

Guide d'intervention en activités physiques adaptées à l'intention des kinésiologues

Presses de l'Université du Québec

Chapitre

Activité Physique Adaptée et trouble de l'usage de substance et des conduites addictives

Paquito Bernard^{1,2} Professeur adjoint, Samuel St-Amour^{1,2} Candidat au doctorat,
Gabriel Hains-Monfette^{1,2}, Candidat au doctorat

¹Département des Sciences de l'Activité Physique, Université du Québec à Montréal

²Centre de recherche, Institut Universitaire en Santé Mentale à Montréal

1. Caractéristiques biopsychosociales de personnes aux prises avec un trouble de l'usage

Le terme d'addiction prend ses origines dans le vocabulaire juridique médiéval. Il correspondait au fait de rembourser ses dettes par une contrainte du corps, c'est-à-dire donner son corps en gage d'une dette, devenir esclave. Goodman (1990) définit l'addiction comme « *un processus qui se base sur des comportements qui visent la production de plaisir et permettent d'échapper à une sensation d'inconfort psychologique issue de pertes de contrôle récurrentes et d'une continuation dans ces comportements malgré des conséquences négatives* ». Les addictions sont couramment associées aux substances telles que l'alcool, l'héroïne ou encore le cannabis, considérées socialement comme des drogues « dures ». Cependant, l'addiction recouvre aussi des substances plus communément admises comme le tabac, les produits hautement caféinés, mais aussi des activités non liées à des substances comme les jeux d'argent, les jeux en ligne ou la consultation d'internet.

L'initiation, le maintien et le trouble de l'usage d'une substance sont dépendants des contextes psychologiques, sociologiques, politiques et culturels dans lesquels ils émergent. Les consommations évoluent au cours de la vie et varient entre les sexes (Lejoyeux et Adès, 2009). La consommation excessive de substances psychoactives est associée à une espérance de vie raccourcie et surtout liée à un nombre d'années de vie en bonne santé beaucoup plus faible (Whiteford *et al.*, 2013). Le risque addictogène fluctue aussi entre les substances. Autrement dit, certaines substances sont associées à un risque plus élevé de consommation à risque ou d'addiction. La dernière version du Manuel des Diagnostics des Troubles Mentaux — version 5 (DSM-5), propose une catégorie nommée : trouble de l'usage de substance et des conduites addictives (American Psychiatric Association, 2015).

Sur la base du DSM-5, un *diagnostic de trouble de l'usage* est avéré lorsque minimalement deux des 11 critères suivants sont présents durant les 12 derniers mois. Le tableau 1 résume l'ensemble des critères en 4 catégories. Trois niveaux de sévérité du trouble ont été proposés en fonction du nombre de critères rencontrés : léger (2 ou 3), modéré (4 ou 5) et sévère (≥ 6).

A-Réduction du contrôle (4 critères)
1. Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)
2. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
3. Désir persistant ou échecs répétitifs de contrôle de la consommation ou du temps de jeu
4. Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu en dépit d'obligations sociales (emploi, études, vie domestique)
B-Altération du fonctionnement social
5. Incapacité de remplir des obligations importantes due à la consommation de substance ou au jeu
6. Problèmes personnels ou sociaux dus à la consommation ou au jeu
7. Activités de loisirs, sociales ou de travail réduites au profit de la consommation ou du jeu
C – Consommation risquée
8. La consommation ou le jeu sont poursuivis bien que la personne soit consciente d'avoir un problème causé ou exacerbé par la substance ou le jeu
9. Usage même lorsqu'il y a un risque physique
D – Critères pharmacologiques
10. Effet de tolérance démontré par le besoin d'augmenter la quantité ou la durée pour produire l'effet désiré
11. Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu

Tableau 1 : Critères diagnostics du trouble de l'usage

Le *syndrome de sevrage* est caractérisé lorsque la consommation de substance ou le comportement est stoppé ou réduit et que 2 ou plusieurs des symptômes décrits ci-après sont présents (American Psychiatric Association, 2015). Certains symptômes sont plus spécifiques à certaines substances, par exemple les hallucinations transitoires ou les crises convulsives dans le cadre d'un trouble de l'usage de l'alcool sévère. Les signes cliniques sont l'hyperactivité du système nerveux autonome (transpiration, fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minute, augmentation du tremblement des mains), les

difficultés de sommeil, les nausées ou vomissements, les hallucinations transitoires visuelles, tactiles ou auditives, l'agitation psychomotrice, l'anxiété, l'humeur dépressive, l'irritabilité et les crises convulsives. Ces symptômes doivent causer une souffrance cliniquement significative, ou une altération du fonctionnement social ou professionnel, pour répondre aux critères d'un syndrome de sevrage.

La classification DSM-5 reconnaît 10 catégories de substances : l'alcool, la caféine, le cannabis, les hallucinogènes, les inhalants, les opioïdes, les sédatifs, les stimulants, le tabac et les substances autres ou méconnues (American Psychiatric Association, 2015). Seul le jeu pathologique est stipulé dans le DSM-5, regroupant les jeux de hasard et d'argent. Il n'est pas fait état explicitement des jeux en ligne ou de cyberdépendance. Dans le but d'approfondir les connaissances sur un usage de substance spécifique, de nombreux documents sont disponibles sur les sites de l'Institut National de Santé Publique du Québec (www.inspq.qc.ca/) et de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (www.cihi.ca/fr).

