



HAL
open science

Troubles psychiatriques se développant chez les sportifs de haut niveau après leur mise à la retraite sportive

Tom Chalon

► To cite this version:

Tom Chalon. Troubles psychiatriques se développant chez les sportifs de haut niveau après leur mise à la retraite sportive. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-04718468>

HAL Id: dumas-04718468

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04718468v1>

Submitted on 2 Oct 2024

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

ANNEE 2024 - 2025 N° 24 – 104

**TROUBLES PSYCHIATRIQUES SE DEVOLOPPANT CHEZ LES SPORTIFS DE HAUT
NIVEAU APRES LEUR MISE A LA RETRAITE SPORTIVE
THESE**

présentée et soutenue publiquement
le **27 septembre 2024** à 17h30
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Tom CHALON

Née le 10/08/1993 à Besançon (*Doubs*)

Président : . Emmanuel HAFFEN Professeur des Universités

Directrice de la thèse : . Virginie DEXET Docteure en médecine

Juges :

- . Djamila BENNABI Professeure des Universités
- . Sylvie NEZELOF Professeure des Universités
- . Julie GIUSTINIANI Maître de Conférences des Universités



UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTÉ
BESANÇON

DIRECTEUR	P PROFESSEUR THIERRY MOULIN	
DIRECTEURS ADJOINTS	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR MALIKA BOUHADDI	DIRECTEUR DES ETUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	MME CAROLE COINTEAU	
DEPARTEMENT MEDECINE		
	PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
	PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2EME CYCLE
	PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3EME CYCLE
	PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MEDECINE
	PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
	PROFESSEUR BENOIT DINET	COORDINATEUR MEDECINE GENERALE
DEPARTEMENT PHARMACIE		
	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ETUDES
	PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3E CYCLE
	PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	
DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE		
	BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DEPARTEMENT ODONTOLOGIE		
	DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)	
	PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	
DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE		
	ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	PROFESSEUR ELOI MAGNIN	
DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE		
	CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE - MONTBELAIRD) (MCF)	
	YOSHIMASA SAGAWA (MCF)	
DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE		
	GAELE BLERVAQUE (MAST)	COORDINATRICES PEDAGOGIQUES
	JULIE LAPREVOTTE (MAST)	

DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE

PROFESSEUR CLEMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STEPHANIE PARIS (MAIEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (REEDUCATION)	
VERONIQUE GRATTARD (REEDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRESIDENTE
PROFESSEUR FREDERIC AUBER	VICE-PRESIDENT

CHARGES DE MISSIONS

<i>FORMATION CONTINUE</i>		COORDINATEURS
	MME SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT DEVAUX (MCF)	
<i>HISTOIRE DE LA MEDECINE</i>	PROFESSEUR LAURENT TATU	COORDINATEURS
	DOCTEUR PHILIPPE MERCET	
<i>RELATIONS INTERNATIONALES</i>	PROFESSEUR KATY JEANNOT	COORDINATEURS
	DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)	
	DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	
<i>ALUMNI-USB</i>	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	COORDINATEUR
	PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE)	PRESIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉROLOGIE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE (DISPONIBILITE)
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLOUX	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE

M	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MEDICINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHEN	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE D'ADULTES (DISPONIBILITE)
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MEDICINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MEDICINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOULLER	MALADIES INFECTIEUSES (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
M.	Paul	CALAME	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	ÉPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Julie	GIUSTINIANI	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Tania	MARX	MÉDECINE D'URGENCE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉROLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Zohair	SELMANI	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE (DISPONIBILITE)
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	WEIL- VERHOEVEN	HEPATOLOGIE
M	Hadrien	WINISZEWSKI	MÉDECINE INTENSIVE-REANIMATION

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHÉSIE-REANIMATION
Mme	Hélène	BIGEARD- JOUFFROY	MCF associé PARODONTOLOGIE
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
Mme	Catherine	GAY	PR associé GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
M.	Abdo	KHOURY	PR associé Médecine d'urgence
Mme	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MCF ASSOCIE MEDECINE GENERALE
M.	Thierry	LEPETZ	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Sophie	PECHOUX	MCF associé DENTISTERIE RESTAURATRICE (ODONTOLOGIE)
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Christine	ROMAGNA	PR associé CHIRURGIE ORAL
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTE AU TRAVAIL

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE (DISPONIBILITE)
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélié	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Mme	Anne-Laure	CLAIRET	PHARMACIE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	GALAINÉ	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MÉDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	MOULARI	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
MME	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
M.	François	SENEJOUX	PHARMACOGNOSIE
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

PROFESSIONS DE SANTE

Mme	Aline	CHASSAGNE	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES INFIRMIERES
M.	Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M.	Alexandre	KUBICKI	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
M.	Yoshimasa	SAGAWA JUNIOR	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Alice	BOULLAUD	PROFESSEUR CERTIFIEE - ERGOTHERAPIE
MME	Gaëlle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME	Lise	FIARDET	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
MME	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
M.	Nicolas	MICHAUD	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
M.	Charles Dale	SANTANA	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS

Mise à jour 17/06/2024

REMERCIEMENTS

Professeur Emmanuel HAFEN

Médecin psychiatre

PU-PH en psychiatrie – UFR Sciences de la Santé de Besançon

Chef du pôle des liaisons médico-socio-psychologiques et chef de service de psychiatrie de l'adulte du CHU de Besançon.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse. Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude pour votre présence et votre soutien constants. Votre expertise, vos enseignements et votre bienveillance ont été inestimables pour mon développement professionnel et personnel. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de mes sincères remerciements pour votre guidance et votre soutien indéfectible.

Professeure Djamila BENNABI,

Médecin psychiatre

PU-PH en psychiatrie – UFR Sciences de la Santé de Besançon

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Votre rigueur scientifique est pour moi une source d'admiration et de respect. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande reconnaissance pour avoir participé en tant que coordinatrice du DES à ma formation d'interne en psychiatrie.

Docteure Julie GIUSTINIANI

Médecin psychiatre

MCU-PH en psychiatrie – UFR Sciences de la Santé de Besançon

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Bien que je regrette le peu d'occasions de travailler avec vous, votre expertise en addictologie et votre sens de l'humour sont pour moi une source d'admiration. Merci pour votre regard attentif et pour votre contribution à cette étape importante de mon parcours.

Professeure Sylvie NEZELOF

Médecin psychiatre

PU-PH en pédopsychiatrie – UFR Sciences de la Santé de Besançon

Chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Besançon.

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Votre présence à cet évènement, après avoir déjà assisté aux soutenances des thèses de mes deux sœurs, est particulièrement significative pour moi en tant que dernier de la fratrie à passer cette étape importante. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude pour votre bienveillance tout au long de ma formation de la PACES à l'internat.

Docteure Virginie DEXET

Médecin psychiatre

Docteure en psychiatrie – Association Hospitalière de Bourgogne-Franche-Comté

Virginie, je souhaite t'exprimer ma plus profonde gratitude. Tu as été la première médecin à m'avoir formé, et ta confiance en moi a été une source constante de motivation et d'encouragement. Ta capacité à me valoriser et à m'offrir des opportunités de croissance a profondément marqué mon parcours. Merci pour ta guidance, ton soutien indéfectible et ton dévouement. Ton influence a été déterminante dans mon développement professionnel et personnel, et je t'en suis infiniment reconnaissant.

A ma plus grande richesse, la famille :

A mes parents, « tu verras plus tard, tu nous remercieras ». Le temps est venu et je réalise combien je vous dois tout. Votre amour, votre patience et vos exigences ont façonné quatre enfants aussi solides que l'acier. Papa, maman : Merci.

A ma petite sœur Anna, je crois bien qu'on a tout fait ensemble. Aujourd'hui encore nous avons tant en commun : la boxe, la psychiatrie, et surtout notre capacité à nous remémorer continuellement nos multiples qualités. Tu es solaire, ne change rien.

A ma grande sœur Marylise, il n'y a qu'une personne sur Terre avec qui je peux prévoir des projets fous comme la réalisation de notre livre Hyppolite Duchaudron ou envisager de participer à Lego Master. Tu es une force libre et cela fait de toi une étoile scintillante avec laquelle j'aime briller.

A mon grand frère Alexis, tu as toujours été présent pour jouer avec nous, nous faire rêver et voyager. Aujourd'hui je suis tellement heureux, que tes propres filles aient la chance de partager les mêmes aventures que nous-mêmes avons vécues plus jeunes avec toi. J'ai bien sûr également une pensée affective pour Eliane qui se tient à tes côtés et avec laquelle vous partagez la vie à deux.

Finalement, nous n'avons rien à envier aux telenovelas espagnoles ou aux sitcoms américaines. A six dans une petite maison, nous avons vécu une multitude d'histoires, toutes plus mémorables les unes que les autres. Chaque jour a été une nouvelle aventure, et malgré les défis, nous avons su garder notre humour et notre complicité. A ma 31^e saison, je chéris ces moments de joie et de rire que nous avons partagés. Merci d'avoir rendu chaque épisode aussi unique qu'inestimable. Vous êtes ce que j'ai de plus précieux.

« Comme toutes les meilleures familles, nous avons notre part d'excentricités »

Elisabeth II

A mes plus vieux amis :

Clément Echard et Florent Girault, cela fait aujourd'hui 20 ans que nous sommes amis. Cela peut paraître beaucoup, mais j'aime à me dire que cela sera insignifiant dans 20 années de plus. Nous nous sommes vus grandir tout en restant des enfants.

A mes enseignants :

Tout le monde aime savoir mais personne n'aime apprendre.

Mr Perriod et Mr Hajducek, bien que je ne joue plus de guitare ou de piano depuis plusieurs années, vos enseignements m'ont marqué durablement. Vous avez su éveiller en moi un enthousiasme et une discipline qui continuent de m'accompagner dans d'autres aspects de ma vie. Merci pour votre patience sans faille.

A Gérald Pumpel, un boxeur extraordinaire, tu es celui qui m'a fait apprécier le sport. Tu m'as entraîné avec la même passion et rigueur que si j'étais un athlète de haut niveau. Grâce à toi, j'ai eu l'occasion de monter sur un ring et de découvrir des capacités en moi que je ne soupçonnais pas. Merci également pour ta confiance, en me passant le flambeau de l'apprentissage et en me permettant de transmettre à mon tour ce que j'ai appris. Je te dois ma vie sportive.

A Isabelle Coquiard qui m'inspire par son optimisme inébranlable. Ta confiance m'a toujours motivé à donner le meilleur de moi-même. Merci pour ton soutien constant et pour le parfait modèle que tu représentes à mes yeux que ce soit dans ou hors du ring.

A Florence Leccese, Xavier Attencia, Thomas Corriger, Yves Vincent et bien sûr Shaun T, merci d'avoir été plus que des coachs et avoir su me faire progresser.

A mes amis boxeurs :

A la famille Dupalut, la famille Joly, Guillaume, Alexandra, Haydar, François, Rodolphe, David, les 2 Julien, Nico, Raphael, Tess, Célie, Noa, JB, Matthieu, Valentin, Yves, Marie, Léa, Romane, et tellement d'autres encore... Nous avons combattu, transpiré et progressé ensemble. Certains m'ont vu grandir, pour d'autres, c'est moi qui les ai vus devenir des boxeurs émérites. Ma vie de boxeur est l'une de mes plus grandes fiertés, et vous en faites partie intégrante.

A mes compagnons, rencontrés sur le chemin professionnel :

Tout d'abord, à mes co-internes : Léo, Anouchka, Fleur, Lise, Juliette, Mert, Enea. Nous représentons l'avenir de la psychiatrie et quelle chance de vous avoir comme co-équipiers pour cette tâche qui sera la nôtre.

A mes seniors, Hubert, Virginie, Thibault, JF, Florian, Pauline, Dr Hudelot, Dr Richelet, Dr Thierry et Pr Haffen, merci de m'avoir aiguillé sur les rails de ma vie professionnelle. Mon leitmotiv sera de conserver le meilleur de ce que vous m'avez apporté.

A mes partenaires de services : Karelle, Aurélie, Marie, Anaïs, Seb, Claudine, Sabine, Fatima, Thomas, Ondine et tous les autres encore, merci pour tous ces moments partagés à rigoler sans retenue.

A toutes les autres pépites : Pascal, Floriane, Valentin, Yoann, Robin, Philippe, Clémentine, Alexandre et Sylvie. Merci pour ces rencontres merveilleuses.

Enfin, une pensée pour Mr Frank DAVAL en raison de la précieuse aide fournie dans ce travail de thèse.

« Le diable même a besoin d'un compagnon. »

Proverbe indien

Aux Sports :

Tous les sports que j'ai pratiqués, que ce soient ceux de combat grâce à la FFSSF et DA, à l'ASU-FC, la course à pied, la natation ou le golf, tous m'ont permis de m'épanouir physiquement et mentalement et de vivre pleinement.

De même, je remercie Extraterrien, qui par ses podcasts, égaye mes longs trajets pour suivre des stages sportifs aux quatre coins de la France.

