

EXTRAIT

Trouble du
comportement
alimentaire
chez le sportif :

*un enjeu
qui a du poids*



Trouble du comportement alimentaire chez le sportif :

*un enjeu
qui a du poids*



Par Marilou Ouellet
Doctorante en psychologie,
université du Québec à Trois-
Rivières.



Johana Monthuy-Blanc
Professeure au département des sciences
de l'éducation et directrice du Loricorps,
université du Québec à Trois-Rivières.



Robert Pauzé
Professeur au département de
psychoéducation à l'université de
Sherbrooke et psychologue.



Bien que l'activité physique soit reliée à des effets bénéfiques pour la santé globale, les individus pratiquant un sport intense sont plus susceptibles de développer un trouble du comportement alimentaire. Les enjeux corporels étant au centre de la carrière de certains sportifs, il importe de démystifier cette problématique pour mieux agir.



Caroline Poulin

Professeure au département de chiropratique et chiropraticienne, université du Québec à Trois-Rivières.



Maud Bonanséa

Doctorante en sciences de l'éducation, université du Québec à Trois-Rivières.

Étude de cas

« À 16 ans, Fannie est très sportive et ce depuis son enfance. Elle pratique la nage synchronisée 3 fois par semaine et fait quelques compétitions par an. Elle a toujours adoré faire du sport, car cela lui permet d'être avec ses amis et de se changer les idées.

Depuis un an et l'apparition de ses menstruations, son corps s'élargit et son poids la préoccupe de plus en plus. Malgré un indice de masse corporelle de 19,5 kg/m² (Cf. Tableau 1), elle s'estime « trop grosse » et passe parfois des heures à regarder les corps à la fois musculeux et longilignes des sportives sur les réseaux sociaux, avec ce désir de vouloir leur ressembler.

Bien que ses entraîneurs insistent sur l'importance de bien manger pour bien s'entraîner, elle commence à constater que sauter des repas et faire quotidiennement de la course lui permet de réaliser des mouvements plus rapides dans l'eau tout en contrôlant son poids. Il y a quelques semaines, après un repas de fin d'année à son lycée, elle est allée au gymnase pour faire du vélo stationnaire, car elle ne supportait pas d'avoir succombé à un morceau de gâteau. Il n'est, d'ailleurs, pas rare que Fannie se lève en cachette au milieu de la nuit lorsque toute la famille dort pour faire des abdos.

Fannie remarque toutefois que d'autres coéquipières sont plus drastiques qu'elle dans cette quête esthétique et sportive

allant jusqu'à se faire vomir après les repas, une chose qu'elle n'a jamais essayée par dégoût.

Outre cela, la jeune fille avoue des pensées négatives à son encontre et avoir perdu toute motivation scolaire. Le simple fait de penser devoir interagir avec les autres élèves l'angoisse, car elle a toujours l'impression de mal agir avec eux et de ne pas être intéressante. Même si Fannie fait quotidiennement de 2 à 3 heures d'activité physique, les personnes de son entourage ne s'inquiètent pas, car elle a toujours été sportive et active. »

Les effets positifs de l'activité physique¹ pour la santé physique et psychologique sont bien démontrés. Prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète et de l'obésité, diminution de l'anxiété et amélioration de l'estime de soi ne sont que quelques exemples des bienfaits reliés à la pratique régulière d'une activité physique. Néanmoins, le lien positif entre certains indicateurs de la santé et l'activité physique a tendance à s'inverser lorsque cette dernière est surinvestie. Depuis les Jeux olympiques de Séoul en 1988, un certain nombre de recherches ont été menées et leurs résultats démontrent que les sportifs constituent une population particulièrement ►

1—L'activité physique est définie comme tout mouvement produit par les muscles squelettiques responsable d'une augmentation de la dépense énergétique (WHO, 2017).

à risque de développer des troubles du comportement alimentaire (TCA) [Bonanséa, Monthuy-Blanc, Aimé et Maïano, 2016].

“ ... la présence plus ou moins marquée d’attitudes et comportements alimentaires inappropriés ”

Et pour cause, les sports² de minceur dans lesquelles le sportif³ est contraint à entretenir un corps mince dans une optique de performance et les sports dits de prise de poids dans lesquels le gain musculaire est relié à une meilleure performance sportive sont particulièrement sensibles. Trois types de sport de minceur sont identifiés : les sports d’endurance (course à pied, cyclisme, etc.), les sports d’antigravitation (escalade, saut en hauteur, etc.) et les sports à visée esthétique (ballet, natation artistique—anciennement synchronisée, etc.). Concernant les sports de prise de poids, deux familles

2—Le sport est ici défini comme un ensemble d’activités physiques, spécialisé et organisé pouvant être pratiqué pour le loisir ou dans un objectif de compétition.

