'effort qu'elles ressentiront. Cependant, en réalisant des exercices adaptés, l'effort fourni n'est pas démesuré. En outre, l'écart entre l'anticipation de l'effort et l'effort ressenti va avoir un impact sur le plaisir. Lorsqu'une situation se passe mieux que prévu, le plaisir ressenti est plus élevé. Ce phénomène a beaucoup été étudié en laboratoire avec des stimuli de courte durée. L'équipe a souhaité valider conceptuellement ces dynamiques avant de les proposer à des patients afin de déterminer si l'erreur de prédiction de l'effort physique pourrait avoir un impact sur le plaisir ressenti lors d'une session de course à pied par exemple.

Le protocole présenté pourrait donc être facilement intégré à des exercices aérobiques. Il a été testé sur des étudiants qui souhaitaient réaliser plus d'exercice physique dans leur quotidien. Les participants étaient autonomes, compétents et pouvaient avoir accès à des séances de *coaching*. Une application mobile permettait dans ce cadre d'enregistrer la vitesse, la distance, le rythme cardiaque, etc. Chaque session, ces trois questions étaient posées :

- Quelle intensité d'effort t'attends-tu à ressentir lors de cette session ?
- Quelle a été l'intensité d'effort ressenti durant la session ?
- Quel a été le plaisir ressenti durant la session ?

Il a été possible d'observer que l'erreur de prédiction de l'effort permet de prédire le niveau de plaisir ressenti. L'approche générale est écologique et dynamique. Ainsi, la condition n'a aucune valeur en soi si elle n'est pas mise en connexion directe avec l'environnement. Du point de vue de l'intervention psychologique, il est également possible de faire le lien avec des séances d'exposition par l'apprentissage ou la violation des attentes. Par exemple, pour des anxieux, l'objectif n'est pas de les habituer à des situations anxiogènes, mais de leur faire accepter que certaines expériences soient plus difficiles et d'autres plus faciles. L'ambition est donc d'ancrer les patients dans des processus d'apprentissage de l'exercice physique.

En conclusion, dans cette dynamique, l'exercice physique pourrait aider à améliorer la gestion du stress et du *craving*. Ce *mismatch* pourrait également faire écho aux problématiques de la sensibilité du système de récompense dans le cadre des addictions. In fine, cette dynamique doit être intégrée dans des mécanismes d'exposition par inhibition, de violation des attentes avec un registre de type acte.

Un participant se demande s'il serait judicieux de sous-doser l'activité physique proposée aux patients pour être sûre qu'ils réussissent.

Damien Brevers souligne que l'identification des conditions favorables à l'exercice permettrait à ce type de patient d'atteindre le plaisir souhaité. L'erreur de prédiction permet de potentialiser cette identification du plaisir.

Un participant souhaite des précisions sur la *walking therapy*. Ce terme a été évoqué à plusieurs reprises par les intervenants.

Damien Brevers précise qu'il s'agit d'une thérapie par la marche et la parole au cours de laquelle le praticien exercera à l'extérieur. Il profitera ainsi de l'impact de l'exercice physique et de la nature sur le patient.

➤ **Aude Barraud, CHU de Caen**

Aude Barraud aborde le sujet des leviers motivationnels à l'activité physique lors de la prise en charge en addictologie. Les personnes atteintes d'un trouble de l'usage de l'alcool sont plus inactives et plus sédentaires que la population consommant sans risques. Or, cette sédentarité a des conséquences sur la santé physique et entraîne un risque plus élevé de maladies métaboliques ou cardiovasculaires. Elle a également un effet vicieux sur la consommation d'alcool. En effet, les personnes plus inactives ont un trouble de l'usage d'alcool et des symptômes dépressifs plus sévère. Ils font également état d'une plus grande impulsivité et de problèmes de sommeil plus importants par rapport aux personnes actives physiquement.

L'activité physique est donc un outil prometteur dans la prise en charge des personnes en addictologie. Ses bénéfices potentiels sur le *craving* ont par exemple été évoqués. Toutefois, les données sont insuffisantes afin de conclure à l'efficacité de l'activité physique pour prévenir les rechutes. Le consensus est également absent sur l'effet de l'activité physique sur les symptômes dépressifs et anxieux. Cependant, ses effets pourraient être positifs sur le fonctionnement cognitif pour les populations vieillissantes même si les résultats ne sont pas avérés pour la population avec un trouble de l'usage de l'alcool.

En outre, 40,4 % des personnes ayant l'intention de pratiquer une activité physique avec un trouble de l'usage d'alcool abandonnent le programme lorsqu'elles participent à une étude ou à une intervention d'activité physique adaptée. Or, ce taux est supérieur à d'autres maladies mentales telles que la schizophrénie (26,7 %) ou la dépression majeure (18,1 %).

L'intervenante a donc souhaité s'interroger sur les raisons poussant ces personnes à s'engager dans une activité physique. L'adoption d'un comportement est issue de la motivation. Cette dernière se définit comme un construit hypothétique qui vise à décrire les forces internes ou externes pouvant expliquer le déclenchement, la direction, l'intensité et le maintien de ce comportement. La motivation est donc un spectre. En santé publique, l'enjeu est de passer d'une motivation contrainte à une motivation autonome. En effet, plus la motivation est autonome, plus le comportement a de chances de se produire et de persister. Selon la théorie de l'autodétermination, ce qui va favoriser une motivation autonome est la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux c'est-à-dire le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin d'appartenance.

Aude Barraud s'intéresse aux différents facteurs qui influencent la satisfaction des trois besoins fondamentaux lors d'interventions en activités physiques. Dans ce but, une revue de littérature a été réalisée dans laquelle différentes études ont été rassemblées. Elles s'intéressent à l'activité physique, aux troubles de l'usage d'alcool, à la motivation et à l'adhésion. Ces différents facteurs ont été reportés en trois échelles :

- une échelle individuelle ;
- une échelle contextuelle ;
- une échelle structurelle.

L'enjeu de cette étude était de pouvoir créer un programme d'activité physique adaptée qui optimise l'adhésion à l'activité physique. Ce programme est réalisé au sein du service d'addictologie du CHU de Caen en collaboration avec l'association sportive ASPTT présente dans la métropole et outre-mer. L'objectif est donc également de diffuser ce programme à l'échelle nationale.

Parmi les facteurs permettant de favoriser la motivation se trouve en premier lieu l'intention de pratiquer une activité physique. D'autres facteurs l'influencent également notamment la croyance d'efficacité et de faisabilité, les antécédents d'activité physique, le sentiment d'efficacité personnelle, les aspects sociodémographiques, les symptômes addictologiques et les symptômes associés au TUAL. Ces facteurs seront donc pris en compte dans l'évaluation initiale et finale afin de déterminer si l'activité physique permet de les faire évoluer. Les facteurs étudiés sont donc liés à l'activité physique, à l'addiction, à la condition physique, aux symptômes psychoaffectifs et psychosociaux.

En ce qui concerne la conception des programmes, il semble nécessaire afin de favoriser les besoins d'autonomie d'offrir du choix aux participants en matière de type d'activité, mais également de nombre de séances et de modalités de l'activité. Il faut que les programmes d'activité physique soient en accord avec la réalité des patients c'est-à-dire leur emploi du temps et leurs attentes. La durée du programme doit être en moyenne de douze semaines afin d'avoir de réels effets. Toutefois, plus le programme est long, plus le risque est élevé de perdre des participants au fur et à mesure. La qualité du groupe apparaît également comme importante, car certaines personnes sont motivées par la présence de personnes avec la même problématique addictologique. Néanmoins, pour d'autres patients, ils ne voudront plus entendre parler de cette problématique après leur traitement. Enfin, la présence d'un professionnel permet de favoriser la motivation.

Le programme proposé dure donc douze semaines avec un programme d'activité physique adapté comprenant deux séances d'activité physique adaptée supervisées par un enseignant APA et une séance qui peut être réalisée en autonomie selon la volonté de la personne. Ce programme commence dès l'hospitalisation pour sevrage d'alcool et se poursuit trois semaines après la sortie d'hospitalisation. Il est suivi par des petits groupes de deux à cinq personnes afin de favoriser une cohésion sociale et les activités proposées sont très variées. À la suite de ces six semaines, l'objectif est d'amener les patients vers une activité physique plus autonome, plus régulière, en club ASPTT. De plus, une séance d'autonomie est également possible et peut-être réalisée le week-end ou dans la semaine. Du reste, la présence d'un professionnel est importante, car elle permet d'avoir un effet sur la motivation et favorise un apprentissage actif. Cette présence permet de prendre en compte les besoins avec des évaluations régulières, des évaluations pendant, avant ou après les séances.

Quant aux facteurs structurels, ils sont composés des soutiens financiers, des soutiens temporels et des soutiens sociaux. La littérature fait état de l'argent comme d'un possible frein à l'activité physique même s'il semblait que les personnes soient prêtes à dépenser de l'argent pour de l'activité physique. Ainsi, le programme souhaite aider les personnes en finançant leur adhésion à l'ASPTT et en les aidant financièrement lors de leur adhésion dans les clubs. Il est aussi important d'offrir le soutien de l'établissement, le soutien des pairs et d'assurer l'accessibilité à l'activité physique.

L'enjeu de l'organisation de ce programme en APA est de prendre en considération les trois besoins psychologiques fondamentaux c'est-à-dire le besoin d'autonomie en offrant du choix et en prenant en compte le désir des participants. Le besoin de compétence en posant des objectifs réalistes, atteignables et mesurables ainsi que le besoin d'affiliation avec une pratique en groupe.

La revue de littérature a pris en compte 13 études. Le nombre d'études est limité concernant la motivation et l'adhésion à l'activité physique. De plus, la définition de la motivation peut varier selon les patients. Des facteurs ont également été identifiés de manière isolée. Ils devront être étudiés ainsi que leur lien avec la motivation à exercer de l'activité physique. L'impact d'un programme sur ces facteurs identifiés et sur la motivation devra aussi être approfondi.

➤ **Julien Cabé, CHU de Clermont-Ferrand**

Julien Cabé informe l'assemblée que l'hôpital de jour a été créé depuis plusieurs années. Il a été ouvert au mois de septembre 2022 avec un objectif de rétablissement qui répond aux objectifs de soins en addictologie. Il est possible d'intervenir à plusieurs étapes de la prise en charge :

- prévention des addictions et renforcement des compétences psychosociales ;
- repérer et aider à réduire les risques et les dommages ;
- accompagner l'abstinence ou la réduction des consommations ;
- prévenir la rechute ;
- réhabilitation psychosociale, autonomie et rétablissement.

Cette approche est réalisée selon le niveau de motivation et la capacité au changement. Il est nécessaire de s'adapter à la personne et à sa pathologie.

L'intervenant se questionne sur l'impact des troubles addictifs sur le fonctionnement et sur l'existence de freins à l'activité physique. Il existe trois grands champs de symptômes et de conséquences à étudier. Tout d'abord sur le plan comportemental, ils se décomposent de la manière suivante :

- envahissement progressif de la vie ;
- au détriment des autres activités ;
- perte de contrôle
- envie irrépressible (*craving*) ;
- trouble du comportement ;
- perturbation des rythmes de vie.

Sur le plan social et médical, ils comptent :

- un isolement et une stigmatisation ;
- une précarité majeure fréquente ;
- des complications médicales et des handicaps.

Sur le plan pharmacologique, les conséquences sont :

- liés au produit lui-même ;
- symptômes liés à l'adaptation cérébrale (tolérance) ;
- symptômes liés au sevrage ;
- surdosage (overdose).

Une autre barrière importante est la motivation. Elle est souvent évoquée comme un absolu, mais elle fluctue énormément. De plus, certains patients ont besoin de fonctions cognitives efficaces afin de mettre en place des activités. Il ne faut donc pas uniquement les accompagner à pratiquer du sport, mais les accompagner dans l'ensemble de leur fonctionnement. Il s'agit de l'intérêt majeur d'un accompagnement pluridisciplinaire et partenarial. Se rétablir avec une addiction entraîne de nombreux enjeux :

- accompagner vers la rémission du trouble addictif ;
- favoriser l'accès aux outils de réhabilitation psychosociale ;
- renforcer la motivation et le sentiment d'efficacité personnel ;
- repérer et développer les compétences personnelles ;

- identifier les envies et souhaits de la personne ;
- orienter vers le type d'activité le plus adapté ;
- aider à construire son autonomie.

Le rétablissement reste l'objectif ultime du travail qui peut être réalisé avec les patients. L'objectif est bien d'atteindre un état de bien-être et d'équilibre dans les conditions de vie que la personne aura choisies. Ce rétablissement comprend quatre dimensions :

- clinique ;
- fonctionnelle ;
- sociale ;
- personnelle.

L'APA n'a pas comme unique fonction d'encourager une pratique sportive chez les patients. Il a aussi été intégré aux modules de TP afin de travailler l'estime de soi, l'autonomie, les cognitions, la gestion du stress, l'impulsivité, les relations sociales et le sentiment d'efficacité personnelle.

En tout état de cause, le parcours et l'adaptation des soins commencent par un bilan pluridisciplinaire lorsque le patient arrive en préséquence et en post-séquence de soins. Il rencontre donc huit professionnels différents pour réaliser un bilan. Ces bilans seront médicaux, infirmier, psychologique, neuropsychologique, diététique, ergothérapeutique et social. Une fois ce bilan réalisé, les professionnels se réunissent et élaborent une synthèse afin d'élaborer un programme de soin individualisé adapté au patient. En conséquence, le parcours de soin va cibler les dimensions cliniques altérées et les souhaits du patient. Ils seront donc accompagnés vers le rétablissement.

L'évaluation initiale pour l'APA prend en compte les conditions physiques, l'indice de soi physique, la nutrition et les pratiques d'activité physique. Elle est complétée par un bilan impédancemétrie complet et un bilan biologique. Pour terminer, le reste du bilan prend en compte un ensemble de facteurs tel que la vie sociale, l'estime de soi, la neurocognition, etc. En pratique, ce bilan APA est un bilan individuel et donne lieu à des séances d'activité physique adaptées, au moins une fois par semaine. Les équipes travaillent également sur un kit Éducation thérapeutique du Patient qui comprend un module spécifique sur l'activité physique en quatre séances. Ce programme a également vocation à être diffusé au niveau national. Sur la fin du programme, les patients seront accompagnés sur l'autonomisation de la pratique APA en relais des activités proposées à l'HDJA.