Dans le monde sportif, il y a ceux qui pratiquent le sport pour leur corps, et ceux qui travaillent leur corps pour leur sport. Quelles que soit votre motivation, faites du sport.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

SOMMAIRE

Liste des abréviations

Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Imprimatur

LISTE DES ABBREVIATIONS :

A

AUDIT : *Alcohol Use Disorders Identification Test*

AIMS : *Athletic identity Measurement Scale*

B

BALANCE : *British Athletes Lifestyle Assessment Needs in Career and Education Scale*

BPSS-R : *Body Parts Satisfaction Scale-Revised*

BULIT-R : *Bulimia Test-Revised*

C

CESD : *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*

F

FFSA : *Fédération Française du Sport Adapté*

4DSQ : *Four-Dimensional Symptom Questionnaire*

G

GHQ-12 : *General Health Questionary – 12*

H

HADS : *Hospital Anxiety and Depression Scale*

I

IP4D : *Index des Plaintes en 4 Dimensions*

M

MOS-Sleep : *Medical Outcome Study Sleep*

P

PANAS : *Positive And Negative Affect Schedule*

PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire*

PROMIS : *Patient Reported Outcomes Measurement Information System*

Q

QEEW : *Questionnaire on the Experience and Evaluation of Work*

QEDD : *Questionnaire pour l'Evaluation des Troubles des Conduites Alimentaires*

R

RSE : *Rosenberg's Self-Esteem Scale*

S

SDHS : *Short Depression Happiness Scale*

SF-12 : *Medical Outcome Study Short Form-12 Health Survey Questionnaire*

SF-36 : *Medical Outcome Study Short Form-36 Health Survey Questionnaire*

SRRS : *Social Readjustment Rating Scale*

STAI : *State-Trait Anxiety Inventory*

SWLS : *Satisfaction With Life Scale*

T

TCA : *Trouble de Conduites Alimentaires*

U

UASHPF : *Union des Associations Sportives des Hôpitaux Psychiatriques de France*

UFR-STAPS : *Unité de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives*

*« La vie ressemble à un conte : ce qui importe, ce n'est pas sa longueur,
mais sa valeur. »*

Sénèque

Introduction

Pour commencer il semble important de rappeler deux approches possibles de l'association des termes « psychiatrie » et « sport » : d'une part *le sport dans la psychiatrie*, c'est-à-dire la façon dont le sport s'intègre dans les prises en charge psychiatriques ; et d'autre part *la psychiatrie dans le sport*, c'est-à-dire la survenue de troubles psychiatriques chez les sportifs.

A Le sport dans la psychiatrie :

1) Historique :

« Mens sana in corpore sano »

Cette phrase, tirée de la dixième Satire de Juvénal et se traduisant par "un esprit sain dans un corps sain", remonte à la fin du 1er siècle. Elle constitue déjà un repère historique illustrant le lien étroit entre la santé mentale et la santé physique d'un individu. Cependant, dans l'évolution de l'histoire du sport, on constate que ce dernier en tant qu'outil de promotion de la santé mentale dans le domaine psychiatrique ne prendra forme que tardivement.

C'est à partir de 1948, sur l'élan de M. Sivadon, médecin psychiatre, que le soin par le sport va prendre forme (1). En effet, M. Sivadon et M. Gantheret, psychanalyste, créent un centre où les patients psychiatriques sont rééduqués par des techniques corporelles telles que la physiothérapie, la kinésithérapie ou les activités sportives. C'est également cette même année, que M. Sivadon et M. Daumezon organisent les premières rencontres inter-hôpitaux psychiatriques de Football et de Basketball (2).

Le 8 novembre 1958, 10 hôpitaux réunis à Mayenne créent l'association la « Fédération Sportive des Hôpitaux Psychiatriques Français » (3). Mais n'étant pas immédiatement reconnue comme *fédération sportive*, l'association ne dépose officiellement ses statuts que le 21 août 1964 sous le nom « Union des Associations Sportives des Hôpitaux Psychiatriques de France » (UASHPF) qui deviendra en 1997 l'actuelle association « Sport-en-Tête ». Sport-en-Tête a pour but l'organisation et la promotion des activités physiques, corporelles et sportives, dans la perspective du soin en psychiatrie et de la santé mentale.

En 1971 est créée la Fédération Française du Sport Adapté (FFSA), fédération agréée par l'Etat, qui sera responsable entre autres du handicap mental puis du handicap psychique en 2005.

Alors que le rôle du sport comme prise en charge thérapeutique s'intensifie, l'arrivée des neuroleptiques durant la fin du XIXème siècle bouleverse le monde de la psychiatrie (Missa, 2008 (4) ; Swazey 1974 (5)). Permettant une avancée majeure, cette nouvelle thérapie remet en question la place de l'activité physique provoquant son ralentissement, voire la reléguant à de l'occupationnel.

Depuis 1982, les formations Activités Physiques Adaptées-Santé se sont développées dans les UFR STAPS (6). De ce fait, alors que le sport jusque-là était encadré par les soignants, certains établissements psychiatriques proposent de la pratique physique et sportive n'incluant plus le personnel médical. L'encadrement est alors assuré par un éducateur sportif, professionnel de l'activité physique, et nombre d'hôpitaux psychiatriques, privés ou publics, intègrent cette nouvelle catégorie professionnelle, favorisant la reprise du sport dans le monde psychiatrique.

Parallèlement, depuis les années 2000, la prise en compte de la santé physique des patients psychiatriques devient une priorité. En effet ces patients présentent une réduction forte de leur espérance de vie par rapport à la population générale (Thornicroft, 2011 (7) ; Wahlbeck et al, 2011 (8))

Aujourd'hui la pratique sportive est devenue une stratégie thérapeutique reconnue dans les troubles psychiatriques.

« Les activités physiques ont leur place dans le soin en psychiatrie pour des malades mentaux chroniques, avec des objectifs précis tels que l'acquisition d'une autonomie, l'amélioration du comportement relationnel, la prise de conscience et l'affirmation de soi pour certains, la canalisation de l'impulsivité et de l'agressivité pour d'autres. »

Paul SIVADON

2) Conséquences positives :

De nombreuses recherches ont démontré que le sport est une stratégie de soin complémentaire indispensable pour la prise en charge des troubles psychiatriques. En effet, il a une action positive sur les symptômes psychiatriques mais permet aussi une amélioration de la qualité de vie des patients (Gorcziński et Faulkner, 2010 (9) ; Perderson et Saltin, 2006 (10) ; Noetel et al, 2024 (11) ; Pearce et al, 2022 (12)).

« L'escalade est un espace de pratique où le patient se confronte à la réalité que lui renvoie le rocher, mais aussi à sa propre réalité par les prises objectives qu'elles mettent en jeu chez le pratiquant »

David LE BRETON, sociologue français

B La psychiatrie dans le sport :

Si le sport comme vecteur de soin aux troubles psychiatriques a été et reste beaucoup étudiée, les troubles psychiatriques dans le monde sportif semblent l'être beaucoup moins, et plus encore chez les athlètes de haut niveau retraités.

1) Quelques noms de sportifs de haut niveau :

Malheureusement, le domaine du sport est également touché par de nombreux problèmes. Souvent, on pense uniquement aux blessures physiques, mais les souffrances mentales y sont tout aussi présentes. Le documentaire intitulé « STRoNG, aussi forts que fragiles » (13), rédigé par Sylvain Ventre, Bertrand Briard et Emmanuel Le Ber, explore la question de la santé mentale dans le sport de haut niveau à travers les récits de cinq athlètes. Perrine LAFFONT (skieuse), Ysaora THIBUS (escrimeuse), Jérémy FLORES (surfeur), Valentin PORTE (handballeur) et Camille LACOURT (nageur). Ils témoignent tous de symptômes dépressifs liés à leur carrière sportive. Monsieur LACOURT évoque également un mésusage d'alcool, tandis que Monsieur FLORES parle d'idées suicidaires.

« Est-ce que ma vie c'est ça : Souffrir ? Est-ce que le sport de haut niveau c'est ça : Souffrir ? Souffrir et être mal ? »

Perrine LAFFONT, skieuse acrobatique française

2) Définition du sport de haut niveau :

D'après les informations fournies par le Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques (14), le sport de haut niveau est communément associé à l'excellence sportive et/ou au sport professionnel. Actuellement il repose sur plusieurs critères clés, notamment :

- La reconnaissance du haut niveau de la discipline sportive.
- Les compétitions de référence.
- La liste des sportifs de haut niveau

- Le « projet de performance fédéral » décliné en un « programme d'excellence » et un « programme d'accession au haut niveau ».

Selon le Ministère, le sport de haut niveau se définit comme suit : « Il s'agit de l'organisation de la détection, de la préparation et de l'insertion de sportifs talentueux composant les « collectifs des équipes de France » en vue de leur participation aux « compétitions de référence » ».

« Le haut niveau est un jeu. Alors autant le vivre et le jouer à haut niveau. »

Jean-Claude KILLY, skieur alpin et pilote automobile

3) Définition de la retraite sportive :

Schlossberg et al (1981) (15) définissent le déclenchement d'une période transition dans la vie d'un individu par la survenue d'un évènement majeur ou mineur qui entraîne un changement dans les conceptions de soi et du monde, nécessitant des modifications concomitantes de comportements. La retraite sportive est donc une période de transition dans la vie d'un athlète professionnel ou de haut niveau, marquée par la fin de sa carrière compétitive active. Cela implique généralement l'arrêt de la participation à des compétitions officielles ou à des évènements sportifs de haut niveau. La retraite sportive peut être décidée par l'athlète lui-même ou elle peut être imposée par des circonstances extérieures. Pour beaucoup d'athlètes, la retraite sportive représente un moment de transition difficile, car elle peut être accompagnée d'émotions complexes et de défis d'adaptation à une nouvelle vie en dehors du sport de haut niveau.

Selon Fabre et al (2012) (16), il existerait quatre types de stratégie de reconversion : les attentistes qui misent sur les opportunités du réseau social qu'ils construisent au cours de leur carrière, sans projet précis ; les opportunistes qui placent également leur espoir dans le réseau social mais qui cherchent à accumuler de nouvelles compétences susceptibles de les rendre employables ; les experts qui se destinent à des carrières au sein du milieu sportif en mobilisant leur vécu sportif ; et les entrepreneurs qui accumulent des ressources en vue d'une reconversion future suivant un projet. Ces différentes approches mettent en évidence qu'il n'existe pas un parcours « classique » ou « prédéterminé » lors de la retraite sportive.

4) Définition de l'identité sportive :

L'identité sportive est un élément central du concept de soi chez les sportifs. L'article de Brewer et al (1993) (17), le définit comme le degré de force d'identification au rôle d'athlète et le degré

d'exclusivité qu'une personne accorde à ce rôle. Elle inclut non seulement l'adhésion aux valeurs perçues associées à ce rôle, mais aussi l'intégration au sein de réseaux sociaux spécifiques à la pratique sportive. Cette identité unique des athlètes peut subir des modifications significatives, notamment lors de la transition vers la fin de carrière, qu'elle soit anticipée ou imposée.

Les articles de Yao et al (2020) (18) et Marin-Urquiza et al (2018) (19), mettent en lumière plusieurs points :

- Plus un athlète atteint un niveau d'élite, plus son identité sportive devient forte. En effet, l'empreinte du rôle sportif semble liée à un contexte plus exigeant en termes d'entraînement physique, de pratique, de compétitions et de déplacements.
- L'identité sportive diminue progressivement à partir de la mise à la retraite sportive.
- Dans la population générale, il existe une différence selon le genre, les hommes présentant une identité sportive plus forte que les femmes. Cependant, cette différence disparaît au sein de la population sportive et post-athlétique, car l'entraînement et les pratiques sportives renforceraient l'identité sportive des femmes.

« J'avais aussi l'impression d'avoir laissé tellement de place à l'athlète que j'avais envie de trouver autre chose. Qui suis-je ? Qu'est-ce que j'ai envie de faire en dehors de ça ? Quels sont mes intérêts ? »

Ysaora THIBUS, escrimeuse française

C Problématique :

Malheureusement, chaque médaille a son revers...

La retraite sportive chez les sportifs de haut niveau a fait l'objet d'un grand nombre de travaux de recherche dans les revues spécialisées en psychologie du sport (Dimoula et al, 2013 (20) ; Stambulova et al, 2007 (21) ; Torregrossa et al, 2004 (22) ; Lavalée et al, 1997 (23)). Ces recherches mettent en avant qu'il s'agit d'une période difficile favorisée par des facteurs de risque (Taylor et Ogilvie, 1994 (24) ; Cecic Erpic et al, 2004 (25)). On pourrait donc s'attendre à ce qu'elle soit source d'émergence de troubles psychiatriques. L'étude menée par Baum (2005) (26) renforce cette idée en mettant en avant que sur 71 passages à l'acte suicidaire chez les sportifs de haut niveau, 7 concernent des athlètes venant de prendre leur retraite sportive.

C'est dans ce contexte que cette revue de littérature trouve son sens : nous étudierons donc les troubles psychiatriques survenant chez les sportifs de haut niveau dans les suites de leur retraite sportive.

1) Les troubles psychiatriques :

Les troubles psychiatriques allant être abordés au cours de cette thèse sont :

a) L'épisode dépressif caractérisé :

L'épisode dépressif caractérisé est un trouble fréquent avec une prévalence sur une année en France d'environ 10% chez les 18-75 ans. Les femmes présentent une prévalence 1.5 à 3 fois plus élevée que les hommes.

Il est marqué par la présence d'une diminution pathologique de l'humeur et de l'énergie avec des perturbations psychoaffectives, psychomotrices et physiologiques.

Les critères diagnostiques selon le DSM-V sont (27) :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet.
- (2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes, induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

D. L'occurrence de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

b) Le trouble de l'usage de l'alcool :

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France avec près de 90% des adultes qui en consomment au moins une fois par an et 10% quotidiennement. Afin de la quantifier on utilise le concept de verre standard d'alcool (un verre standard correspondant à 10g d'alcool pur).