2. Milieux d'interventions, collaborations interprofessionnelles et mandat du kinésiologue

2.1. Milieux de la santé et des services sociaux

La majorité des kinésiologues peuvent considérer leur pratique professionnelle éloignée des questions des troubles de l'usage de substance. Or, comme tous les professionnels investis dans la santé et la prévention, l'examen systématique des habitudes de vie est nécessaire afin de pouvoir, minimalement, informer l'utilisateur des solutions existantes. En effet, les conduites addictives et l'usage de substance touchent toutes les strates de la société, de l'adolescent à la personne âgée. Dans ce contexte, le kinésiologue a pour mandat d'agir à 3 niveaux : le dépistage, l'intervention brève et l'orientation vers une prise en charge adaptée. Il pourra être amené à collaborer avec des travailleurs sociaux, infirmières, médecins et personnels spécialisés en addiction.

2.1.1 Dépistage

Le dépistage doit pouvoir être mené très rapidement et permettre au kinésiologue de mettre en place des interventions fiables. Il peut être envisagé d'utiliser des questionnaires en évaluation initiale et de suivi afin d'apporter au moins une attention à la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis. Dans ce cadre, les outils présentés dans la section 4.1 ont fait l'objet d'études de validation psychométriques et d'établissement de seuils cliniques.

2.1.2 Intervention brève

Ce type d'intervention repose sur 4 principes : a — restituer à la personne les résultats du test, b — l'informer sur les risques à poursuivre son comportement, c — l'aider à choisir un objectif de changement (ex : diminuer de 1 cigarette le matin et l'après-midi), d — le conseiller et l'encourager à tenter des changements d'habitude (ex : repousser de 20 minutes l'heure de la première consommation). Ce type d'intervention peut très aisément

utiliser l'activité physique comme stratégie de remplacement comportemental ou de gestion des symptômes de manque lorsque la personne ne peut pas accéder à la substance ou au jeu. Une proposition concrète est présentée dans la section 5.

2.1.3 Orienter vers une prise en charge

Aiguiller une personne ayant potentiellement un trouble de l'usage modéré ou sévère est une responsabilité importante du kinésiologue, s'il perçoit que la personne avec laquelle il travaille pourrait tirer des bénéfices d'une prise en charge adéquate ou que celle-ci rapporte une souffrance due à une consommation de substance ou à ses problèmes de jeu. Une personne aux prises avec un trouble de l'usage peut prendre beaucoup de temps pour se rendre compte des conséquences négatives pour elle ou son entourage avant de demander de l'aide ou de vouloir s'investir dans une prise en charge. Ainsi, le kinésiologue peut orienter les personnes dans le besoin vers des interventions progressives en matière d'intensité (Mas, Bernard, et Gourlan, 2018). Après d'un usager fumeur, par exemple, le kinésiologue peut graduellement délivrer des brochures informationnelles ou des références de livres d'autogestion ; puis l'orienter vers des services gratuits de contacts à distance par téléphone (ex. : 1 866 JARRETE) avec un conseiller ou un service de messagerie texte (ex. : SMAT.ca) ; et enfin, supporter une demande d'aide en personne dans un centre d'abandon du tabagisme.

2.2 Centres d'intervention en dépendance

Les services et soins offerts dans le cadre des troubles de l'usage de substance ou de conduites addictives sont généralement basés sur une approche biopsychosociale, la réadaptation et les communautés thérapeutiques. Les soins peuvent être apportés en milieu ouvert (ex. : Clinique de Toxicomanie et santé mentale) ou fermé (ex. : Centre de désintoxication) et l'accompagnement est fourni par des équipes pluridisciplinaires. Les troubles de l'usage sont souvent concomitants à un autre trouble de santé mentale, ainsi il est fréquent que les personnes soient accueillies dans des établissements ou structures de santé mentale (Lejoyeux et Adès, 2009 ; plus d'informations sur le site du Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants de Montréal).

Un nombre croissant de kinésiologues sont sollicités pour incorporer des établissements de santé mentale afin de proposer des interventions d'activité physique adaptée (APA) (Bernard, Romain, et Vergnault, 2015). Dans ce contexte, le rôle du kinésiologue est double. À la suite d'une évaluation initiale complète, celui-ci doit pouvoir offrir une intervention supervisée ou non qui permet un reconditionnement physique adéquat, mais surtout chercher à améliorer l'estime de soi dans le domaine physique et amener l'usager à changer progressivement ses habitudes en matière d'activité physique. La question des soins somatiques dans un contexte de conduites addictives avec ou sans trouble de santé mentale concomitant est souvent minorée. Le kinésiologue se doit d'être

un acteur majeur de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans ce contexte (Romain et Bernard, 2017). Ainsi, aider un usager à gérer son poids ou à gagner en endurance musculaire pourra lui être une aide précieuse dans son processus de rétablissement, par exemple, pour accéder à un emploi ayant une composante physique forte. L'enjeu de taille reste la communication des résultats d'évaluation ou de remarques cliniques avec les autres professionnels.

3. Effets biopsychosociaux des interventions en activité physique adaptées

Dans le domaine des effets de l'activité physique sur les troubles de substance et des conduites addictives, la consommation de tabac a fait l'objet du plus grand nombre d'études, suivie de la consommation d'alcool et de méthamphétamine. Pour d'autres substances, ou le jeu pathologique, la quantité d'études interventionnelles est plus réduite.

Les devis d'études interventionnelles prennent généralement deux formes. Les chercheurs explorent l'effet aigu de l'activité physique, ou développent des interventions d'activité physique de plusieurs semaines avant, pendant ou à la suite de l'arrêt d'une substance ou d'un comportement. Pour tester les effets sur les symptômes de sevrage, le protocole généralement utilisé propose à des personnes ayant un trouble de l'usage modéré ou élevé, de s'abstenir de consommer durant une journée ou une nuit, puis de venir réaliser une séance d'activité physique en laboratoire où l'on réalise des mesures de plusieurs symptômes avant-pendant-après la séance.