Ce programme étant nouveau, il soulève beaucoup de questions. Par voie de conséquence, l'intervention a été paramétrée afin de pouvoir être évaluée. L'ensemble des paramètres physiques des patients sont évalués, qu'ils souffrent d'une addiction avec ou sans substance, à différents stades de la pathologie et du rétablissement. Avec ces données, des profils cliniques et des pronostics seront dégagés afin de déterminer si la condition physique est promotrice d'un meilleur résultat en matière d'abstinence. L'analyse des paramètres physiques au cours du parcours de soin en HDJ d'addictologie sera prise en compte. Après deux ans de suivi, ce recueil de données se poursuit. Il est réalisé sur environ 300 patients et permettra certainement de mieux cibler et de mieux associer les interventions en fonction du profil.

Une participante souhaite savoir si certains patients sont réticents à cette activité physique adaptée.

Julien Cabé fait savoir que les deux bilans les moins populaires auprès des patients sont les bilans sportifs et le bilan neuropsychologique. Néanmoins, aucun patient ne refuse de manière frontale les activités physiques.

Discutant :

➤ **Michaël Bisch, centre psychothérapique de Nancy, Laxou**

Michaël Bisch souhaite proposer quelques éléments de définition afin d'introduire les présentations suivantes. Les liens entre le sport, l'activité physique et l'addiction sont anciens, étroits, complexes, mais sont aussi l'objet d'un intérêt scientifique extrêmement croissant. Ces publications traitent de trois sujets essentiellement. Elles traitent d'abord du sport comme un objet d'addiction, de l'environnement sportif propice aux usages et du sport comme un remède aux addictions.

La France est un cas particulier en ce qui concerne le sport, car elle possède un Code du Sport. Le sport n'y est pas précisément défini. Pour le définir, il serait possible d'affirmer que le sport est un ensemble d'activités physiques qui s'entend dans le cadre d'un jeu avec des règles précises collectives ou individuelles. Or, la définition de l'activité physique est différente. Elle est conçue comme une mobilisation physique qui occasionne une dépense d'énergie quantifiée en MET. Le Code du Sport contient néanmoins une définition du sportif. Il s'agit de toute personne en France participant à une compétition sportive ou se préparant en vue d'y participer. Ces compétitions peuvent être des manifestations organisées par une fédération agréée ou autorisées par une fédération délégataire. Ces définitions ne comprennent aucun objectif de santé.

Quant au dopage, sa définition est différente de celle des conduites addictives et même des conduites dopantes. Il est défini comme étant la prise de substance interdite, à un moment donné, dans un sport donné. La définition de l'addiction comprend des éléments liés à la recherche de plaisir ou le soulagement du déplaisir. La conduite dopante n'est ni une recherche de plaisir ni un soulagement de déplaisir, mais une prise de substance dans le but de surmonter un obstacle réel ou imaginaire.

L'ensemble de ces éléments de définition sont à superposer. En s'exposant à une substance addictogène, la personne a plus de risque de tomber dans une addiction. Il est aussi nécessaire de préciser que les sportifs se dopent rarement pour gagner, ils se dopent pour ne pas perdre, maintenir leur niveau ou finir la compétition.

Il existe tout de même des éléments internationaux de définition de l'addiction à l'exercice physique comprenant des symptômes de sevrage, de tolérance, liés à la perte de contrôle. Un consensus du comité international olympique propose sa propre définition de l'addiction à l'exercice physique, car, en fonction du niveau d'activité physique du sportif, cette définition s'applique plus ou moins bien. Globalement, ce comité considère qu'une addiction à l'exercice physique du sportif de haut niveau existe dans le cas d'un syndrome de tolérance se manifestant par la nécessité d'augmenter la durée, l'intensité de l'exercice pour satisfaire du *craving*. En revanche, les fluctuations d'intensité de l'exercice, si elles entrent dans le programme d'entraînement, ne sont pas un critère. Si la personne a des symptômes dépressifs, anxieux avec une altération du fonctionnement important, l'addiction à l'exercice est identifiée. Toutefois, ces symptômes, ressentis de manière modérée, sont normaux pour des sportifs de haut niveau lorsqu'ils ne peuvent plus pratiquer un sport, car ils sont blessés. Un des éléments classiques de la définition de l'addiction est également la poursuite de l'activité en cas de dommages physiques, professionnels, sociaux, etc. Dans le consensus statement du CIO, l'addiction n'est pas définie si le sportif est capable de s'arrêter lorsque l'entraîneur le lui demande. La place du *coach* va donc être déterminante sur ces éléments. Enfin, de manière plus significative, l'addiction est définie si le sportif élimine de sa vie les autres activités sociales, occupationnelles et récréationnelles pour s'entraîner.

Intervenant :

➤ **Pr Laurent Karila, Hôpital Paul-Brousse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Villejuif**

Laurent Karila explique que le mot « *bigorexie* » est surreprésenté afin de désigner l'addiction au sport, souvent de manière inexacte.

Il existe différents types d'intensité de l'activité physique. Des recommandations OMS existent et cette activité physique est prescrite aux patients, car elle comprend de nombreux bénéfices pour la santé. Ces recommandations préconisent 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou 75 minutes d'activité physique d'intensité vigoureuse par semaine. Il est possible de combiner les deux, de pratiquer à la maison, sans équipement spécial et même dans un espace restreint.

L'exercice physique comprend de nombreux avantages dont l'augmentation et l'amélioration des capacités d'aérobies, de la forme et de la force physique. Son rôle est également adjuvant dans la prévention et le traitement de pathologies cardiovasculaires, de l'ostéoporose, de l'arthrose, de l'obésité.

Une typologie de l'exercice a été définie et comprend quatre éléments :

- exercice récréatif ;
- exercice à risque ;
- exercice problématique ;
- exercice ingérable.

L'addiction est un excès de consommation avec une perte de contrôle. Elle touche les deux sexes, tous les types d'activité et les types d'entraînements avec des critères pour les sportifs de haut niveau.

Sur le plan neurobiologique, certains circuits mènent au plaisir, mais sont déréglés dans le cadre de l'addiction. Dans le processus non addictif, les circuits de la motivation, du contrôle inhibiteur, de la mémoire d'apprentissage et de la récompense fonctionnent ensemble. Lors de l'activité physique, ils s'allument et lorsqu'elle s'arrête, ils s'éteignent. Dans un processus addictif, les circuits sont désynchronisés avec le circuit de la récompense, de la mémoire et de l'apprentissage d'un côté. De l'autre, la motivation et le contrôle sont isolés.

Au niveau cérébral, l'ensemble des neurotransmetteurs sont activés au niveau du cerveau. De manière plus précise, le taux de bêta-endorphine va dépendre de l'intensité de la durée de l'exercice physique avec des variations entre les individus. Les sécrétions ne seront pas les mêmes pour tout le monde en fonction de l'intensité de l'exercice et du niveau d'entraînement. En outre, la sérotonine joue un rôle capital, car elle est augmentée lors de la pratique sportive et va influencer la perception de la douleur, du seuil de tolérance de la douleur psychique et physique. Or, les sportifs de haut niveau qui ne sont pas préparés à leur retraite vont se tourner vers des substances pour se stimuler lorsqu'ils arrêtent leur pratique.

L'addiction est un élément circulaire impliquant des amorces émotionnelles et une mémoire qui entraîne le *craving*. Ce phénomène de renforcement négatif entraîne la personne à lutter contre la douleur et à consommer. Le *craving* va également entraîner, au niveau comportemental, des rituels qui sous-tendent des modifications au niveau du cerveau. Ces rituels entraînent une consommation chronique avec une adaptation du cerveau et la mise en place d'un processus addictif. En conséquence, lors du traitement des personnes addictes, l'ensemble de ces circuits doivent être pris en compte.

Sur le plan clinique, les dénominations de l'addiction au sport sont nombreuses. Le consensus n'est pas très clair. Parmi ces termes, la bigorexie peut clairement être définie comme un abus de langage. Les facteurs de vulnérabilité d'installation d'une addiction à l'exercice physique sont les suivants :

- exercice à risque, problématique, ingérable ;
- effet *shoot* dû à l'état de légèreté et de quiétude suivant l'effort avec tolérance ;
- niveau élevé de perfectionnisme ;
- traits obsessionnels ou compulsifs ;
- extraversion, ouverture et agréabilité ;
- difficulté à gérer ses pulsions et son stress ;
- estime de soi ;
- recherche de performance et image de soi ;
- recherche de sensations et de nouveautés.

Au départ, lorsque la dépendance à l'exercice physique était décrite, Glasser affirmait qu'il s'agissait d'une addiction positive. Cette idée faisait miroir aux travaux menés à l'époque sur l'addiction au travail. Ensuite, dans les années 90, un parallèle a été réalisé dans la littérature entre la clinique de la dépendance à l'exercice physique et la clinique de la boulimie. Lorsque l'ensemble des critères de la dépendance à l'exercice physique explicité par la littérature sont regroupés, ils se décomposent en de nombreux éléments :

- processus d'automédication dans le cadre d'une souffrance psychique ou physique ;
- traduction de l'adaptation en rapport avec le culte de la performance, les sollicitations compétitives, l'épuisement et l'insatisfaction récurrente ;
- nécessité de remplir un vide psychique avec le sport ;
- restaurer l'image et l'estime de soi ;
- maîtrise et programmation de la transformation corporelle.

De plus, la littérature fait également état d'éléments de dépendance au mouvement.

Les critères du diagnostic sont assez classiques et démarrent par une activité physique répétitive, stéréotypée, routinière, pratiquée au moins une fois par jour. Cette activité physique est plus investie que toute autre activité avec une augmentation de la tolérance et de l'intensité de l'exercice physique, des symptômes de sevrage (irritabilité, nervosité, sommeil...), du *craving*, une réinstallation de l'activité compulsive après une période d'interruption, des conséquences négatives et la poursuite du comportement. La personne est indifférente, néglige les avis, les conseils et les contre-indications données par des professionnels de santé et son comportement a un retentissement sur sa vie de couple, sa vie de famille, sa vie professionnelle. La personne s'oblige à perdre du poids en suivant un régime, pour améliorer ses performances. Il s'agit d'un élément central de la bigorexie, car il peut exister des addictions à l'exercice physique sans bigorexie.

La bigorexie est donc un trouble dysmorphique musculaire aussi appelée anorexie mentale inverse et constitue un sous-type du trouble dysmorphique corporel. La personne a donc une relation dysfonctionnelle ou déformée de l'image corporelle liée à différents types de troubles. Pourtant, la bigorexie attire rarement l'attention du clinicien. De plus, la bigorexie est un trouble syntonique de l'ego qui est cohérent avec les normes culturelles et peut être autorisé, voire encouragé par l'environnement. Les sujets pourraient sembler en forme, toniques et performants aux yeux des autres, mais ils sont préoccupés en permanence par leur apparence physique au point d'en devenir obsessionnels. La prévalence de la bigorexie est supérieure chez l'homme avec une préoccupation pathologique pour la maigreur et pour les muscles. Ainsi, les corps sont perçus comme étant

significativement plus maigres et moins musclés qu'ils ne le sont en réalité. L'exercice physique de manière compulsive aide à sculpter son corps, les habitudes alimentaires sont déviantes, la personne passe une durée de temps excessive devant le miroir. Puis, l'insatisfaction pousse à l'usage chronique de stéroïdes anabolisants androgènes et d'autres substances pour grossir. De plus, les bigorexiques ne se montrent jamais et sont sujets à des conduites d'évitement. La détresse clinique significative liée à ce trouble où l'altération du fonctionnement social et professionnel est avérée.

Parmi les échelles d'évaluation, la plus pertinente est l'*Exercice Dependence Scale* révisée (EDS-R). Différentes catégories vont évaluer, en fonction des questions, la tolérance, le retrait, l'intention, la perte de contrôle, le temps, la réduction de l'activité et la continuité de l'activité excessive.

La bigorexie, lorsqu'elle est avérée, donne forcément lieu à des complications avec des troubles de l'humeur, des épisodes dépressifs caractérisés, des tentatives de suicide, des troubles de l'usage de drogues et d'alcool, un usage excessif de caféine, des conduites dopantes et des conséquences physiques. Quant aux comorbidités, elles sont similaires dans l'exercice physique aux comorbidités qui se retrouvent de manière générale dans l'addiction. Cependant, ils s'y ajoutent d'autres éléments comme le workaholisme, les achats pathologiques, l'addiction sexuelle, les troubles des jeux de hasard et d'argent ainsi qu'une surreprésentation d'hypocondrie ou de cybercondrie. Il ne faut pas exclure les troubles du comportement alimentaire très mal évalués et très mal pris en charge.

La prise en charge est multimodale. L'objectif n'est pas une abstinence dans l'exercice physique. Un diagnostic doit être correctement posé et doit donner lieu à l'usage d'une échelle d'autoévaluation qui le renforce. Il est nécessaire de rechercher et de traiter chaque complication et chaque comorbidité. Le traitement se centre sur une thérapie cognitive et comportementale. Une fois que la situation est stable, il est possible de leur faire suivre une psychothérapie de fond afin de déterminer les racines du problème.

Un participant souhaite savoir si de nombreuses personnes se rendent en consultation pour ce type de problème.

Laurent Karila répond que leur nombre augmente, mais leur prévalence reste faible. Lors de la plupart des consultations, la bigorexie est accompagnée de la consommation d'une ou de plusieurs substances.

Michaël Bisch ajoute que le centre psychothérapique de Nancy possède un parcours de soin conventionné avec l'Antenne médicale de prévention du dopage (AMPD). En effet, un grand nombre de sportifs qui arrivent à l'AMPD souffrent d'addictions.

Une participante s'enquiert des politiques mises en place afin de traiter ce type de problème.

Michaël Bisch fait savoir qu'il n'existe pas, ce jour, une stratégie nationale de santé pour faire des environnements sportifs systématiquement favorables à la santé.

Un participant demande si des études ont comparé le *burn-out* à l'addiction à l'activité physique.