Pour rappel, une consommation à « faible » risque correspond à :

- Ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine
- Ne pas consommer plus de 2 verres standards par jour
- Avoir des jours dans la semaine sans consommation

Les critères diagnostiques selon le DSM V sont (27) :

Le trouble de l'usage de l'alcool est défini sur la base des 11 critères suivants et la présence d'au moins 2 d'entre eux au cours d'une période de 12 mois.

- (1) La substance est prise en quantité plus importante ou durant une période plus prolongée que prévue.
- (2) Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance.
- (3) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets.
- (4) Il existe une envie intense, un besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance (craving)
- (5) L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.

- (6) Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- (7) Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- (8) Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- (9) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
- (10) Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; ou effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- (11) Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : syndrome de sevrage caractérisé à la substance ; ou la substance est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Un nombre seuil de 2 critères au moins est nécessaire pour parler de trouble de l'usage d'alcool avec la stratification suivante :

- Léger : 2-3 symptômes
- Modéré : 4-5 symptômes
- Sévère : 6 symptômes ou plus étant considéré comme une addiction certaine.

c) Le trouble des conduites alimentaires :

Les troubles des conduites alimentaires sont définis par l'existence de perturbations significatives et durables de la prise alimentaire. Leur étiopathogénie est encore mal connue. Ils sont d'origine multifactorielle et en lien avec des facteurs de vulnérabilité, des facteurs déclenchants et des facteurs d'entretien.

La classification DSM V retient l'existence de 3 grands troubles des conduites alimentaires :

(1) L'anorexie mentale.

Présente une prévalence à 1,4% chez les femmes et 0.2% chez les hommes.

Les critères diagnostiques selon le DSM V sont (27) :

- Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas.

- Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale.
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Elle peut être de deux types :

- Restrictif : au cours des 3 derniers mois, la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.
- Accès hyperphagiques/purgatifs : au cours des 3 derniers mois : présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou de vomissements provoqués ou de comportements purgatifs.

(2) La boulimie :

Prévalence à 1.9% chez les femmes et à 0.6% chez les hommes.

Les critères diagnostiques selon le DSM V sont (27) :

- Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée (absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps ; associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter).
- Mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids.
- Avec une fréquence moyenne d'au moins 1 fois par semaine durant au moins 3 mois.
- L'estime de soi est perturbée de manière excessive par la forme du corps et le poids.
- Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale.

(3) Accès hyperphagiques ou hyperphagie boulimique :

Prévalence estimée à 2.8% chez les femmes et à 1% chez les hommes. Selon diverses études, près de 30 à 50% des personnes souffrant d'obésité souffriraient également d'hyperphagie boulimique.

Les critères diagnostiques selon le DSM V sont (27) :

- Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée (prises alimentaires largement supérieures à la moyenne ; associées à une impression de perte de contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter).
- Ces épisodes sont associés à au moins 3 des éléments suivants : manger beaucoup plus rapidement que la normale ; manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de

distension abdominale ; manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ; manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe ; et se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.

- Détresse marquée en lien avec l'existence de cette hyperphagie.
- Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins 1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs.
- Le trouble n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

d) Outils d'évaluation :

L'ensemble des articles étudiés dans cette revue de la littérature font appel à des auto-questionnaires. Ces derniers sont simples et rapides ; ils permettent une grande diffusion et jouent le rôle d'outil de dépistage initial. Cependant, ils ne remplacent pas une évaluation clinique approfondie et surtout ne permettent pas de poser un diagnostic.

a) Evaluation de la dépression et de l'anxiété :

General Health Questionnaire en 12 items (GHQ-12) :

Le GHQ est un questionnaire d'auto-évaluation des troubles psychopathologiques ressentis au cours des semaines passées. Il évalue les symptômes somatiques, de l'anxiété, de la dépression, de l'insomnie et du dysfonctionnement social.

Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) ou Index des Plaintes en 4 Dimensions (IP4D) :

Le 4DSQ est un questionnaire d'auto-évaluation comprenant 4 échelles mesurant la dépression, l'anxiété, le mal-être et la somatisation.

Distress Screener :

C'est un instrument de dépistage, dont les questions sont issues du 4DSQ, permettant d'identifier la prévalence de la détresse psychologique (ou mal-être).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) :

Cette échelle est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs au cours de la dernière semaine. Les questions sont formulées de manière à éviter l'inclusion de symptômes physiques qui pourraient être attribuables à des conditions somatiques plutôt que psychologiques.

Short Depression Happiness Scale (SDHS) :

Cette échelle a pour but d'évaluer de façon distincte les états émotionnels de dépression et de l'anxiété à un moment donné, facilitant le dépistage et le suivi des symptômes chez les patients.

Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CESD) :

C'est une échelle qui est utilisée pour évaluer la présence et la gravité des symptômes dépressifs chez les individus au cours de la dernière semaine.

Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) :

Le PHQ-9 vise à évaluer la sévérité des symptômes dépressifs au cours des 2 dernières semaines chez les individus, permettant ainsi une détection précoce, un suivi des symptômes et une évaluation de la réponse au traitement.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) :

C'est un outil d'évaluation psychologique qui cherche à mesurer à la fois l'anxiété-trait (une caractéristique stable de la personnalité) et l'anxiété-état (un état émotionnel temporaire).

b) Evaluation des troubles du sommeil :

Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) -Sleep Disturbance - Adult :

Il s'agit d'un instrument spécifique du système PROMIS conçu pour évaluer le sommeil général et les troubles du sommeil perçus par le patient.

Medical Outcome Study Sleep (MOS-Sleep) :

C'est une échelle multidimensionnelle utilisée pour mesurer divers aspects de la qualité du sommeil. Elle évalue : la qualité subjective du sommeil, la latence du sommeil, la durée du sommeil, l'efficacité du sommeil, les troubles du sommeil et la somnolence diurne.

c) Evaluation des troubles de l'usage de l'alcool :

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) :

Ce questionnaire est conçu pour évaluer la fréquence et la quantité de la consommation d'alcool chez un individu. Il comprend les trois premières questions de l'AUDIT qui évaluent la consommation d'alcool.

d) Evaluation d'un état psychologique :

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) :

Le PANAS est un instrument utilisé pour mesurer les affects positifs (tels que la joie, l'enthousiasme, etc...) et négatifs (tels que la peur, la tristesse, etc...). Elle se compose de deux sous-échelles : une pour les affects positifs et une pour les négatifs.

Medical Outcome Study Short Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36) :

Il s'agit d'une échelle multidimensionnelle, générique, c'est-à-dire qui évalue l'état de santé indépendamment de la pathologie causale, du sexe, de l'âge et du traitement. Elle évalue huit dimensions : activité physique ; limitations dues à l'état physique ; douleurs physiques ; santé perçue ; vitalité ; vie et relation avec les autres ; limitations dues à l'état psychique ; la santé psychique et l'évaluation de la santé perçue.

Medical Outcome Study Short Form-12 Health Survey Questionnaire (SF-12) :

Il s'agit d'une version abrégée du SF-36. Il couvre les huit mêmes dimensions, mais comportant moins de questions, il en fait un outil de recherche plus pratique.

Satisfaction With Life Scale (SWLS) :

L'objectif principal de la SWLS est de fournir une mesure globale de la satisfaction de vie des individus. Contrairement à d'autres échelles qui se concentrent sur des aspects spécifiques du bien-être, elle évalue la perception générale qu'ont les individus de leur vie dans son ensemble.

e) Evaluation en rapport avec le milieu professionnel :

Utrecht Burn-Out Scale (UBOS) :

Il s'agit de la version néerlandaise du Maslach Burnout Inventory. Cette échelle évalue trois dimensions principales de l'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (avoir des attitudes négatives, cyniques ou détachées envers les clients ou collègues) et l'accomplissement personnel réduit (ressentir une diminution de la compétence et de la réussite au travail).

Echelle de Greenhaus et al. :

Il s'agit d'une échelle de mesure de la satisfaction de carrière des individus à la fois par rapport à des critères objectifs et subjectifs. Les individus évaluent leur réussite de carrière à l'aune d'objectifs qu'ils sont censés s'être fixés parmi lesquels figurent la carrière, le salaire, l'avancement hiérarchique, mais également le développement de nouvelles compétences.

Questionnaire on the Expérience and Evaluation of Work (QEEW) :

C'est un outil développé pour mesurer divers aspects de l'expérience de travail et évaluer la qualité de l'environnement de travail. Il a été conçu pour évaluer comment les conditions de travail influencent le bien-être des employés et leur satisfaction au travail. Il étudie la charge de travail, les exigences mentales et émotionnelles, l'effort physique, la variété des tâches, les possibilités d'apprentissage et l'indépendance au travail.

British Athletes Lifestyle Assessment Needs in Career and Education Scale (BALANCE) :

BALANCE est un instrument conçu pour évaluer les besoins des athlètes en matière de soutien et de gestion de leur carrière sportive, de leur éducation et de leur style de vie global. Elle se compose de plusieurs sous-échelles couvrant différents aspects de la vie des athlètes.

f) Evaluation non en lien avec des troubles psychiatriques :

Social Readjustment Rating Scale (SRRS) :

Il s'agit d'une échelle qui a pour but de déterminer l'impact des événements stressants sur la santé mentale et physique. Elle recense un nombre important d'événements de vie stressants et leur impute à chacun une cotation. Le score global classe les individus suivant trois niveaux de stress : faible, modéré et élevé.

Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE) :

L'objectif de cette échelle est de mesurer l'estime de soi, c'est-à-dire l'évaluation qu'une personne fait de sa propre valeur et de son acceptation de soi.

Athletic identity Measurement Scale (AIMS) :

C'est un questionnaire qui a pour but de mesurer l'identité sportive, c'est-à-dire le degré auquel un individu s'identifie au rôle de l'athlète.

Body Parts Satisfaction Scale – Revised (BPSS-R) :

Le BPSS-R mesure le degré de satisfaction ou d'insatisfaction que les individus ressentent à l'égard de différentes parties de leur corps.

g) La blessure « grave » :

Dans cette revue de la littérature, plusieurs études de M. Gouttebauge cherchent la survenue de blessures graves dans le parcours de vie des athlètes. Les blessures graves y sont définies comme une blessure survenue lors d'activités sportives entraînant une absence à l'entraînement ou à un match pendant plus de 28 jours.

h) Evaluation de la prise alimentaire :

Questionnaire pour l'Evaluation des Troubles des Conduites Alimentaires (QEDD) :

Le QEDD est un outil de dépistage conçu pour identifier les troubles de l'alimentation chez les individus et évaluer leur gravité. Il couvre diverses thématiques : les comportements alimentaires, la perception corporelle et les conséquences physiques et psychologiques.

Bulimia Test-Revised (BULIT-R) :

BULIT-R est un questionnaire utilisé pour évaluer la présence et la sévérité des comportements et des pensées associées à la boulimie mentale. Il couvre trois thématiques : les comportements de boulimie ; les attitudes alimentaires et les conséquences psychologiques.

i) Autres :

Dans cette revue de la littérature, les études réalisées par M. Gouttebauge définissent les comportements alimentaires défavorables au travers de la fréquence de quatre habitudes alimentaires. Les quatre énoncés concernent la prise de repas sains, la régularité de la prise des trois repas dans une journée, l'heure de prise du petit déjeuner et celle du dernier repas de la journée. Pour chacun des énoncés, on dénombre sur combien de jours par semaine ils sont validés (0 à 7). Ainsi, consommer des repas sains moins de cinq jours par semaine, manger régulièrement tout au long de la journée moins de trois jours par semaine, prendre un petit déjeuner avant 10h30 moins de trois jours par semaine et prendre un dernier repas avant 20h30 moins de trois jours par semaine est considéré comme un comportement nutritionnel indésirable.

On peut noter que les quatre énoncés utilisés ne comportent aucune information sur la composition de l'aliment consommé.

Méthode

A Critères d'inclusion et d'exclusion :

Critères d'inclusion :

- Être une publication scientifique
- Population appartenant aux sportifs de haut niveau retraités

Critère d'exclusion :

- Rédaction hors langue française ou anglaise
- Revue de la littérature ou Méta-analyse
- Etudes ne prenant pas en compte des troubles psychiatriques dans leurs recherches

B Mots clés (en anglais) :

Retirement psychology

Athletes psychology

C Stratégie de recherche et extraction des données :

1) Première étape : sélection des données :

Trois bases de données ont été exploitées : PUBMED ; COCHRANE et SCIENCE DIRECT.
La dernière recherche a été réalisée le 8 janvier 2024.

Les termes de recherche suivants ont été retenus :

PUBMED :

("Retirement/psychology"[MAJR]) AND ("Athletes/psychology"[MeSH])

n = 31

SCIENCE DIRECT :

"Retirement psychology" AND "Athletes psychology" avec comme filtres : « review articles »
et « research articles »

n = 337

COCHRANE :

« Retirement psychology » et « Athletes psychology »

n = 4

Les résultats ont été prélevés sur le logiciel ZOTERO selon leur banque de données respective.

2) Deuxième étape : élimination des doublons

Doublon entre PUBMED et SCIENCE DIRECT :

n = 0

Doublon entre SCIENCE DIRECT et COCHRANE :

n = 0

Doublon entre PUBMED et COCHRANE :

N = 1

3) Troisième étape : tri des articles

La lecture des titres et des résumés de chaque article a permis d'écarter les articles non conformes à la problématique et qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion et d'exclusion.

