



Activité physique dans l'anorexie mentale : un problème ou un levier thérapeutique ?

Laurence Kern, Lilian Fautrelle, Nathalie Godart

► To cite this version:

Laurence Kern, Lilian Fautrelle, Nathalie Godart. Activité physique dans l'anorexie mentale : un problème ou un levier thérapeutique ?. *Nutrition & Endocrinologie*, 2017, 15 (79), pp.65-67. hal-02311864

HAL Id: hal-02311864

<https://hal.parisnanterre.fr/hal-02311864>

Submitted on 11 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Activité physique dans l'anorexie mentale : un problème ou un levier thérapeutique ?

La pratique régulière de l'activité physique (AP) amène des bénéfices pour la santé physique, psychologie et sociale. Or, les patients souffrant d'anorexie mentale (AM) ont parfois un rapport à l'activité physique problématique qui peut entraîner des dommages sur ces trois axes. L'activité physique est limitée au cours des soins de l'AM. Or à travers un programme d'activité physique adapté (APA) les sujets peuvent se réapproprier les bonnes règles de pratique et prendre conscience de leur corps ce qui à terme sera thérapeutique.

Laurence Kern, Laboratoire EA 4430 CLIPSYD Clinique Psychanalyse Développement, Université Paris Ouest Nanterre la Défense, Laboratoire EA 2931 CeSRM, UPOND, Lilian Fautrelle, Laboratoire EA 2931 CeSRM, UPOND, Nathalie Godart, CESP, Fac. de médecine - Univ. Paris-Sud, Fac. de médecine - UVSQ, INSERM, Université Paris-Saclay, Villejuif, et Service de psychiatrie, Institut Mutualiste Montsouris, Université Paris Descartes, Faculté de Médecine, Paris

Déclaration d'intérêts : Pas de lien d'intérêt avec l'article.

Mots-clés :

Mots clés : Activité physique, Problématique, Anorexie mentale, Programme adapté, Plaisir

Introduction

La pratique d'une activité physique (AP) est largement recommandée dans notre société. Nous entendons par activité physique, toutes contractions volontaires des muscles striés squelettiques responsable d'une augmentation de la dépense énergétique (1). L'AP est donc un large champ qui regroupe les activités physiques liées aux modes de déplacement, de loisir, de travail. Sports et exercices physiques sont donc des catégories d'AP. Nous parlerons dans cet article d'AP au sens très large.

La pratique régulière d'AP est le plus souvent appréhendée dans la perspective des bénéfices qui en découlent. Cette perspective tend à ignorer les potentiels aspects négatifs de la pratique de l'AP. Selon Franques et al (2), le dopage et la dépendance à l'AP sont des conséquences délétères possibles d'une pratique excessive, ces deux risques pouvant évoluer conjointement. Dans le cadre de l'anorexie mentale (AM), la dépendance à l'AP dénommée dans la littérature "hyperactivité physique", "exercice excessif", "compulsion à l'AP" ou "dépendance à l'AP". Elle concerne entre 5 à 54 % des sujets (3). A noter que ce large intervalle de fréquences s'explique par des définitions de la pratique problématique de l'AP tout aussi variables que les méthodes et outils d'évaluation.

Définition de la pratique problématique d'AP

Selon Rizk (3) la pratique problématique d'AP (PPAP) devrait se définir au regard de critères quantitatifs (durée, intensité, fréquence) et qualitatifs (rapport à l'AP – compulsion, motivation et/ou dépendance). La littérature, donne des définitions qui abordent l'un ou l'autre versant, mais rarement les deux. Au niveau quantitatif, le critère de Davis et al (4), le plus utilisé, fait état d'une pratique d'AP

supérieure à 5h/ semaine pour être qualifiée d'excessive. Thornton (5) fixe lui le critère de durée à 2h/ jours. Au niveau qualitatif, de nombreuses définitions, terminologies, ou modèles théoriques ont été déclinés dans d'aussi nombreux questionnaire d'évaluation (3).