3—Le genre masculin est utilisé à des fins d’alléger le texte uniquement.

sont également pointées du doigt : les sports de puissance (lancer de poids, luge, etc.) et les sports à catégorie de poids (boxe, haltérophilie, etc.).

Des TCA vers les ACAI

Mais qu’est-ce que les TCA, finalement ? Ils se définissent comme un ensemble de problématiques caractérisées par une perturbation alimentaire entraînant des comportements de contrôle du poids, qui dégradent significativement la santé physique et le fonctionnement psychosocial d’une personne. Le spectre des TCA est large : à une extrémité, on retrouve l’état d’équilibre (sans préoccupation pour le poids et l’alimentation) et à l’autre extrémité, les TCA sévères. Entre les deux se situent les TCA dits sous-cliniques et les TCA des sportifs. Chacune des problématiques présentes sur ce continuum est caractérisée par la présence plus ou moins marquée d’attitudes et comportements alimentaires inappropriés (ACAI) comme les crises de suralimentation, les vomissements provoqués, la prise de laxatifs ou de diurétiques, les vérifications corporelles (ex : se toucher le ventre de façon répétitive pour vérifier une possible prise de poids) et l’exercice physique excessif (Bonanséa *et al.* 2016 ; Turgeon, Meilleur et Blondin, 2015). Ce continuum permet de tracer un ►

portrait réaliste des problématiques auxquelles peut être confronté le sportif et de montrer le caractère évolutif des TCA.

“ *L’anorexie mentale et la boulimie sont des psychopathologies caractérisées par des préoccupations excessives...* ”

Ce phénomène est particulièrement criant dans les sports d’opposition, type judo ou taekwondo, qui combinent la double contrainte d’être le plus lourd de sa catégorie sans passer à la catégorie supérieure. La logique interne de ces disciplines conduit le sportif avant une compétition à s’entraîner au-delà du temps d’entraînement requis, à jeûner, prendre des laxatifs et s’entraîner en combinaison de sudation pour être au poids « idéal ». Après sa compétition, ce sportif compense les privations et efforts consentis précédemment en se suralimentant de façon importante et recommence

à se restreindre pour ne pas sortir de sa catégorie, s’enfermant ainsi dans un cycle vicieux de fluctuation pondérale auquel il soumet son corps et son système neurophysiologique de restriction/récompense.

Les études indiquent que 25,5 % des sportifs présentent des TCA sous-cliniques comparativement à 15 % de la population générale (Ackard, Fulkerson et Neumar-Sztainer, 2007 ; Greenleaf, Petrie, Carter et Reel, 2009). Plus précisément, chez les athlètes qui évoluent dans des pratiques à visée esthétique et d’endurance, les taux de prévalences des TCA sous-cliniques se situent entre 22 % et 62 % en gymnastique, 38,7 % en escalade et 3,6 % à 14,4 % en natation (Beals, 2004). Dans les sports à catégories de poids, ces taux avoisinent 30 % (Bonanséa *et al.* 2016 ; Sundgot-Borgen *et al.* 2013). ▶



TCA cliniques

L'anorexie mentale et la boulimie sont des psychopathologies caractérisées par des préoccupations excessives à l'égard du poids, de l'alimentation et de l'image corporelle ainsi que par la présence plus ou moins marquée de comportements compensatoires inappropriés (APA, 2013).

Anorexie mentale

Selon *Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V; APA, 2013), l'anorexie mentale s'identifie par une restriction alimentaire continue qui, chez l'adulte, mène le plus souvent à une perte de poids significative. Chez l'enfant et le jeune adolescent en poussée de croissance, si la perte de poids n'est pas toujours présente, l'arrêt de la prise de poids normale doit alerter. Dans ce cas précis, l'individu présente une peur

intense de prendre du poids et adopte, en réponse, des comportements qui interfèrent avec le gain de poids même si son poids est inférieur à la normale. Il présente un trouble de l'image corporelle. L'individu se perçoit généralement plus rond qu'il ne l'est réellement et son niveau d'appréciation globale de lui-même s'indexe sur l'appréciation qu'il se fait de son corps. Il y a aussi une forme de déni sur son état physique réel.

Le niveau de sévérité est établi en fonction de l'indice de masse corporelle, aussi connue sous le nom d'IMC [Cf. Tableau 1]. Toutefois, cet indice peut être trompeur. Dans les faits, le sportif peut avoir un poids suffisant pour concourir, mais présenter d'autres symptômes associés à un TCA grave requérant une prise en charge immédiate telle que la présence de signes psychophysiologiques (Cf. Figure 1), plusieurs comportements compensatoires différents et un état psychologique dégradé.

Boulimie

Selon le DSM-V, la boulimie se définit par l'alternance entre des périodes de restriction alimentaire significative et des crises de suralimentation incontrôlables suivis d'une utilisation récurrente de comportements compensatoires (vomissements provoqués, exercice physique excessif, ►



etc.) pour éviter une prise de poids. Cette perte de contrôle entraîne chez l'individu une culpabilité qui accentue encore la gravité du trouble, déjà installé.