PUBMED = 18

SCIENCE DIRECT = 6

COCHRANE = 0

Dans un second temps, un nouvel affinage a été réalisé par la lecture intégrale des articles retenus ce qui a permis d'inclure ou non définitivement les articles de la revue.

PUBMED = 9

SCIENCE DIRECT = 4

COCHRANE = 0

4) Au total :

Dans cette revue de la littérature, nous avons retenu 13 articles.

Résultats

A Prévalence des troubles psychiatriques chez les sportifs retraités

Cette revue de la littérature présente 7 études évaluant la prévalence :

1) Gouttebauge et al. 2016 [a] (28) :

En 2016, M. Gouttebauge et son équipe ont publié une étude déterminant la prévalence des symptômes de troubles mentaux courants et du tabagisme chez les joueurs de rugby professionnels retraités. Cette étude explore également leurs associations avec des facteurs de stress (événements de vie, insatisfaction professionnelle).

Méthode :

295 joueurs professionnels retraités de Rugby Union ont répondu à un questionnaire électronique. Ce questionnaire évaluait l'anxiété/dépression par le GHQ-12 et le 4DSQ ; les troubles du sommeil par PROMIS ; les comportements indésirables en matière d'alcool par AUDIT-C ; le niveau de stress par SRRS et l'insatisfaction professionnelle par l'échelle de Greenhaus et al. ; et les comportements alimentaires défavorables.

Résultats :

Cette étude met en avant un taux de prévalence de 25% (4DSQ) de 28% (GHQ-12) pour l'anxiété/dépression, 29% pour les troubles du sommeil, 62% pour les comportements alimentaires défavorables, 15% pour le tabagisme et 24% pour un mésusage d'alcool.

Les événements de vie stressants et un niveau plus élevé d'insatisfaction professionnelle étaient significativement associés à l'anxiété/dépression, aux troubles du sommeil et aux comportements nutritionnels indésirables. Par ailleurs, le niveau plus élevé d'insatisfaction professionnelle était également associé à la présence d'un tabagisme.

Limites :

Etude transversale : ne permet pas d'établir une relation causale entre les troubles psychiatriques et les facteurs de stress (événements de vie stressants et insatisfaction professionnelle).

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

La sélection d'un seul sport (rugby) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

L'exclusion d'un genre sexuel (féminin) : les résultats ne peuvent être généralisés à ce genre.

Biais de non-réponse : correspond à l'écart entre les valeurs moyennes réelles de l'échantillon d'origine et les valeurs réelles de l'échantillon net. L'étude étant anonyme, nous ne pouvons pas analyser les causes de ce biais.

Risque de biais de sélection : les athlètes souffrant de problèmes de santé chronique et ceux ayant eu une formation ou un intérêt particulier pour la santé mentale sont plus susceptibles de répondre au questionnaire.

Risque de biais de déclaration : les athlètes peuvent être plus enclins, de façon consciente ou inconsciente, à donner des réponses socialement acceptables (risque accru pour les consommations de toxiques).

Conclusion :

Cette étude suggère que la prévalence des symptômes de troubles mentaux courants est élevée chez les joueurs professionnels retraités de Rugby Union et qu'il pourrait exister une association positive avec un nombre plus élevé d'évènements de vie stressants et une insatisfaction professionnelle.

2) Goutteborge et al 2016, [b] (29) :

En 2016, M. Goutteborge et son équipe ont publié une autre étude ayant pour but de déterminer la prévalence des symptômes liés aux troubles mentaux courants chez footballeurs professionnels retraités. Cette étude, similaire à la précédente, cherche également à explorer leurs associations avec des facteurs de stress (évènements de vie, blessures graves et insatisfaction professionnelle).

Méthode :

219 joueurs de football professionnels retraités de 11 pays différents (Belgique, Chili, Finlande, France, Japon, Norvège, Paraguay, Pérou, Espagne, Suède et Suisse), ont répondu à un questionnaire électronique. Ce dernier évaluait l'anxiété/dépression par le GHQ-12 et le 4DSQ ; les troubles du sommeil par PROMIS ; les comportements indésirables en matière d'alcool par AUDIT-C ; le niveau de stress par SRRS et l'insatisfaction professionnelle par l'échelle de Greenhaus et al. ; les blessures graves et les comportements alimentaires défavorables.

Résultats :

Cette étude met en avant un taux de prévalence de 18% (4DSQ) et de 35% (GHQ-12) pour l'anxiété/dépression ; 28% pour les troubles du sommeil ; 65% pour un comportement alimentaire défavorable ; 11% pour la consommation tabagique et 25% pour un mésusage d'alcool.

Les facteurs de stress (événements de vie, blessures graves et insatisfaction professionnelle) étaient significativement associés à l'anxiété/dépression, aux troubles du sommeil et aux comportements alimentaires défavorables.

Limites :

Etude transversale : ne permet pas d'établir une relation causale entre les troubles mentaux et les facteurs de stress.

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

La sélection d'un seul sport (football) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

L'exclusion d'un genre sexuel (féminin) : les résultats ne peuvent être généralisés à ce genre.

Biais de non-réponse : correspond à l'écart entre les valeurs moyennes réelles de l'échantillon d'origine et les valeurs réelles de l'échantillon net. L'étude étant anonyme, nous ne pouvons pas analyser les causes de ce biais.

Risque de biais de sélection : les athlètes souffrant de problèmes de santé chronique et ceux ayant eu une formation ou un intérêt particulier pour la santé mentale sont plus susceptibles de répondre au questionnaire.

Risque de biais de déclaration : les athlètes peuvent être plus enclins, de façon consciente ou inconsciente, à donner des réponses socialement acceptables (risque accru pour les consommations de toxiques).

Conclusion :

Cette étude suggère que la prévalence des symptômes de troubles mentaux courants est élevée chez les joueurs professionnels retraités de football et qu'il pourrait exister une association positive avec un nombre plus élevé d'évènements de vie stressants.

3) Van Ramele et al, 2017 (30) :

En 2017 Van Ramele et son équipe ont publié une étude ayant pour but d'explorer l'incidence des troubles mentaux courants chez les joueurs de football professionnels retraités ainsi que d'étudier le lien entre leur apparition et les évènements de vie indésirables. On peut noter que cette étude s'interroge également sur les points de vue et les besoins ressentis des joueurs de football retraités en matière de soutien médical lié aux symptômes des troubles mentaux courants.

Méthode :

Une étude de cohorte observationnelle prospective comportant trois mesures sur une période de suivi de douze mois a été menée auprès de joueurs de football professionnels retraités. Au total, 212 participants ont répondu au premier questionnaire et 194 ont rempli les deux questionnaires de suivi (6 et 12 mois plus tard). On peut noter que les joueurs étaient à la retraite depuis 4 ans en moyenne et qu'ils devaient avoir moins de 45 ans.

Les questionnaires évaluaient : la détresse à l'aide du Distress Screener ; les troubles du sommeil par PROMIS ; les symptômes de l'anxiété/dépression par le GHQ-12 ; le niveau de consommation d'alcool par AUDIT-C ; et les évènements de vie par le SRRS. En plus de ces questionnaires, le point de vue et les besoins ressentis des joueurs, quant au soutien médical liés aux troubles mentaux, ont été évalués.

Résultats :

L'incidence des symptômes de l'anxiété/dépression est de 29% ; les troubles du sommeil de 28% ; le mésusage de l'alcool de 15% et la détresse de 11%. Les joueurs retraités ayant vécu 1 ou 2 évènements de vie sont 1.7 fois plus susceptibles de signaler une détresse ; et ceux ayant vécu 3 évènements de vie négatifs sont 4.5 fois plus élevés que ceux sans aucun évènement de vie négatif récent.

De plus, 96 % des footballeurs professionnels retraités ont déclaré que les troubles mentaux courants influencent les performances footballistiques ; 65% ont déclaré que cela avait été le cas au cours de leur propre carrière ; et 80% estiment qu'il y a un manque de soutien médical suffisant pour contrer ces troubles.

Limites :

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

L'exclusion d'un genre sexuel (féminin) : les résultats ne peuvent être généralisés à ce genre.

La sélection d'un sport (football) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

Présence de « perdu de vue » : 18 athlètes ont été perdus de vue durant l'étude.

Risque de biais de sélection : les athlètes souffrant de problèmes de santé chronique et ceux ayant eu une formation ou un intérêt particulier pour la santé mentale sont plus susceptibles de participer à cette étude.

Risque de biais de déclaration : les athlètes peuvent être plus enclins, de façon consciente ou inconsciente, à donner des réponses socialement acceptables (risque accru pour les consommations de toxiques).

Conclusion :

Cette étude met en avant qu'à partir de la mise en retraite, l'incidence des troubles mentaux des joueurs de football retraités augmente, et qu'ils ont une relation positive avec la survenue d'événements de vie stressants. Il est important de noter qu'il s'agit d'une étude longitudinale ne prenant pas en compte la transition actif/retraite.

Ces études concluent qu'il existe une prévalence forte de troubles mentaux chez les sportifs retraités, mais comparativement à la population générale, est-ce différent ?

4) Fernandes et al, 2019 (31) :

En 2019, Fernandes et son équipe ont publié une étude ayant pour objectif de déterminer la prévalence des symptômes dépressifs et l'état de santé général des anciens footballeurs professionnels masculins comparés à la population générale.

Méthode :

572 footballeurs professionnels à la retraite et 500 témoins de la population générale au Royaume-Uni ont répondu à un questionnaire postal. Ce questionnaire évaluait les symptômes de l'anxiété et de la dépression par HADS ; la qualité de vie des footballeurs retraités par SF-36 dont les résultats ont été ensuite convertis en SF-12 ; la qualité de vie de la population témoin par SF-12 ; le sommeil par l'échelle du sommeil de MOS-Sleep ; et l'humeur par PANAS ; les douleurs corporelles généralisées ; et la prise de médicaments analgésiques.

Résultats :

Chez les athlètes retraités, la prévalence de la dépression était de 5.7%, celle de l'anxiété était de 12% et 33% présentaient des troubles du sommeil. Concernant la prise d'antalgique, 8.6% consommaient des AINS ; 24% des analgésiques en vente libre et 4% des opioïdes.

Dans le groupe témoin, la prévalence de la dépression était de 5.8% et celle de l'anxiété de 10.3% et 27% présentaient des troubles du sommeil. Concernant la prise d'antalgique, 4.2% consommaient des AINS, 14% des analgésiques en vente libre et 6.4% des opioïdes.

La prévalence de la dépression et de l'anxiété était similaire chez les footballeurs retraités et la population témoin (bien qu'il y ait une plus grande prévalence de l'anxiété chez les footballeurs, elle n'est pas significative). Cependant les footballeurs retraités auraient une qualité de vie inférieure avec une plus grande susceptibilité de présenter des troubles du sommeil, des douleurs corporelles généralisées et d'utiliser des antalgiques.

Limites :

Etude transversale : ne permet pas d'établir une relation causale entre les troubles psychiatriques et les variables étudiées.

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

La différence de taux de réponses : il était plus élevé dans la cohorte des footballeurs retraités que dans la cohorte témoin. Ce faible taux de réponses dans la cohorte témoin remet en question la représentativité de l'échantillon.

La sélection d'un seul sport (football) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

L'exclusion d'un genre sexuel (féminin) : les résultats ne peuvent être généralisés à ce genre.

Risque de biais de déclaration : les athlètes peuvent être plus enclins, de façon consciente ou inconsciente, à donner des réponses socialement acceptables (risque accru pour les consommations de toxiques).

Conclusion :

Cette étude met en avant qu'il n'y aurait pas de différence significative de la prévalence de la dépression et de l'anxiété entre les footballeurs retraités et la population témoin.

5) Mackinnon et al, 2019 (32) :

En 2019, M. Mackinnon et son équipe ont publié une étude ayant pour objectif d'étudier la prévalence de sept pathologies chroniques (dont deux de santé mentale : dépression et anxiété) dans une cohorte de jockeys professionnels masculins retraités et de la comparer avec un échantillon du même âge de la population générale.

Méthode :

135 jockeys professionnels retraités et 675 témoins de la population générale en Grande-Bretagne ont répondu à un questionnaire (sous format papier ou électronique). Les questionnaires utilisés afin d'établir la prévalence des troubles n'ont pas été précisés. L'étude invite le lecteur à prendre contact avec les auteurs afin d'obtenir cette information. J'ai donc envoyé un mail le 30 mars 2024 dans ce but, restant encore à ce jour sans réponse...

Résultats :

Les jockeys professionnels retraités ont montré une prévalence au cours de leur vie significativement plus élevée d'anxiété et de dépression mais aussi d'ostéoporose et d'arthrose par rapport à la population générale. Aucune différence significative n'a été retrouvée concernant la prévalence des maladies cardio-vasculaires.

Limites :

Méconnaissance des questionnaires utilisés.

Etude transversale : ne permet pas d'établir une relation causale entre les troubles psychiatriques et les variables étudiées.

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

L'exclusion d'un genre sexuel (féminin) : les résultats ne peuvent être généralisés à ce genre.

La sélection d'un sport (course de chevaux) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

Risque de biais de sélection : les athlètes souffrant de problèmes de santé chronique et ceux ayant eu une formation ou un intérêt particulier pour la santé mentale sont plus susceptibles de participer à cette étude.

Conclusion :

La prévalence de la dépression et de l'anxiété est plus répandue chez les jockeys professionnels à la retraite que dans la population générale.