Michaël Bisch indique que ces problématiques soulèvent la question de la distinction à réaliser entre la passion et l'addiction. À un moment donné, l'addiction appauvrit la vie alors que la passion l'enrichit. De nombreuses variables s'ajoutent à ces conceptions actuellement avec, par exemple, une étude sur des sportifs qui démarrent à Lyon afin de déterminer si la fréquence du trouble du déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité, est supérieure dans ces populations.

Une participante souhaite savoir si l'addiction à l'exercice physique est systématiquement identifiée en cas de diagnostic de bigorexie.

Laurent Karila en convient. L'activité physique va jouer le rôle de médiateur du trouble dysmorphique.

MARDI 28 MAI

OUVERTURE

➤ **Présidente de séance – Marianne Hochet, RESPADD**

Marianne Hochet rappelle que l'activité physique présente une dimension préventive. Dans ce cadre, il reste important de différencier sport et activité physique. Cette deuxième notion est plus inclusive et permet à chacun de s'y retrouver indépendamment de sa condition physique et de sa pathologie.

Dès le début de la journée d'hier, Nicolas Prisse, président de la MILDECA, a rappelé que les données sur ces sujets sont très réduites alors même qu'il s'agit d'un sujet d'actualité cet été notamment avec les Jeux olympiques.

Luc Ginot a affirmé que l'activité physique reste un facteur appréhendé comme favorable, mais insuffisant. Elle ne résout pas toutes les inégalités sociales de santé. Il s'agit d'un élément qui peut être ajouté à d'autres dans un contexte global. L'activité physique intervient en complémentarité des soins et se croise avec l'existant. Elle sera également retrouvée à divers niveaux. En amont, de façon préventive, pour créer des environnements protecteurs afin d'éviter l'entrée dans des consommations à risque. En aval également, lorsque la dépendance est apparue, l'activité physique va pouvoir être utilisée comme une thérapie qui va contribuer à la prise en charge et permettre de créer des environnements enrichis tels qu'évoqués par Gonzague De Larocque-Latour.

Les discussions menées la veille ont également permis de rappeler que, dans le cadre de l'activité physique, la personne n'est pas patiente, mais elle est actrice de ses soins. Et, elle va contribuer à sa prise en charge dans un processus qui est global, de rétablissement physique et social. En outre, il est tout à fait possible de proposer aux bénéficiaires de créer leur propre séance afin de leur permettre de s'approprier cette ressource pour l'insérer par la suite dans leur quotidien.

L'activité physique peut être préventive, mais elle peut aussi être thérapeutique. Elle va permettre un pas de côté par rapport aux soins. Ainsi, des environnements différents vont être proposés, sortant du contexte du lieu de santé. Les discussions ont permis de mettre en avant des comparaisons et de métaphores sur cette activité physique, notamment le fait qu'elle suit un chemin similaire à celui de l'addiction. En effet, l'addiction donne lieu à une succession de tentatives d'arrêt, de reprises de la consommation, jusqu'à l'atteinte de l'objectif fixé. L'idée de Gérard Peiffer, de surfer sur la vague de l'envie, peut aussi être citée.

L'activité physique est également une solution qui peut s'adapter aux besoins de chacun. Damien Brevers a rappelé qu'il était important de faire attention à l'erreur de prédiction et d'aligner les attentes des personnes avec ce qui leur sera réellement proposé. Ce point rejoint le sujet du *drop out*. Il est parfois difficile de faire adhérer les bénéficiaires de ces projets aux programmes d'activité physique. Toutefois, ce phénomène n'est pas propre à l'addictologie.

Par ailleurs, les présentations ont porté sur le fait que l'activité physique ne cible pas uniquement des bénéfices physiques. Les cibles sont médicales, mais aussi fonctionnelles afin de diminuer le *craving*, l'impulsivité, l'anxiété, la dépression. Elle permet d'accéder à un meilleur sommeil, à une meilleure mémorisation et à l'augmentation de la motivation lors du processus de changement, à un sentiment d'auto-efficacité. De même, l'activité physique sera l'opportunité de créer du lien social, de mener des activités en coopération ou en confrontation. Elle permettra de créer un lien avec l'environnement, en se dépassant, afin de lui faire prendre la place de la consommation.

Damien Brevers et Nicolas Cabé ont également précisé qu'en intégrant l'activité physique au processus de soin, chacun pourra se réapproprier son système de récompense autrement qu'avec un produit.

Enfin, l'activité physique peut devenir l'objet de la dépendance, ce qui a été exposé par Laurent Karila. Elle peut donner lieu à du dopage, des conduites dopantes et des exercices problématiques ou ingérables. La bigorexie a été évoquée en faisant bien la différence entre la bigorexie et la dépendance à l'exercice physique. La bigorexie est une dysmorphie musculaire liée au sport, mais pas uniquement. Elle est associée à un dérèglement du régime alimentaire et une prise de produit associé. Laurent Karila a également alerté l'assemblée sur l'impact des images de corps musclés sur les réseaux sociaux pour les jeunes. Ces idées mènent aux questions relatives à la manière dont il est possible de détecter ces personnes malades et les risques encourus notamment par les publics jeunes.

Les intervenants, dont Nicolas Bonnet, ont rappelé tout au long de la journée d'hier que le sujet de l'activité physique est éminemment un sujet de promotion de la santé. Elle peut être intégrée dans tous les lieux de santé et au bénéfice de chacun. Ce matin, cette activité physique sera appréhendée dans des situations spécifiques comme des structures médico-sociales ou en santé mentale. L'addiction sera examinée au sein du milieu sportif tout en déterminant ce qui les touche spécifiquement. Enfin, les intervenants détermineront à quel point le milieu sportif est aussi un milieu de marketing, de publicité et de communication qui risque de faire entrer les personnes dans des consommations problématiques.

TABLE RONDE : SPORT ADAPTÉ ET ADDICTIONS — INTÉRÊT DE LA TRANSVERSALITÉ ET DE LA MIXITÉ

Organisée en partenariat avec l'association Caminante

Discutante :

➤ **Daisy Peczek, association Caminante**

Daisy Peczek souhaite exposer un projet, mené au sein de l'association, afin de présenter une dimension plus pratique du sujet. Cette expérience n'est pas spécifique à l'addictologie, mais a un impact dans ce domaine.

L'association Caminante possède une trentaine d'établissements et de services dans les Landes et les Pyrénées atlantiques avec un projet associatif assez fort autour du prendre soin : prendre soin des professionnels, prendre soin des usagers. Ces axes forts ont vite permis de mettre en place des projets transversaux c'est-à-dire des projets qui traverseront tous les établissements qu'ils soient enfants, adultes, avec hébergement ou en milieu ouvert. Les axes proposés vont permettre de soutenir les différents publics accompagnés. Cette volonté a d'abord été concrétisée par un projet avec des artistes, puis dans un second temps par un projet européen. Ainsi, le handicap psychologique a été soutenu avec l'art et la culture en lien avec des établissements médico-sociaux dans d'autres pays européens et le développement du sport adapté. Du reste, les Landes ont une forte politique de développement du sport adapté soutenue par le département avec un service spécifique. Et, au niveau de l'association, ce paramètre est de plus en plus inscrit dans les projets d'établissement avec la volonté d'en faire un outil de soin.

De plus, une association a été créée dans l'association avec l'association sportive et culturelle Caminante. L'idée est de structurer l'ensemble des projets transversaux et leur donner une identité.

De cette manière, les licences sportives sont portées par une structure et les subventions sont demandées en commun. Cette dynamique permet également de penser de manière commune sans devoir choisir un établissement qui serait porteur, car plus expert que les autres. Elle permet aux usagers de devenir acteurs de ce qui passe dans cette association, car ils sont administrateurs de l'association sportive et culturelle Caminante. Or, ils participent pleinement à la réflexion sur les différents projets menés.

En tout état de cause, le sport occupe une place importante dans l'accompagnement des troubles psychologiques. Ses bénéfices thérapeutiques sont encore peu valorisés dans les établissements médicaux, sociaux et en psychiatrie. Même s'il fait partie de la vie institutionnelle et qu'il se retrouve dans de nombreux établissements, il est encore largement conçu comme une activité occupationnelle ou une activité annexe. En conséquence, le projet de l'association est de le développer comme un outil thérapeutique de premier ordre. L'association utilise la parole comme un premier outil dans le soin, mais elle est parfois inefficace alors que le sport est une manière de permettre au corps d'exprimer ce qui ne peut être dit. Ainsi, la personne se redécouvre, se met en lien, s'éveille avec une forme d'émancipation et d'autonomisation. Le sport permet également de se faire plaisir dans un cadre sécurisant.

Il est visible, au travers de l'ensemble des bénéfices thérapeutiques énoncés, que l'association est cohérente, dans les soins de l'addictologie, avec un décentrage vers les comportements et la personne. La particularité est qu'un outil thérapeutique est utilisé et que cet outil peut aussi devenir un objet d'addiction, car il s'agit d'une source de gratification.

Le but de l'association est de promouvoir le sport adapté, l'art et la culture comme des outils thérapeutiques pour les personnes en souffrance psychique avec l'ambition de l'isolement ou de la maladie. Il est aussi de permettre une pratique dans un environnement adapté, protégé, accompagné, pour optimiser le plaisir, la performance, la sécurité et la capacité de contrôle. Elle permet aux personnes de leur faire prendre conscience de leurs potentialités inexplorées, créer du lien et ressentir son corps, ses émotions ainsi que mieux exercer sa citoyenneté.

La transversalité de ce projet se définit par le fait de faire travailler des professionnels ensemble dans le but commun de la santé mentale et de la lutte contre les addictions. L'objectif est de croiser tous les publics, de réunir les différents points de vue des professionnels ou des usagers, les différentes expertises afin de résoudre un problème commun. L'opération est complexe à mettre en œuvre, mais est largement facilitée par la culture associative assez forte et la création d'une association dans l'association. Pour permettre la réussite de cette démarche, les compétences sont décloisonnées, les statuts sont effacés et les acteurs s'inscrivent dans un réseau d'acteurs locaux.

Dans ce cadre, certaines priorités sont définies, car les risques, les parcours et le capital santé diffèrent. Les personnes accueillies sont des femmes, des hommes et des enfants en situation de handicap, pour la plupart en situation de handicap psychologique, avec une orientation de la MDPH ou une démarche volontaire de soin. Or, ces personnes sont plus soumises aux risques d'avoir ou de développer des problématiques d'addiction. De plus, pour certains services, l'addiction est avérée et la démarche est déjà largement engagée.

Il est avéré que les troubles psychologiques ont de fortes comorbidités. Pour les personnes avec des troubles de l'usage, les études menées vont jusqu'à 50 % environ avec des troubles prévalant comme les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, la dépression. Ils se retrouveront dans les publics accompagnés au sein des différents services et établissements au sein de l'association.

La relation est également établie entre l'importance des troubles psychologiques et la sévérité des troubles liés à l'usage de substance avec une dépendance plus sévère et un pronostic moins bon. L'association a donc un véritable intérêt à développer des projets qui prennent en compte ces données, car au-delà des services spécifiques en addictologie, l'ensemble des services sont confrontés aux mêmes difficultés liées aux addictions et aux comportements à risque. Au cours des discussions sur l'addiction, le tabac est généralement la première addiction évoquée, puis la vapote, le café, l'alcool, le cannabis, les comportements face aux jeux et la cocaïne. Les autres substances sont un peu plus rares. En face, les institutions tentent de réguler et d'accompagner, voire d'accepter les consommations afin d'engager des démarches de soins avec les personnes accompagnées.

Dans ce domaine, la pratique du sport est un atout pour réduire les consommations. Elle contribue à la prévention des conduites à risque, elle est bonne pour la santé et l'office des Nations-Unies contre la drogue et le crime a largement prouvé le potentiel significatif dans la prévention des addictions et en particulier chez les plus jeunes. Ce qui participe à la pathologie et a son maintien deviendra aussi un point d'action possible pour le soin et la prévention.

Les publics concernés sont mixtes sur l'ensemble des paramètres suivants :

- genre ;
- sociale ;
- générationnelle ;
- statutaire ;
- troubles et capacités.

L'approche n'est donc pas catégorielle. L'ambition est de rééquilibrer une relation qui serait asymétrique à travers le sport.

Quant aux compétences psychosociales, même si elles sont évoquées depuis les années 80, elles ont été assez peu utilisées en santé publique. Pourtant, elles sont très efficaces en promotion de la santé et en particulier pour l'addiction et la santé mentale. L'association souhaite donc s'appuyer sur ces compétences pour construire ses projets afin de progresser et accompagner les différents publics.

En outre, un focus sera réalisé sur la présentation d'un projet d'une journée interétablissement qui est mise en œuvre depuis deux ans. Elle réunit environ 300 personnes avec comme ambition de démontrer l'intérêt pour les usagers de ce type de projet. Des séquences sportives adaptées sont proposées avec des objectifs très humbles et réalistes. Les progrès sont immédiatement mesurables par les usagers, ce qui s'est rapidement ressenti dans les témoignages des personnes concernées.

Intervenants :

- **Cathy Peynoche, Association Caminante, Saint-Martin de Seignanx**

Cathy Peynoche explique que la journée sportive et culturelle interétablissement a été créée en 2022 avec l'idée de promouvoir un accès au sport adapté et à la culture pour tous les usagers accompagnés par l'association. Ce jour, deux éditions ont été organisées et un travail est réalisé sur la troisième qui aura lieu au mois de septembre 2024. Cette journée rassemble 300 personnes parmi lesquelles se trouvent les usagers, les professionnels et les conseillers d'administration de l'association Caminante. Elles sont réunies autour d'activités sportives adaptées et culturelles. L'objectif est donc de favoriser l'inclusion sociale, l'activité physique, le bien-être et l'épanouissement des usagers. En plus de proposer des activités sportives adaptées et culturelles, l'ambition de ce projet est de pouvoir associer les usagers dans l'organisation de ces journées.

Plusieurs objectifs doivent être remplis au cours de cette journée :

- favoriser l'inclusion sociale et la participation active des usagers ;
- promouvoir la santé physique et mentale à travers l'activité sportive ;
- encourager la coopération et le soutien mutuel entre les usagers et les professionnels ;
- sensibiliser le public à la diversité et à l'acceptation des différences.