Pour diagnostiquer une boulimie, les crises de suralimentation et les comportements compensatoires inappropriés doivent survenir au moins une fois par semaine. Dans le cadre d'un trouble extrême, le malade peut connaître de tels épisodes 14 fois dans ce laps de temps.

L'anorexie mentale et la boulimie font partie des maladies chroniques les plus fréquentes chez les adolescentes de 15 à 20 ans (Garner, 2004). Au-delà de ce constat, ces troubles inquiètent par l'ampleur des conséquences qui leur sont associées. L'anorexie mentale et la boulimie présentent des taux de mortalité parmi les plus élevés des troubles psychiatriques et sont dus à :

- l'arrêt cardiaque causé par la dénutrition ou par la variation de la concentration de potassium ;
- la rupture de l'œsophage suite aux vomissements chroniques ;
- le suicide.

Un troisième TCA clinique est répertorié : l'accès hyperphagique. Ce TCA ne sera pas abordé car ne constituant pas un trouble caractéristique des sportifs.

Échelle de sévérité en cas d'anorexie mentale			
Léger	Modéré	Sévère	Extrême
$\geq 17 \text{ kg/m}^2$	16 à 16,99 kg/m^2	15 à 15,99 kg/m^2	$\leq 15 \text{ kg/m}^2$

Échelle de sévérité en cas de boulimie			
Léger	Modéré	Sévère	Extrême
1 à 3*	4 à 7*	8 à 13*	14 et plus*

* Crises de suralimentation

Tableau 1—Classification de la sévérité en fonction de l'IMC pour l'anorexie mentale et du nombre de crises de suralimentation par semaine pour la boulimie, selon le DSM-V (APA, 2013).

TCA spécifiques aux sportifs

Au-delà des TCA précités, deux troubles sont spécifiques aux sportifs. Indépendants des critères d'anorexie mentale et de boulimie, ils sont mus par la recherche du ratio poids/performance optimal. Bien que ces pathologies ne soient pas encore répertoriées dans le DSM-V (APA, 2013), on constate que plusieurs sportifs en souffrent. ▶

“ ... l'anorexie sportive n'est pas réservée aux femmes. ”

Anorexie sportive

L'anorexie sportive a été décrite pour la première fois auprès de coureuses de fond en 1996 par l'équipe de Sundgot-Borgen et a fait l'objet de nombreuses études depuis (Afflelou, 2009; Deimel et Dunlap, 2012). Cette pathologie partage la plupart des symptômes associés à l'anorexie mentale, mais l'insatisfaction et la distorsion corporelle ne sont pas au cœur du portrait. Ses symptômes se manifestent en compétition et tendent à se résorber hors de ces périodes et à l'arrêt de la carrière. En effet, comme évoqué plus tôt, les contraintes associées aux périodes de (pré)compétition peuvent mener le sportif à surveiller son alimentation et contrôler son poids et sa forme corporelle. L'adoption d'ACAI et d'un poids faible sur la durée indique un possible TCA clinique. Trois critères permettent de diagnostiquer l'anorexie sportive: un niveau faible d'énergie disponible avec ou sans TCA, une dysfonction menstruelle et une diminution de la densité osseuse. Trois éléments qui composent ce qu'on appelle la « Triade de l'athlète féminine » (De Souza *et al.* 2014).

Mais l'anorexie sportive n'est pas réservée aux femmes. En 2014, le comité international olympique (CIO) a publié un outil clinique dédié aux professionnels de la santé du domaine sportif (Mountjoy *et al.* 2015) afin

d'évaluer le risque d'un déficit énergétique chez l'athlète, qui pourrait conduire au développement de ce désordre. Cet outil définit d'abord le syndrome relié au déficit énergétique relatif et décrit les impacts de ce déficit nutritionnel sur le fonctionnement physiologique (Cf. Figure 1). Dans les faits, il résulte d'une énergie trop faible pour assumer la pratique du sport et le reste des activités vitales et quotidiennes de l'individu.