***Ces études évaluent les troubles mentaux courants par rapport à la population générale.
Mais qu'en est-il par rapport aux sportifs actifs ?***

6) Gouttebarga et al, 2015 [a] (33) :

En 2015, M. Gouttebarga et son équipe ont publié une étude ayant pour objectif de déterminer et comparer la prévalence de troubles mentaux courants et de difficultés psychosociales (faible estime de soi et comportements néfastes en matière de santé) chez les footballeurs professionnels actifs et retraités dans 6 pays différents (Australie, Irlande, Pays Bas, Nouvelle Zélande, Ecosse et Etats Unis). Cette étude explore également l'association des troubles mentaux courants avec des facteurs de stress psychosociaux (blessures graves, faible soutien social et évènements de vie négatifs).

Méthode :

149 footballeurs actifs et 104 footballeurs retraités (soit un total de 253 participants), ont répondu à un questionnaire (sous format papier ou électronique). Ce questionnaire évalue la détresse par le Distress Screener ; l'épuisement professionnel par l'UBOS ; l'anxiété/dépression par GHQ-12 ; l'estime de soi par la RSE ; la présence d'une consommation indésirable d'alcool par AUDIT-C ; le soutien social dans le milieu sportif par deux sous-échelles de la QEEW ; la survenue d'évènements de vie négatifs au cours des 12 derniers mois par la SRRS ; les habitudes alimentaires défavorables ; les blessures graves.

Résultats :

Cette étude met en avant un taux de prévalence chez les footballeurs professionnels actifs de 5% pour l'épuisement professionnel, 10% pour la détresse, 26% pour l'anxiété/dépression, 3% pour la faible estime de soi ; 19% pour une consommation indésirable d'alcool ; 7% de consommateurs de tabac et 26% ayant des habitudes alimentaires défavorables.

En comparaison, le taux de prévalence chez les footballeurs professionnels retraités est de 16% pour l'épuisement professionnel ; 18% pour la détresse ; 39% pour l'anxiété/dépression ; 5% pour la faible estime de soi ; 32% pour une consommation indésirable d'alcool ; 12% de consommateurs de tabac et 42% ayant des habitudes alimentaires défavorables.

Il existe une prévalence plus élevée de troubles de la santé mentale courants chez les footballeurs retraités que les footballeurs actifs. De plus, chez les footballeurs professionnels actifs, la survenue des troubles de santé mentale courants est significativement associée à des évènements de vie indésirables récents, à un faible soutien social (de la part de l'entraîneur et des coéquipiers) et à des blessures.

Selon les auteurs, les résultats de la prévalence des troubles de santé mentale courants seraient plus élevés chez les footballeurs professionnels (actifs et retraités) que dans la population générale.

Limites :

Etude transversale : ne permet pas d'établir une relation causale entre les troubles mentaux et les facteurs de stress psychosociaux.

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

L'exclusion d'un genre sexuel (féminin) : les résultats ne peuvent être généralisés à ce genre.

La sélection d'un sport (football) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

Biais de non-réponse : correspond à l'écart entre les valeurs moyennes réelles de l'échantillon d'origine et les valeurs réelles de l'échantillon net. L'étude étant anonyme, nous ne pouvons pas analyser les causes de ce biais.

Risque de biais de sélection : les athlètes souffrant de problèmes de santé chronique et ceux ayant eu une formation ou un intérêt particulier pour la santé mentale sont plus susceptibles de participer à cette étude.

Risque de biais de déclaration : les athlètes peuvent être plus enclins, de façon consciente ou inconsciente, à donner des réponses socialement acceptables (risque accru pour les consommations de toxiques).

Conclusion :

On retrouve un taux de prévalence pour les troubles mentaux courants plus élevé chez les footballeurs retraités que chez ceux qui sont actifs.

7) Thompson et al, 2021 (34) :

En 2021, Thompson et son équipe ont publié une étude longitudinale qui cherche à déterminer et à comparer les prévalences des troubles de conduite alimentaire entre des athlètes féminines au moment de leur activité (T1) puis lors de leur retraite (T2).

Méthode :

Les données T1, au printemps 2009, faisaient partie de l'étude Anderson et al (2011) (35) qui étudiaient la santé physique et psychologique des athlètes féminines universitaires. Parmi ces sportives, 325 étaient éligibles pour participer à T2, au printemps 2015. 193 (122 gymnastes et 71 nageuses) d'entre elles de 26 universités américaines différentes ont finalement répondu.

Ce questionnaire, adressé par courrier électronique, utilisait le QEDD et une partie du BULIT-R (évaluant l'utilisation par les athlètes de méthodes de contrôle de poids) qui les a classées en diagnostics selon les critères du DSM-IV :

- Trouble des conduites alimentaires clinique
- Trouble des conduites alimentaires subclinique (c'est-à-dire présence de symptômes de troubles de l'alimentation mais ne répondant pas aux critères de diagnostic)
- Bonne santé (aucun symptôme signalé)

On peut préciser que le choix du DSM-IV a été fait car le DMS-V n'a été édité qu'en mai 2013 : il n'existait donc pas lors de la première évaluation réalisée au printemps 2009.

Résultats :

Les taux de prévalence à T1 étaient de 6.7% personnes pour les TCA cliniques ; 18.7% pour les TCA subcliniques et 74.6% pour les athlètes retraitées en bonne santé.

Les taux de prévalence à T2 étaient de 3.1% pour les TCA cliniques ; 26.9% pour les TCA subcliniques et de 69.9% pour les athlètes retraitées en bonne santé.

En comparant T1 et T2, malgré la diminution de la prévalence de patient avec TCA clinique on voit que la prévalence de la catégorie trouble de conduite alimentaire (clinique et subclinique) a augmenté de manière significative (25,4% à 30%) tandis que la prévalence de la catégorie saine a diminué de manière significative (74.6% à 69.9%).

Limites :

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

L'exclusion d'un genre sexuel (masculin) : les résultats ne peuvent être généralisés à ce genre.

La sélection de deux sports (gymnastique et natation) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

Conclusion :

Il existe une prévalence plus importante de troubles des conduites alimentaires (clinique et subclinique) chez les athlètes retraitées que chez les athlètes actives. On peut cependant noter que la prévalence des TCA cliniques est plus faible chez les sportives actives que parmi les retraitées.

B Facteur protecteur et de risque des troubles psychiatriques chez les sportifs retraités :

1) Sanders et Stevinson, 2017 (36) :

En 2017, M. Sanders et son équipe ont publié une étude ayant pour but de déterminer les associations possibles entre les blessures mettant fin à une carrière sportive, la douleur chronique, l'identité sportive et la symptomatologie dépressive chez les footballeurs masculins à la retraite au Royaume Uni.

Méthode :

307 footballeurs professionnels à la retraite ont répondu à un questionnaire en ligne au travers de médias sociaux. Ce questionnaire évalue la dépression à l'aide de la SDHS ; la douleur avec l'EVA ; et l'identité sportive avec AIMS. De plus il a été demandé aux footballeurs retraités de donner les raisons de leur départ à la retraite

Résultats :

Cette étude met en avant une prévalence de 15.6% des athlètes pour la dépression. Ces cas concernaient des retraités plus récents et avec une identité sportive plus élevée que ceux sans symptômes dépressifs. Les footballeurs retraités présentant des symptômes dépressifs étaient plus susceptibles de citer une blessure comme raison de leur retraite, et de signaler des niveaux plus élevés de la douleur continue liée à une blessure.

Limite :

Etude transversale : ne permet pas d'établir une relation causale entre les troubles psychiatriques et les variables étudiées.

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

L'exclusion d'un genre sexuel (féminin) : les résultats ne peuvent être généralisés à ce genre.

La sélection d'un seul sport (football) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

Conclusion :

Les résultats suggèrent qu'une proportion conséquente de joueurs de football retraités peut présenter des symptômes dépressifs et qu'une blessure mettant fin à leur carrière augmente ce risque. Les douleurs chroniques ainsi qu'une identité sportive forte sont des facteurs supplémentaires favorisant les symptômes dépressifs.

2) Giannone et al, 2017 (37) :

En 2017, Giannone et son équipe ont publié une étude ayant pour but d'évaluer si l'identité sportive est associée à l'émergence de troubles psychiatriques chez les sportifs de haut niveau.

Méthode :

72 athlètes (tous les sports confondus) en dernière année sportive universitaire provenant de cinq universités canadiennes ont répondu à un questionnaire en ligne à deux temps définis : un mois après le début de leur retraite sportive (T1) puis après 3 mois de retraite (T2). Ce questionnaire évalue l'identité sportive au travers de l'AIMS ; l'anxiété avec le STAI et la symptomatologie dépressive par le CESD.

Résultats :

Malheureusement, l'étude ne nous donne pas les résultats des prévalences, elle met en avant l'utilisation de la corrélation de Pearson puis des analyses de régression hiérarchique pour examiner les relations entre l'identité sportive, l'anxiété et la symptomatologie dépressive.

Selon elle, l'identité sportive prédit de manière significative les symptômes d'anxiété pendant la retraite sportive. Bien qu'elle ne permette pas de prédire la même chose pour les symptômes dépressifs, le contrôle avec la période pré-retraite montre une association qui s'approche de la signification statistique.

Limites :

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

Temporalité courte et juste après la mise à la retraite sportive : ne permet pas de chercher si certains participants développent à plus long terme un trouble psychiatrique.

Prévalence préexistante : n'étudie pas en amont si les sportifs présentaient des problèmes de santé mentale préexistants avant la retraite sportive.

Conclusion :

Une identité sportive forte est un facteur de risque d'une émergence de symptômes anxieux dans les mois qui suivent la mise à la retraite sportive.

3) Brown et al, 2017 (38) :

En 2017, Brown et son équipe ont publié une étude qui vise à comparer les troubles de santé mentale chez des rugbymen professionnels retraités par choix et ceux par contrainte liée à une blessure.

Méthode :

293 rugbymen professionnels à la retraite de France, d'Irlande et d'Afrique du Sud ont répondu à un questionnaire électronique distribué par les associations nationales de Rugby. Ce questionnaire évalue l'anxiété/dépression par le 4DSQ et le GHQ-12 ; les troubles du sommeil par PROMIS et les abus d'alcool par AUDIT-C. Le questionnaire demandait aux joueurs retraités s'ils avaient été contraints à l'abandon ou non, ainsi que la raison de leur retraite. 41% d'entre eux estiment avoir été contraints d'abandonner dont 71% décrivent comme principale raison une blessure.

Résultats :

Cette étude met en avant une prévalence de mésusage d'alcool à 24% ; de dépression à 25% (4DSQ) et 29% (GHQ-12) ; des troubles du sommeil à 29%. 30% des athlètes retraités présentaient au moins 2 des 4 troubles psychiatriques recherchés.

Cependant, l'étude relève que seule l'anxiété/dépression par le 4DSQ est significativement différente entre les joueurs ayant pris leur retraite volontaire (19%) et ceux ayant été contraints (33%). Cependant, elle retrouve également une prévalence significativement plus élevée de présenter au moins 2 des 4 troubles psychiatriques étudiés chez les retraités contraints (37%) que parmi les volontaires (24%).

Limites :

Etude transversale : ne permet pas d'établir une relation causale entre les troubles psychiatriques et les variables étudiées.

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

La sélection d'un seul sport (rugby) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

Risque de biais de déclaration : les athlètes peuvent être plus enclins, de façon consciente ou inconsciente, à donner des réponses socialement acceptables (risque accru pour les consommations d'alcool).

Conclusion :

L'étude met en avant que la retraite forcée dans une carrière de rugbyman professionnel est associée à une prévalence plus forte d'anxiété/dépression ainsi qu'à un risque de développement comorbide de plusieurs troubles psychiatriques.

4) Turner et al, 2019 (39) :

En 2019, Turner et son équipe ont publié une étude ayant pour objectif de déterminer quelles sont les limitations fonctionnelles physiques chez les footballeurs américains retraités, et si elles ont un lien avec la dépression.

Méthode :

1063 joueurs retraités de la NFL (National Football League) ont répondu à un questionnaire qui évaluait la douleur au cours du dernier mois, les antécédents de maladies chroniques et les limitations fonctionnelles. Les joueurs devaient également répondre à quatre questions :

- Avez-vous déjà vécu dans votre vie une période de plusieurs jours ou plus au cours de laquelle vous vous êtes senti triste, vide ou déprimé la majeure partie de la journée ?
- Avez-vous déjà vécu dans votre vie une période de plusieurs jours ou plus pendant laquelle vous étiez très découragé la majeure partie de la journée quant à la façon dont les choses se passaient dans votre vie ?
- Avez-vous déjà vécu dans votre vie une période de plusieurs jours ou plus pendant laquelle vous avez perdu tout intérêt pour la plupart des choses que vous aimez habituellement, comme le travail, les loisirs et les relations personnelles ?
- Avez-vous déjà vécu dans votre vie une période de plusieurs jours ou plus au cours de laquelle vous étiez la plupart du temps très irritable, grincheux ou de mauvaise humeur ?

Si les joueurs répondaient par l'affirmative à ces sentiments au cours du mois écoulé, il leur était alors demandé de répondre aux neuf items du PHQ-9. L'étude s'est également intéressée aux blessures et à leur importance dans la décision de prendre la retraite ou de ne pas signer à nouveau avec une équipe.

Résultats :

Les auto-évaluations de douleurs récentes montrent que 78.8% des anciens joueurs ressentent des douleurs articulaires, 52.5% des maux de dos, 35.4% des douleurs au cou et 21% des céphalées.

