

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 176

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Psychiatrie

par *Louis VON THEOBALD*

né le 12/10/1986 à CAEN

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2014 à 16h

**LES TROUBLES ALIMENTAIRES SUBCLINIQUES CHEZ LE SPORTIF DE HAUT
NIVEAU : SPECIFICITES CLINIQUES ET PLACE DU SUIVI PSYCHOLOGIQUE**

Réflexions cliniques autour d'une étude de prévalence réalisée au pôle espoir Judo de Nantes

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stéphane PRETAGUT

REMERCIEMENTS

Je remercie le Professeur VENISSE d'avoir accepté d'être le président de mon jury. Merci pour vos remarques et vos recadrages constructifs qui m'ont aidé tout au long de ce travail.

Je remercie le Docteur PRETAGUT pour m'avoir transmis sa passion pour la psychopathologie du sport, ainsi que pour son accompagnement tout au long de ce travail de thèse.

Je remercie le Docteur GRALL BRONNEC d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour vos précieuses corrections ainsi que votre aide à la mise en place de mon projet de recherche clinique.

Je remercie le Professeur PERROUIN VERBE d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Je remercie le Professeur BONNOT d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Je remercie le pôle espoir Judo de Nantes, notamment le Docteur SAUVETRE et Mr BACHA Romain, pour m'avoir ouvert les portes de leur structure et pour leur ouverture d'esprit concernant la prise en charge de leurs athlètes.

Je remercie particulièrement Morgane ROUSSELET qui m'a guidé tout au long de ma recherche clinique. Merci pour ta disponibilité et tes nombreux conseils qui m'ont permis de mettre à jour ce projet.

Je remercie l'ensemble des services qui m'ont accueilli lors de mon internat. Merci au secteur Nord Est et au secteur Sud Ouest de l'hôpital Georges Mazurelle, au service de pédopsychiatrie du CHU de Nantes, au service de Psychiatrie 2 de Saint Nazaire, au secteur Vanille de l'EPSMR, à l'équipe de l'hôpital de semaine de Saint Jacques ainsi qu'au service d'addictologie de Nantes. Un grand merci aux équipes soignantes pour nos nombreux échanges qui ont nourri ma pratique.

Je remercie l'ensemble de mes relecteurs pour leur soutien et leur rapidité, ainsi que Mélanie pour les statistiques.

A ma famille. Pour ces innombrables petites choses qu'ils m'ont transmises et qui font aujourd'hui ce que je suis.

A Charline, pour tous nos moments précieux du quotidien.

A ma mère pour son soutien inconditionnel, ses nombreuses relectures ainsi que toutes ses petites attentions.

A mon père qui m'a toujours soutenu, et qui même à l'autre bout du monde, reste toujours auprès de moi.

A mes grands-parents.

A mes beaux-parents Martin et Reine-Josie.

A ma belle famille.

A mon fils qui va bientôt naître.

A tous mes amis qui m'accompagnent et me rendent la vie belle au quotidien.

A Charles, pour nos éternels fous rires. A Romain, pour ton amitié. A Lebars, Ludo, et Bernou pour nos aventures passées et futures. A Romy mon amie d'enfance. A Pascale, Martine, Jean Claude, mes amis Réunionnais pour leur façon de voir le monde et leur gentillesse. A tous mes autres amis. A toutes ces belles personnes qui ont croisé ma route et que je ne peux pas citer.

A tous mes co-internes que je vois chaque jour et sans qui les stages et mes longues années passées à l'internat n'auraient pas été les mêmes.

A deux personnes qui ont influencé grandement ma pratique. Au Dr BINDLER Louis, pour m'avoir transmis sa passion pour la psychiatrie et l'enseignement. Au Dr MACE Dominique, pour m'avoir guidé lors de mon premier semestre et transmis de précieuses connaissances.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION AU MONDE DU SPORT	1
1.1. La psychopathologie du sportif de haut niveau	1
1.1.1. L'adolescence du jeune champion	2
1.1.2. Les ruptures	3
1.1.3. La place du corps chez le sportif	4
1.1.4. L'objectivisation du sportif de haut niveau	5
1.1.5. La dimension addictive du sport	5
1.2. L'alimentation chez le sportif de haut niveau	7
1.2.1. Généralités	7
1.2.2. La dimension volontaire de l'alimentation.....	7
1.2.3. Les régimes dans les sports à catégories de poids	8
1.2.4. L'aliment comme vecteur de pensée magique	9
1.2.5. L'alimentation comme reflet des conflits psychiques ?	10
1.3. Conclusion.....	11
2. APPROCHE CLINIQUE.....	12
2.1. Cas cliniques.....	13
2.1.1. Cas clinique n°1 : Marine	13
2.1.2. Cas clinique n°2 : Léna, 24 ans	18
2.1.3. Cas clinique n°3 : Charles, 20 ans	24
2.1.4. Conclusion	27
2.2. Etude de prévalence des préoccupations alimentaires chez les judokas du pôle espoir de Nantes	28
2.2.1. Les spécificités du judo	29
2.2.2. Méthodologie.....	30
2.2.3. Résultats	33
2.2.4. Conclusion.....	39
2.2.5. Discussion	40
3. LES TROUBLES ALIMENTAIRES DU SPORTIF DE HAUT NIVEAU.....	43
3.1. Sport et trouble alimentaire	43
3.1.1. Prévalence des troubles alimentaires en milieu sportif	43
3.1.2. Spécificités des troubles alimentaires en milieu sportif	44