3.1 Sur l'arrêt du tabac

Les effets de l'activité physique sur l'arrêt du tabac prennent trois formes : des interventions supervisées par un professionnel, des interventions de conseil à l'activité physique, une combinaison des deux (Bernard et al., 2015). Les auteurs de la revue systématique Cochrane sur cette question font état de 20 études randomisées contrôlées explorant les effets de l'activité physique sur l'abstinence tabagique à moyen et long terme (Ussher, Taylor, et Faulkner, 2014). Ils concluent à un niveau de preuve insuffisant, en particulier à cause de l'hétérogénéité des interventions et des devis. Les études obtenant un taux d'arrêt plus élevé dans le groupe intervention avaient les caractéristiques présentées dans le tableau 2.

Durée de l'intervention	≥8 semaines
Durée de la session	40-50 min/semaine
Intensité	Modérée à élevée
Fréquence	2 ou 3/semaine
Nature d'activité	Aérobie ou résistance

physique	
Commentaire	Début avant ou avec l'arrêt Supervisé + conseils individualisés centrés sur l'activité physique

Tableau 2 : Caractéristiques des interventions d'exercice physique les plus efficaces dans le cadre de la cessation tabagique

3.1.1 Sur la prise de poids liée à l'arrêt du tabac

La gestion du poids à la suite d'une démarche de cessation tabagique n'est pas à négliger, car un gain de poids trop important est un facteur prédictif de rechute à moyen terme. Dans ce cadre, plusieurs travaux ont recensé l'effet d'une pratique régulière d'activité physique débutée pendant ou à la suite d'un arrêt du tabac. Dans les groupes interventionnels où les participants réalisaient de l'activité physique, la prise de poids à 6 et 12 mois était inférieure de 3 kilogrammes chez les « ex-fumeurs » actifs en comparaison aux personnes sur une liste d'attente (Farley, Hajek, Lycett, et Aveyard, 2012).

3.1.2 Sur les symptômes de sevrage de tabac

▪ Envie impérieuse (*craving*) de fumer

Les bénéfices de l'activité physique en présence d'une envie impérieuse de fumer (*craving*) sont indiscutables. En effet, une méta-analyse sur des données individuelles regroupant plus de 19 interventions (environ 800 participants) conclut que l'activité physique diminue drastiquement l'intensité de l'envie de fumer dès 5 minutes d'effort (Haasova *et al.*, 2013). Les bénéfices de l'activité physique sur la diminution du *craving* à court terme sont retrouvés chez différents types de fumeurs indépendamment du sexe, de l'indice de masse corporelle, des habitudes en matière d'activité physique et du score de dépendance nicotinique. La diminution du *craving* est aussi retrouvée pour différentes modalités d'activité physique : une durée de 5 à 20 minutes, une intensité faible à élevée et différentes natures (ergocycle, résistance sans appareil, yoga). Ces résultats ont été reproduits en milieu « naturel » pour la marche rapide et l'activité physique de résistance. De plus, il apparaît que le maintien de la diminution du *craving* après la séance d'activité physique est proportionnel à la durée de celle-ci (Ussher, Taylor, et Faulkner, 2014).

▪ Anxiété

La dernière revue systématique identifiait 8 études ayant montré qu'une session d'activité physique (aérobie ou isométrique) réduit l'anxiété durant une abstinence temporaire. Une intensité modérée (40–60 % de fréquence cardiaque de réserve, FCR) permet une diminution de l'anxiété plus marquée que l'exercice d'intensité faible (c.-à-d. 10–20 % FCR) (Ussher *et al.*, 2014).

▪ Affects négatifs

Sept études expérimentales ont montré qu'une session d'activité physique de 5 minutes minimum entraîne une diminution significative des affects négatifs ou du niveau de dépression à court terme dans un contexte d'arrêt temporaire du tabac (Bernard *et al.*, 2013).

- **Troubles du sommeil**

Si une seule étude a exploré les bénéfices de l'exercice physique sur les troubles du sommeil dans un contexte de sevrage tabagique (Ussher *et al.*, 2014), un nombre élevé d'études suggère que la pratique d'activité physique a des effets positifs à court terme dans un contexte de sommeil altéré (Kredlow, Capozzoli, Hearon, Calkins, et Otto, 2015). Une session d'activité physique, réalisée entre les 3 et 8 heures précédant le couché, est associée à une diminution de la durée d'endormissement, du nombre d'éveils nocturnes et accroît la durée totale de sommeil.

3.1.3 Réduction de la consommation de tabac des risques en tabacologie

Plusieurs interventions d'activité physique ont été menées auprès de populations ne désirant pas nécessairement stopper leur consommation de tabac immédiatement ou ne pouvant accéder ou tolérer les traitements pharmacologiques d'aide à l'arrêt (Bernard *et al.*, 2013). Dans ce cadre, proposer une intervention d'activité physique à ce type de fumeur peut entraîner une réduction de consommation importante chez des femmes enceintes, des personnes avec de faibles revenus et des personnes aux prises avec un trouble dépressif ou schizophrénique (Bernard, et al., 2013).