Ce trouble sévit généralement dans les sports de minceur (Bonanséa *et al.* 2016; Monthuy-Blanc *et al.* 2010). On note ainsi que 50% des marathoniennes de haut niveau présenteraient une anorexie sportive, contre à peine 10% dans le peloton masculin. ▶

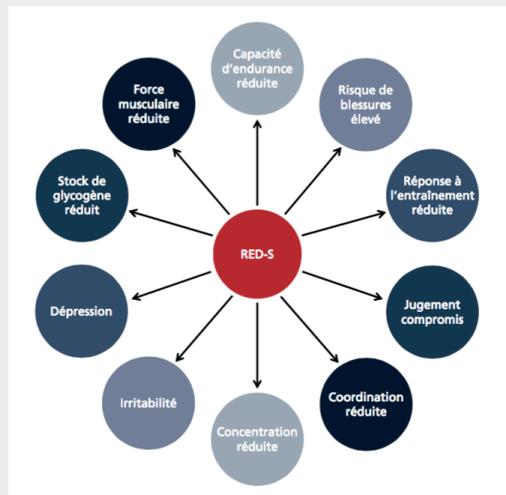


Figure 1 – Effet du RED-S sur la performance sportive, d'après Mountjoy M., Sundgot-Borgen J., Burke L., Carter S., Constantini N, Lebrun C. et Ackerman K. (2015).

Anorexie inversée

Aussi appelée bigorexie et identifiée au départ chez les culturistes, l'anorexie inversée est un trouble plus masculin, où le sportif se perçoit comme trop maigre pour réussir à obtenir des performances sportives optimales et cherche à y remédier en augmentant à tout prix sa masse musculaire par une ritualisation de la pratique sportive, à haute intensité et fréquence (Pope, Gruber, Choi, Olivardia et Phillips, 1997). Dans les cas les plus sévères, le sportif n'hésite pas à consommer des suppléments alimentaires et à s'engager dans des régimes hyperprotéinés, voire à consommer des stéroïdes anabolisants (Bonanséa *et al.* 2016; Grieve, 2007). L'anorexie inversée se retrouve dans des sports de prise de poids.



L'excès d'exercice physique, une réalité

Qu'en est-il de l'activité physique de Fannie, présentée plus tôt ? Cette pratique est-elle synonyme de comportements compensatoires ? Dans les TCA, ces comportements ont pour fonction de contrebalancer les calories ingérées (Dalle Grave, Calugi et Marchesini, 2008). Dans le cas de Fannie, l'activité physique qui lui procurait auparavant le plaisir d'être entre amis vise maintenant la perte de poids. Un but devenu un symptôme psychopathologique, particulièrement problématique chez le sportif, et qui se nomme exercice physique excessif.

L'exercice physique excessif se définit comme une quantité anormalement grande d'exercice physique pratiqué par une personne présentant un TCA (Probst, 2014). L'individu ressent une obligation de faire de l'exercice afin d'apaiser l'anxiété générée par la peur de grossir. Ceci s'illustre par un programme rigide, la prévalence de cet exercice aux dépens d'autres activités et une détresse s'il est impossible de pratiquer l'activité physique (Adkins et Keel, 2005).

Fannie n'est pas un cas isolé puisque parmi les adolescents présentant un TCA, environ 50 % utilisent l'exercice physique excessif (Stiles-Shields, DclinPsy, Lock et Le Grange, 2015). Si ▶

aucune donnée n'existe dans la population sportive de haut niveau spécifiquement, l'expérience sur le terrain permet de constater que presque tous les sportifs présentant un TCA utilisent l'exercice physique comme moyen de contrôler leur poids. L'exercice physique excessif étant le seul comportement compensatoire valorisé socialement, le dépistage des TCA chez le sportif est souvent retardé et sa sévérité perçue comme moindre.

Les individus présentant cette conduite sont plus souvent résistants au traitement et à risque de rechute menant à un pronostic plus défavorable (Bratland-Sanda *et al.* 2010). Ces patients présentent aussi plus de symptômes dépressifs et anxieux ainsi que de préoccupations pondérales que ceux qui ne souffrent pas de cette névrose. En outre, ils présentent des risques accrus de blessures, en raison du surentraînement qu'ils s'imposent.

“ La personne tente généralement de réparer quelque chose qui lui fait défaut. ”

Facteurs explicatifs

Les TCA s'inscrivent généralement dans le parcours développemental de la personne et peuvent être envisagés comme des tentatives d'adaptation de la personne dans sa relation avec son contexte sportif ou en réponse à certains événements perturbateurs. La personne tente généralement de réparer quelque chose qui lui fait défaut. Un paradoxe puisque ce qui se veut la solution pour faire face au problème supposé devient le problème, lui-même. Les TCA du sportif sont des problématiques multidimensionnelles et sont associés à des facteurs à la fois biologiques, psychologiques, familiaux, sociaux et culturels (Cf. Tableau 2). Ces différents facteurs peuvent être regroupés en trois catégories : prédisposants (ex : le tempérament de l'individu), précipitants (ex : le fait d'être confronté à des événements de vie stressants) ou de maintien (ex : la réaction de certaines personnes de l'entourage face à la maladie). Entrons dans le détail.