3.1.3.	Liens de causalités et hypothèses	45
3.1.4.	Conclusion	49
3.2.	Les troubles cliniques.....	49
3.2.1.	L'anorexie mentale	50
3.2.2.	La boulimie	53
3.2.3.	l'Hyperphagie Boulimique (« Binge eating disorder »)	55
3.2.4.	Conclusion	57
3.3.	Les troubles alimentaires « non spécifiés ».....	57
3.3.1.	Généralités	58
3.3.2.	Aspects cliniques	59
3.3.3.	Les classifications internationales	60
3.3.4.	Le risque évolutif	61
3.3.5.	Les changements du DSM 5	63
3.3.6.	Conclusion	64
3.4.	L'anorexie Athlétique.....	65
3.4.1.	Description clinique	65
3.4.2.	Critères diagnostiques	68
3.4.3.	Pronostic	69
3.4.4.	Risque évolutif	69
3.4.5.	Intérêts de la description d'une entité clinique spécifique	70
3.5.	La Dysmorphie Musculaire.....	70
3.5.1.	Description clinique de l'anorexie inverse	71
3.5.2.	Critères diagnostiques	74
3.5.3.	Epidémiologie	74
3.5.4.	Actualités de la dysmorphie musculaire	75
3.5.5.	Hypothèses psychopathologiques	77
3.6.	Conclusion.....	78
4.	FACTEURS DE RISQUE DE TROUBLES ALIMENTAIRES CHEZ LE	
	SPORTIF.....	80
4.1.	Les Facteurs Individuels.....	80
4.1.1.	Psychosociaux	80
4.1.2.	Biologiques	84
4.2.	Facteurs liés au sport.....	86
4.2.1.	Les moments de rupture et de discontinuité	86

4.2.2.	La nature de la discipline	87
4.2.3.	Les modalités de pratique	87
4.2.4.	Sous culture sportive et référentiel corporel spécifique :	89
4.3.	Facteurs environnementaux.....	89
4.3.1.	Influence des parents	89
4.3.2.	Influence de l'entraîneur	91
4.3.3.	Influence des pairs	92
4.3.4.	Le syndrome de réussite par procuration.....	92
4.4.	Conclusion.....	93
5.	ENJEUX ET REALITE DU SUIVI PSYCHOLOGIQUE CHEZ LE SPORTIF DE HAUT NIVEAU.....	94
5.1.	Les réalités du suivi psychologique : texte de loi et SMR.....	94
5.2.	Intérêts du suivi.....	97
5.2.1.	Porte d'entrée dans le soin	97
5.2.2.	Collecte de données épidémiologiques	98
5.2.3.	Moyen de prévention	98
5.3.	Les situations à l'origine d'une demande de soin.....	99
5.4.	Les outils d'évaluation des troubles alimentaires chez le sportif	100
5.5.	Les résistances à l'instauration d'un suivi psychologique.....	103
5.5.1.	Du coté de l'encadrement	103
5.5.2.	Du coté de l'athlète	106
5.5.3.	Du coté des évaluateurs	109
5.6.	Conclusion.....	111
6.	MODALITES DE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE.....	112
6.1.	Axe préventif.....	112
6.1.1.	Le cadre thérapeutique	113
6.1.2.	Prise en charge du sportif	113
6.1.3.	Prise en charge de l'environnement	116
6.2.	Axe thérapeutique.....	119
6.2.1.	Le cadre thérapeutique	119
6.2.2.	Recommandations de prise en charge des troubles atypiques.....	120
6.2.3.	Pratique clinique	121
6.3.	Conclusion.....	128
7.	CONCLUSION	130