La moyenne des scores du PHQ-9 est de 9.62 chez les sportifs qui ont dû y répondre (on peut rappeler qu'il s'agit d'un seuil limite entre dépression légère et modérée).

On note que les footballeurs américains ayant eu à répondre au PHQ-9 présentaient des douleurs et des limitations fonctionnelles significativement plus élevées. De même, les athlètes qui ont déclaré que la blessure était une raison principale de retraite sportive étaient plus susceptibles de répondre au PHQ-9.

Limites :

Etude transversale : ne permet pas d'établir une relation causale entre les troubles psychiatriques et les variables étudiées.

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

La sélection d'un sport (football américain) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

Risque de biais de déclaration : les athlètes peuvent être plus enclins, de façon consciente ou inconsciente, à donner des réponses socialement acceptables (risque accru pour les consommations de toxiques).

Risque de biais de sélection : les athlètes souffrant de problèmes de santé chronique et ceux ayant eu une formation ou un intérêt particulier pour la santé mentale sont plus susceptibles de participer à cette étude.

Conclusion :

Les résultats de cette étude suggèrent que la diminution des capacités physiques est particulièrement importante pour la santé mentale des anciens athlètes de la NFL et explique en grande partie la relation entre la douleur et les symptômes dépressifs.

5) Shander et Petrie, 2021 (40) :

En 2021, Shander et Petrie ont publié une étude qui a pour but de déterminer les relations entre la gestion de vie sportive des athlètes et la dépression, la satisfaction globale et celle de son corps.

Méthode :

217 anciennes nageuses et gymnastes, qui avaient participé à l'article d'Anderson et al, 2012 (41) (ayant pour but l'étude de ces sportives et du rapport qu'elles ont avec leur corps et l'alimentation), ont répondu à un sondage par courrier électronique. Ce questionnaire

comprenait l'échelle BALANCE qui a mis les différentes dimensions étudiées en relation avec la mesure de la satisfaction de son propre corps au travers du BPSS-R ; la dépression par le PHQ-9 ; la satisfaction globale des individus à l'égard de leur vie par le SWLS.

Résultats :

Selon l'étude, la capacité à développer une nouvelle orientation de vie pendant la retraite sportive est en lien avec une plus faible symptomatologie dépressive, une satisfaction plus grande de son corps à la retraite et une plus grande satisfaction à l'égard de la vie.

De même, les athlètes féminines qui pensaient avoir atteint leurs objectifs en matière de sport ont exprimé une plus grande satisfaction à l'égard de leur vie et des niveaux plus faibles pour la symptomatologie dépressive à la retraite.

On note également que les athlètes qui ont prêté plus attention et ont été plus ouvertes à d'autres domaines de la vie et à d'autres identités lorsqu'elles étaient compétitrices, présentent des niveaux de symptomatologie dépressive plus faibles et déclarent être plus satisfaites de leur corps à la retraite.

Enfin, les sportives retraitées impliquées dans des activités liées au sport pendant la retraite se sentaient plus satisfaites de leur corps.

Limites :

Etude transversale : ne permet pas d'établir une relation causale entre les troubles psychiatriques et les variables étudiées.

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

L'exclusion d'un genre sexuel (masculin) : les résultats ne peuvent être généralisés à ce genre.

La sélection de deux sports (natation et gymnastique) : les résultats ne peuvent être généralisés aux autres sports.

Conclusion :

Les athlètes dont l'identité est multi-déterminée, qui avaient atteint leurs objectifs sportifs, qui étaient capables de se recentrer à la retraite et/ou étaient restées impliquées dans des activités liées au sport exprimaient des plus hauts niveaux de bien-être psychologique à la retraite.

6) Zimet et al, 2023 (42) :

En 2023, Zimet et son équipe ont publié une étude ayant pour but de déterminer quels facteurs de retraite sportive sont prédictifs de trouble de la santé post retraite.

Méthode :

483 athlètes retraités (329 femmes pour 151 hommes + 3 non binaires) de 36 sports différents aux Etats Unis, ont répondu à un questionnaire unique, créé pour cette étude, qui utilise une échelle de Likert à quatre points (de tout à fait d'accord à fortement en désaccord) et s'organise en 2 parties :

Première partie à 7 items, évaluant des variables (entre parenthèses) que les auteurs identifient comme prédictives de trouble de la santé post retraite :

- J'avais fait des plans pour ma retraite avant qu'elle ne se produise (plans)
- Ma carrière a été aussi longue, voire plus longue, que prévu (longueur)
- J'ai pris la décision de prendre ma retraite ; la décision était sous mon contrôle (contrôle)
- Dans l'ensemble, je me sens satisfait de ma carrière sportive (satisfaction)
- La dernière équipe/programme sportif/entraîneur/salle de sport pour laquelle j'ai joué avait une atmosphère saine/positive (atmosphère)
- Ma retraite est arrivée subitement ; ce fut une surprise (surprise)
- Je définissais mon identité comme celle d'un athlète alors que j'étais en train de cesser de pratiquer mon sport (identité)

Deuxième partie à 13 items évaluant la santé des patients à la période la plus difficile au cours de leur transition hors du sport :

- J'ai eu des problèmes de réflexion, de mémoire ou d'attention
- J'ai fait de l'exercice et j'ai suivi une alimentation saine
- J'ai ressenti de la douleur ou d'autres problèmes physiques (par exemple : maux de tête)
- J'étais facilement frustré, je perdais mon sang-froid ou j'avais envie de casser des choses ou de me battre
- J'ai adopté des comportements à risque, comme des jeux d'argent, faire la fête ou dépenser trop
- J'ai consommé des drogues ou eu des consommations à risque d'alcool
- Je me sentais seul et socialement déconnecté
- J'ai eu du mal à créer une structure dans ma vie

- Je me sentais nerveux ou anxieux
- J'étais incapable d'arrêter ou de contrôler mon inquiétude
- J'avais peu d'intérêt ou de plaisir dans mes activités
- Je me sentais déprimé ou désespéré
- J'avais envisagé le suicide

Résultats :

Selon l'étude, dans la première partie du questionnaire (7 items), les sportifs retraités présentant une identité sportive forte, ceux qui estiment que leur retraite a été une surprise ainsi que de manière globale les femmes, étaient plus sujets à obtenir un score total élevé à la deuxième partie (marquant une difficulté de transition plus forte). A l'inverse, les sportifs retraités qui rapportaient un sentiment de satisfaction et une atmosphère positive dans leur carrière sportive étaient plus sujets à présenter un score total bas à la deuxième partie (marquant une faible difficulté de transition).

Dans la deuxième partie du questionnaire (13 items), on retrouve comme prévalence 49% des athlètes ayant déclaré éprouver parfois ou souvent des problèmes de réflexion, de mémoire ou d'attention ; 26% faisaient rarement ou jamais de l'exercice ou avaient une alimentation non saine ; 53% avaient du mal à créer une structure dans leur vie ; 56% ont parfois ou souvent ressenti des douleurs ; 57% se sont parfois ou souvent sentis seuls et socialement déconnectés ; 35% ont eu des difficultés avec la frustration et la colère ; 33% faisaient la fête, jouaient à des jeux d'argent ou dépensaient trop ; 28% avaient des consommations à risque d'alcool ou prenaient des drogues ; 60% auraient ressenti les symptômes de manière occasionnelle ou fréquente, formulés dans les 5 derniers items (seul le pourcentage des sportifs ayant déclaré avoir parfois ou souvent pensé au suicide est donné : 11.7%).

Limites :

Etude transversale : ne permet pas d'établir une relation causale entre les troubles psychiatriques et les variables étudiées.

Auto-déclaration : n'étant pas une évaluation clinique, est donc moins fiable qu'un diagnostic clinique et peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation.

Risque de biais de mémoire : élevé du fait d'une conception rétrospective des questions.

Risque de biais de sélection : les athlètes souffrant de problèmes de santé chroniques et ceux ayant eu une formation ou un intérêt particulier pour la santé mentale sont plus susceptibles de participer à cette étude.

Questionnaire non validé : la plupart des items ont été explicitement créés pour l'étude mettant en question leur fiabilité.

Conclusion :

Selon cette étude, sur les huit variables incluses cinq pourraient être prédictives de troubles de la santé pendant la retraite sportive, la principale étant l'entrée en retraite sous forme de surprise. Il est à noter que cette étude a la particularité d'interroger les idées suicidaires.

Discussion

La revue systématique de la littérature réalisée lors de cette thèse a étudié 13 articles sur les troubles psychiatriques se développant chez les sportifs de haut niveau après leur mise à la retraite sportive. Elle s'organise en deux temps : d'une part l'analyse de la prévalence des troubles psychiatriques chez les sportifs de haut niveau et d'autre part l'étude des facteurs protecteurs et de risques associés à ces troubles psychiatriques.

A Les troubles psychiatriques :

Plusieurs études rapportent l'existence de troubles psychiatriques chez les sportifs de haut niveau actifs (Wolanin et al, 2016 (43) ; Sarac et al, 2018 (44) ; Reardon et Factor, 2010 (45) ; Gouttebarga et al, 2015 [b] (46)). Il est donc important de retenir que les études de Gouttebarga et al [a] (2015) (33) et de Thompson et al (2021) (34) mettent en avant une prévalence des troubles psychiatriques plus élevée chez les athlètes retraités que chez les athlètes actifs. Cette différence soulève l'hypothèse que la mise en retraite sportive serait source d'apparition de troubles psychiatriques. En effet, la retraite sportive est une période de « crise » pour l'individu au même titre que la « retraite classique ». On peut d'ailleurs faire un parallèle entre ces deux types de retraites puisque la « retraite classique » est une période majeure dans la vie d'un individu (Arbuz, 2017 (47) ; Thierry, 2006 (48)), suscite de multiples espoirs mais aussi des craintes (Alaphilippe et al, 2001 (49)) ; et selon l'OMS (50), 14% des personnes âgées de 60 ans et plus souffriraient d'un trouble mental (principalement la dépression et l'anxiété). Ainsi, bien qu'elles présentent des différences, on peut retenir que ces retraites sont des transitions charnières dans la vie d'un individu durant lesquelles l'environnement bascule brutalement, pouvant être à l'origine de troubles psychiques.

De nombreuses études mettent en avant que la retraite sportive et la transition qu'elle entraîne sont sources de multiples difficultés (Grove et al, 1997 (51) ; Lally, 2007 (52) ; Smith et Hardin, 2018 (53) ; Wylleman et al, 2004 (54)). Cependant, rares sont celles faisant un lien avec des troubles psychiatriques. Selon les articles étudiés dans notre revue de littérature, il semblerait qu'il existe chez les sportifs de haut niveau retraités, une forte prévalence de troubles psychiatriques. Parmi ceux-ci, on retient : l'anxiété/dépression ; les troubles du sommeil ; les comportements alimentaires défavorables et troubles du comportement alimentaire et le mésusage d'alcool (seule l'étude de Fernandes et al (2019) (31) met en avant une prévalence de l'anxiété/dépression qui serait équivalente entre les footballeurs retraités et la population

générale). Ces résultats tendent à faire penser que la retraite sportive chez les sportifs de haut niveau pourrait avoir un lien de causalité avec ces troubles psychiatriques.

B Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs :

Selon l'article de Taylor et Ogilvie (1994) (24), les facteurs de risque en lien avec la transition lors de la retraite sportive sont : une forte identité athlétique, l'absence de planification de la retraite, un faible niveau éducatif, l'absence de soutien social, l'arrêt involontaire (à la suite d'une blessure ou d'un non-renouvellement du contrat) et la concomitance avec des évènements de vie négatifs.

Selon Cecic Erpic et al (2004) (25), la qualité du processus de transition serait dépendante de divers facteurs de risque : l'arrêt involontaire, l'évaluation subjective des réalisations sportives selon l'athlète, l'identité sportive, le statut éducatif et la survenue d'évènements de vie négatifs non sportifs.

Il est intéressant de noter que plusieurs des facteurs de risque révélés dans ces articles correspondent à des facteurs de risque étudiés dans notre revue de la littérature.

1) L'identité sportive :

Un des facteurs de risque majeur de développer des troubles psychiatriques après la retraite sportive serait une identité sportive forte. En effet, bien qu'une telle identité puisse être bénéfique pour la performance d'un athlète en activité, elle peut constituer un obstacle au bien-être psychique une fois la carrière terminée (Grove et al, 1997 (51)).

L'idée que l'identité sportive soit forte chez les athlètes semble logique : selon Burlot et Julla-Marcy (2018) (55), un athlète de haut niveau consacrerait en moyenne 25 heures par semaine à la pratique sportive, sans compter les heures de stage et de compétitions ainsi que les déplacements dans les divers pays. Cet investissement horaire réduit considérablement le temps disponible pour toute autre activité. Ainsi, lorsque l'athlète s'éloigne de son rôle sportif et donc de son identité sportive, il doit se confronter à d'autres aspects de son identité. Si ces aspects sont peu développés, cela peut engendrer un sentiment de vide et une crise identitaire. L'étude de Shander et Petrie (2021) (40) met en avant que la présence d'une identité multidimensionnelle permet d'atteindre un bien-être psychologique après la retraite, cela peut faire supposer que ce n'est pas seulement une identité sportive forte qui pourrait être en cause mais également une variété d'identités faibles (le fait que le « double projet » soit considéré comme un facteur protecteur va dans le sens de cette hypothèse).