Facteurs biologiques

Le début précoce de la pratique d'un sport spécifique serait un vecteur de vulnérabilité pour les TCA, l'enfant construisant son identité autour de l'univers dans lequel il évolue. Un contexte mettant l'accent sur le corps et le poids prédisposerait au ►

Facteurs prédisposants

- Mettre de l'emphase sur un poids léger pour mieux performer
- Devoir révéler son corps durant la pratique sport (p.ex., devoir être en maillot dans un sport comme le plongeon, la natation)
- Ressentir de la pression de la part des personnes d'influence (entraîneurs, parents, etc.) pour perdre du poids et/ou améliorer les performances
- Surinvestir son sport en entretenant peu de relations sociales ou d'activités récréationnelles
- Avoir vécu un évènement traumatique (p.ex., abus sexuel au sein de l'univers sportif)

Facteurs précipitants

- Améliorer ses performances sportives suite à une perte de poids
- Subir une blessure
- Vivre un évènement traumatique (p.ex., abus sexuel au sein de l'univers sportif)
- Avoir de mauvaises performances
- Avoir vécu un changement d'entraîneur ou d'équipe

Facteurs perpétuants

- Mettre de l'emphase sur un poids léger pour mieux performer
- Devoir révéler son corps durant l'activité physique (p.ex., devoir être en maillot dans un sport comme la plongée)
- Recevoir des compliments concernant une perte de poids
- Ressentir de la pression des personnes d'influence (entraîneurs, parents, etc.) pour continuer à perdre du poids

Tableau 2 – Fonction du TCA chez le sportif.

développement d'un concept de soi qui fluctuerait en fonction de ses succès et de ses échecs sportifs, et donc de son gabarit. Comme le sommet de la performance est habituellement atteint dans le milieu de la vingtaine, un entraînement intensif durant l'adolescence est requis. Or, la présence de préoccupations corporelles excessives serait accrue lorsque la pratique sportive commence en bas âge (Tan, Bloodworth, McNamee et Hewitt, 2014).

L'arrivée de la puberté, chez les filles, qui implique un élargissement

des hanches, le développement de la poitrine ainsi qu'une possible prise de poids peut apeurer la jeune sportive et l'amener à adopter des ACAI comme Fannie.

Facteurs psychologiques

Être parfait, ne pas échouer, sont des aspirations communes aux populations atteintes de TCA et aux sportifs qui partagent souvent un désir de performance et un perfectionnisme plus élevés que la population générale. Une pauvre estime de soi serait un ►

Fonctions	Exemples
Éviter des émotions désagréables	Le sportif vit souvent du stress avant ses pratiques. Pour gérer son stress, il utilise les crises de suralimentation avant les pratiques pour être trop malade pour aller à ses entraînements et ainsi éviter de vivre du stress.
Se punir	Le sportif fait une crise/purge après une mauvaise performance pour palier à la sensation désagréable du stress négatif et remédier à l'échec.
Recevoir du renforcement positif	Le sportif reçoit des commentaires positifs sur sa récente perte de poids en lien avec sa performance de la part de ses coéquipiers et de son entraîneur.
Avoir le sentiment de contrôle	Le sportif a le sentiment que son entraîneur regarde beaucoup ce qu'il mange donc se restreint de manger pour donner l'image de contrôle sur son alimentation.
Augmenter le sentiment de sécurité	Le sportif qui concourt dans plusieurs villes ritualise ses crises de suralimentations et augmente l'exercice physique excessif (chaque soir à la même heure) pour se rassurer et reprendre le contrôle dans un lieu inconnu.
Avoir l'attention d'autrui	Le sportif a le sentiment d'être négligé par l'entraîneur. Il cesse de s'alimenter ou se fait vomir après les repas pour attirer l'attention de l'entraîneur.

“ ... un désir de performance et un perfectionnisme plus élevés que la population générale. ”

concernant la performance de l'enfant ainsi que le syndrome de réussite par procuration – c'est-à-dire un surinvestissement parental des talents et des performances de l'enfant

pouvant aller jusqu'à conditionner l'amour parental au succès de l'enfant – peuvent favoriser l'émergence d'un TCA (Purper-Ouakil, Michel et Mouren-Simeoni, 2002).

Dans ce contexte, il apparaît que l'exercice physique excessif, qui est le comportement compensatoire le plus commun chez les sportifs, n'est souvent pas détecté par la famille.

Facteurs sociaux

Il a été identifié que le manque de connaissance des professionnels ▶

autre facteur contribuant à développer des TCA, notamment lorsqu'il existe une insatisfaction corporelle accrue (Burrows et Cooper, 2002).

Facteurs familiaux

Les parents sont souvent impliqués dans la pratique sportive de leur enfant, particulièrement dans les premières années. L'attitude parentale est importante à considérer lorsque nous étudions un cas, car la famille constitue un système proximal. Les attentes parentales rigides, les commentaires

envers les TCA pouvait expliquer des attitudes alimentaires inappropriées des sportifs (Bonanséa *et al.* 2016 ; Monthuy-Blanc *et al.* 2010). Ainsi les encouragements indirects (ex : téléguider les choix alimentaires du sportif) ou directs (ex : demander de perdre quelques kilos), les commentaires faits par l'entraîneur sur le physique de l'athlète risquent d'exacerber l'insatisfaction corporelle.