Nous retiendrons que pour qu'une AP soit qualifiée de PPAP chez des sujets souffrant d'AM, elle doit d'une part être pratiquée tous les jours, dans un volume (fréquence et durée) important au regard de l'état de dénutrition (nous retiendrons le critère de Davis, 1h par jour au moins), et d'autre part cette AP doit être mise en œuvre volontairement dans l'objectif de perdre du poids, ou de modeler sa silhouette. Dans un second temps cette pratique d'AP s'automatise et devient une stratégie d'adaptation pour

compenser, supprimer et/ou atténuer les affects négatifs et les symptômes de l'anorexie mentale. Enfin dans un troisième temps, cette pratique devient involontaire, inconsciente (compulsive). Les personnes souffrant d'AM ont ainsi un besoin constant de rester actives et elles réalisent pour la plus part des contractions isométriques dès qu'elles sont inactives.

Pourquoi la pratique de l'AP non adaptée est problématique chez les personnes souffrant d'AM

L'anorexie mentale se manifeste par restriction partielle ou totale de l'alimentation dans le but de ne pas prendre ou de perdre du poids alors que le poids est normal ou bas. Ce trouble évolue sur des mois voire des années. Ces privations induisent une dénutrition d'intensité variable impactant significativement tous les systèmes physiologiques (cardiovasculaire, pulmonaire, musculaire, osseux, rénal et urologique, reproductif....) (6). L'AM est en outre associée à des troubles psychologiques (anxiété, dépression (7, 8), troubles obsessionnels et compulsifs, troubles de la personnalité (9) ...).

Chez les personnes jeunes en bonne santé, la pratique d'AP contribue à l'entretien d'un bon état de santé général à partir du moment où l'organisme est capable, après une période de récupération, de recouvrer un état compatible avec la reproduction d'une performance d'AP au moins égale.

Chez les personnes souffrant d'AM, une pratique non adaptée d'AP engendre un stress systémique additionnel à la dénutrition et renforce les complications physiologiques. La répétitivité des AP sans respect des périodes minimales de récupération, à la manière d'un syndrome de sur-entraînement – (overtraining) (10), peut engendrer de manière non exhaustive : une élévation de la fréquence cardiaque de repos et de la tension artérielle, des modifications des seuils d'échanges gazeux lors des cycles respiratoires pendant l'effort, des tendinites et des fractures de fatigues. Combinés aux dérèglements endocriniens inhérents à l'AM (11), une quantité et/ou des intensités d'AP non adaptées, potentiellement réalisées sur des périodes peu appropriées (à jeun), peuvent conduire à une atrophie musculaire, le système utilisant alors le tissu musculaire comme substrat énergétique. De plus, les méconnaissances dans le choix des situations d'exercice, dans les postures et techniques de réalisation, ainsi que de classiques idées fausses sur notamment la manière de pratiquer, les effets de l'AP sur le corps sont des problématiques additionnelles directement responsables de complications somatiques. A titre d'illustration, pour obtenir un ventre plat et brûler des graisses localisées au niveau de l'abdomen, certaines personnes croient, à tort, que les exercices basés sur un raccourcissement du droit de l'abdomen sont tout à fait recommandés. Deux types d'exercice sont ainsi principalement réalisés : le crunch complet qui implique des contractions en concentrique, et le relevé de jambes maintenu qui entraîne des contractions isométriques. D'un point de vue physiologique, les exécutions souvent imparfaites de ces exercices

vont impliquer majoritairement les muscles grand psoas et iliaque plutôt que le droit de l'abdomen. D'un point de vue biomécanique et postural, ce type de situations basées sur un raccourcissement du droit de l'abdomen est mauvais : cela traumatise le dos, favorise le prolapsus (ce qui favorise le ventre rond) et les fuites d'urines. En outre la pratique d'AP est problématique car elle augmente les besoins caloriques, sans adaptation des apports alimentaires ce qui rend difficile la re-nutrition et entraîne tout simplement une résistance aux thérapeutiques (12)

Comment la pratique de l'AP adaptée peut-elle devenir un levier thérapeutique ?