« Qui suis-je ? Ça fait vingt ans que je suis sportif de haut niveau. Aujourd'hui je suis qui ? Je suis un ancien sportif de haut niveau, mais aujourd'hui je suis qui ? Cette question est effrayante parce qu'on ne sait pas. »

Camille LACOUR, nageur français

2) La blessure et les douleurs chroniques :

Selon l'étude de Brown et al (2017) (38), 71% des athlètes qui se sont sentis contraints à prendre leur retraite sportive ont identifié la blessure comme la raison principale. Le caractère indésirable, soudain et imprévisible des blessures constituerait un risque majeur pour le développement de troubles psychiques. En effet, l'athlète passe brutalement d'un état performant à un état d'inaptitude, sans avoir eu le temps de se préparer mentalement à ce changement. Selon la revue de littérature de Moore et al (2022) (56), une blessure mettant fin à une carrière a un impact négatif sur la santé biopsychosociale des athlètes. De plus, selon Rogers et al (2024) (57), les blessures sportives ont un impact négatif sur la santé mentale des athlètes mais cette dernière peut également influencer la performance sportive et augmenter le risque de blessures, créant ainsi un cycle complexe dans lequel il est impossible de séparer la santé physique et mentale.

Un autre facteur de risque serait les douleurs. Elles peuvent ou non résulter de blessures, mais c'est leur caractère chronique et les limitations fonctionnelles qu'elles induisent qui sont responsables des troubles psychiques chez les athlètes retraités. L'étude de Fernandes et al (2019) (31), indique que ces douleurs entraînent une consommation d'antalgiques plus importante chez les sportifs retraités que dans la population générale.

3) Evènements de vie :

Au sein de notre revue, la survenue d'évènements de vie négatifs est ressortie comme un facteur de risque de développer des troubles psychiatriques après la retraite sportive. Cependant, il serait erroné que de s'arrêter promptement à cette conclusion, car en effet, la survenue d'évènement négatif n'est pas l'apanage des sportifs de haut niveau, il s'agit d'un facteur de risque commun à l'ensemble de la population. Donc bien qu'il soit important de retenir que les évènements de vie négatif favoriseraient les troubles psychiatriques chez les sportifs de haut niveau retraités, il n'est pas spécifique à cette catégorie populationnelle.

Par ailleurs, on peut se poser la question de la retraite sportive comme « évènement de vie » en tant que tel, de la même façon que la « retraite classique » est présente dans le SRRS et est coté à 45 points (58).

4) Double projet

Bien que seule l'étude de Shander et Petrie (2021) (40), souligne ce point, il semble important de mettre en avant la notion de « double projet » comme facteur protecteur. Le « double projet » désigne la poursuite d'études et/ou une activité professionnelle par un athlète d'élite tout en continuant à pratiquer un sport de haut niveau.

En France, une grande partie des athlètes mènent un « double projet ». Cela s'explique par le fait que peu d'entre eux peuvent vivre uniquement de leurs performances sportives ou de leurs contrats de sponsoring. Selon Manfredi (2013) (59), 4 sportifs de haut niveau sur 10 gagnent moins de 500 euros par mois. De même, un reportage de Complément d'Enquête de 2016 (60) avait révélé que près de la moitié des athlètes français engagés aux Jeux Olympiques de Rio vivait sous le seuil de pauvreté (estimé à 987 euros par mois à cette époque). On peut également rappeler que les aides personnalisées, les contrats de mécénat et les primes de match n'ouvrent aucun droit (formation, chômage, prévoyance, retraite, etc...) pour l'athlète (61). Cependant, bien que cela s'impose à de nombreux athlètes français, il n'y a pas d'obligation de mener un « double projet » en France.

Nous retiendrons que quelle que soit la raison de ce « double projet », la combinaison de l'entraînement sportif et de l'activité éducative/professionnelle durant la carrière sportive facilite le processus de retraite (Barriopedro et al, 2018 (62)) ; en particulier, ces athlètes nouvellement retraités obtiennent leur premier emploi plus rapidement et perçoivent la transition vers le marché du travail de manière plus positive que ceux qui se consacrent uniquement au sport.

C Quoi améliorer ?

Cette revue de littérature met en lumière que les athlètes retraités sont à risque de développer des troubles psychiatriques. Il semble donc important de s'interroger sur les stratégies possibles permettant la prévention de ces troubles.

En prévention primaire, selon l'étude de Lally (2007) (52), la recherche d'une diminution de l'importance de l'identité sportive bien avant la fin de sa carrière sportive, peut protéger l'athlète durant ce processus de transition. De même, Alfermann et al (2004) (63) met en avant que la planification de la retraite sportive contribuerait à une bien meilleure adaptation de l'athlète lors de cette transition. Encourager les « doubles projets » pourrait être un autre levier d'action dans cette stratégie.

En prévention secondaire et tertiaire, il s'agirait de dépister, d'orienter et de traiter les troubles psychiatriques. Cependant quelques études marquent qu'il s'agit d'une lacune au sein des milieux sportifs comme Van Ramele et al (2017) (30) qui rapporte que 80% des footballeurs retraités estiment qu'il y a un manque de soutien médical suffisant pour prendre en charge les troubles psychiatriques ; ou encore Fleuriet et Schotté (2011) (64) qui affirment que les fédérations sportives s'intéressent peu aux sportifs retraités les perdants rapidement de vue. Pourtant il est à noter qu'en réponse à ces préoccupations, plusieurs stratégies ont été mises en place récemment, comme le programme « Moving On ! » de Shriver et al (2018) (65), conçu pour aider les étudiants-athlètes à faire des transitions saines vers la vie après le sport universitaire en proposant un programme éducatif sur la poursuite du sport et le maintien d'une alimentation saine ; ou d'un point de vue national, la mise en place de nouvelles cellules « OFIRS » (orientation, formation, insertion, reconversion, suivi) le 1^{er} juillet 2024 (61) qui est un guichet d'accueil pour toutes les demandes socio-professionnelles réservé aux sportifs de haut niveau.

Finalement, il semble important de poursuivre des recherches sur les troubles psychiatriques et leurs facteurs de risque chez les sportifs de haut niveau retraités. L'ensemble des études de cette revue de la littérature sont très récentes (la plus ancienne date de 2015), cela traduit un intérêt nouveau pour cette problématique mais encore insuffisamment étudié. En effet, il serait intéressant d'établir de nouvelles études, préférentiellement longitudinales, étudiant les troubles psychiatriques des athlètes retraités, leur incidence et leurs facteurs de risque (plusieurs facteurs de risque rapportés par Taylor et Ogilvie, 1994 (24) et Cecic Erpic, 2004 (25) n'ont pas été étudiés dans cette revue de littérature).

« Ça montre que ma propre fédération à ce moment-là ne me prend pas en charge. Ça montre qu'il y a un couac dans le système [...] je comprends qu'il va falloir que je me prenne en charge toute seule »

Marie Laure BRUNET, biathlète française

D Les Limites de la revue :

Tout d'abord, cette revue de littérature présente une première limite inhérente à sa nature même, puisqu'elle ne fait que synthétiser des recherches existantes sans produire de nouvelles données originales. Le sujet traité n'étant que récemment étudié, il existe peu d'études menées à ce jour, ce qui a conduit à l'inclusion de seulement 13 études selon les critères définis.

La plupart des articles sont des études transversales, ne permettant pas d'établir de causalité entre les facteurs étudiés et les troubles psychiatriques. De plus, l'ensemble des études repose sur des questionnaires d'auto-déclaration, ce qui pose un problème quant aux biais de déclaration et de mémoire, bien moins fiables qu'un diagnostic clinique posé par un professionnel de santé. La variété des questionnaires utilisés limite également une comparaison fiable entre les études.

Il existe une forte hétérogénéité des populations étudiées en fonction des sports choisis, du sexe des participants ou de la tranche d'âge. Cette hétérogénéité est un frein à la capacité de généralisation des résultats.

Enfin, la sélection et la lecture des études n'ont été effectuées que par un seul lecteur. Dans le but de réduire ce biais, deux lectures à deux temporalités différentes ont été menées, associées à l'implication de la directrice de thèse en cas de doute dans la sélection finale lors des deux tris.

Conclusion

L'intérêt du sport comme stratégie de soins dans les troubles psychiatriques n'a plus à faire ses preuves. Par conséquent, reconnu comme vecteur de santé, ses effets indésirables sont souvent méconnus et bien que la prise en charge somatique des sportifs de haut niveau soit déjà bien ancrée au sein des fédérations sportives (médecins, kinés, etc....), la prise en charge psychique l'est beaucoup moins.

Cette revue étudie les troubles psychiatriques chez les sportifs de haut niveau à la suite de leur retraite sportive. Elle suggère une prévalence conséquente de troubles psychiatriques touchant cette catégorie de la population générale. Parmi ces derniers, on retiendra l'anxiété/dépression ; les troubles des conduites alimentaires et les mésusages d'alcool. Cette revue met également en lumière qu'une identité sportive forte ; que la survenue d'une blessure ou d'évènements indésirables pourraient être des facteurs de risque de développer ces troubles psychiatriques. A l'inverse, il semblerait qu'un parcours « double projet » puisse être un facteur protecteur.

Bien que ces études marquent un intérêt nouveau pour les troubles psychiatriques chez les athlètes retraités, elles restent néanmoins trop peu nombreuses et travaillent avec des profils de patients très disparates (selon la discipline sportive, le sexe ou l'âge) ne permettant pas d'avoir un niveau de preuve avancé satisfaisant et généralisable. Conséquemment, il est nécessaire de mener de nouvelles études longitudinales de haute qualité avec des suivis comprenant la transition actif/retraité.

Souvent idéalisés, les sportifs de haut niveau sont principalement médiatisés pour leurs exploits leur donnant un caractère quasi-héroïque. Pourtant cette image met sous silence leur fragilité et les multiples difficultés qu'ils rencontrent pendant mais aussi après leur jeu à haut niveau...

Bibliographie

1. Sport en tête : la thérapie par le sport [Internet]. Nov'ap. [cité 29 juill 2024]. Disponible sur: <http://novap.fehap.fr/candidats/sport-tete-therapie-sport/>
2. SanteMentale. Santé Mentale. 2013 [cité 29 juill 2024]. De l'intérêt du sport en psychiatrie. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2013/11/de-l-interet-du-sport-en-psychiatrie/>
3. Fayollet C. Introduction. Histoire des Activités Physiques en Psychiatrie. In: Activités physiques en santé mentale [Internet]. Paris: Dunod; 2019 [cité 28 juill 2024]. p. 1-23. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/activites-physiques-en-sante-mentale--9782100789399-p-1.htm>
4. Missa JN. La psychopharmacologie et la naissance de la psychiatrie biologique. Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem. 2008;2(1):131-45.
5. Swazey JP. Chlorpromazine in psychiatry: A study of therapeutic innovation. Cambridge, MA, US: The MIT Press; 1974. xiv, 340 p. (Chlorpromazine in psychiatry: A study of therapeutic innovation).
6. Les Enseignants APA, acteurs incontournables dans l'encadrement de l'Activité Physique Adaptée ! | ANESTAPS [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://anestaps.org/2016/12/06/les-enseignants-apa-acteurs-incontournables-dans-lencadrement-de-lactivite-physique-adaptee/>
7. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. Br J Psychiatry. déc 2011;199(6):441-2.
8. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry. déc 2011;199(6):453-8.
9. Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2010 [cité 23 juill 2024];(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004412.pub2/full>
10. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. Scand J Med Sci Sports. févr 2006;16 Suppl 1:3-63.
11. Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, Taylor P, Del Pozo Cruz B, van den Hoek D, et al. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 14 févr 2024;384:e075847.
12. Pearce M, Garcia L, Abbas A, Strain T, Schuch FB, Golubic R, et al. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 1 juin 2022;79(6):550-9.
13. Prime Video: STRoNG [Internet]. [cité 22 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.primevideo.com/-/fr/detail/STRoNG/0GHLBH9CK4RXS6D3AUDMDZ6WRS>

14. t-l-charger-la-fiche-rep-re-de-sport-de-haut-niveau-2443.pdf [Internet]. [cité 22 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/t-l-charger-la-fiche-rep-re-de-sport-de-haut-niveau-2443.pdf>
15. Schlossberg NK. A Model for Analyzing Human Adaptation to Transition. *The Counseling Psychologist*. 1 juin 1981;9(2):2-18.
16. Fabre C, Gatignon Turnau AL, Ventolini S. Les stratégies de reconversion des sportifs professionnels : une lecture par les carrières intelligentes. *@GRH*. 2012;5(4):113-37.
17. Brewer BW, Van Raalte JL, Linder DE. Athletic identity: Hercules' muscles or Achilles heel? *International Journal of Sport Psychology*. 1993;24(2):237-54.
18. Yao PL, Laurencelle L, Trudeau F. Former athletes' lifestyle and self-definition changes after retirement from sports. *Journal of Sport and Health Science*. 1 juill 2020;9(4):376-83.
19. Marin-Urquiza A, Ferreira JP, Van Biesen D. Athletic identity and self-esteem among active and retired Paralympic athletes. *Eur J Sport Sci*. juill 2018;18(6):861-71.
20. Dimoula F, Torregrosa M, Psychountaki M, Fernandez MDG. Retiring from elite sports in Greece and Spain. *Span J Psychol*. 2013;16:E38.
21. Stambulova N, Stephan Y, Jäphag U. Athletic retirement: A cross-national comparison of elite French and Swedish athletes. *Psychology of Sport and Exercise*. 1 janv 2007;8(1):101-18.
22. Torregrosa M, Boixadós M, Valiente L, Cruz J. Elite athletes' image of retirement: the way to relocation in sport. *Psychology of Sport and Exercise*. 1 janv 2004;5(1):35-43.
23. Lavalley D, Grove R, Gordon S. The Causes of Career Termination from Sport and their Relationship to Post-Retirement Adjustment Among Elite-Amateur Athletes in Australia. *Australian Psychologist*. 15 juill 1997;32:131-5.
24. Taylor J, Ogilvie BC. A conceptual model of adaptation to retirement among athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*. 1 mars 1994;6(1):1-20.
25. Cécić Erpič S, Wylleman P, Zupančič M. The effect of athletic and non-athletic factors on the sports career termination process. *Psychology of Sport and Exercise*. 1 janv 2004;5(1):45-59.
26. Baum AL. Suicide in Athletes: A Review and Commentary. *Clinics in Sports Medicine*. 1 oct 2005;24(4):853-69.
27. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
28. Goutteborge V, Kerkhoffs G, Lambert M. Prevalence and determinants of symptoms of common mental disorders in retired professional Rugby Union players. *Eur J Sport Sci*. août 2016;16(5):595-602.
29. Goutteborge V, Aoki H, Kerkhoffs GM. Prevalence and determinants of symptoms related to mental disorders in retired male professional footballers. *J Sports Med Phys Fitness*. mai 2016;56(5):648-54.