Les coéquipiers ont aussi une grande influence sur l'adoption des comportements pathogènes de perte de poids. Dans les faits, une association peut se faire entre la performance et la minceur en observant un coéquipier affichant une silhouette mince, s'illustrer. Chez les jeunes filles, plus approche la puberté, plus il y a de chance qu'elles se comparent à un idéal de beauté. De plus, le fait qu'un jeune sportif soit informé de pratiques pathogènes de perte de poids d'un coéquipier peut l'inciter à un comportement inapproprié.

Il importe également de mentionner que le sport peut freiner l'évolution vers un TCA sévère, en raison d'une crainte pour l'athlète de se faire retirer de l'équipe. Ainsi, le sportif présentant un TCA s'alimente un minimum pour pouvoir continuer à performer. Si cela peut retarder le dépistage et la prise en charge, cela ne protège que temporairement le sportif. En outre, il semblerait

qu'un dépistage tardif dans l'évolution du trouble mène souvent à une évolution défavorable dans le temps.

Facteurs culturels

Dans la société actuelle, le culte du corps et des kilos disgracieux imposent une pression considérable. Certains magazines inondent leurs pages d'articles sur les régimes du moment, d'images de mannequins plus minces les uns que les autres. Le sportif, jeune plus encore, est alors sujet à une double pression : celle de la minceur que la population générale semble valoriser, mais aussi celle provenant de son contexte sportif pour atteindre ratio poids/performance optimal.

Savoir dépister pour mieux aider

Comme une prise en charge précoce est souhaitable pour augmenter les chances de guérison, dépister le TCA dès les premiers signes est essentiel. Dans le cas de Fannie, elle ne communique pas les raisons qui la motivent à faire du sport et se cache parfois pour faire de l'exercice. Dans ces circonstances, son entourage peut mettre du temps à remarquer ses comportements malsains. Le EAT-26 est un test constitué de 26 items et souvent utilisé pour évaluer les comportements ►

caractéristiques des TCA, la gravité du trouble et son évolution. Ce test comporte trois échelles: diète (préoccupation de la minceur), boulimie (crises de suralimentation et comportements compensatoires), contrôle oral (phénomène observé dans l'anorexie mentale).

Le tableau 3 présente des indicateurs observables classifiés par caractéristiques cliniques comportementales et biologiques/physiologiques qui peuvent être utiles pour dépister les cas à risque.

Caractéristiques comportementales	
■	Potomanie/vomissement
■	boit fréquemment
■	se lève pour aller aux toilettes
■	présente des croutes aux extrémités et à la jointure des doigts dû aux vomissements provoqués (signe de Russell)
■	Exercice physique excessif
■	fait de l'activité physique en cachette
■	ment par rapport l'activité physique
■	augmente la quantité d'activité physique suite à un événement particulier (début des menstruations, prise de poids, commentaire sur le poids, nouvelle relation amicale ou amoureuse, etc.)
■	est agité et manque de concentration avant d'aller faire de l'activité physique
■	manque des cours ou des activités familiales ou amicales pour faire de l'activité physique
■	a des blessures pouvant être reliées à une perte de densité osseuse comme une fracture de stress (ostéoporose)
■	se plaint de douleurs dans le bas du dos (lombalgie)

■	Jeûne
■	se plaint de maux de tête et de fatigue
■	a le ventre qui gargouille
■	présente une haleine de jeûne
■	Obsession du poids
■	parle souvent du poids ou de l'apparence des autres
■	transporte des magazines sur les régimes ou des produits promouvant les régimes

Caractéristiques biologiques/physiologiques	
■	Perte/Prise de poids
■	porte des vêtements amples pour cacher sa perte/prise de poids ou au contraire des vêtements courts et près du corps pour exhiber sa maigreur
■	Hypothermie
■	se couvre sous un pull ou un manteau malgré la chaleur
■	est intolérant au froid (demande à fermer la fenêtre)
■	Anémie
■	présente un teint pâle et fatigué
■	Acrocyanose
■	présente des mains froides, bleues, moites

Tableau 3 – Les indicateurs observables. ▶

“ ... le culte du corps et des kilos disgracieux imposent une pression considérable. ”



Links

“ ... il peut être pertinent de retirer momentanément l'athlète des compétitions pour faciliter l'engagement au traitement. ”

Intervention

Il convient de s'interroger sur la prise en charge de clientèles dont l'identité intègre à la fois TCA et activité physique, car cette dernière est à la fois le symptôme et la solution. Il est démontré que l'activité physique

du sportif, lorsque contrôlée par des intervenants, ne compromet pas le gain de poids et s'avère être un traitement efficace pour les TCA en raison des nombreux bénéfices physiques et psychologiques y étant associés et doit être intégrée dans un programme d'intervention afin de changer la relation au corps (Probst, 2014).