La construction de la journée inclut des réunions de travail entre les référents professionnels ASCC. Dans chaque établissement, afin de faciliter la communication et les informations, un ou deux professionnels sont désignés référents ASCC ce qui permettra de faciliter la communication et de garantir un relais efficace des informations. Ils se réunissent en groupe de travail afin de réfléchir à l'organisation de cette journée. En ce qui concerne la sélection des activités, ces journées sont à thème et le choix est réalisé en fonction des subventions demandées. La première année, le thème était le multisport et la culture. La seconde année le thème portait sur le savoir rouler à vélo et la prochaine édition portera sur les jeux olympiques et paralympiques. Les activités doivent être adaptées aux besoins et aux intérêts des usagers. Dans ce but, les professionnels autour de la table n'ont pas forcément une formation liée au sport, ce qui permet de mettre en lumière des visions et des regards différents. Cette dynamique permet de mettre en évidence les besoins des différents publics accompagnés par les établissements de Caminante. Ces réunions de travail permettent également de porter la réflexion sur les répercussions de ces activités sur les usagers pour ne pas les mettre en difficulté. Par exemple, l'activité Yoga nécessite de prendre conscience de son corps. Or, cette capacité n'est pas accessible à l'ensemble des participants. L'activité est donc adaptée en fonction des différentes capacités.

L'association essaie aussi de proposer des activités inhabituelles comme le golf, le surf, l'acrobranche, la pétanque, etc. Ensuite, l'idée est de permettre aux usagers de s'inscrire aux activités en fonction de leur motivation. Ce fonctionnement permet de satisfaire l'ensemble des participants en proposant un panel d'activité large répondant à tous les besoins.

Au niveau de la logistique, les disponibilités et les contraintes des établissements sont prises en compte afin de proposer une date qui convienne à tous. Des ressources internes et externes sont mobilisées pour cette journée. L'idée est de solliciter des professionnels avec des compétences particulières afin d'animer des ateliers particuliers. Par exemple, certains des professionnels au sein des établissements sont diplômés pour faire passer le test d'aisance aquatique. Les professionnels pourront se rapprocher des différents établissements pour proposer aux usagers de passer ce test afin de leur permettre de participer à l'ensemble des activités nautiques lors de la journée.

Par ailleurs, les usagers peuvent participer à l'organisation de la journée. Cette initiative vise à valoriser les compétences des usagers en mettant en lumière leur capacité à créer, à construire. Il s'agit également d'un moyen de renforcer leur estime de soi. Cette participation active représente également une manière pour les usagers de résister à l'impact de la maladie. En s'impliquant dans des activités pratiques et significatives, ils peuvent se sentir actifs et engagés, ce qui peut permettre de contribuer à leur bien-être général.

Pour les repas, les cuisiniers des différents établissements seront sollicités afin de pouvoir la coordonner. Le repas doit être simple, la nourriture doit être servie en grande quantité et il doit respecter les différentes habitudes alimentaires. Ce temps de repas a beaucoup questionné les équipes de l'association, car il génère la possibilité d'une surconsommation par exemple. Le choix a donc été effectué de servir à l'assiette et non pas d'organiser un buffet libre. Les tables comprennent huit à dix personnes avec un professionnel par table afin de tempérer le groupe. Durant le repas, différents

espaces sont créés afin d'éviter le vide. Les usagers ont par exemple la possibilité de créer des jeux en bois.

La journée est un moyen pour l'association de développer les partenariats. Les communes sont sollicitées pour la mise à disposition des infrastructures et du matériel. Les associations sportives sont également sollicitées afin d'aider l'association à animer ces activités. L'association a aussi l'appui du conseil départemental qui aide à animer et à encadrer les différentes activités.

Au niveau de la communication, il est important de promouvoir l'évènement auprès des usagers, des familles et des professionnels afin de susciter l'envie et la participation. Il est impératif que les professionnels puissent se saisir et s'investir dans l'organisation de ces journées. La communication doit être régulière afin de permettre aux usagers de se mobiliser pour y participer, car les publics visés peuvent rencontrer certaines difficultés sur ce point.

Le jour J, la journée est séquencée de manière à proposer des temps de pause significatifs. La journée, l'activité est assez soutenue afin d'éviter les ruminations et les différentes consommations de café et de tabac. Les pauses permettront toutefois de respecter le rythme des personnes accompagnées et de leur permettre de socialiser.

L'impact attendu porte sur le renforcement du lien social et de l'estime de soi :

- journée partagée entre participants de tout âge avec des capacités différentes et un niveau de santé physique varié ;
- mise en valeur des compétences, des talents, des capacités des usagers à travers des activités ;
- développement des compétences psychosociales ;
- partage entre usagers et professionnels.

Ces journées visent également à favoriser le bien-être et l'épanouissement des usagers :

- activités variées qui permettent d'occuper un temps libre sur une journée ;
- moyen de détourner leur attention momentanément de leurs problématiques personnelles ;
- temps de répit.

L'ambition est de créer une dynamique de coopération et d'échanges entre les professionnels des établissements médico-sociaux :

- collaboration étroite entre les différents professionnels d'établissements ;
- échanges de bonnes pratiques ;
- approche collaborative de l'accompagnement des usagers.

Elles permettent de sensibiliser la société aux difficultés rencontrées par les usagers avec des problématiques psychiques, addictives :

- favoriser un environnement plus inclusif et bienveillant ;
- reconnaître les usagers en tant que personne, les respecter et les soutenir dans leurs parcours de vie.

Cette journée est bien plus qu'un évènement isolé. Elle vient s'inscrire dans la continuité de ce qui se passe tout au long de l'année dans chaque établissement de l'association. La création de cette journée sportive constitue un véritable levier pour progresser, changer et impulser du changement tant au niveau individuel, que collectif. En outre, elle incarne les valeurs de solidarité, d'inclusion et de respect de la dignité de chacun. Enfin, à titre de perspective, il est possible de noter qu'il manque une méthode

d'évaluation de cette journée afin d'objectiver son impact sur le développement des compétences psychosociales.

➤ ***Guilhem Sainte Cluque, Jérôme Sahouret, CSAPA résidentiel Broquedis, Saint-Martin de Seignanx***

Guilhem Sainte Cluque souhaite concentrer sa présentation sur le CSAPA Broquedis qui fait partie de l'association Caminante. L'objectif est de témoigner de l'expérience pratique des activités physiques et du sport au sein du CSAPA. Son collègue Jérôme Sahouret témoignera de son expérience en tant qu'ancien résident et aujourd'hui pair aidant.

Le CSAPA Broquedis est résidentiel. Les résidents sont donc présents en continu. Il accueille des personnes atteintes de tout type d'addiction avec ou sans substance. L'établissement demande que les résidents soient suivis à l'extérieur par une équipe spécialisée dans l'addiction. En effet, le CSAPA reste un lieu de passage avec un suivi qui doit être poursuivi afin d'assurer une continuité avant, pendant et après leur séjour.

La phase d'admission est importante. Les résidents doivent être sevrés et écrire une lettre de motivation. De plus, des entretiens réguliers sont mis en place avec l'équipe pour que le résident reste dans cette logique de soin.

Le CSAPA se trouve dans le Sud-Ouest et profite d'un environnement attractif. Les résidents y reprennent un rythme de vie normal grâce à un planning et des horaires. Ainsi, de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 16 heures 30 des activités sont organisées. Des ateliers éducatifs sont proposés autour de la cuisine, du bois, de la peinture, l'entretien des boxes, des chevaux. Des ateliers thérapeutiques sont également organisés avec la venue d'une psychologue une fois par semaine, des groupes, des psychomotriciens. Le médecin de la structure est également présent trois jours par semaine. Les résidents sont accompagnés dans les démarches administratives, notamment pour des rendez-vous extérieurs dans le cadre du suivi médical.

Depuis deux ans, le CSAPA participe à la journée sportive organisée au niveau associatif. Les résidents et les professionnels sont impliqués dans l'organisation de cette journée. L'objectif est de pouvoir faire découvrir aux résidents des sports qu'ils n'ont pas forcément l'habitude de pratiquer telle que le golfe, l'acrobranche, le surf. Lors de ces journées associatives, des valeurs communes sont partagées. L'objectif est de faire avec les résidents. Les intervenants se mettent donc en tenue et participent aux activités proposées. Cette dynamique permet de créer du lien et de faire émerger la parole.

Le CSAPA propose une séance sportive obligatoire le mardi matin. Deux cycles sont en place, un cycle course/marche/vélo et un cycle autour du renforcement musculaire, les activités cardio-vasculaires. Durant ces activités, des soignants sont présents et l'idée est de réellement pratiquer avec les résidents. Les ateliers sont vus comme des ateliers de médiations et ils favorisent l'émergence de la parole. Ensuite, les activités optionnelles comprennent le yoga, la pala, la self-défense, le cheval et des randonnées.

Jérôme Sahouret explique à l'assemblée qu'avant d'intégrer le CSAPA en tant que pair aidant, il souffrait de problèmes d'addictions. Un médecin d'addictologie lui a conseillé de réaliser un sevrage d'un mois et demi tout en le mettant en contact avec le CSAPA Broquedis.

Une fois le sevrage fini, l'intervenant est donc entré au CSAPA et s'est retrouvé confronté à des règles strictes après des années à n'obéir qu'aux impulsions de l'addiction. Le cadre offert par cet établissement est bienveillant. Les ateliers incluent les soignants, ce qui permet aux résidents de reprendre un rythme de vie normal.

Au fil des semaines, il est possible de reprendre confiance en soi. L'intervenant a donc pu se remettre au sport et retrouver des sensations. De plus, le CSAPA oblige les résidents à repartir dans leur environnement tous les deux mois. Pour l'intervenant, chacune de ces sorties a donné lieu à une rechute dans l'addiction pendant un an. Afin de réussir son séjour, il faut donc se préparer à regagner l'extérieur. L'objectif est de gérer ses émotions. Dans l'addiction, de bonnes nouvelles ou de mauvaises nouvelles sont difficiles à recevoir et la récompense vient toujours avec l'alcool ou le produit.

Guilhem Sainte Cluque indique que le sport permet aux résidents de retrouver une forme physique, se sentir revalorisés, permettre de se socialiser à nouveau et assurer une remobilisation. L'objectif est de s'inscrire dans la durée avec des séances tous les mardis matin. Les résidents doivent apprendre à écouter leur corps et trouver un juste milieu dans la pratique.

Jérôme Sahouret précise que son arrivée à Broquedis lui a permis de reprendre le sport et, par la même occasion, de reprendre confiance en lui. Il a ensuite intégré des appartements thérapeutiques avec une autre équipe. Pourtant, une fois dehors, il s'est retrouvé confronté à de nombreux *craving*. Pour les contrer, à chaque fois qu'un *craving* se présentait, il sortait courir. Le sport aide à retrouver le bon chemin, mais il est aussi nécessaire de retrouver d'autres armes et d'autres stratégies. Il est resté six mois dans ces appartements thérapeutiques consommant presque toutes les semaines durant ce séjour. Il a donc réintégré le CSAPA durant six mois et a remis à plat ses besoins. Ensuite, l'équipe a suivi ses demandes, ce qui a permis d'améliorer la situation.

Guilhem Sainte Cluque ajoute que le CSAPA vise à renforcer l'estime de soi des résidents dans un environnement sécurisé. De plus, le travail doit continuer lors de la sortie du CSAPA car la transition peut être violente pour certains résidents.

➤ **Jeanine Lafargue, Irène Durou, Groupe d'entraide mutuelle Association Caminante**

Jeanine Lafargue informe l'assemblée que la mission principale du GEM est de rompre la solitude en organisant des activités collectives et conviviales. En effet, adhérer au GEM et à ses valeurs crée de la convivialité, du respect mutuel, de la tolérance et du partage.

Irène Durou explique que le GEM est une association loi 1901 accueillant des personnes adultes en souffrance psychique. Cette association est gérée par ses membres. L'intervenante indique qu'elle est Trésorière et Secrétaire adjointe cette année. Elle était administratrice l'année dernière.

Jeanine Lafargue précise qu'elle est elle-même co-présidente pour la deuxième année. En conséquence, le groupe d'adhérents décide du planning d'activité et la construction du projet comme des projets de séjour.

Une intervenante ajoute que l'association Caminante soutient ce projet en étant gestionnaire du GEM.

Irène Durou en convient. L'association Caminante reçoit la subvention versée par l'agence régionale de santé et qui emploie les animatrices du GEM.

Jeanine Lafargue précise que l'association a ainsi participé à la journée sportive interétablissement du 13 septembre 2023. L'intervenante indique qu'elle a pu découvrir le yoga ce jour-là. Des séances ont donc été mises en place au GEM et une adhérente a même souhaité poursuivre la pratique de cette activité en dehors du GEM. Cette journée a donc été à l'origine d'un changement. L'intervenante ajoute que la pratique du Yoga a également été bénéfique pour elle et que malgré ses prothèses aux genoux, elle pouvait pratiquer un sport. Ainsi, elle a pu s'essayer au tennis. De plus, ces temps d'activité lui permettent de ne pas fumer. Cette journée a donc été très positive.

Irène Durou explique avoir adhéré au GEM en novembre 2017, ce qui lui a permis de vivre de riches moments de marche, de baignade au lac, de sortie à la mer et de ramassage des déchets sur le littoral. Toutes les sorties, au cinéma ou au restaurant par exemple, sont à moitié prix pour l'adhérent. Son premier Noël au GEM fut très joyeux. L'intervenante informe l'assemblée qu'elle a participé à la journée sportive interétablissement de Caminante du 13 septembre 2023. Accompagné par le GEM, il est facile de se rendre à cette journée et le sport adapté peut l'aider à arrêter de fumer. Elle a pu choisir le jeu de pétanque et le yoga. Ces activités l'ont détendue. Elle a également souhaité aider les plus jeunes durant cette journée et s'investir davantage au GEM. Après six années passées au GEM, elle souhaitait prendre davantage de responsabilités. Enfin, l'association Caminante propose un large choix de sports, ce qui encourage la participation.