30. van Ramele S, Aoki H, Kerkhoffs GMMJ, Gouttebarga V. Mental health in retired professional football players: 12-month incidence, adverse life events and support. *Psychology of Sport and Exercise*. 1 janv 2017;28:85-90.
31. Fernandes GS, Parekh SM, Moses J, Fuller CW, Scammell B, Batt ME, et al. Depressive symptoms and the general health of retired professional footballers compared with the general population in the UK: a case-control study. *BMJ Open*. 8 sept 2019;9(9):e030056.
32. Mackinnon AL, Jackson K, Kuznik K, Turner A, Hill J, Davies MAM, et al. Increased Risk of Musculoskeletal Disorders and Mental Health Problems in Retired Professional Jockeys: A Cross-Sectional Study. *Int J Sports Med*. oct 2019;40(11):732-8.
33. Gouttebarga V, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Mental and psychosocial health among current and former professional footballers. *Occup Med (Lond)*. avr 2015;65(3):190-6.
34. Thompson A, Petrie T, Tackett B, Balcom K, Watkins CE. Eating disorder diagnosis and the female athlete: A longitudinal analysis from college sport to retirement. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 1 juin 2021;24(6):531-5.
35. Anderson CM, Petrie TA, Neumann CS. Psychosocial correlates of bulimic symptoms among NCAA division-I female collegiate gymnasts and swimmers/divers. *J Sport Exerc Psychol*. août 2011;33(4):483-505.
36. Sanders G, Stevinson C. Associations between retirement reasons, chronic pain, athletic identity, and depressive symptoms among former professional footballers. *Eur J Sport Sci*. nov 2017;17(10):1311-8.
37. Giannone ZA, Haney CJ, Kealy D, Ogrodniczuk JS. Athletic identity and psychiatric symptoms following retirement from varsity sports. *Int J Soc Psychiatry*. nov 2017;63(7):598-601.
38. Brown JC, Kerkhoffs G, Lambert MI, Gouttebarga V. Forced Retirement from Professional Rugby Union is Associated with Symptoms of Distress. *Int J Sports Med*. juill 2017;38(8):582-7.
39. Turner RW, Sonnega A, Cupery T, Chodosh J, Whitfield KE, Weir D, et al. Functional Limitations Mediate the Relationship Between Pain and Depressive Symptoms in Former NFL Athletes. *Am J Mens Health*. 2019;13(5):1557988319876825.
40. Shander K, Petrie T. Transitioning from sport: Life satisfaction, depressive symptomatology, and body satisfaction among retired female collegiate athletes. *Psychology of Sport and Exercise*. 1 nov 2021;57:102045.
41. Anderson CM, Petrie TA, Neumann CS. Effects of sport pressures on female collegiate athletes: A preliminary longitudinal investigation. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*. 2012;1(2):120-34.
42. Zimet DM, McDuff DR, Iannone VN, Herzog TP, Moser RP. Retirement from Elite Sport: Factors Associated with Adjustment and Holistic Health Outcomes. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*. 1 sept 2023;3(1):69-79.
43. Wolanin A, Hong E, Marks D, Panchoo K, Gross M. Prevalence of clinically elevated depressive symptoms in college athletes and differences by gender and sport. *Br J Sports Med*. févr 2016;50(3):167-71.

44. Sarac N, Sarac B, Pedroza A, Borchers J. Epidemiology of mental health conditions in incoming division I collegiate athletes. *Phys Sportsmed*. mai 2018;46(2):242-8.
45. Reardon CL, Factor RM. Sport psychiatry: a systematic review of diagnosis and medical treatment of mental illness in athletes. *Sports Med*. 1 nov 2010;40(11):961-80.
46. Gouttebauge V, Backx FJG, Aoki H, Kerkhoffs GMMJ. Symptoms of Common Mental Disorders in Professional Football (Soccer) Across Five European Countries. *J Sports Sci Med*. déc 2015;14(4):811-8.
47. Arbus G. Vécu psychologique et enjeux du départ à la retraite. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2017;23(1):57-70.
48. Thierry D. L'entrée dans la retraite : nouveau départ ou mort sociale ? / sous la direction de Dominique Thierry [Internet]. Éd. Liaisons. Rueil-Malmaison; 2006 [cité 27 juill 2024]. 1 vol. (140 p.); couv. ill.; 24 cm. (Collection Liaisons sociales). Disponible sur: <https://www.bm-vitry94.fr/Default/doc/SYRACUSE/697513/l-entree-dans-la-retraite-nouveau-depart-ou-mort-sociale-sous-la-direction-de-dominique-thierry>
49. Alaphilippe D, Gana K, Bailly N. Le passage à la retraite : craintes et espoirs. *Connexions*. 2001;76(2):29-40.
50. Santé mentale et vieillissement [Internet]. [cité 27 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
51. Grove JR, Lavalley D, Gordon S. Coping with retirement from sport: The influence of athletic identity. *Journal of Applied Sport Psychology*. 1997;9(2):191-203.
52. Lally P. Identity and athletic retirement: A prospective study. *Psychology of Sport and Exercise*. 1 janv 2007;8(1):85-99.
53. Smith AB, Hardin R. Female Student-Athletes' Transition out of Collegiate Competition. *Journal of Amateur Sport*. 2018;4(2):61-86.
54. Wylleman P, Alfermann D, Lavalley D. Career transitions in sport: European perspectives. *Psychology of Sport and Exercise*. 2004;5(1):7-20.
55. Burlot F, Julla-Marcy M. Rythme de vie et accélération du travail sportif: le défi de la performance de haut niveau face à la contrainte du temps.
56. Moore HS, Walton SR, Eckenrod MR, Kossman MK. Biopsychosocial Experiences of Elite Athletes Retiring From Sport for Career-Ending Injuries: A Critically Appraised Topic. *J Sport Rehabil*. 1 nov 2022;31(8):1095-9.
57. Rogers DL, Tanaka MJ, Cosgarea AJ, Ginsburg RD, Dreher GM. How Mental Health Affects Injury Risk and Outcomes in Athletes. *Sports Health*. 2024;16(2):222-9.
58. Holmes-Rahe-Stress-inventory.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <http://www.stress.org/wp-content/uploads/2024/02/Holmes-Rahe-Stress-inventory.pdf>
59. Manfredi L. EXCELLENCE SPORTIVE : AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU.
60. Franceinfo [Internet]. 2016 [cité 30 juill 2024]. Complément d'enquête. JO : la gloire et la galère. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/replay-magazine/france-2/complement-d-enquete/complement-d-enquete-du-jeudi-19-mai-2016_1447823.html

61. sports.gouv.fr [Internet]. [cité 23 juill 2024]. Remise du rapport relatif au statut juridique et social des sportifs de haut niveau ainsi que des arbitres et juges sportifs de haut niveau. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/remise-du-rapport-relatif-au-statut-juridique-et-social-des-sportifs-de-haut-niveau-ainsi-que-des>
62. Barriopedro M, López de Subijana C, Muniesa C. Insights into life after sport for Spanish Olympians: Gender and career path perspectives. PLoS One. 2018;13(12):e0209433.
63. Alfermann D, Stambulova N, Zemaityte A. Reactions to sport career termination: a cross-national comparison of German, Lithuanian, and Russian athletes. Psychology of Sport and Exercise. 1 janv 2004;5(1):61-75.
64. Fleuriet S, Schotté M. La reconversion paradoxale des sportifs français : Premiers enseignements d'une enquête sur les sélectionnés aux jeux olympiques de 1972 et 1992: Sciences sociales et sport. 1 oct 2011;N° 4(1):115-40.
65. Shriver LH, Reifsteck EJ, Brooks D. *Moving On!*: A Transition Program for Promoting Healthy Eating and an Active Lifestyle Among Student-Athletes After College. Journal of Nutrition Education and Behavior. 1 janv 2019;51(1):112-115.e1.

Table des matières

Introduction.....	34
A Le sport dans la psychiatrie :	34
1) Historique :	34
2) Conséquences positives :	35
B La psychiatrie dans le sport :	36
1) Quelques noms de sportifs de haut niveau :	36
2) Définition du sport de haut niveau :	36
3) Définition de la retraite sportive :	37
4) Définition de l'identité sportive :	37
C Problématique :	38
1) Les troubles psychiatriques :	39
b) Evaluation des troubles du sommeil :	44
c) Evaluation des troubles de l'usage de l'alcool :	44
d) Evaluation d'un état psychologique :	45
e) Evaluation en rapport avec le milieu professionnel :	45
f) Evaluation non en lien avec des troubles psychiatriques :	46
g) La blessure « grave » :	46
h) Evaluation de la prise alimentaire :	47
Méthode.....	48
A Critères d'inclusion et d'exclusion :	48
B Mots clés (en anglais) :	48
C Stratégie de recherche et extraction des données :	48
1) Première étape : sélection des données :	48
2) Deuxième étape : élimination des doublons.....	49
3) Troisième étape : tri des articles.....	49
4) Au total :	49
Résultats.....	50
A Prévalence des troubles psychiatriques chez les sportifs retraités	50
1) Gouttebarga et al, 2016 [a] (28) :	50
2) Gouttebarga et al 2016, [b] (29) :	51
3) Van Ramele et al, 2017 (30) :	53
4) Fernandes et al, 2019 (31) :	54

5) Mackinnon et al, 2019 (32) :.....	56
6) Gouttebarga et al, 2015 [a] (33) :	57
7) Thompson et al, 2021 (34) :	58
B Facteur protecteur et de risque des troubles psychiatriques chez les sportifs retraités :	60
1) Sanders et Stevinson, 2017 (36) :.....	60
2) Giannone et al, 2017 (37) :.....	61
3) Brown et al, 2017 (38) :.....	62
4) Turner et al, 2019 (39) :.....	63
5) Shander et Petrie, 2021 (40) :.....	64
6) Zimet et al, 2023 (42) :	65
Discussion	69
A Les troubles psychiatriques :	69
B Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs :	70
1) L'identité sportive :.....	70
2) La blessure et les douleurs chroniques :	71
3) Evènements de vie :.....	71
4) Double projet.....	72
C Quoi améliorer ?	72
D Les Limites de la revue :	73
Conclusion.....	75
Bibliographie.....	76

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : CHALON Tom

Thèse soutenue le : 27 septembre 2024 à 17h30

Titre de la thèse : Troubles psychiatriques se développant chez les sportifs de haut niveau après leur mise à la retraite sportive

Résumé :

Si le sport est reconnu comme vecteur de santé, ses effets indésirables sont souvent méconnus. Parmi ceux-ci, on retrouve les troubles psychiatriques se développant chez les sportifs de haut niveau retraités. **Objectif** : Dans cette thèse, nous effectuons une revue de littérature afin de présenter les troubles psychiatriques se développant chez les sportifs de haut niveau dans les suites de leur retraite sportive. **Méthode** : Nous avons effectué une recherche dans 3 bases de données (PUBMED, COCHRANE et SCIENCE DIRECT) en utilisant les mots clés « Retirement psychology » et « Athletes psychology » : 372 résultats ont été extraits jusqu'à février 2024. 13 articles ont finalement été inclus dans cette revue de la littérature. **Résultats** : 6 articles présentent une prévalence forte de troubles psychiatriques courants chez les sportifs de haut niveau. On retiendra l'anxiété/dépression ; les troubles du sommeil ; les comportements alimentaires défavorables et troubles du comportement alimentaire et le mésusage d'alcool. 6 autres articles s'intéressent aux facteurs de risque responsables de la prévalence de ces troubles psychiatriques. L'identité sportive forte, les blessures et la survenue d'évènements négatifs seraient des facteurs de risque ; à l'inverse la réalisation d'une « double carrière » durant son parcours sportif serait un facteur protecteur de développer ces troubles. **Discussion** : Bien que le nombre d'articles étudiés soit faible, il semblerait que les athlètes de haut niveau retraités soient à risque de développer des troubles psychiatriques. Ces risques seraient majorés par différents facteurs pour lesquels un travail de prévention s'intégrerait dans une stratégie de soin adaptée.

Mots clés : Psychiatrie ; sport de haut niveau ; retraite sportive ; identité sportive