Dans les cas légers à modérés comme celui de Fannie, plutôt que proscrire l'activité physique, il est préférable de l'encadrer en tentant d'induire des bienfaits en termes d'occupation (marcher pour le plaisir, nager pour se sentir porté) et ce, pour contrer les symptômes relatifs aux comportements compensatoires. Les intervenants peuvent proposer de changer momentanément le type d'activité physique en explorant des sports qui se pratiquent en équipe et dans lesquels le poids et la forme corporelle ont moins d'importance comme le football ou le badminton, par exemple.

Si un traitement en milieu écologique est préférable afin de capter l'évolution quotidienne des symptômes des TCA et ce particulièrement lorsque le TCA est grave et que plusieurs facteurs de risque sont reliés à la pratique sportive, il peut être pertinent de retirer momentanément l'athlète des compétitions pour faciliter l'engagement au traitement. C'est le cas lorsqu'il y a une perte de poids de ▶

plus de 5-10 %, une oligoménorrhée de plus de 3 mois, une ménarche⁴ à plus de 15 ans, une diminution de la densité osseuse et des antécédents de fractures de stress par exemple.

Le traitement doit intégrer les proches et être mené par une équipe interdisciplinaire qui prend en charge le TCA de façon multidimensionnelle. Ainsi, tant les cognitions et les émotions que les relations, les occupations (ex: les comportements compensatoires), les perceptions, les sensations (ex: s'alimenter) et les événements doivent être ciblés (Monthuy-Blanc, 2018).

Lutter contre les TCA ne signifie pas juste aider les personnes qui en souffrent mais aussi prévenir le mal et son apparition. Cela nécessite quelques réflexes et principes, pour certains très simples, à appliquer :

Éduquer

- ▶ Informer l'entourage sur les TCA et former les entraîneurs pour qu'ils soient en mesure de dépister les cas problématiques.
- ▶ Favoriser la présence d'équipes interdisciplinaires (ergothérapeute, chiropraticien, chercheurs, etc.) formées en TCA au sein des fédérations sportives.

Désacraliser le poids

- ▶ Diminuer l'obsession pondérale des sportifs en limitant le nombre de pesées et en restreignant l'exposition de leur poids en effectuant les pesées en privé ou en leur permettant de choisir de ne pas connaître leur poids.
- ▶ Éviter de favoriser une motivation extrinsèque reliée à la recherche d'un poids idéal.
- ▶ Éviter de créer une compétition pondérale entre les sportifs.
- ▶ Rompre les croyances qui sous-entendent qu'un poids faible est gage de performance.

Changer la logique interne de la pratique sportive

- ▶ Faire pratiquer d'autres types de sport afin de changer la relation qu'entretient le sportif avec son corps.

Miser sur les facteurs de protection

- ▶ Adopter une attitude positive axée sur les encouragements pour favoriser la motivation intrinsèque et l'estime de soi.

En définitive, il est important de ne pas diaboliser l'activité physique et de ▶

⁴—Période des premières menstruations chez la femme.

garder en tête, qu'à l'image des deux faces d'une même pièce, selon la façon dont la pratique est menée, les raisons derrière et les vulnérabilités des individus, l'activité physique est à la fois un facteur de protection et de risque pour la santé globale de l'individu (Bonanséa *et al.* 2016 ; Probst, 2014). Si certains sportifs sont particulièrement à risque, des interventions préventives et un dépistage précoce permettent de diminuer le nombre de nouveaux cas de TCA ou réduire l'évolution des troubles, et donc de protéger la santé des athlètes et par extension garantir leurs performances. ■



Bibliographie

AFFLELOUS, « Anorexia athletica's place in female sports athletes », *Arch.Pediatr*, 2009, 16(1), p.88-92, doi:10.1016/j.arcped.2008.10.021.

APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V (5^e ed.)*, VA: American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013.

BEALSKA, *Diordered eating among athletes: A comprehensive guide for health professionals*, Human Kinetics, Leeds, 2004.

BONANSÉAM, MONTHUY-BLANCJ, AIMÉ A et MAÏANOC, « Attitudes et comportements alimentaires inappropriés et caractéristiques psychosociales des sportifs: comparaison entre deux niveaux de pratique sportive », *Revue québécoise de psychologie*, 2016, 37(1), p. 39-60.

BRATLAND-SANDAS, SUNDGOT-BORGENJ, ROO, ROSENINGEJH, HOFFARTA et MARTINSEW « "I'm not physically active—I only go for walks": physical activity in patients with longstanding eating disorders », *Int J Eat Disord*, 2010, 43(1), p. 88-92, doi:10.1002/eat.20753.