3.2 Sur les troubles de l'usage de l'alcool

Si le nombre d'études est moins important que dans le contexte de consommation de tabac, un nombre non négligeable d'investigations explore l'effet d'une seule séance ou d'un programme d'activité physique de plusieurs semaines sur la réduction de consommation d'alcool et le *craving*. À ce titre, une séance d'activité physique de type aérobie (d'intensité modérée) comprise entre 20 et 30 minutes diminue le niveau de *craving*, les affects négatifs et le niveau de dépression à court terme (Bichler *et al.*, 2017). Une méta-analyse n'identifie pas de bénéfices des interventions d'activité physique sur la réduction de consommation d'alcool chez des adultes avec un trouble modéré d'usage de substance (Hallgren, Vancampfort, Giesen, Lundin, et Stubbs, 2017). En revanche, ces interventions ont un effet modéré à élevé sur la réduction de la symptomatologie dépressive et améliorent rapidement de la condition physique. Les auteurs soulignent le manque d'étude explorant les effets de l'activité physique sur le maintien de l'abstinence de consommation d'alcool chez des personnes avec un trouble sévère (Hallgren et al., 2017).

3.3 Sur les troubles de l'usage de la méthamphétamine

La méthamphétamine est un stimulant puissant. Son utilisation entraîne des sensations d'euphorie, d'hypervigilance, de bien-être, une augmentation de la libido et une perte d'appétit. La consommation au Canada a augmenté ces dernières années. Une session unique d'activité physique entraîne une réduction significative et clinique du *craving*, avec un effet dose-réponse identifié. En d'autres termes, plus la session est réalisée avec une intensité d'effort importante plus les bénéfices sont marqués (Wang, Zhou, Zhao, Wu, et Chang, 2016). À ce jour, trois essais cliniques randomisés contrôlés ont été menés pour tester l'effet d'une intervention de 8 semaines d'activité physique aérobie d'intensité modérée ou de Tai Chi chez des adultes abstinents à la méthamphétamine (Morris *et al.*, 2018). Ces interventions ne semblent pas influencer directement l'abstinence. En revanche, une réduction du *craving*, de la dépression, et de l'anxiété est observée à court et moyen terme. Les participants améliorent aussi significativement leurs capacités cardio-vasculaires et leur force musculaire en fin d'intervention (Morris *et al.*, 2018).

3.4 Sur les troubles de l'usage du cannabis

La légalisation de l'usage de cannabis récréatif au Canada amène des enjeux de santé publique importants. Nombreux sont les spécialistes des addictions qui espèrent que les personnes avec une consommation problématique seront plus encouragées à consulter. Étonnamment, deux études interventionnelles seulement ont exploré les bénéfices de l'activité physique chez des adultes aux prises avec un trouble de l'usage du cannabis. Dans la première, 12 adultes diagnostiqués avec un trouble de l'usage sévère de cannabis devaient réaliser 10 séances d'activité physique de 30 minutes à intensité modérée durant 2 semaines. Le niveau de *craving*, mesuré avant et après chaque séance, diminuait invariablement. De plus, les participants fumaient moins régulièrement durant la période d'entraînement (Buchowski *et al.*, 2011). La seconde investigation incluait des vétérans américains dépendants et leur proposait de tenter un arrêt de consommation de cannabis en autonomie avec l'aide de supports informationnels. Leur activité physique été mesurée durant cette tentative d'arrêt. Une fois que les participants stoppaient leur consommation, ils rapportaient pendant 7 jours leur abstinence ou leur « faux-pas » (bouffées). Les participants ayant augmenté leur niveau d'activité physique durant cette période rapportaient moins de faux-pas et plus de jours sans consommation (Brellenthin et Koltyn, 2016).

3.5 Sur les troubles de l'usage d'internet

Guide d'intervention en activités physiques adaptées à l'intention des kinésiologues. PUQ 2020 Bernard et al.

Si le DSM-5 ne reconnaît pas explicitement l'usage d'internet comme une conduite addictive, ce terme recouvre aussi le jeu de hasard ou les jeux en ligne. La prévalence de cette conduite addictive est comprise entre 1.5 et 9 % aux États-Unis, en Europe et en Asie de l'Est (Liu, Nie, et Wang, 2017). Une méta-analyse a identifié 9 essais cliniques examinant l'impact d'un programme d'activité physique supervisé ou à domicile chez des utilisateurs excessifs. L'efficacité de l'activité physique semble importante dans la diminution des scores d'addiction à internet, avec un effet majeur chez les personnes ayant un trouble plus marqué (Liu *et al.*, 2017). Une amélioration significative des relations sociales et du score de dépression a aussi été remarquée. Ces études incluaient majoritairement de jeunes adultes. Les auteurs ne décrivent pas les interventions réalisées, il apparaît donc impossible de faire des recommandations précises en matière de programmation d'activité physique dans ce cadre.

4. Meilleures pratiques en matière d'évaluation

4.1 Évaluation des capacités fonctionnelles

À ce jour, les personnes ayant un trouble de l'usage léger peuvent être évaluées en suivant les recommandations internationales d'évaluation de la condition physique. En revanche, la consommation prolongée de substance, les phases alternées d'abstinence-rechute entraînent des effets délétères majeurs sur la santé physique des personnes aux prises avec une dépendance. Les personnes ayant un trouble de santé mentale ont des capacités fonctionnelles très altérées le plus souvent associées à des problèmes métaboliques et respiratoires (Stubbs et Rosenbaum, 2018). Il est alors recommandé de systématiser l'évaluation des capacités fonctionnelles à l'aide de tests sous-maximaux, comme le test de marche de 6 minutes (Bernard *et al.*, 2015). Les ouvrages de référence sont nombreux à propos des tests utilisables en contexte clinique (Skinner, 1995). Le kinésologue doit être en mesure de pouvoir réaliser un choix d'outil adapté afin de pouvoir identifier chez les usagers l'état de leur endurance cardio-vasculaire, leur force musculaire, leur composition corporelle, leur souplesse et leur équilibre.