L'activité physique adaptée en santé mentale

Discutant :

➤ **Gonzague De Laroque, Clinique de jour Tolbiac, Paris**

Gonzague De Laroque fait savoir que Catherine Bellamy-Fayollet a été responsable du pôle psychiatrique de La Verrière durant plusieurs années. Elle est membre de nombreuses associations dont, par exemple, le comité olympique de la CNOF. Elle a également dirigé l'ouvrage « *Activité physique et santé mentale* » qui est une mine d'information très bien réalisée. Il comprend un texte de Magali Kudelski écrit en 2010 dans lequel elle s'interroge sur le sport en tant que laissé pour compte de la psychiatrie. L'intervenant en donne lecture :

« Si le sport en psychiatrie aide à combler l'ennui et à diminuer l'inactivité qu'engendre la maladie mentale, il permet au patient chronicisé de se redécouvrir, il réveille, redonne vie à ces corps négligés, inhabités, abandonnés, vie à ces sujets absents à eux-mêmes dépersonnalisés, isolés. Ils se rencontrent sur un autre terrain, en dehors du statut de malade. Ce décalage ouvre le champ des possibles, crée un espace intermédiaire où sont accueillies découverte et surprise. Le sport restitue une liberté d'action, car il aide chacun à faire avec ce corps plus agit que subit, corps plaisir plus que corps malade. Le sport, lieu de décharge des tensions internes, permet d'apprendre à canaliser son énergie, à maîtriser des sensations, ses émotions, ses pulsions en les mobilisant à d'autres fins. Instaurant le principe de réalité, il inclut la notion de temporalité et de limite, du corps dans le réel, du symbolique par les règles et par le rapport à l'autre. Le sport opère aussi sur la sphère narcissique, il apprend au sportif à compter sur lui, à s'aimer, ce qui l'encourage à s'ouvrir à la relation à l'autre, le sport contribuant à la pacifier. L'activité physique responsabilise, fait gagner le sujet en autonomie en le rendant plus acteur de ses choix, de ses projets et de sa vie. En psychiatrie, et en addictologie, il est nécessaire qu'il y ait un suivi spécifique pour ces activités, encadré par un autre, bienveillant, à même de contenir les effets de tous ces bouleversements. »

Intervenante :

➤ **Catherine Bellamy-Fayollet, Gujan-Mestras**

Catherine Bellamy-Fayollet explique qu'elle a commencé à travailler longtemps auparavant dans le domaine présenté durant ces deux journées de colloque. Elle débute sa présentation par quelques données épidémiologiques en santé mentale. Les troubles sont en constantes inflations et, depuis le Covid en 2020, l'augmentation s'accroît notamment dans les populations jeunes. Ce jour, les

conséquences de cette période Covid se ressentent lors des consultations tant sur les personnes adultes que sur les jeunes adultes et les adolescents.

L'intervenante apporte quelques éléments de définition. Dans un premier temps, l'activité physique selon l'OMS correspond à tout mouvement corporel, produit par les muscles squelettiques, qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre. Une activité physique d'intensité modérée ou soutenue a des effets bénéfiques sur la santé.

L'exercice physique est une activité physique planifiée, structurée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique. À l'inverse des activités sportives, l'exercice physique ne répond pas à des règles de jeu et peut souvent être réalisé sans infrastructure lourde et sans équipement spécifique.

Le sport est une forme particulière d'activité physique où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles ou d'attentes, et dans laquelle un objectif, le plus souvent la performance, est clairement défini.

L'activité physique adaptée, au sens de l'article L. 1172-1 du CSP, correspond à la pratique dans un contexte d'activité quotidienne, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basés sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. Elle est encadrée par des professionnels qualifiés.

Quant au sport santé, il s'agit d'un sport dont les conditions de pratique ont été adaptées pour répondre aux besoins d'un public présentant des vulnérabilités ou des besoins spécifiques en lien avec leur état de santé. L'objectif est de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la personne en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Il est supervisé par des éducateurs sportifs formés ou des professionnels de l'APA, selon les niveaux de vulnérabilité des publics. La pratique est raisonnable, régulière, adaptée à l'état de santé et encadrée par des professionnels qualifiés. Les programmes sport santé comportent deux à trois séances par semaines durant trois mois. Ils font l'objet d'une évaluation médicale préalable et d'une prescription ciblée.

Il est judicieux de rappeler un certain nombre de points clés du cadre légal :

- la loi de santé 2015 introduit l'importance de l'activité physique en santé et le sport sur ordonnance ;
- la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé prévoit, dans son article 144, la prescription, par le médecin traitant, de l'activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée ;
- la loi du 22 mars 2022 donnant lieu à la démocratisation du sport en France dont les principales mesures en matière de sport santé sont nombreuses ;
 - l'élargissement de la prescription de l'APA aux patients atteints de maladies chroniques ou présentant des facteurs de risques tels que le surpoids, l'obésité ou l'hypertension artérielle ;
 - les personnes en perte d'autonomie pourront également bénéficier de la prescription d'APA ;
 - élargissement de la liste des professionnels de santé habilités à prescrire de l'APA ;
 - obligation pour tous les établissements et services médico-sociaux (ESMS) de nommer un référent « *activité physique et sportive* » ;

- inscription dans la loi des Maisons Sport-Santé (MSS) ;
- arrêté du 25 avril 2023 portant cahier des charges des MSS ;
- le décret n° 2023-235 du 30 mars 2023 fixe la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées ;
- arrêté du 28 décembre 2023 fixant un modèle de certificat médical de prescription d'une APA.

Le rôle des Maisons Sport-Santé est de réaliser un état des lieux de tout ce qui existe dans le bassin de population afin de pouvoir accueillir, évaluer et réorienter toute personne qui viendrait avec une demande de sport santé et une prescription de sport santé.

L'activité physique est un facteur de protection en santé mentale. À tout moment, différents facteurs individuels, familiaux, professionnels, communautaires et structurels peuvent compromettre la santé mentale. L'OMS souligne que parmi les facteurs de protection et les facteurs de risque figurent les facteurs psychologiques et biologiques propres à chacun, tels que les compétences émotionnelles et la génétique. La majorité des auteurs et des publications s'entendent pour énoncer que la pratique régulière d'une activité physique et sportive fait partie des facteurs de protection notamment pour les troubles anxieux et la dépression. Elle a également un effet sur les troubles cognitifs et la prévention des rechutes dans les troubles mentaux sévères, persistants et les complications somatiques.

Au-delà, l'activité physique adaptée est un traitement adjuvant en psychiatrie et en addictologie. Il s'agit souvent de la première étape vers une pratique plus inclusive en limitant la sédentarité et en prévenant ou en réduisant les pathologies qui en découlent. Elle contribue à améliorer les capacités physiques, cognitives et les compétences relationnelles. Elle est également favorable à l'amélioration de l'image et de l'estime de soi, la mise à distance des ruminations, la diminution du stress, la création de lien social avec les autres participants, mais aussi le monde extérieur, le maintien des acquis, le mieux vieillir, la prévention des rechutes, mais il s'agit aussi d'un adjuvant médicamenteux avec un effet sur les neurotransmetteurs.

L'objectif est d'intégrer l'activité physique sur le moyen et le long terme. Elle nécessite donc une motivation soutenue sur le long terme par les professionnels de santé, les aidants, les pairs. L'éducateur thérapeutique devra expliciter le rôle de l'AP. L'AP doit pouvoir fournir au malade un mode de relation avec le monde qui fasse appel à ses capacités adaptatives résiduelles donnant lieu à une évaluation fonctionnelle, somatique et ses capacités physiques. La qualité de l'environnement où se déroule l'AP est aussi essentielle.

Pour les addictions avec substances, l'indication d'AP devrait faire partie de tous les programmes de sevrage, que ce soit ambulatoire ou en hospitalisation. Dépression, troubles anxieux, troubles borderline sont fréquents dans les addictions et encouragent une indication complémentaire d'APA dans le traitement. Une orientation vers un programme sport santé pourra aider le patient dans son projet et soutenir sa motivation, en l'accompagnant par une pratique régulée au niveau de l'intensité et de la fréquence. Jusqu'à présent, deux à trois séances d'APA par semaine sont recommandées, à une intensité modérée, ainsi que trente minutes de marche quotidienne en plus de l'APA dans la vie quotidienne. Toutefois, ces préconisations sont remises en cause par les nouvelles données de la science. Il est constaté que l'activité physique d'intensité forte et sur une durée brève serait plus efficace.

Deux problématiques peuvent néanmoins se rencontrer lors d'une addiction :

- le syndrome amotivationnel ;
- l'hyperinvestissement de l'activité sportive.

Pour qu'une AP soit qualifiée de pratique problématique d'AP chez des sujets souffrant d'anorexie mentale, elle doit être pratiquée tous les jours, dans un volume important au regard de l'état de dénutrition et de manière volontaire, du moins dans un premier temps, dans l'objectif de perdre du poids ou de modeler la silhouette. Ensuite, cette pratique d'APA s'autonomise et devient compulsive. Elle va souvent jusqu'à des contractions isométriques dès que les patientes se pensent inactives. Ces contractions passent souvent inaperçues.

La pratique de l'APA est possible sauf en cas d'IMC inférieur ou égal à 13. Les exercices pratiqués comprennent de l'aérobic et des exercices de prise de conscience de soi permettant une diminution des scores dans les échelles de symptomatologie des troubles du comportement alimentaire, mais aussi une amélioration de la force et des conditions physiques cardio-respiratoires. Les programmes de sport santé devront non seulement être basés sur l'amélioration de l'endurance, de la force musculaire, sur le plaisir, mais aussi sur une éducation thérapeutique à la pratique physique non problématique. Ils seront menés par des professionnels en APA tels que des kinésithérapeutes, des psychomotriciens.

À l'inverse, la boulimie sans vomissements et l'hyperphagie boulimique s'accompagnent souvent de sédentarité et des complications liées à l'obésité. Dans ce cas, l'indication d'un programme d'APA dans le cadre de programme sport santé est nécessaire au titre de l'obésité, en plus d'une prise en charge spécifique du TCA. L'adhésion des patients est bonne, car elle permet d'améliorer l'image du corps, l'estime de soi, la dépression comorbide.

Par ailleurs, la pratique de l'APA fait partie des traitements adjuvants de la dépression à condition de réaliser une pratique régulière d'une AP appréciée par la personne, au moins trois fois par semaine. Dans les épisodes dépressifs légers et modérés, il peut être prescrit une APA en première intention. Il n'est pas rare que les personnes présentant une dépression légère récusent les traitements antidépresseurs, notamment en début de maladie, car le diagnostic est difficilement accepté. Cependant, l'explication des effets de l'AP sur les neuromédiateurs et l'hippocampe, le peu d'effets secondaires et la prise en compte des souhaits du patient renforcent l'observance de la prescription d'AP.

Pour les épisodes d'intensité modérée, sans idée suicidaire, l'AP sera prescrite trois fois par semaine, dans le cadre d'un programme sport santé ou en cabinet de kinésithérapie après une évaluation fonctionnelle et selon le souhait du patient. En pratique, la marche est souvent la première activité que la personne souffrant de dépression accepte de faire, lorsque le médecin la prescrit comme traitement adjuvant au traitement antidépresseur.

Concernant les troubles cognitifs associés aux troubles psychiques, ils sont souvent fréquents en pathologie mentale. Dans la dépression cliniquement traitée, les troubles cognitifs touchant l'attention, la concentration, la mémoire et la réalisation de tâches complexes perdurent au-delà de l'épisode aigu et inquiètent souvent les patients. Il sera donc judicieux de conseiller le patient dans le choix de la ou des disciplines sollicitant le plus les fonctions cognitives en insistant sur la pratique régulière.

Certains risques et contre-indications existent. Ainsi, les contre-indications absolues sont les suivantes :

- les phases aiguës de toute maladie psychiatrique ;
- l'existence d'idées suicidaires pour les disciplines à risque spécifique, notamment la plongée, l'escalade, le tir ;
- les contre-indications habituelles de la discipline sportive concernée.

Les contre-indications relatives sont les suivantes :

- la comitialité non stabilisée ;
- la natation dans un environnement non sécurisé en cas de comitialité, même stabilisée ;
- les contre-indications relatives habituelles de la discipline sportive concernée ;
- un IMC faible ;
- la plongée sans avis médical préalable d'un médecin diplômé de médecine subaquatique.

Les risques suivants sont également identifiés :

- cardio-vasculaires liés aux psychotropes avec la nécessité de prévenir le patient des risques d'hypotension orthostatique ;
- photosensibilisation ;
- l'expression particulière de la douleur et des blessures pouvant passer inaperçues ;
- la non-observance, conséquences de la sous-évaluation des difficultés inhérentes et consécutives au trouble psychique.

En ce qui concerne l'addiction au sport, le médecin devra rechercher une souffrance psychique voire des troubles psychiques sous-jacents en cas de blessure répétitive. Une attention toute particulière devra être portée aux modalités de la pratique sportive, les blessures musculo-tendineuses, l'automédication et une vie personnelle, sociale, professionnelle qui s'étiolent pour une concentration sur la pratique sportive. Toutefois, il faut parfois savoir respecter cet hyperinvestissement passer de l'activité physique tout en prévenant l'installation d'une addiction au sport.

L'évaluation est importante, notamment l'évaluation fonctionnelle. Elle nécessite d'évaluer les troubles cognitifs, la motivation, les troubles de la cognition sociale et les troubles de la métacognition. Elle donne également lieu à une évaluation de la sédentarité, de la pratique de l'AP et de la vie sportive. Quant à l'accompagnement motivationnel, il fait partie des soins mis en place en addictologie. Il permet d'amener le patient d'une motivation extrinsèque à une motivation intrinsèque garante de la pérennité de la pratique.

À la suite de la loi de 2015, le ministre Alain Calmat a proposé à la commission médicale du CNOSF de travailler sur la question du sport santé avec les différentes disciplines sportives, mais aussi avec la société française de médecine du sport. Trois niveaux de pratique sont ainsi définis. Le niveau 1 auquel les différents items de l'évaluation sont très peu impactés. Pour la pratique, il sera nécessaire de prendre en compte les précautions et contre-indications d'usage, les troubles somatiques associés, les symptômes tels que le ralentissement, la perte de l'élan vital et du rapport de la personne lors de l'AP et la condition physique de la personne. Le niveau 2 correspondra à un trouble psychiatrique générant un handicap fonctionnel ou avec une comorbidité somatique et une sédentarité prolongée nécessitant une adaptation de l'AP sur la durée ainsi qu'un accompagnement spécifique et spécialisé sur une durée suffisamment longue pour rendre la pratique accessible. Le niveau 3 correspondra à la période post-aiguë et se fera dans les structures de soins et par des professionnels de santé ou des enseignants APA travaillant dans les structures sanitaires dédiées.