Les prises en charge thérapeutiques classiques proposent une re-nutrition, du repos (rester au lit), donc une sédentarité et une inactivité physique. À cela s'associe une re-nutrition et une prise en charge somatique et psychothérapique (individuelles et thérapie familiale)

La prescription de l'inactivité, ou du repos est souvent mal vécue, elle entraîne un niveau d'anxiété plus élevé, une peur de grossir, et parfois un sentiment de culpabilité. Cette inactivité contrarie les patients et va à l'encontre de l'alliance thérapeutique ; en outre cela est rarement respecté. Une revue de littérature réalisée par Hausenblas et al (13) montre que lorsqu'un programme d'AP est proposé aux patients, il n'y avait pas d'effet sur le poids, par contre il y a des effets positifs sur la perception des formes du corps, l'humeur et la qualité de vie. La revue systématique de Vancampfort et al (14) a mis en évidence les effets positifs des programmes d'AP s'articulant autour du développement de la capacité aérobie et de la résistance (amélioration de la force musculaire, de l'IMC, du pourcentage de masse grasse). L'AP conduite au travers des exercices à dominantes aérobies, le yoga et les exercices de prise de conscience de soi permettent quant à eux une diminution des scores aux échelles de symptomatologie des troubles du comportement alimentaire, les symptômes dépressifs. Aucun effet délétère n'est constaté. La méta-analyse de Ng et al (15) concluent qu'un programme d'AP supervisé apparaît être sûr pour ces patients car aucun effet anthropométrie néfaste n'a été constaté. Ce programme permet en plus, d'améliorer la force et la condition physique cardio respiratoire. Il apparaît donc que, comme pour la population générale, une AP régulière et contrôlée amène des effets bénéfiques chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. De plus, selon La Haute Autorité de Santé (16) "Il est recommandé d'amener les patients anorexiques présentant une hyperactivité physique à prendre conscience de ce symptôme (mouvements de gymnastique, station debout prolongée, déplacements incessants, etc.) et de son association directe au fonctionnement anorexique, afin de diminuer le niveau d'activité physique" (p. 352). Proposer un programme d'AP, peut ainsi être pertinent s'il prend en compte ces recommandations, mais également s'il la réalisation de l'AP respecte les règles de bonnes pratiques, ce qui demande des connaissances sur la préparation à l'effort (alimentation, hydratation, habillage, échauffement), l'effort lui-même (volume, fréquence, intensité,

récupération, type d'exercice) et la récupération de l'effort (diminution de la raideur musculo-tendineuse, vascularisation, alimentation, hydratation, sommeil). Les programmes proposés à ces personnes devraient non seulement être basé 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.

Le programme que nous avons développé à l'Institut mutualiste Montsouris (IMM) repose sur ces principes. Il se compose de 8 séances de 1h30. Lors de la séance 1, le cahier de bonne pratique est distribuée et le mode d'emploi expliqué aux patientes. Ces séances sont découpées toujours de la même façon afin de permettre d'automatiser des règles de bonnes pratiques (prise en main, avec échanges sur le déroulé de la semaine, les événements notables, les bonnes et moins bonnes nouvelles), mise en train avec un échauffement structuré, exercices de renforcement musculaire et exercices aérobies, pratiqués de façon collective à travers l'aéro-boxe où l'objectif est de créer une chorégraphie à plusieurs en reprenant la gestuelle de la boxe française, tout en se faisant plaisir et en travaillant la créativité à travers l'AP. Enfin la séance se termine par un retour au calme. Tout au long de la séance, des explications sont consacrées à l'adoption des bonnes postures. Des temps de repos actifs alternent avec des temps de repos passifs, des pauses pour l'hydratation sont imposées.

Les séances 1 et 8 sont consacrées à l'explicitation et le débriefing du programme et à l'évaluation (questionnaires, tests physiques). Lors de la séance 8 nous réalisons une évaluation de la satisfaction du programme. Les objectifs

du programme sont centrés :

- sur la prise de conscience de son activité physique,
- l'apprentissage des règles de bonne pratique (quand pratiquer, où pratiquer, comment),
- Solliciter les différents groupes musculaires et s'approprier les fondamentaux pour les solliciter,
- le plaisir et cela à travers des activités collectives ou des situations où la coopération est indispensable.