8. ANNEXES :	133
8.1. ANNEXE 1 : Avis du groupe d'éthique nantais dans le domaine de la santé.....	133
8.2. ANNEXE 2 : grille d'entretien semi directif judokas	135
8.3. ANNEXE 3 : grille d'entretien semi structuré groupe témoin	137
8.4. ANNEXE 4 : L'Eating Attitude Test 26	138
8.5. ANNEXE 5 : Arrêté du 16 juin 2006	139
8.6. ANNEXE 6 : L'échelle « FAST ».....	141
9. BIBLIOGRAPHIE.....	142

1. INTRODUCTION AU MONDE DU SPORT

La pratique du sport bénéficie d'une image très positive dans l'opinion publique, en particulier en matière de santé. Mais qu'en est-il dès lors que le sport est pratiqué intensivement et plus particulièrement en matière de santé mentale ? L'effort intense et répété, ainsi que les conditions de stress que la compétition de haut niveau impose aux athlètes dès leur plus jeune âge, peuvent exposer ces derniers à certains risques psychopathologiques, qui s'inscrivent dans la confrontation entre un investissement exigeant, tant sur le plan physique que psychique, et une période de fragilité identitaire représentée par l'adolescence.

Cette première partie s'attachera à décrire le **monde sportif** pour poser le cadre de notre exposé, préalable indispensable pour comprendre les enjeux sous-jacents. Nous aborderons différents **aspects généraux de la psychopathologie sportive**, avant d'aborder dans un second temps les particularités propres à l'alimentation de ces futurs champions.

Une fois ce cadre posé, nous partirons de constatations cliniques ainsi que d'une étude de prévalence réalisée chez les judokas de Nantes, pour guider nos réflexions autour des troubles alimentaires chez les sportifs de haut niveau.

1.1. LA PSYCHOPATHOLOGIE DU SPORTIF DE HAUT NIVEAU

Au-delà d'une approche épidémiologique de la psychopathologie du sportif de haut niveau, il existe un grand courant psychopathologique développé par les cliniciens du sport, principalement psychologues et psychiatres. Ces auteurs apportent un éclairage clinique aux coulisses de la performance sportive où, par exemple, la contre-performance ou la blessure peuvent dans certaines conditions être considérées comme un symptôme, et l'activité sportive comme une conduite résultant des conflits intrapsychiques inconscients. Ces auteurs remettent en cause la conception machiniste du corps, et l'interrogent au travers de la clinique du sportif. **Les étayages, les relations, les limites, les représentations, et les symptômes sont à envisager et à décrypter dans un contexte très spécifique et biaisé, car dépassant largement le contexte individuel.** Le sportif doit se débattre avec ses parents, ses entraîneurs, les autres sportifs, les attentes sociales, son individuation, sa différenciation sexuelle, les transformations de son corps, et ses propres choix au-delà de ceux de son entourage. Ces

enjeux sont à prendre en compte et à gérer de façon clinique, dans un cadre de prévention et de soins. **Le clinicien devient un des seuls interlocuteurs possibles, à condition qu'il soit suffisamment averti du contexte, mais qu'il sache aussi rester à l'extérieur de celui-ci.**

L'éventualité de révélations remettant en cause le fonctionnement du système sportif n'est pas d'actualité. Cependant **des inquiétudes existent**, notamment en ce qui concerne le sommet de la pyramide sportive. Systèmes de détection précoce, centres d'entraînement autarciques et dans certaines disciplines (gymnastique féminine, patinage artistique, danse, natation) mise en place d'un véritable travail des enfants. **Rappelons que le milieu du sport d'élite est un milieu clos et à l'abri des réalités du monde extérieur.** De fait, le champion est habitué à vivre dans un espace environnemental gouverné par ses propres valeurs, avec en ligne de mire **la performance qui demeure l'objectif de vie.** Immérgé dans un contexte de plus en plus déshumanisé où la violence psychique inhérente à l'effort extrême est imposée sans relâche, **le sujet sportif est constamment sur le fil du rasoir** (Proia. S 2007).

1.1.1. L'adolescence du jeune champion :

L'entrée dans le haut niveau survient au moment de l'adolescence. Cela concerne des individus qui bien souvent ont commencé leur pratique de manière très précoce et qui réalisent des performances sportives répétées. L'adolescence leur ouvre le champ des compétitions nationales ou internationales, ainsi que la possibilité d'intégrer une structure de haut niveau et d'être sélectionné en équipe de France. Durant cette période maturative transitionnelle que représente l'adolescence, la voie sportive représente un moyen de socialisation, un mode de construction identitaire, et un moyen de résolution des conflits intrapsychiques (Carrier. C 2002).