Une coordination est nécessaire entre les professionnels de santé et les professionnels APA en institution, mais aussi en dehors. En effet, cette coordination va autoriser le succès de la mise en place des activités physiques adaptées.

En conclusion, en santé mentale, toute activité physique est à accompagner, encourager et valoriser, même si les recommandations de l'OMS et de l'HAS sur le plan de la durée et de l'intensité ne sont pas

respectées. Tout patient en santé mentale ou en addictologie devrait faire l'objet d'une évaluation de son niveau d'AP et d'une indication voire d'une prescription d'APA avec l'objectif d'intégrer l'AP dans son mode de vie. En tout état de cause, l'AP doit être intégrée dans les programmes d'éducation thérapeutique.

TABLE RONDE : LE SPORT FACE AUX LOBBYS

Discutante :

➤ **Marianne Hochet, RESPADD**

Marianne Hochet explique que cette partie du colloque s'axera sur la manière dont les médias communiquent sur des produits, les jeux, les paris. Ainsi, il sera possible d'expliciter la place du marketing et de la publicité lors des événements sportifs ainsi que le public ciblé.

Intervenants :

Alcool, paris sportifs : la faiblesse des politiques face au marketing

➤ **Myriam Savy, Addictions France**

Myriam Savy précise que cette présentation traitera des lobbys de l'alcool, mais aussi des paris sportifs. En effet, Addictions France s'intéresse à ce sujet depuis plusieurs années. L'association veille au respect de la loi Évin sur le volet alcool. Elle agit donc en justice à l'encontre de publicités qui ne respectent pas le cadre de cette loi. Plus d'une centaine d'affaires ont été conduites en justice et ont été jugées avec 85 % de victoires. Or, la question de la valorisation de l'alcool en lien avec le sport est l'une des thématiques sur lesquelles l'association travaille. Il est également nécessaire de préciser que le sujet du pari sportif est différent, car la réglementation n'est pas la même entre l'alcool et les paris sportifs. L'encadrement de l'alcool est très strict avec la loi Évin. Pour les paris sportifs, la réglementation est beaucoup plus souple. La régulation est opérée par les acteurs du secteur eux-mêmes avec l'impossibilité pour les associations de se porter partie civile. Les contenus sont encadrés par des lignes directrices et il n'est pas possible d'agir en justice contre des publicités qui, selon l'association Addictions France, favoriseraient les risques d'addiction.

En matière de prévention des addictions dans les recommandations internationales, l'encadrement du marketing fait partie des mesures les plus efficaces pour réduire l'incitation à consommer et donc réduire les risques d'addiction.

Il est possible de constater que la consommation d'alcool baisse depuis soixante ans en France, mais reste très élevée avec des dommages sanitaires importants. Cette consommation est concentrée sur un quart des Français qui dépassent les repères de consommation à moindre risque c'est-à-dire deux verres par jour, dix verres par semaine et une consommation qui ne soit pas quotidienne. De plus, une partie restreinte des consommateurs consomment la majorité de l'alcool qui est commercialisé en France c'est-à-dire 10 % des Français consomment 54 % de l'alcool commercialisé. Sur le plan économique, le chiffre d'affaires du secteur de l'alcool s'élève à 40 milliards d'euros au minimum. Ce chiffre peut être mis en parallèle avec le coût social évalué à 102 milliards d'euros en France. En outre, plus de 220 millions d'euros sont investis dans le secteur publicitaire en 2020 en dehors des réseaux sociaux.

En ce qui concerne les paris sportifs, la cible du marketing est jeune. Il vise les jeunes de banlieue en leur faisant croire que la réussite économique peut passer par le pari sportif. La majorité des parieurs ont moins de 34 ans et deux tiers des mises proviennent de joueurs en situation de précarité économique. Comme pour l'alcool, une part du chiffre d'affaires est fortement liée aux joueurs problématiques. Les dépenses marketing des opérateurs de jeux sont énormes avec une croissance annuelle du budget consacré à ce domaine. Par exemple, en 2024, grande année de sport, ces dépenses s'élèvent à 670 millions d'euros dont plus d'un tiers sera consacré à la période de compétition de l'Euro et des Jeux olympiques.

Le marketing des addictions aime le sport, car cette thématique est fédératrice notamment avec le football, le tennis et les JO. Elle procure des émotions fortes. La publicité associe donc l'émotion du sport à la consommation d'alcool et au pari sportif. Le lien entre le sport et le marketing est très important sur le plan économique. Par exemple, durant l'Euro 2016, Carlsberg, sponsor officiel de la compétition, a dépensé 80 millions d'euros en budget marketing.

Le marketing est opéré à 360° sur tous les supports de communication. Il donne lieu à des campagnes d'affichage dans l'espace public, une promotion sur les réseaux sociaux avec ou sans influenceurs et des publicités à la télévision. Dans ce secteur, la FDJ est un cas particulier qui surfe sur sa proximité avec les pouvoirs publics tout en maintenant l'image d'un acteur plus responsable. Ils investissent de manière importante dans des campagnes de prévention qui banalisent le pari sportif. Enfin, le *sponsoring* est un moyen de se rendre incontournable. Ainsi la FDJ est l'un des partenaires des JO 2024, Winamax est le partenaire de six clubs de foot et Betclik est le sponsor de l'équipe de France. Pour l'alcool, le *sponsoring* est interdit par la loi Évin en France, mais AB InBev devient sponsor officiel des JO. En conséquence, comme la publicité d'alcool est interdite à la télévision française, ils mettront en avant leur marque Corona Zéro, stratégie de contournement par excellence. Les dérives sont donc nombreuses, l'exposition est majeure et la réglementation est insuffisante.

L'intervenante met l'accent sur les stratégies du *lobbying* permettant d'obtenir des avantages en se cachant derrière le sport. Les opérateurs des jeux d'argent ne sont pas trop visibles sur ce sujet, car, pour le moment, le cadre réglementaire leur convient. Cependant, pour l'alcool, les opérateurs ont essayé à plusieurs reprises d'affaiblir la loi Évin afin de réintroduire la vente d'alcool dans les stades, mais également la publicité. La loi Évin a été adoptée en 1991 et, huit ans plus tard, les producteurs d'alcool ont réussi à obtenir la réintroduction de la vente d'alcool à raison de 10 dérogations par club ou association par ans ou dans le cadre d'évènement touristique. Depuis, les offensives se succèdent notamment au cœur de l'été 2019 avec en ligne de mire les JO. En effet, plus de 100 députés du groupe LREM insèrent, au milieu d'une proposition de loi comportant des dispositions spécifiques pour développer le sport en France, un article visant à généraliser la vente d'alcool dans les stades. Cependant, la vigilance des acteurs de la santé fait échouer la manœuvre. Les lobbys sont revenus à la charge en 2020 avec le rapport du Sénat Covid-19 « *Sport* » ou avec des dérogations accordées durant la coupe du monde de rugby en 2023. Des accords extra-légaux sont également conclus. Par exemple, l'Euro 2016 de football avait pour sponsor Carlsberg. La Cour des comptes a dénoncé ce type d'accord extra-légal puis l'association Addictions France a agi en justice.

Les JO 2024 posent également question. En effet, des lois concernant l'organisation des JO 2024 et comprennent des dérogations pour la publicité au profit des partenaires des jeux olympiques et paralympiques, dont la FDJ et Corona 0.

La recherche peut-elle être financée par l'industrie des jeux de hasard et d'argent ?

➤ **Christian Ben Lakhdar, Université de Lille**

Christian Ben Lakhdar considère qu'il existe toujours une suspicion d'influence sur les méthodes, les résultats et les interprétations dès qu'un opérateur industriel finance la recherche. Par voie de conséquence, la Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac de l'OMS affirme que la recherche ne doit pas être affiliée à l'industrie du tabac, ce qui n'était pas le cas avant. Ainsi, selon l'article 5.3 de cette convention, « *en définissant et en appliquant leurs politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les parties veillent à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale.* » Ce constat était moins clair pour l'alcool en France. En effet, l'Institut de Recherche scientifique sur les Boissons (1971-2015) a été dénoncé pour son jeu avec le lobby de l'alcool sur le champ scientifique.

En 2015, l'IRESP saisit le comité d'éthique de l'INSERM sur la question de la participation de deux opérateurs de jeux à un appel à projets de l'IRESP. La FDJ et le PMU souhaitent participer au financement de cet APP via l'IRESP. L'observatoire des jeux avait initié ce rapprochement. En conséquence, l'IRESP saisit le Comité d'Éthique qui donne un avis négatif à ce cas de figure. Le *lobbying* et le financement de la recherche vont servir des intérêts particuliers au détriment de l'intérêt général et de la santé publique. Un mouvement de recul de la communauté scientifique se dessine donc vis-à-vis des financements des opérateurs.

La littérature sur le sujet abordé ce jour est réduite. Le nom de Robert Ladouceur, professeur émérite de l'Université de Laval et psychologue, ressort souvent. Ce scientifique et ses collaborateurs créent une revue de travaux publiés entre 1962 et 2015 dans le domaine du jeu responsable. Ils identifient 29 études selon différents critères de qualité et se demandent s'il existe des associations entre les caractéristiques de ces travaux et leurs sources de financement. Exprimés autrement, ces chercheurs se demandent si les sources de financement influencent ou pas les sujets et la rigueur scientifique des études sur le jeu responsable. Les sources de financement identifiées dans ce cadre sont les suivantes :

- publiques ;
- non-profit ou centre de recherche indépendant ;
- industrie ;
- agence de santé publique ;
- articles ne faisant pas état de leurs sources de financement.

Quant aux caractéristiques relevées, elles se détaillent ainsi :

- le type de jeu responsable ;
- la présence d'un groupe de contrôle ;
- l'utilisation d'une échelle de mesure ;
- inclusion de mesures répétées ;
- la source de publication ;
- le nombre de critères validés dans une méta-analyse antérieure ;
- les sources de financement secondaire ;
- l'année de publication.

Le constat final est qu'aucune association n'existe entre les caractéristiques des travaux et leurs sources de financement. Les auteurs concluent que les personnes qui suggèrent qu'aucun chercheur ne devrait accepter des financements de l'industrie ne fondent leur recommandation sur aucune

preuve empirique. Toutefois, l'absence de différences statistiques ne signifie pas qu'il n'y a potentiellement pas de facteurs biaisant les recherches ou les interprétations des résultats. En effet, la taille de l'échantillon est très petite et 30 % des études ne précisent pas leur source de financement, ce qui est méthodologiquement discutable.

Une autre publication de cette équipe de chercheurs va traiter de « *l'éthique* » des financements publics de la recherche en matière de jeux d'argent et de hasard. Or, elle affirme que l'argent public ne garantit pas l'intégrité des recherches financées. Cependant, paradoxalement, ces travaux comprennent une case dédiée aux conflits d'intérêts extrêmement fournie.

En France, le fonds de lutte contre les addictions, attribué à la CNAMTS, via l'IRESP et l'INCa, finance, entre autres, des recherches sur les jeux d'argent et de hasard. Une autre situation est celle de l'Autorité nationale des jeux et l'OFDT. Un récent rapport de la Cour des comptes explique que l'ANJ et l'OFDT ont conclu, en mai 2020, une convention de coopération visant à produire des connaissances scientifiques, favoriser la recherche et diffuser des publications relatives à l'addiction au jeu. La convention réitère aussi l'obligation imposée en 2010 à la FDJ et au PMU d'affecter 0,002 % des mises au financement de telles études scientifiques. L'ANJ vérifie le respect de cet engagement et l'OFDT valide la programmation scientifique proposée par les deux opérateurs. Dans ce rapport de la Cour des comptes, il est émis l'idée que les autres opérateurs doivent également contribuer à hauteur de 0,002 % du montant des mises. Cette somme d'argent serait transmise à l'ANJ pour la réalisation d'études scientifiques. De cette manière, un deuxième canal public de financement et de recherche publique sur les jeux d'argent et de hasard existerait.

À l'heure actuelle, un acteur important de la recherche sur les jeux d'argent et de hasard est la fondation Bordeaux Université. Elle a créé une Chaire intitulée « *Régulation des jeux d'argent et de hasard* ». Or, les mécènes répertoriés sont l'Autorité nationale des jeux, Betclac Group, la Française des jeux, la Marocaine des jeux et des sports, Zeturf. Le projet est de renforcer l'expertise du pôle universitaire bordelais en matière de régulation des jeux et proposer de nouvelles pistes d'évolution pour ce secteur d'activité. Un de leur travail récent est la réforme du droit de la régulation des jeux effectuée en présence de la Directrice de l'autorité nationale des jeux, d'une députée et de différents chercheurs. Or, elle est financée par les opérateurs de jeux. Et, la Cour des comptes appelle à une nouvelle régulation du secteur des jeux.

Il existe aussi un Groupement d'Intérêt Scientifique intitulé Jeu et Sociétés dans lequel les universités parisiennes collaborent avec la Française des jeux pour fédérer les chercheurs sur le thème des jeux et leur permettre, en toute indépendance, de partager des informations auprès des acteurs académiques. Le GIS bénéficie d'un mécénat de 540 000 euros sur trois ans à destination des chercheurs.

Il est aussi possible de mentionner l'Association de Recherche et de Prévention des Excès du Jeu et son fond de recherche et de prévention sur les excès du jeu. Selon leur site internet, le fonds de dotation ARPEJ a pour objectif de :

- faire émerger des outils ou des programmes innovants pour répondre aux risques liés à la pratique des jeux ;
- favoriser des projets multipartenariaux sur la recherche ;
- contribuer à la prévention de bonnes pratiques sur la thématique des jeux ;
- évaluer les programmes et les méthodes mises à disposition ;
- faire développer des réponses d'aide et d'accompagnement en ligne.

Cependant, en s'intéressant au rapport d'activité de la FDJ, il est possible de constater qu'elle finance l'ARPEJ.

Pour l'Université de Lille, l'intervenant souhaite évoquer le cas de sa collègue Sophie Massin qui a développé une expertise dans l'évaluation des surplus économiques issus des jeux d'argent de hasard. Ils se divisent en trois catégories de surplus :

- surplus du consommateur qui est le bien-être retiré des gains et des pertes ;
- surplus du producteur qui est le chiffre d'affaires ;
- surplus de l'acteur public qui est le revenu provenant des taxes.