Les premiers résultats obtenus par la mise en place de ce programme (17) sont très encourageants car les scores de pratique problématique diminuent au cours des 8 séances. De plus les patientes expriment un grand plaisir et une grande satisfaction à participer à cet atelier d'AP. L'équipe a observé une amélioration de l'attitude des patients à l'égard de l'AP au fil du groupe. Enfin, leur proposer une AP favorise l'alliance avec les soignants.

Conclusion

Il faut donc garder mesure en toute chose et plutôt que de supprimer toute AP, ce qui est violent pour les patients, il est préférable de les aider en parallèle de la re-nutrition. Il s'agit ainsi de leur réapprendre à avoir une AP limitée, sécuritaire et source de plaisir sous contrôle soignant, plutôt que de les frustrer, les amener à avoir une activité dissimulée, intense et inadéquate.

**Même si les recommandations de l'OMS préconisent de faire 5h d'AP par semaine à intensité modérée, pour amener des bénéfices, ce qui est proche des critères de Davis. Il est primordial de prendre en compte que les patients souffrant d'anorexie ont une condition physique qui ne permet pas toujours cet effort de façon sécuritaire.*

Bibliographie

1. OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève, Suisse: OMS; 2010.
2. Franques P, Auriacombe M, Tignol J. Sport, dopage et addictions. Délimitations conceptuelles et approche épidémiologique à partir des données de la littérature. *Ann Med Interne*. 2001;152:2537-49.
3. Rizk M, Lalanne C, Berthoz S, Kern L, Godart N, Group E. Problematic Exercise in Anorexia Nervosa: Testing Potential Risk Factors against Different Definitions. *PLoS one*. 2015;10(11):e0143352.
4. Davis C, Kennedy SH, Ralevski E, Dionne M, Brewer H, Neitzert C, et al. Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising. *Journal of psychosomatic research*. 1995;39(8):967-76.
5. Thornton LM, Dellava JE, Root TL, Lichtenstein P, Bulik CM. Anorexia nervosa and generalized anxiety disorder: further explorations of the relation between anxiety and body mass index. *Journal of anxiety disorders*. 2011;25(5):727-30.
6. van Elburg A, Danner U. Anorexia nervosa en adolescenten. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2015;57(12):923-7.
7. Junne F, Zipfel S, Wild B, Martus P, Giel K, Resmark G, et al. The relationship of body image with symptoms of depression and anxiety in patients with anorexia nervosa during outpatient psychotherapy: Results of the ANTOP study. *Psychotherapy*. 2016;53(2):141.
8. Leblé N, Radon L, Rabot M, Godart N. Manifestations dépressives au cours de l'anorexie mentale: données de la littérature et implications pour une utilisation adaptée des antidépresseurs. *L'Encephale*. 2016.
9. Rizk M. Implication de l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale. Paris: Paris Descartes University; 2015.
10. Kuipers H, Keizer H. Overtraining in elite athletes. *Sports Medicine*. 1988;6(2):79-92.
11. Schorr M, Miller KK. The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management. *Nature Reviews Endocrinology*. 2016.
12. Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G. Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive psychiatry*. 2008;49(4):346-52.
13. Hausenblas HA, Cook BJ, Chittester NI. Can exercise treat eating disorders? *Exerc Sport Sci Rev*. 2008;36(1):43-7.
14. Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M, Soundy A, Adamkova M, Skjaerven LH, et al. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil Rehabil*. 2014;36(8):628-34.
15. Ng L, Ng D, Wong VV. Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa? A meta-analysis. *Physiotherapy*. 2013;99(1):1-11.
16. de Santé HA. Anorexie mentale: prise en charge. Synthèse des recommandations de bonnes pratiques. 2010.
17. Rizk M, Kern L, Godart N. Physical activity and Health: The positive and negative effects of physical exercise. Fifth International Congress of Sport Psychology- SFPS; Nice, France 2014.