Pour ces jeunes champions, l'adolescence est rythmée par les compétitions, les déplacements, les rencontres. Les figures d'attachements sont mouvantes, représentées par des pairs plus âgés, plus expérimentés, venant symboliser leur idéal du Moi et ce à quoi il aspire au travers de leur pratique. Allant jusqu'à plus de 15h de sport par semaine (hors compétition), ces adolescents n'ont que peu d'investissements externes. **L'individu est souvent délaissé au profit du sportif, devenu vecteur d'identité** pour le jeune mais aussi pour son entourage, et de manière plus globale par la société.

La place au sein du groupe est déterminée par le niveau de réussite du compétiteur. Le sport prend donc une part importante dans le **processus d'individuation**, composante essentielle du processus adolescent. La résolution de la problématique de séparation individuation représente un des enjeux psycho-développementaux majeur chez les sportifs de haut niveau, qui aura tendance à augmenter les systèmes pare-excitants que lui procure l'investissement sportif, à visée de consolidation narcissique (Prétagut. S 2005). Pour cet auteur, ce système tend donc vers l'auto-renforcement : toutes les énergies convergent vers la performance sportive, qui bientôt ne représente plus que le seul domaine d'investissement. Le sport de haut niveau devient un **mode de construction identitaire à part entière** (Morhain 1994). Le sujet, à l'abri derrière son masque sportif, se développe sous cette nouvelle identité. L'entourage répond à cette dynamique psychique en miroir, en renforçant les investissements temporels, physiques mais aussi psychiques de l'adolescent. Le jeune devient une fierté pour ses parents, ses amis, et ressent un sentiment de toute puissance de par son excellence de pratique. Ces facteurs entretiennent son appartenance au monde sportif et à son identité sportive (Chabannes 2008). Ainsi la pratique sportive peut devenir un **moyen d'exister, une identité propre et la source majeure de narcissisme**.

1.1.2. Les ruptures :

Le sport possède donc cette particularité de matérialiser un idéal vers lequel toutes les énergies peuvent converger, et qui, prenant la place de tout autre investissement, peut apparaître comme une possible résolution des sources anxigènes (Carrier. C 2002). Nous constatons dans notre clinique quotidienne que ce but est souvent atteint. Dans ce cas il fait courir au sportif le risque d'être confronté au **vide existentiel que masquait son investissement**, en cas de discontinuités dans son parcours sportif. En effet les situations d'échecs et de ruptures (blessures, fin de carrière, suspensions), marquent l'arrêt de ce mode de résolution de conflits intrapsychiques. **Ces jeunes champions découvrent alors une autre réalité humaine, dans la situation de limite, venant se confronter à leur fantasme de toute puissance**. Tout ce qui avait été investi jusque-là devient dérisoire, dépourvu de sens. La difficulté engendrée est d'autant plus profonde que la discipline exercée exige une maturité précoce, et que la pratique sportive induit un investissement univoque. **Vont alors émerger des angoisses, antérieurement exprimées à travers le corps et la pratique sportive**. Pour Morhain, l'adolescent a deux moyens de résolution de ces crises. Soit il met en place des mécanismes de défense contre l'afflux d'angoisse, de dépression et de toute forme d'émotions

réactivées. Apparaissent alors des conduites de dépassements, ayant pour but de renouer avec le mode de résolution des conflits antérieurs ; majoration de l'entraînement, prise de substances licites ou illicites, **régimes alimentaires stricts pour reprendre le contrôle sur ce corps défaillant** (perméable aux angoisses), focalisation sur la pratique pour se décentrer des problématiques intrapsychiques et évacuer les affects. Soit l'adolescent rationalise, ne retient que les faits scientifiques et objectivables, ceux qui servent à son fantasme de toute-puissance, abandonnant et rejetant les faits psychiques. En se tournant vers la science, il évite de se risquer dans un processus de parole. **Carrier remarque que la blessure, l'échec et l'arrêt de la pratique sportive peuvent mettre en exergue la désadaptation**, jusque-là masquée, du sportif (Carrier. C 2002).

En conséquence, lorsqu'il y a déconvenue, rupture de continuité de cet intense investissement d'objet, lorsqu'il y a ratage, l'édifice narcissique vient à s'écrouler. Le sujet s'y voit en défaut d'images et de représentations pour y faire parade (Morhain 1994). **Il s'ensuit un état de crise, de détresse psychique et d'angoisse, celui-ci pouvant trouver un écho à travers des manifestations somatiques, voire psychosomatiques et alimentaires.**

1.1.3. La place du corps chez le sportif :

Ellul en 1954 définit le sport comme une « technique perfectionnée du rendement corporel », qui permettrait à un individu d'être reconnu en fonction d'un niveau de compétence motrice mais aussi à partir d'une présentation, d'une exposition spécifique du corps en mouvement. Cela introduit le concept d' « **image corporelle** », qui rappelle que le corps n'est pas seulement un organisme biologique, un appareil moteur, une enveloppe charnelle, mais aussi qu'il est une représentation, un objet culturellement et psychiquement construit. **C'est une représentation inconsciente de soi et de son contour, son épaisseur, sa solidité et sa fragilité.** Le schéma corporel est quant à lui étroitement lié au ressenti musculaire cénesthésique et rend compte d'une structure interne stable.