De manière générale, le surplus social est négatif, mais de grosses différences existent entre les types de jeux. Ainsi, le surplus social est négatif pour le poker et les paris sportifs, mais il est positif pour les loteries et les jeux à gratter. Après ce résultat, elle a été contactée par la loterie belge puis par d'autres loteries européennes qui ont sollicité ce type d'estimation. D'un point de vue scientifique, il serait effectivement intéressant de dupliquer la méthode pour confronter le cas français. À la suite de ces requêtes, Sophie Massin se questionne afin d'éviter l'écueil de la consultation et la suspicion qu'elle engendre. Par conséquent, en concertation avec le comité de direction du laboratoire, il a été convenu que les financements seraient alloués à l'université. Les services juridiques ont également établi un contrat de consortium garantissant l'indépendance de l'équipe de recherche et la propriété intellectuelle des travaux. Et, un conseil scientifique externe a été mis en place avec un ou deux chercheurs proposés par la loterie nationale et trois chercheurs sollicités par Sophie Massin. Ce cadre n'est cependant pas suffisant, car Santé publique France est réticent à fournir certaines données et Sophie Massin doit passer par les procédures du conseil de déontologie et d'éthique pour obtenir des données du baromètre.

En conclusion, depuis 2010, il est possible de constater une ouverture et une libération du secteur des jeux d'argent et de hasard. Depuis 2019, la loi PACTE a privatisé la FDJ. De manière collective, le besoin de connaissance et d'évaluation des outils de RDR, de prévention, et des prises en charge s'est accru. Cependant, ces éléments doivent être mis en place grâce à une recherche indépendante ne servant pas les intérêts des uns ou des autres. Un cadre est nécessaire ainsi qu'une clarification des financements.

Se libérer de l'addiction

Discutant :

- **Pr Georges Brousse, CHU de Clermont-Ferrand**

Georges Brousse rappelle l'importance de l'accompagnement offert par le sport pour les patients souffrant d'une addiction. Toutefois, il est nécessaire de souligner qu'autour du sport, dans le sport et avec le sport, l'addiction est présente partout.

Intervenant :

- **Pr Patrick Bordeaux, Université de Laval, Québec, Canada**

Patrick Bordeaux explique que trois systèmes peuvent être identifiés dans le cerveau : le système exécutif responsable de la prise de décision, le système de la récompense responsable des sensations de plaisir, le système du stress responsable des sensations de souffrance psychique.

Lorsque le système de la récompense est stimulé de façon modérée, le système exécutif contrôle l'intensité et la répétition du plaisir. Lorsque le système de la récompense est activé de façon plus intense et répétitive, le système du stress est activé pour compenser l'excès de plaisir. Le système exécutif est affaibli et, pour combattre le stress, la personne consomme à nouveau. Ensuite, l'utilisation devient compulsive. La quantité consommée est de plus en plus importante et de plus en plus régulière. À ce stade, le consommateur n'a pas pour but de se sentir bien, mais de ne pas se sentir mal. Les conséquences de la consommation compulsive sont une ruine des systèmes exécutifs et de la récompense ainsi qu'une hyperstimulation du système de stress. Il ne reste plus que la souffrance.

Lors d'une sortie du cycle de l'addiction, le système exécutif reprend le contrôle. Sur le chemin du rétablissement, la mémoire d'un plaisir intense et destructeur est atténuée par la création d'un plaisir plus serein, constructif et tourné vers les autres. Les trois systèmes sont à nouveau en harmonie. En tout état de cause, l'addiction n'est pas une faiblesse morale, mais une maladie chronique du cerveau avec des racines biologiques, psychologiques et sociales.

En premier lieu, il est nécessaire de traiter l'addiction comme une vulnérabilité pédiatrique. Les caractéristiques majeures des adolescents sont la recherche de sensations fortes et de plaisirs instantanés. Cette réalité n'a pas échappé aux vendeurs de drogue. Elle découle de la structure même de la croissance du cerveau. En effet, à la naissance, l'être humain possède un tronc cérébral parfaitement mature et opérationnel, indispensable à toutes les fonctions vitales de respiration cardiaque, de tension artérielle, etc. Ensuite, le cerveau se forme progressivement d'arrière en avant pour se terminer à l'âge d'environ 25 ans par le cortex préfrontal qui est l'organe décisionnel, le chef d'orchestre qui permet de peser le pour et le contre des actions, de décider ce qui est bon ou moins bon et de mesurer les risques. Cette croissance concerne ensuite le système de récompense c'est-à-dire le noyau gris central, puis le système de stress émotionnel négatif c'est-à-dire l'amygdale étendue. Donc, lorsque ces systèmes de la récompense et ce système de stress émotionnel négatif sont formés, mais que le cortex préfrontal ne l'est pas, le cerveau est dominé et motivé par la recherche du plaisir immédiat.

Lors d'une présentation, l'intervenant a compris qu'en expliquant le cycle de l'addiction à des patients, ils se sentaient déculpabilisés. Ils comprenaient bien qu'il s'agissait d'une maladie et non pas d'une faiblesse morale. Ils s'engageaient donc plus facilement sur le chemin de la réhabilitation et du traitement. Les familles avaient plus d'espoir et les intervenants avaient des bornes pour mieux comprendre et mieux travailler avec leurs patients. L'intervenant a donc approché George F. Koob pour lui faire part de cette découverte. Ce dernier lui a répondu que la même expérience avait été menée dans un centre de traitement de San Diego.

Il est donc nécessaire d'établir une définition contemporaine de l'addiction. Elle peut être définie comme une maladie chronique récurrente du cerveau avec des racines biologiques, psychologiques et sociales et non pas une faiblesse morale. Il s'agit d'un dysfonctionnement de trois systèmes cérébraux et des circuits qui les connectent les uns aux autres. Cette affection entraîne une perte de contrôle du fonctionnement social, familial, professionnel ou académique.

La première phase du cycle de l'addiction est la consommation excessive et l'intoxication. L'usage peut être récréatif et occasionnel. Une activité va stimuler le système de la récompense, ce qui donnera lieu à la libération des hormones du plaisir. Le cortex préfrontal garde le contrôle du système de la récompense et le système du stress n'est pas activé. Lors de la deuxième étape, après une répétition de ces épisodes de plaisir, le système de la récompense va s'affaiblir. Or, l'organisme humain aime l'homéostasie. Ces plaisirs trop intenses et répétitifs vont encourager le cerveau à diminuer ce plaisir.

Il va donc le faire en activant le système de stress. Les patients consomment donc pour ne pas se sentir mal.

La troisième phase du cycle se caractérise par la préoccupation du patient, l'anticipation et l'envie impérieuse. À ce stade, le système de récompense a perdu tout son potentiel, le système du stress est hyperactif et le cortex préfrontal a totalement perdu le contrôle. La personne souffre et consomme uniquement pour ne pas se sentir mal. La sécrétion des hormones de stress va donc aggraver l'état de mal-être, mais va aussi inhiber la stimulation du système de la récompense. Le système de fonction exécutive est ruiné et le système de la récompense est également ruiné. Le système de stress est hypersensibilisé et domine totalement le fonctionnement du cerveau.

Deux éléments gardent les personnes dans le cycle de l'addiction et les pousses à y revenir sur le chemin du rétablissement : la saillance incitative et l'hypersensibilité aux douleurs physiques et émotionnelles.

Souvent, lors de consultations, les parents souhaitent savoir si une activité a le potentiel de devenir addictive. La réponse est positive si l'activité en question génère un plaisir intense, une satisfaction incomplète, des résultats souvent imprévisibles et surtout en cas de répétition. L'activité est maintenant perçue par le cerveau comme une activité vitale.

Or, l'activité physique et sportive peut permettre de prévenir l'entrée dans le cycle de l'addiction. Elle provoque un plaisir que la personne ne veut pas perdre. L'activité physique peut aussi soulager les symptômes anxiodépressifs et la détresse psychologique qui pousse à s'automédicamentiser avec de l'alcool et d'autres substances. De plus, la perte de contrôle qui résulte de l'addiction n'est pas compatible avec la pratique sportive. Elle permet de se libérer du cycle de l'addiction en substituant l'expérience de plaisirs intenses, répétitifs et toxiques par des activités sportives et saines dont les bénéfiques peuvent être ressentis rapidement au niveau physique, mental et relationnel. Elle soulage la souffrance psychologique qui emprisonne dans le cycle de l'addiction. Enfin, l'activité physique est un moyen de ne pas retourner dans le cycle de l'addiction. Il s'agit d'une habitude saine avec un potentiel addictif qui donne lieu à une libération d'endorphine et de dopamine. Elle apporte du plaisir, contribue à soulager la douleur physique et mentale, ce qui sera rapidement perçu par le cerveau comme vital.

Pour conclure, sortir du cycle de l'addiction, selon Jean-Pierre Chiasson, nécessite d'« *échanger le plaisir de la sensation pour celui de la relation.* » Walter Ling affirme également qu'« *il n'est pas possible d'effacer les anciennes mémoires, il faut en créer des nouvelles* ». Il est essentiel de créer chaque jour de nouvelles mémoires positives qui vont contribuer à reconstruire des circuits neuronaux sains après avoir été détruit au cours du cycle de l'addiction. Échanger le plaisir de la sensation pour celui de la relation nécessite d'être écouté, compris et accepté par son entourage. Toute activité qui permettra de développer ces trois éléments sera donc essentielle pour ne pas retomber dans le cycle de l'addiction. La transformation apportée par l'activité sportive va stimuler les circuits de la récompense, diminuer l'activation du système de stress et renforcer les fonctions exécutives. En conséquence, il est essentiel d'échanger les plaisirs intenses, éphémères et égocentriques, destructeurs de la sensation, pour ceux moins intenses, mais plus durables, positifs et tournés vers les autres de la relation. L'appartenance et la reconnaissance doivent être reconstruites.

TABLE RONDE : CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR LES ADDICTIONS EN MILIEU SPORTIF

Organisée en partenariat avec le PAMS, Clermont-Ferrand

Discutante :

- **Christelle Garnier, Centre Hospitalier de l'Estran, Pontorson**

Intervenants :

Les sports — tous addicts ?

- **Michaël Bisch, centre psychothérapeutique de Laxou, Nancy et Carole Boyer, PAMS, CHU de Clermont-Ferrand**
- **Carole Boyer, PAMS, CHU de Clermont-Ferrand**

Michaël Bisch souhaite évoquer les facteurs de risque individuels et environnementaux auxquels sont soumis les sportifs vis-à-vis des problématiques addictives. En milieu sportif, il n'est pas possible d'appliquer les critères de définition de l'addiction scientifiques. En effet, le maintien du niveau et la pression environnementale dans les sports intensifs, amateurs et professionnels sont des éléments importants. De plus, les jeunes faisant partie d'un club évoluent dans un contexte sportif associé à la consommation festive et le soulagement du stress. La consommation de substance est également vécue comme une récompense à l'effort. Sans conteste, de nombreuses fake news existent également telles que les bienfaits de la bière après une course de longue distance.

Sur le plan de la vulnérabilité individuelle, globalement, les systèmes nerveux autonomes ne s'activent pas tous de la même façon. Une étude importante a été menée sur 2 245 étudiants qui ont montré que les compétitions sportives étaient associées aux risques de consommation excessive d'alcool chez les étudiants, que ce risque persistait après avoir contrôlé des facteurs de risques sociaux et de personnalité.

En tout état de cause, un club de sport peut être un acteur de promotion de la santé. Il est ainsi possible de promouvoir des clubs sans tabac, former les éducateurs sportifs et les dirigeants de clubs, améliorer la lisibilité de l'offre de soins et des accompagnements, valoriser les CPS développées par l'activité physique. En outre, la question du type de sport à mettre en œuvre peut se poser. Une étude recrutant 4 975 jeunes européens de 9 à 10 ans étudie les interactions des troubles neurodéveloppementaux, psychiatriques et du sport. Manifestement, les résultats sont très différents en fonction du type d'activité. Aller vers l'autre et avoir des plaisirs partagés est important, ce qui est particulièrement mis en avant par cette étude. Ainsi, les sports d'équipe sont très favorables à la prévention des problèmes de santé. Les sports qui ne sont pas des sports de contacts fonctionnent correctement. Cependant, cet effet est moins efficace pour les sports individuels et pour les sports de contact. En tout état de cause, la fréquence de la pratique reste déterminante.

Carole Boyer informe l'assemblée que le projet PAMS est porté par l'association Circea, hébergée par le service d'addictologie du CHU de Clermont-Ferrand. L'équipe est pluridisciplinaire, composée de médecins, de psychologues et de chargés de communication.

Évoquer la consommation dans le milieu sportif n'est pas une nouveauté. De nombreux articles de presse sortent régulièrement sur ce sujet. Cependant, depuis quelques années, la parole se libère notamment sur le plan de la santé mentale des sportifs. Par exemple, les documentaires « *Le poids de l'or* » et « *Strong* » abordent ce thème. Ils traitent de la pression mentale que subissent les sports et ce qui les pousse à consommer.

Les données sur la consommation dans le sport ne sont pas nombreuses et sont assez récentes. Les substances les plus utilisées seront l'alcool, la nicotine, le cannabis, les stimulants et les stéroïdes anabolisants. Au niveau des chiffres, plus d'un athlète sur deux évoque des problèmes de sommeil, ce qui peut aussi amener à consommer. En outre, 56 % des athlètes ont déjà joué à un jeu d'argent et de hasard et 8 % d'entre eux rencontreraient des problématiques de consommation. Dans le milieu sportif, en 2018, 19 % des athlètes et 21 % des entraîneurs ont un mésusage d'alcool. En 2020, une autre étude montre que ces chiffres ont eu tendance à augmenter en passant à 25,8 % de consommation d'alcool à risque. Or, chez la population générale, 23,7 % des adultes de 18 à 75 ans dépassent les repères de consommation à moindre risque.