4.2 Évaluation des capacités motrices

La validité de la batterie de tests moteurs EUROFIT a été testée chez des adultes aux prises avec un trouble de l'usage modéré à sévère d'alcool (Vancampfort et al. 2019). Ainsi, les mesures de souplesse, force, équilibre et de coordination motrice peuvent être réalisées avec ce test. La présence d'un trouble mental concomitant n'altère pas sa validité.

4.3 Évaluation des capacités psychosociales

4.3.1 Évaluation de la consommation de substance

L'Échelle de dépendance à la cigarette (*Cigarette Dependence Scale*) a été validée pour identifier le niveau de dépendance au tabac sur la base de son score total. Elle

comporte 5 questions et permet d'obtenir un score total sur 20 (Etter, 2008). Un fumeur ayant un score ≥ 16 est considéré comme dépendant. L'échelle est présentée dans le tableau 3

Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes 0 = je ne suis absolument pas dépendant des cigarettes	0-20	1
	21-40	2
	41-60	3
	61-80	4
	81-100	5
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	0-5 cigarettes/jour	1
	6-10	2
	11-20	3
	21-29	4
	30 et +	5
D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	0-5 min.	5
	6-15	4
	16-30	3
	31-60	2
	61 et +	1
Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :	Impossible	5
	Très difficile	4
	Plutôt difficile	3
	Plutôt facile	2
	Très facile	1
Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5

Tableau 3 : Items de l'échelle de dépendance à la cigarette

Les trois premières questions du questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) sont conçues pour repérer une consommation d'alcool à risque et dangereuse. Un score total ≥ 4 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes est associé à un risque élevé de consommation à risque (Anderson, Gual, & Colon, 2008). Le tableau 4 présente les items

Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
--

Jamais (0)	1 fois par mois ou moins (1)	2 à 4 fois par mois (2)	2 à 3 fois par semaine (3)	Au moins 4 fois par semaine (4)
Combien de verre contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?				
1 ou 2 (0)	3 ou 4 (1)	5 ou 6 (2)	7 à 9 (3)	– 10 ou plus (4)
Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?				
Jamais (0)	Moins d'une fois par mois (1)	Une fois par mois (2)	Une fois par semaine (3)	Tous les jours ou presque (4)

Tableau 4 : Items de la version abrégée de l'AUDIT

Le **Test de Dépistage d'Abus de Cannabis** est composé de 6 items avec un score total de 0 à 6 : un score de 3 est associé à un risque élevé d'usage problématique ; un score ≥ 4 à un risque très élevé d'usage problématique (LeHouezec, 2010). Le tableau ci-dessous présente les items et la cotation du test.

Au cours des 12 derniers mois... <i>Une seule croix par ligne</i>	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Assez souvent</i>	<i>Très souvent</i>
1. Avez-vous fumé du cannabis <u>avant</u> midi?	0	0	1	1	1
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque</u> vous étiez seul(e) ?	0	0	1	1	1
3. Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis?	0	1	1	1	1
4. Des <u>amis</u> ou des <u>membres de votre famille</u> vous ont-ils <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis?	0	1	1	1	1
5. Avez-vous essayé de <u>réduire</u> ou d' <u>arrêter</u> votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	0	1	1	1	1
6. Avez-vous eu des <u>problèmes à cause de votre consommation</u> de cannabis	0	1	1	1	1

(dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école/au travail...)?					
--	--	--	--	--	--

Tableau 5 : Items du test de Dépistage d'Abus de Cannabis

4.3.2 Évaluations liées à l'activité physique

Quatre questionnaires sont proposés afin de pouvoir établir un profil en matière d'activité physique des personnes aux prises avec un trouble de l'usage. Ils sont présentés sous forme de questions dans le but de clarifier l'objectif de leur utilisation.

Quelles sont les habitudes en matière d'activité physique et de sédentarité de la personne face à moi ?

La question de la mesure auto-rapportée de l'activité physique est un enjeu de recherche, mais aussi de la pratique clinique du kinésologue. Si pour l'instant les accéléromètres sont onéreux et donc peu accessibles, les kinésologues ont à leur disposition plusieurs questionnaires validés pour mesurer l'activité physique. Parmi eux, le questionnaire SIMPAQ (disponible en français) vient récemment d'être validé pour une utilisation auprès d'une population en santé mentale (Rosenbaum et Ward, 2016). Il est composé de 5 items, et informe le clinicien sur la sédentarité et l'activité physique globale de la personne interrogée.

La personne identifie-t-elle plus d'avantages que d'inconvénients à être plus active au quotidien ?

Il existe une courte échelle validée (Échelle de balance décisionnelle, 16 items) dédiée à cette question (Eeckhout, Francaux, Heeren, et Philippot, 2013). Une autre manière d'évaluer les perceptions de l'usager est d'inscrire au sommet d'une feuille blanche l'objectif en lien avec l'activité physique (ex. : faire du vélo 3 fois dans la semaine) ou les recommandations d'activité physique, puis de tracer une première colonne POUR et une seconde CONTRE. Il suffit ensuite de laisser quelques minutes à la personne pour noter le plus grand nombre d'idées dans chaque colonne. L'analyse visuelle renseignera directement le kinésologue.

Quelles stratégies l'usager pourrait utiliser ou utilise déjà pour être plus actif ?

Le questionnaire des processus de changement liés à l'activité physique permet d'identifier la fréquence à laquelle des stratégies cognitives (perceptions et expériences qu'a l'individu de lui et de son environnement en lien avec l'activité physique) ou comportementales (stratégies utilisées afin de modifier l'environnement pour aider à augmenter son activité physique) sont utilisées au cours du dernier mois (Bernard *et al.*, 2014). Il existe 10 stratégies au total. La section 5.3 présente des exemples d'utilisation en pratique clinique.