Le sport va donc bien au delà de la seule mobilisation d'un organisme machine en vue d'une optimisation d'habiletés gestuelles, **il embrasse la triple dimension biologique, sociologique et psychologique autour desquelles se construit chaque individu humain** (Proia et Martineau 2004).

1.1.4. L'objectifisation du sportif de haut niveau :

Confronté au quotidien à l'obligation de performance, à l'exaltation de la compétitivité via les discours guerriers, le sportif est de fait pris comme un objet par tous les maillons du système sportif : **objet de spéculation** financière pour les grand dirigeants, **objet de recherche** idéalisé et idéal parce que hors norme pour le chercheur, **objet de glorification** personnelle alimentant les fantasmes de victoire sur la mort pour les médecins du sport, **objet parfois sous emprise** mais toujours faire valoir narcissique pour l'entraîneur, **objet sous influence** pour le préparateur mental, **objet d'attraction** pour le public (Proia. S 2007). Au sein de l'institution sportive, tous ont l'objectif commun de produire de la performance à partir d'un objet unique, y compris le sportif lui-même, souvent **contraint au clivage corps psyché, objectalisant une partie de soi.**

1.1.5. La dimension addictive du sport :

En 1985, Glasser (cité par Véléa), à la suite d'une observation de longue durée des athlètes de haut niveau mais aussi des coureurs occasionnels, propose que la pratique sportive puisse devenir une pratique addictive. Dans sa conception, la « poursuite d'une activité physique devient addiction par dépassement d'un effet seuil d'ennui, de fatigue et de lassitude » (Véléa 2002).

En effet la pratique sportive aurait un effet addictogène renforcé par plusieurs facteurs. Ainsi la **libération d'endorphine** et le bien être qui lui est lié, sont un phénomène souvent décrit chez les sportifs. **L'augmentation d'une forte estime de soi**, de par la prise de conscience de ses capacités physiques et d'endurance, de par le constat de ses modifications corporelles, peut entraîner le développement d'une véritable **compulsion au sport**. Pour Véléa, l'apparition et le maintien de l'addiction représentent une forme d'adaptation aux conditions de vie, aux stress à la fois internes et externes, et aux sollicitations diverses. Il s'agirait d'une méthode de « coping positif » face aux situations difficiles et au stress du quotidien.

Le modèle du **lien addictif au mouvement** a été développé par C. Carrier à partir d'une pratique de médecin du sport et de psychiatre dans un centre de soins pour sportifs de haut niveau. L'entraînement sportif intensif est associé à des sensations internes kinesthésiques et

musculaires susceptibles d'envahir l'économie psychique du sujet. La répétition des entraînements et la ritualisation des gestes pourraient favoriser une dimension addictive de l'activité physique qui se manifesterait par le caractère envahissant de la maîtrise du mouvement. C. Carrier note : « *Comme si cet entraînement du sentiment d'existence par le mouvement dépassait son but et infiltrait petit à petit la dimension dynamique des comportements complémentaires de l'investissement sportif de haut niveau (...) Les espaces, sportifs comme non sportifs de la vie psychique, deviennent progressivement aliénés par l'excitation kinesthésique, sorte de voie finale commune des comportements signant les conduites de dépendance.* » (Carrier. C 2002). Cette addiction trouverait son origine dans un rapport particulier à la « position passive ». Celle-ci serait vécue comme anxiogène et traumatisante, générant une véritable « phobie de la passivité ». Le sujet serait alors engagé dans des **conduites auto excitantes lui permettant de triompher fantasmatiquement de cette menace**. La composante narcissique de cette économie pulsionnelle est majeure, le sujet pouvant ainsi tenter d'expérimenter un sentiment de toute puissance agissant comme un renforçateur narcissique (Bonnet et Bréjard 2009).

La difficulté de cesser l'activité lors des périodes de blessures, de se sevrer de l'activité pendant les vacances et l'appauvrissement des autres intérêts rendent également compte de la dimension addictive. La dimension de **maîtrise du corps** que l'on retrouve également chez les anorexiques et qui accompagne l'entraînement sportif intensif peut conduire à une **restriction des affects sur le mode d'un fonctionnement opératoire et alexithymique**.