DALLEGRAVER, CALUGIS et MARCHESINIG, « Compulsive exercise to control shape or weightineatingdisorders:prevalence,associated features, and treatment outcome », *Compr Psychiatry*, 2008, 49(4), p. 346-352, doi:10.1016/j.comppsy.2007.12.007.

DESOUZAMJ, NATTIVA, JOYE, MISRAM, WILLIAMSNI, MALLINSONRJ et EXPERTP, « Female Athlete Triad Coalition Consensus Statements on Treatment and Return to Play of the Female Athlete Triad: 1st International Conference held in San Francisco, California May 2012 and 2nd International Conference held in Indianapolis, Indiana, May 2013 », *Br J Sports Med*, 2014, 48(4), p.289, doi:10.1136/bjsports-2013-093218.

DEIMEL J et DUNLAP B J, « The female athlete triad », *Clin Sports Med*, 2012, 31(2), p. 247-254, doi:10.1016/j.csm.2011.09.007.

GARNER D M, *EDI 3: Eating disorder inventory-3: Professional manual*, Psychological Assessment Resources, 2004.

GREENLEAF C, PETRIE T A, CARTER J et REED J J, « Female collegiate athletes: prevalence of eating disorders and disordered eating behaviours », *J Am Coll Health*, 2009, 57(5), p. 489-495, doi:10.3200/JACH.57.3.489-496.

GRIEVE F G, « A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia », *Eat Disord*, 2007, 15(1), p. 63-80, doi:10.1080/10640260601044535.

KONG P et HARRIS L M, « The sporting body: body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports », *J Psychol*, 2015, 149(2), p. 141-160, doi:10.1080/00223980.2013.846291.

MONTHUY-BLANC J, « Programme d'intervention du LogiCorps: PI2TCA », 2018.

MONTHUY-BLANC J, BONANSÉ A M, MAÏANO C, THERME P, LANFRANCHI M C, PRUVOST J et SERRA J M, *Guide de recommandation : préventions des troubles du comportement alimentaire des sportifs à destination des professionnels et/ou des bénévoles du sport et de la santé*, Fédération française d'athlétisme, Paris, 2010.

MOUNTJOY M, SUNDGOT-BORGEN J, BURKE L, CARTER S, CONSTANTININ, LEBRUNC et ACKERMANN K, « RED-S CAT. Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S) Clinical Assessment Tool (CAT) », *Br J Sports Med*, 2015, 49(7), p. 421-423, doi:10.1136/bjsports-2015-094873.

POPE H G JR, GRUBER A J, CHOI P, OLIVARDI A R et PHILLIPSKA, « Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body

dysmorphic disorder », *Psychosomatics*, 1997, 38(6), p. 373-382, doi:10.1016/S0033-3182(97)71400-2.

PROBST M-BAH, « Eating disorders and physical activity: a complex relationship », in *Physical activity and mental health; a practice-oriented approach*, Edi-Ermes, Milan, 2014.

PURPER-OUAKILD, MICHEL G et MOUREN-SIMEONI M C, « Vulnerability to depression in children and adolescents: update and perspectives », *Encephale*, 2002, 28(3 Pt 1), p. 234-240.

STILES-SHIELDS C, DCLINPSY B B, LOCK J et LE GRANGED, « The effect of driven exercise on treatment outcomes for adolescents with anorexia and bulimia nervosa », *Int J Eat Disord*, 2015, 48(4), p. 392-396, doi:10.1002/eat.22281.

SUNDGOT-BORGEN J, MEYER N L, LOHMAN T G, ACKLAND T R, MAUGHAN R J, STEWART A D et MULLER W, « How to minimize the health risks to athletes who compete in weight sensitive sports review and position statement on behalf of the Ad Hoc Research Working Group on Body Composition, Health and Performance, under the auspices of the IOC Medical Commission », *Br J Sports Med*, 2013, 47(16), p. 1012-1022, doi:10.1136/bjsports-2013-092966.

TAN J, BLOODWORTH A, MCNAMEE M et HEWITT J, « Investigating eating disorders in elite gymnasts: conceptual, ethical and methodological issues », *Eur J Sport Sci*, 2014, 14(1), p. 60-68, doi:10.1080/17461391.2012.728632.

TURGEON M-ÉK, MEILLEUR D et BLONDINS, « Évaluation des attitudes et des comportements alimentaires : comparaison entre un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique et un groupe témoin », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2015, 63, p. 175-182, doi:10.1016/j.neurenf.2015.01.001.

WHO, « Physical activity for health », 2017.



INSEP

INSTITUT NATIONAL DU SPORT, DE L'EXPERTISE ET DE LA PERFORMANCE
11, AVENUE DU TREMBLAY - 75 012 PARIS -TÉL. 01 41 74 41 00

WWW.INSEP.FR    