L'usager reçoit-il du soutien social pour faire de l'activité physique ?

Le questionnaire de soutien social à l'activité physique est un outil qui facilite l'identification de l'impact de l'entourage sur l'activité physique (Gauthier, Snelling, et King, 2012). Il se centre sur la famille et les amis. Cette évaluation est un point de départ pour comprendre plus clairement les habitudes ancrées ou à développer afin de maintenir les habitudes d'activité physique développées.

5. Recommandations en matière de prescription, de planification, et de supervision d'interventions en activités physiques adaptées

5.1 Aider à intégrer l'activité physique dans la gestion des symptômes de manque

Dans le cadre d'une réduction de consommation ou de temps investi dans un comportement (ex. : jeu en ligne), voire d'un arrêt complet, des symptômes de sevrage apparaissent (comme vu dans la section 1). Pour de nombreuses substances, une session courte d'activités physiques peut réduire leur intensité de manière marquée à court terme. Il apparaît essentiel que le kinésologue puisse expliquer ceci à l'utilisateur et l'aider à planifier son utilisation de l'activité physique au quotidien comme une stratégie thérapeutique.

5.1.1 Identifier les symptômes de manque les plus gênants

La première étape consiste à échanger avec la personne, et identifier le ou les symptômes de sevrage qui la gêne le plus, par exemple : le craving, les affects négatifs, une tension interne importante.

5.1.2 Identifier quelle(s) activité(s) physique(s) peuvent soulager ces symptômes.

Ensuite, il peut lui être proposé d'utiliser la grille ci-dessous (Tableau 1) afin d'identifier les contextes, la nature de l'activité physique réalisable, le type d'effort envisagé et sa durée. Une fois que ces stratégies ont été notées (ici les exemples sont en italique), le kinésologue remet le document (ou le fichier à remplir sur téléphone intelligent) à la personne pour qu'elle puisse entourer le chiffre correspondant à l'intensité de son ou ses symptôme(s) avant et après la session d'activité physique. L'exemple ci-dessous est celui d'une personne qui ressent fréquemment des envies de fumer très intenses dans la journée durant sa cessation tabagique.

5.1.3 Évaluer les bénéfices perçus et recommencer

Le document utilisé peut ensuite être présenté au kinésologue lors de la prochaine rencontre afin d'identifier communément les stratégies faisables et efficaces et de réviser celles qui le sont moins. Il est important de questionner à nouveau les symptômes saillants et de proposer à nouveau des solutions d'activités adaptées au contexte.

Ce que je veux changer : <i>envie de fumer</i>

Contexte	Nature	Effort			Durée	Intensité : envie de fumer
		Faible	Modér	Intens		
Au travail	<i>Prendre les escaliers Pompes au mur</i>	Faible	Modér	Intens	5 min	Avant 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Après 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
À domicile	<i>Pelleter la neige Promener le chien</i>	Faible	Modér	Intens	15 min	Avant 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Après 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Loisirs	<i>Étirements devant la télé Sortie roller avec les enfants</i>	Faible	Modér	Intens	30 min	Avant 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Après 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Transport	<i>Descendre un arrêt plus tôt du bus ou prendre le vélo pour une commission</i>	Faible	Modéré	Intense	7 min	Avant 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Après 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Tableau 6 : Exemple d'activités physiques adaptées au contexte afin de gérer les symptômes de manque identifiés par l'utilisateur

5.2 Adapter une intervention d'activité physique dans un contexte de trouble de l'usage

Nous avons présenté dans la partie 3.1 des modalités de construction d'une intervention d'activité physique en matière notamment de nature et d'intensité. Ces critères servent de base afin de pouvoir ensuite adapter une intervention aux besoins et préférences des personnes aux prises avec un trouble de l'usage. La partie suivante s'articule autour d'une série de questions dont les réponses sont basées sur une synthèse des données probantes (Simonton, Young, et Brown, 2018). Elle aidera les kinésiologues à trouver un équilibre entre les souhaits, les caractéristiques des participants et le contexte organisationnel.

5.2.2 Les activités physiques préférées

- *Les personnes qui souhaitent ou qui tentent un arrêt ou une réduction de consommation/comportement, ou alors sont abstinentes sont-elles intéressées par l'activité physique ?*

Parmi les participants interrogés, 55-85 % se déclarent intéressées pour inclure plus d'activité physique dans leur quotidien. Les activités physiques les plus prisées sont, dans l'ordre, la marche, les activités de musculation, le vélo et le yoga. Ces activités proposées ne semblent pas différentes en fonction du sexe.

- *Quelles sont les modalités de pratique d'activité physique qui les intéressent le plus ?*

L'intensité d'effort la plus plébiscitée demeurerait l'activité physique d'intensité modérée. Moins de 20 % des personnes soulignaient un intérêt pour les intensités élevées. La

pratique d'activité physique seule ou en groupe n'était pas un déterminant de l'activité physique.

5.2.3 Des activités physiques supervisées ou en autonomie, mais accompagnées

- *Quelles sont leurs activités physiques préférées ?*

Les répondants étaient répartis en deux moitiés égales sur leur envie ou non d'être supervisés durant une intervention d'activité physique. Un résultat similaire a été retrouvé à propos de la préférence envers une activité physique structurée (ex : intervention de plusieurs semaines avec séances bihebdomadaires) versus adopter un mode de vie actif dans ses déplacements et ses loisirs. Les auteurs des différentes études qualitatives et quantitatives soulignent que systématiquement les participants insistaient sur le besoin d'accompagnement par un professionnel pour réaliser plus d'activité physique (Simonton *et al.*, 2018).