Pour Véléa, « *pour une partie des sportifs de haut niveau, le sport interviendrait de la même manière qu'un stupéfiant comme remède à la souffrance psychique ou corporelle, ainsi le sport pratiqué au quotidien de manière répétitive empêcherait la « pensée douloureuse »* ». Cela semble se rapprocher des théorisations de Mac Dougall à travers la notion de forclusion de l'affect, alors projeté sur un objet externe que ce soit un objet inanimé ou le corps.

1.2.1. Généralités :

Le comportement alimentaire possède une triple fonction. Assurer la survie, c'est la **fonction nutritionnelle** et énergétique. Mais au-delà de se nourrir, le comportement alimentaire a aussi une **fonction hédonique**, d'ordre affectif et émotionnel, et une **fonction symbolique**, d'ordre psychologique, relationnel et culturel. L'articulation harmonieuse de ces trois registres interdépendants et interactifs est indispensable au bon fonctionnement alimentaire et détermine la croissance, l'épanouissement et la construction de la personnalité du sujet (Houssaim 2010a).

Identité, estime de soi, conscience du corps et rapport à l'autre s'élaborent au fur et à mesure des échanges nourriciers qui assurent l'équilibre psychologique intérieur. Manger c'est aussi faire entrer de l'étranger à l'intérieur de soi pour s'en approprier les qualités et être à son image : « faire du moi avec de l'autre ». Car **nous sommes convaincus d'assimiler les propriétés nutritives des aliments, mais aussi leur valeur symbolique.**

Pour le sportif, l'alimentation correspond aux apports hydriques et énergétiques nécessaires au bon rendement de la « machine sportive ». Associée à la régularité des entraînements, elle participe de la pression exercée sur le sujet-athlète pour aboutir à la néoformation d'un corps scientifico-technique. Abordée autour de la nécessité d'un apport énergétique contrôlé correspondant à un poids et à une esthétique corporelle imposée par les règles mêmes de la compétition ou exigés par l'athlète pour lui-même, elle place les ingestions alimentaires comme les boissons **au-delà d'un simple besoin** (Carrier. C 1992).

1.2.2. La dimension volontaire de l'alimentation

Tout d'abord il semble important d'insister sur la dimension volontaire de l'ingestion de n'importe quelle substance nutritive : personne ne peut forcer l'autre à avaler ni le faire à sa place. Cette nécessité vitale est constamment teintée de l'acceptation qu'en a le sujet. Chez le sportif de haut niveau, cette dimension volontaire permet d'inscrire le comportement alimentaire dans un espace de liberté individuelle contrastant avec les contraintes venues de l'extérieur (Carrier. C 1992). Lorsque l'athlète investit cette possibilité de choix, il témoigne

d'une reprise à son propre compte, **d'une appropriation de l'espace sportif dans son espace personnel**. En effet, extérieurement on ne peut que souligner la complexité des systèmes d'emprise mis en place par l'investissement sportif de haut niveau.

1.2.3. Les régimes dans les sports à catégories de poids :

L'institution sportive privilégie durant toute la période des entraînements une exclusivité dyadique entre elle-même et son « poulain ». Cet équilibre duel à l'économie narcissique stable se voit transformé/transgressé au moment de la compétition, moment qui interpelle directement l'individu en lui demandant de « sortir » de l'anonymat de son groupe originaire sportif dans le regard du public. Cette situation réintroduit alors le scénario œdipien en confrontant dans une menace de désorganisation notre dyade sportive avec le tiers représenté par le classement. **Cette crainte est parfois si violente que l'athlète va chercher à l'anticiper en recherchant une maîtrise corporelle qui va s'exprimer essentiellement par un contrôle du comportement alimentaire** : obtenir le poids idéal pour une masse grasseuse la plus faible possible. Ceci est particulièrement observé dans les disciplines sportives structurées autour du phénomène de la pesée. Les athlètes font de leur poids un outil stratégique : toute leur astuce sera d'être le plus lourd possible dans leur catégorie, elle-même choisie en fonction des adversaires. Écoutant ces athlètes, il a pu être mis en évidence un phénomène de « compétition avant la compétition ».