Ce qui amène les sportifs à consommer est l'interaction entre trois éléments : l'individu, le produit et l'environnement. Au niveau de l'individu, plusieurs facteurs sont à prendre en compte tel que la concentration sportive. Dans ce cas, l'individu n'a aucune activité en dehors du sport. La manière dont les blessures sont gérées est également importante ainsi que la gestion de l'échec ou de la victoire, l'arrêt du sport de haut niveau. Dans l'environnement, les éléments à prendre en compte sont la culture liée au sport, l'entrée en structure sportive avec un éloignement familial, les contraintes induites par la discipline, les mauvaises relations avec les membres de l'équipe, la pression exercée par la famille, les pairs, les entraîneurs, etc.

Pourtant, en 2020, aucun programme de prévention des addictions n'existait. L'association a donc répondu à un appel à projets afin de pouvoir créer un programme. Dans ce but, elle s'est fondée sur la théorie du comportement planifié. Ce comportement planifié se fonde sur trois facteurs : les attitudes, les normes subjectives et la perception de contrôle. Dans le milieu sportif, de manière concrète, les attitudes comprennent les attitudes positives envers les substances psychoactives et les comportements ayant un pouvoir addictogène comme le fait de penser que fumer une cigarette ou boire de l'alcool va permettre de s'intégrer au groupe. Les normes subjectives correspondent aux croyances normatives sur les substances. Par exemple, certaines jeunes surestiment l'usage par les pairs. Enfin, la perception de contrôle implique un faible développement des compétences psychosociales tel que savoir dire non si un verre ou une cigarette est proposé, savoir demander de l'aide, la gestion du stress.

L'objectif de l'association est donc de diminuer les attitudes positives vis-à-vis des substances, corriger les normes subjectives et développer les compétences psychosociales. De cette manière, il sera possible d'empêcher, de réduire ou de retarder les conduites addictives avec ou sans produit. Il sera ainsi possible de mettre en place une approche de réduction des risques et une prévention par les pairs.

Présentation du premier programme de prévention des addictions en milieu sportif

➤ **Alison Judet, Amaël Seddeki, PAMS, CHU de Clermont-Ferrand**

Amaël Seddeki rappelle que PAMS est un programme de prévention des addictions en milieu sportif né en 2020 et financé par la Caisse nationale d'assurance maladie jusqu'à la fin de 2023. De toute évidence, les demandes comme les missions sont nombreuses. L'association a donc demandé une extension du projet à la CNAM qui l'a accordé pour six mois. Les demandes continuant d'affluer, l'association a demandé, une nouvelle fois, un financement à la DRAJES AURA. Jusqu'à présent, il s'agissait d'un programme national qui devra se reconcentrer sur l'AURA à compter du mois de juillet.

Alison Judet explique que le programme est composé de trois axes. Le premier est l'axe information relatif à la création de contenu sur les réseaux sociaux avec comme cible un public jeune de 15 à 30 ans. Les objectifs seront de sensibiliser et d'informer via des créations de vidéos ainsi que de vulgariser les connaissances scientifiques sur les addictions. Il sera également nécessaire de déconstruire les idées reçues en milieu sportif. Par voie de conséquence, l'association a créé une chaîne YouTube qui est le centre de cet axe et qui permettra de regrouper l'ensemble des vidéos, sur différentes thématiques, qu'il s'agisse des addictions comportementales, aux substances, etc. Plusieurs formats de vidéos ont été créés tels que le format interview comprenant un échange de questions et de réponses avec des professionnels de santé ou des professionnels du milieu sportif. Un autre format a été nommé le *Two fast*. Il correspond à des vidéos plutôt courtes de deux à trois minutes avec comme but de véritablement vulgariser l'information. Elles comprennent des animations et une voix off pour parler d'une thématique en particulier. Le but de ces vidéos est de créer un contenu dynamique pour les réseaux sociaux. Le format *On debunk* permet de lutter contre les idées reçues au sein de la société. La vidéo prendra la forme d'un vrai ou faux explicité par un professionnel de la santé. Des vidéos ont déjà été réalisées sur le sport et le tabac, le sport et l'alcool, le CBD. Enfin, le format *Let's talk* permet de diffuser des témoignages de sportif sur leur arrêt de carrière.

L'association est également présente sur d'autres réseaux sociaux qui permettront de rediriger le public vers la chaîne YouTube, mais serviront également à créer des contenus. En effet, les populations plus jeunes sont plus réceptives à TikTok. Le Point Actu fait partie de ce type de contenu et revient chaque vendredi. Il permet de revenir sur un point de l'actualité sportive et dégager un message de prévention. Des contenus un peu plus statiques ont également été créés sur les réseaux sociaux tels que des stories dans lesquelles des questions sont posées sur les idées reçues. Elles permettent de créer de l'interaction et d'identifier les fausses croyances que peut avoir la société via les abonnés. Enfin, des photos et des vidéos permettront de retrouver la vie de PAMS avec les formations, les stands et les événements auxquels l'association participe.

Cette communication sur les réseaux sociaux est importante, car elle permet de toucher les plus jeunes. L'équipe constate une évolution au niveau des vues depuis la création des comptes. Leur accessibilité s'est améliorée. La création de contenu divertissant est essentielle même si le sujet de l'addiction peut être difficile à amener sur ces plateformes.

Amaël Seddeki fait savoir que l'axe 2 traite de la formation. La cible sera l'environnement des sportifs c'est-à-dire les entraîneurs, les psychologues, les médecins. L'objectif est la prise en compte des addictions dans les milieux sportifs et la création d'un environnement protecteur. Ces deux jours de formations peuvent être adaptés en fonction des structures et des sports. Les équipes tentent de couvrir un maximum de sujets, mais le principal but reste de générer une interactivité importante tout en partant du point de vue des entraîneurs. La formation démarre par des généralités autour de l'addictologie, la détection des situations à risque en milieu sportif, le repérage des conduites à risque et l'orientation. Cette dernière partie peut parfois poser un problème, car les entraîneurs estiment que de telles actions ne sont pas de leur responsabilité. Il est donc nécessaire de leur rappeler leur rôle protecteur envers les jeunes. Ensuite, la formation traite de la compréhension des motivations au changement, la communication autour des consommations, les méthodes de prévention efficaces et l'animation des actions de prévention.

La participation à ces formations a démarré doucement en 2021 et en 2022. Le Covid a ralenti la progression du programme au départ. De plus, l'association ne disposait pas du réseau nécessaire dans ce domaine, ce qui a demandé un temps de développement. L'objectif premier était de 100 à 150 adultes formés par ans et l'association s'en approche progressivement. La région dans laquelle elle est le plus intervenue est la région AURA. Or, l'ensemble des retours sont positifs après l'intervention

de l'association. L'association anime également des stands de prévention et a pu se rendre sur place, au Matmut Stadium de Lyon par exemple.

Alison Judet indique que l'axe 3 traite de la prévention en se concentrant sur l'arrêt de carrière des sportifs. La cible est le sportif de haut niveau et l'objectif sera de prévenir les conduites addictives ainsi que les risques de dépression des sportifs. Dans ce cadre, il est possible de constater que 46,4 % des athlètes, actifs ou non, souffrent de problèmes liés à la santé mentale. L'arrêt de carrière peut donc être une porte d'entrée dans les consommations. En conséquence, l'association a mis à disposition des ressources sur le site internet afin d'aider les sportifs à s'orienter vers les bonnes structures comme le collectif Sports, experts de la reconversion et de l'insertion professionnelle des sportifs.

Les vidéos YouTube ont permis aux sportifs d'évoquer leur expérience lors de l'arrêt de leur carrière. Ce moment peut être compliqué et l'association essaie d'informer le public sur ces possibilités. Ces témoignages permettent de réaliser de la prévention par les pairs avec des sportifs parlant directement aux sportifs.

Amaël Seddeki précise que PAMS a pu organiser un colloque l'année dernière dans le stade Marcel Michelin de Clermont-Ferrand. Il a permis de réunir 150 personnes du milieu de la santé ou du milieu sportif. Une partie de la journée était composée de conférences plénières et une autre partie était composée d'ateliers. Par la suite, l'association a présenté son programme lors de la 7^e conférence mondiale du comité international olympique à Monaco du 29 février au 2 mars 2024.

Christelle Garnier souhaite savoir si le programme est financé de manière pérenne.

Amaël Seddeki répond que les projets de l'association Circea ne disposent d'aucun financement pérenne. Par conséquent, ce programme PAMS s'arrêtera si d'autres financements ne sont pas obtenus. Il s'agit d'une des difficultés rencontrées par l'association dont les équipes sont constamment en recherche de financements.

Un participant demande si l'association peut intervenir dans la ville d'Annecy. L'intervenant s'enquiert de la procédure à suivre afin de la solliciter.

Amaël Seddeki indique que l'association demande parfois le financement des frais de déplacement et d'hébergement, mais elle fait toujours en sorte que l'intervention soit gratuite.

Un participant souhaite des précisions sur l'accueil offert à ce type de présentations par les sportifs de haut niveau.

Amaël Seddeki signale que cet accueil n'est pas toujours très chaleureux au départ. Toutefois, il dépend du contexte dans lequel l'association est contactée. En effet, elle peut être sollicitée à la suite d'évènements négatifs, ce qui rend l'accueil mitigé.

Carole Boyer convient qu'évoquer les addictions en milieu sportif n'est pas facile.

Mettre en place des actions de prévention — outils et retours d'expérience

- **Florian Roselli, ligue Auvergne-Rhône-Alpes de rugby, et Carole Boyer, PAMS, CHU de Clermont-Ferrand**
- **Carole Boyer, PAMS, CHU de Clermont-Ferrand**

Carole Boyer explique que le format des stands a été modifié pour les rendre plus attractifs. Un jeu a donc été développé à partir du Trivial Poursuit, et a été adapté au format des addictions. Des éco-CUP

ont également été créés et permettent de doser l'alcool versé en fonction des unités qui y sont inscrites. Enfin, un livret va reprendre l'ensemble des notions qui ont été abordées durant la formation. Il s'agit d'un guide pratique déterminant la manière dont les actions de formations sont mises en place. À la suite des formations, l'association a également pu accompagner des projets de prévention. Une formation hybride a ainsi été développée avec le CREPS qui comprend une partie en distanciel et une partie en présentiel. Ce programme a été l'aboutissement d'un an de travail avec le Centre de ressources d'expertise et de performance sportive. Les sportifs faisant partie de ce type de centre sont souvent promis à des carrières de haut niveau.

Florian Roselli observe que le rugby est un sport dans lequel l'alcool est très présent. L'idée de la troisième mi-temps doit être déconstruite, car la ligue AURA Rugby a rencontré de nombreux problèmes avec des mineurs qui buvaient beaucoup. Les bières peuvent être posées dans le vestiaire par l'entraîneur ou le Président. Ces interventions choquent tout le monde, mais la société change. De plus, la consommation ne se limite pas à une dimension festive, mais est également effectuée dans un but de performance. La décision a donc été prise de mettre en place un programme PAMS. Cependant, ce sujet est compliqué et les clubs ne veulent pas y participer. Néanmoins, Amaël et Carole ont pu former plus de 150 personnes dans le rugby. Une première sensibilisation était organisée le jeudi soir et une formation avait lieu le vendredi pour les professionnels des clubs. Ce processus a plutôt bien pris, car ce sujet soulève des problématiques bien réelles.

Pour tenter d'aider les clubs à se saisir de ces problématiques, la ligue AURA de Rugby a accordé des financements pour créer des kits. L'ensemble des participants aux formations repartent avec ce kit. Un jeu de rôle a également été créé afin d'apprendre à dire non. Des affiches, des chevalets, des éthylotests et des réglottes sont mis à disposition. Un panneau « *alcool interdit aux mineurs* » est également posé.

La ligue comprend trente conseillers techniques qui sont répartis dans toute la ligue sur trente bassins. Chaque bassin représente une dizaine de clubs. Elle a aussi essayé de se rapprocher des comités départementaux afin d'augmenter la proximité avec les clubs. Enfin, la dernière étape du plan d'action est de se rendre dans les clubs centraux du bassin. Ce plan est financé à hauteur de 17 000 euros par la ligue sur deux ans. L'objectif final est de changer la culture du sport, mais ce processus sera long et s'étendra sur 6 à 10 ans au minimum. Indéniablement, dans les clubs amateurs, le système économique est fondé sur la buvette.

Christelle Garnier souhaite savoir si la Ligue travaille avec d'autres fédérations du milieu du sport.

Florian Roselli convient qu'un travail est réalisé avec le basket, le foot et le handball.

Une participante demande si la Ligue est soutenue par la Fédération française de rugby.

Florian Roselli affirme que la Ligue est soutenue par le plan d'orientation stratégique qui a été mis en place par la Fédération française de rugby. Il décline sept actions dont chacune comprend cinq sous-actions auxquelles sont associés des financements. Cependant, il est compliqué de dupliquer ce modèle dans les autres ligues. De plus, l'intervenant est le seul en France à occuper un poste de conseiller technique en charge de la performance sociale.

Un participant souhaite savoir si le Trivial Poursuit utilisé lors des stands est en exemplaire unique.

Carole Boyer indique que la version utilisée a été adaptée et n'est disponible qu'en un seul exemplaire.

Une participante estime que ce projet mériterait un financement national.

Un participant remarque que la question économique soulevée par les buvettes a été évoquée lors des interventions. Il s'agit effectivement d'un argument régulièrement opposé aux associations de prévention des addictions. L'intervenant explique qu'il participe à la création d'un festival mettant en avant le concept *no alcohol low alcohol*. Il s'agit de la troisième édition cette année. Les équipes de ce festival mesurent l'impact économique de la vente d'alcool sur cet évènement. Or, l'année dernière, 43 % des boissons vendues étaient sans alcool, ce qui n'a pas perturbé le bilan financier de la Cité fertile qui accueille cet évènement. L'idée que vendre de l'alcool est le seul moyen de survivre financièrement est donc fautive. La survie financière sera surtout assurée par l'enrichissement de l'offre non alcoolisée. Par voie de conséquence, l'association développe un modèle qui sera déployé dans d'autres évènements festifs.

CONCLUSION

➤ **Julien Cabé, CHU de Clermont-Ferrand**

Julien Cabé souligne la richesse de ces deux journées de colloque. La prochaine édition sera accueillie l'année prochaine en Auvergne. Le sujet suivant sera traité : « *Le détournement et le mésusage des médicaments psychotropes* ». Un travail collaboratif sera lancé avec le RESPADD.