- *Qu'est-ce qui les freine ou les encourage à être plus actifs au quotidien ?*

Un faible soutien de la motivation à bouger, des problèmes financiers et une limite fonctionnelle sont les freins à la pratique les plus fréquemment rapportés. En revanche, les participants perçoivent des bénéfices majeurs pour leur santé physique, leur confiance en soi et leur capacité à rester sobre (Simonton *et al.*, 2018).

5.3 Une évaluation initiale pour individualiser les conseils et rendre l'utilisateur autonome

Comme souligné dans la section précédente, les personnes abstinentes ou ayant réduit leur consommation souhaitent être accompagnées pour devenir ou rester active. Ainsi, le kinésologue peut utiliser le questionnaire des processus de changement liés à l'activité physique proposé dans la section évaluation 4.3 avant de démarrer son intervention. Cette échelle évalue 10 processus de changement dits cognitifs et comportementaux. Plusieurs items permettent d'établir un score par processus. Les processus avec les scores les plus faibles sont les stratégies à développer avec l'utilisateur. Le tableau ci-dessous détaille et fournit des exemples concrets d'utilisation pour chaque processus (plus de détails sont disponibles dans la référence citée ; Romain, Chevance, Caudroit, & Bernard, 2016). Lorsque le kinésologue rencontre les usagers, il peut par exemple leur demander de travailler un processus spécifique avant le prochain rendez-vous (ex. : identifier les personnes actives dans son entourage) et démarrer l'entrevue suivante par ce que l'utilisateur aura fait.

Processus	Définition	Exemple d'utilisation clinique
Cognitifs		
Prise de	Efforts réalisés par l'individu pour	Fournir des informations sur

conscience	rechercher des informations sur le comportement	les bénéfices de l'AP pendant le sevrage
Réaction émotionnelle	Affects liés au changement de comportement	Autoévaluer les effets d'une séance d'AP sur les affects
Autorévaluation	Réévaluation cognitive et affective des valeurs que l'individu a de lui par rapport au comportement	Amener l'utilisateur à clarifier ses valeurs à propos de ses changements d'habitude de vie
Réévaluation environnementale	Évaluation par l'individu de son comportement et des conséquences de son comportement sur son environnement physique et social	Encourager les réflexions au sujet des effets de l'AP depuis l'arrêt de la consommation
Libération sociale	Reconnaissance du fait que les normes sociales actuelles encouragent les individus à aller vers des modes de vie plus actifs	Aider l'utilisateur à identifier des campagnes de santé publique liées à l'AP (ex. : Je cours, j'écrase)
Comportementaux		
Autolibération	S'engager à modifier son comportement et croire en ses capacités à pouvoir effectuer cet engagement	Fixer des objectifs de remplacement de la consommation ou du temps dédié par de l'AP
Relations d'aide	Utiliser le support d'autrui significatif (famille, ami(e)s, docteurs) pour modifier le comportement	Lister les personnes qui peuvent encourager ou accompagner l'utilisateur dans un style de vie actif
Contre-conditionnement	Substitution du comportement problématique par un autre comportement plus sain	Identifier les situations ou périodes (ex : hiver) menant à des moments accrus de sédentarité
Gestion des renforcements	User du renforcement et de systèmes de récompense pour renforcer le comportement positif	Établir une liste de récompenses associées à un style de vie plus actif
Contrôle des	Modifier l'environnement pour	Installer des rappels dans son

stimuli	encourager le comportement positif	téléphone pour se rappeler d'aller marcher
---------	------------------------------------	--

Notes. AP = activité physique

Encadré 1. Cinq bonnes raisons de prescrire des activités physiques adaptées

- Dès 5 minutes d'activité physique (AP), l'envie de fumer diminue fortement et immédiatement
- L'AP permet une meilleure gestion des symptômes de manque
- Environ les deux tiers des personnes ayant un trouble de l'usage de substance veulent inclure plus d'AP dans leur quotidien
- Les personnes avec un trouble de l'usage ont très souvent des problèmes de santé somatique associés
- L'AP pourrait enrayer les conséquences négatives du trouble de l'usage d'internet

5 informations essentielles devant être considérées

- Les personnes dépendantes veulent être accompagnées pour devenir plus actives au quotidien
- Les consommateurs de tabac, cannabis, alcool ou de méthamphétamine retirent des bénéfices de l'AP pour leur santé mentale et physique
- Il n'y a pas de preuves des bénéfices de l'AP sur l'augmentation des chances d'arrêt d'une substance
- Chez les personnes abstinentes, les AP préférées sont la marche, les activités de musculation, le vélo et le yoga