Le poids devient une obsession les jours précédents l'échéance et l'attitude individuelle face à cette contrainte révèle la place de la compétition dans l'espace psychique du sujet. **Rares sont ceux qui n'ont jamais de problèmes de poids**. Certains ne tiennent pas compte des conseils donnés lors des pré-pesées se déroulant un mois avant la compétition et décident d'eux-mêmes du moment de leur régime et de leurs conduites amaigrissantes. **Ces décisions prennent souvent l'allure de défis : perdre 6 kilos en dix jours, sans mettre en danger l'entraînement, la vigilance et l'adaptation au stress relève de l'impossible !** « *Si j'arrive à perdre mes 5kg en 7 jours, je sais que je peux gagner la « compét »* » ou encore « *mon régime, c'est ce qui me permet d'être concentré la semaine d'avant la compétition, je ne pense qu'à mon poids* » nous dira un judoka lors de son entretien. Ainsi certains athlètes se provoquent eux-mêmes et se jugent aptes à affronter la rencontre lorsqu'ils se sont donnés la possibilité de passer le cap de la pesée ce qui signifie que leur corps a réussi à relever le défi qu'ils s'étaient à eux-mêmes donné (Carrier. C 2003). Ce comportement d'anticipation, vécu de manière

individuelle et volontaire, permet de **déplacer sur cette provocation personnelle l'attente anxieuse de la compétition elle-même**. Elle permet également de justifier par une limite corporelle l'abstention à certaines rencontres.

1.2.4. L'aliment comme vecteur de pensée magique

« Jusqu'à présent, j'étais à mon max et je gagnais mais pour les France, je savais qu'il fallait que j'aille plus loin... alors pendant les quinze jours précédents j'ai mangé le plus de vitamines possible... Pour pouvoir donner le "plus" qu'il fallait... » ; « A chaque compétition importante, je demande à ma mère de me faire son riz au lait, sans lui c'est pas pareil, je me sens moins prêt ». Ces réflexions témoignent à la fois de la perception/estimation d'une limite à dépasser et d'une anticipation de ce débordement : en effet, le « plus » apporté par les vitamines pourrait magiquement contenir l'éclatement secondaire à la performance réussie. Ainsi, **le recours aux idées magiques rassure et maintient dans une sorte de cohérence les idées de toute-puissance** si nécessaires pour aborder la performance. Ces **conduites dopantes**, prédisposent psychiquement et physiquement le sujet à dépasser ses limites, à aller à la découverte de l'inconnu, dans une quête effrénée de record (Carrier. C 2003). Dans ce registre peut également être cité le recours à l'automédication, véritable **potion magique dont le support pharmacologique n'est guère rationnel**. Un phénomène de mode entoure fréquemment tel ou tel produit qui est alors utilisé sans discrimination. Souvent sans rapport avec les substances classées dopantes, il n'en implique pas moins une accoutumance à une prise médicamenteuse pour une performance accomplie « par procuration ».

Un observateur attentif ne peut ignorer que chaque athlète, en période pré-compétitive, accorde une importance toute particulière à certains gestes ou à certaines habitudes que l'on peut taxer de **rituels**. L'athlète trouve dans ces rituels le moyen de se protéger contre la peur de l'échec, faisant symboliquement écho à l'angoisse de castration. En ce sens **les conduites alimentaires, dans leur dimension du support de la pensée magique permettent d'obtenir une illusion de maîtrise** pour le sportif. Nous pourrions dire qu'à la limite leur absence fragiliserait l'individu et le rendrait vulnérable à l'irruption d'une violence pulsionnelle engendrant l'angoisse.

1.2.5. L'alimentation comme reflet des conflits psychiques ?

L'adhésion aux consignes diététiques va témoigner de l'adhésion aux contrats sportifs, et que l'étude de ce que va « faire » l'athlète de son alimentation va refléter sa propre position face aux contraintes et aux plaisirs auxquels il est confronté.

Cette évidence est très riche de sens dans ce **milieu où l'anonymat est si difficile à préserver**. Ainsi, le médecin peut aborder les espaces secrets des conflits que vit son athlète dont **l'alimentation est un reflet privilégié**. Cette identité publique aux yeux de tous, à la fois passionnée et transparente, ajoutés aux contraintes inhérentes au haut niveau sportif, peut être à l'origine d'un défaut de mentalisation. Cette capacité comporte la possibilité de donner du sens, de faire quelque chose d'un vécu en le métabolisant dans son psychisme (cela devient une représentation). Cette absence tend donc à faire fonctionner l'individu de manière alexithymique, ou comme un « **normopathe hypernormal** », comme décrit par Mc Dougall (Hawkes 2010). Ainsi les difficultés psychiques sont difficilement dicibles et mentalisables pour certains sportifs.

Le comportement alimentaire devient donc un langage subtil, plein de tabous, support d'espoirs et de mouvements psychiques complexes témoignant le plus souvent d'une demande d'aide et de réassurance. Pour Jeammet, les troubles alimentaires sont à considérer comme un nouveau **mode préférentiel d'expression symptomatique des difficultés psychologiques à l'adolescence** (Corcos M et Jeammet, P 2002).