Références

- American Psychiatric Association, Gulabert et al. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-5). Arlington : APA ; 2013. Traduction française sous la direction de Crocq MA, Guelfi JD, et al.
- Anderson, P., Gual, A., et Colon, I. (2008). *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. INCa.
- Bernard, Ninot, G., Moullec, G., Guillaume, S., Courtet, P., et Quantin, X. (2013). Smoking cessation, depression, and exercise: empirical evidence, clinical needs, and mechanisms. *Nicotine & Tobacco Research*
- Bernard, P, Esseul, E. C., Raymond, L., Dandonneau, L., Xambo, J.-J., Carayol, M. S., et Ninot, G. (2013). Counseling and exercise intervention for smoking reduction in patients with schizophrenia: a feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(1),
- Bernard, P., Romain, A. J., Vancampfort, D., Baillot, A., Esseul, E., et Ninot, G. (2015). Six minutes walk test for individuals with schizophrenia. *Disability and Rehabilitation*, 37(11), 921–927.
- Bernard, P, Romain, A.-J., Trouillet, R., Gernigon, C., Nigg, C., et Ninot, G. (2014). Validation of the TTM processes of change measure for physical activity in an adult French sample. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 402–410.
- Bernard, P, Ninot, G., Cyprien, F., Courtet, P., Guillaume, S., Georgescu, V., ... Quantin, X. (2015). Exercise and Counseling for Smoking Cessation in Smokers With Depressive Symptoms: A Randomized Controlled Pilot Trial. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(3–4), 205–216.
- Bernard, Romain, A. J., et Vergnault, M. (2015). L'activité physique adaptée, une nécessité pour mettre en œuvre les recommandations. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 29(2), 88–90.
- Bichler, C., Niedermeier, M., Frühauf, A., Längle, N., Fleischhacker, W. W., Mechtcheriakov, S., et Kopp, M. (2017). Acute effects of exercise on affective responses, cravings and heart rate variability in inpatients with alcohol use disorder – A randomized cross-over trial. *Mental Health and Physical Activity*, 13, 68–76.
- Brellenthin, A. G., et Koltyn, K. F. (2016). Exercise as an adjunctive treatment for cannabis use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(5), 481–489.
- Buchowski, M. S., Meade, N. N., Charboneau, E., Park, S., Dietrich, M. S., Cowan, R. L., et Martin, P. R. (2011). Aerobic Exercise Training Reduces Cannabis Craving and Use in Non-Treatment Seeking Cannabis-Dependent Adults. *PLOS ONE*, 6(3), e17465.

- Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants, <<http://www.ruisss.umontreal.ca/CECTC>>, (consulté le 30 Juillet 2019),
- Eeckhout, C., Francaux, M., Heeren, A., et Philippot, P. (2013). Mesure de la balance décisionnelle en vue de pratiquer une activité physique régulière (BDAP): adaptation et validation francophone de l'échelle Decisional Balance for Exercise. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 63(3), 185–191.
- Etter, J.-F. (2008). Comparing the validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1–2), 152–159.
- Farley, A. C., Hajek, P., Lycett, D., et Aveyard, P. (2012). Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD006219.
- Gauthier, A. P., Snelling, S. J., et King, M. (2012). “Thinking Outside the Pack”: Examining Physically Active Smokers and Implications for Practice Among Ontario Residents. *Health Promotion Practice*, 13(3), 395–403.
- Haasova, M., Warren, F. C., Ussher, M., Janse Van Rensburg, K., Faulkner, G., Cropley, M., ... Taylor, A. H. (2013). The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data. *Addiction*, 108(1), 26–37.
- Hallgren, M., Vancampfort, D., Giesen, E. S., Lundin, A., et Stubbs, B. (2017). Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(14), 1058–1064.
- Kredlow, M. A., Capozzoli, M. C., Hearon, B. A., Calkins, A. W., et Otto, M. W. (2015). The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 427–449. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9617-6>
- LeHouezec, J. (2010). *Échelles internationales d'évaluation utilisables en tabacologie. Synthèse de recensement, de traduction et de validation*. Société Française de Tabacologie.
- Lejoyeux, M., et Adès, J. (2009). *Addictologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Liu, J., Nie, J., et Wang, Y. (2017). Effects of Group Counseling Programs, Cognitive Behavioral Therapy, and Sports Intervention on Internet Addiction in East Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1470.
- Mas, S., Bernard, P., & Gourlan, M. (2018). Determinants of physical activity promotion by smoking cessation advisors. *Patient Education and Counseling*, 101(11), 1942–1946.
- Morris, L., Stander, J., Ebrahim, W., Eksteen, S., Meaden, O. A., Ras, A., et Wessels, A. (2018). Effect of exercise versus cognitive behavioural therapy or no intervention on

- anxiety, depression, fitness and quality of life in adults with previous methamphetamine dependency: a systematic review. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13(1).
- Romain, A., et Bernard, P. (2017). Élargir les soins somatiques en psychiatrie à la prévention. *L'Encéphale*, 43(3), 298–299.
- Romain, A. J., Chevance, G., Caudroit, J., et Bernard, P. (2016). Le modèle transthéorique : description, intérêts et application dans la motivation à l'activité physique auprès de populations en surcharge pondérale. *Obésité*, 11(1), 47–55.
- Rosenbaum, S., et Ward, P. B. (2016). The Simple Physical Activity Questionnaire. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), e1. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00496-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00496-4)
- Simonton, A. J., Young, C. C., et Brown, R. A. (2018). Physical Activity Preferences and Attitudes of Individuals with Substance Use Disorders: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 1–10.
- Skinner, J. (dir) (2005). *Exercise Testing and Exercise Prescription for Special Cases: Theoretical Basis and Clinical Application* (3 édition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Stubbs, B., et S. Rosenbaum, S (dir). (2018). *Exercise-Based Interventions for Mental Illness: a clinical guide to physical activity as part of treatment*. S.l. : Elsevier.
- Ussher, M. H., Taylor, A. H., et Faulkner, G. E. J. (2014). Exercise interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD002295.
- Vancampfort, D., Hallgren, M., Vandael, H., Probst, M., Stubbs, B., Raymaekers, S., et Van Damme, T. (2019). Test-retest reliability and clinical correlates of the Eurofit test battery in people with alcohol use disorders. *Psychiatry Research*, 271, 208–213.
- Wang, D., Zhou, C., Zhao, M., Wu, X., et Chang, Y.-K. (2016). Dose–response relationships between exercise intensity, cravings, and inhibitory control in methamphetamine dependence: An ERPs study. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 331–339.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586.