Nous posons l'hypothèse d'une alimentation comme pouvant refléter les conflits psychiques de l'individu, réalisant une passerelle privilégiée entre le sportif et l'individu pour le clinicien. Au travers des modifications, des difficultés, ou bien encore de l'adhésion rigide aux régimes alimentaires, est visible la mouvance psychique de l'individu, avec aussi bien des mouvements d'opposition, de transgression, que de sidération ou d'investissement sportif excessif.

1.3. CONCLUSION

Le sport de haut niveau, synonyme d'investissement sportif majeur, assure plusieurs fonctions dans les différents processus psychiques. Il participe à la construction identitaire, permet un apaisement des conflits intrapsychiques en les décentrant sur la sphère corporelle, acte souvent une séparation d'avec les figures d'attachement parentales tout en maintenant un sentiment d'appartenance groupale. Il fonde aussi les assises narcissiques et participe au processus d'individuation. **Cependant, ce surinvestissement est parallèlement source d'angoisses de performance, responsable de discontinuités répétées dans le parcours, de désillusions, de pressions et attentes externes** (parents, entourage, coach, partenaires d'entraînement).

Les conduites alimentaires trouvent ici toute leur importance chez ces sportifs. Elles vont marquer à la fois l'investissement volontaire, mais aussi représenter un moyen d'analyse de la vie psychique du sujet, dans ce milieu où le non dit est roi. **Une lecture attentive de ces conduites alimentaires, au-delà de la dimension nutritive, nous semble indispensable pour détecter précocement la souffrance en milieu sportif**, dont les troubles alimentaires sont une expression privilégiée.

2. APPROCHE CLINIQUE

Cette thèse, il nous semble important de le rappeler, a été effectuée suite à différentes constatations cliniques retrouvées chez nos patients souffrant d'une problématique addictive, que ce soit d'une dépendance aux produits ou d'une dépendance comportementale. En effet, dans notre pratique courante, **il est fréquent que nos patients addicts présentent une histoire sportive**, active ou antérieure, ayant une place importante dans leur économie psychique, que ce soit comme base identitaire, renforçateur narcissique ou encore comme moyen d'appartenance groupale. Il est intéressant de remarquer que ces éléments, s'ils ne sont pas recherchés par le clinicien, peinent à émerger, comme si ces tranches ou événements de vie faisaient partie d'un **vécu intime** de la personne. Ces constatations cliniques, associées aux bénéfices retirés des ateliers thérapeutiques centrés sur le corps et aux activités sportives pratiquées lors des médiations, nous incitent à explorer davantage les **liens qu'il peut y avoir entre sport, économie psychique, genèse et traitement des pathologies psychiatriques, dont font partie les troubles du comportement alimentaire**.

Nous présenterons dans un premier temps trois cas cliniques, s'intéressant à des patients souffrants de troubles alimentaires sévères, rencontrés lors de mon semestre dans le service d'addictologie de Nantes afin de comprendre **la fonction et le rôle qu'a pu avoir la pratique organisée d'une activité sportive dans leur histoire addictive**. Dans un second temps nous présenterons une étude de prévalence des préoccupations alimentaires et corporelles réalisée en milieu sportif chez les judokas du pôle espoir de Nantes. Cette étude s'attachera à étudier les athlètes dans leur milieu en dehors de toute démarche de soins, dans un but évaluatif, afin de **faire le point sur cette population singulière et d'obtenir des informations sur leur dynamique alimentaire et sportive** (régimes, pression pour perdre du poids, proximité des troubles alimentaire).

Cette partie clinique se propose donc d'étudier les troubles alimentaires chez les sportifs d'élite sur deux niveaux distincts d'un même continuum psychopathologique, avec premièrement des cas cliniques situés en aval de la pratique sportive, et secondairement une étude de prévalence chez les judokas où peuvent se retrouver les prodromes de décompensations alimentaires sévères.

2.1. CAS CLINIQUES

Nous présenterons dans cette partie des vignettes cliniques de patient(e)s hospitalisés récemment dans le service d'addictologie de Nantes, qui viennent **interroger sur la place du sport dans la genèse et le maintien des troubles alimentaires**. Nous procéderons à une lecture clinique au travers du « **prisme sportif** », pour tenter de comprendre les liens possibles entre hyperactivité physique, surinvestissement sportif et les symptômes alimentaires. Nous préciserons les parcours sportifs de ces trois patients afin de faire des liens entre la source de plaisir initial et le caractère compulsif secondaire des exercices physiques. **Nous tenterons de comprendre quel rôle le sport a pu avoir dans le déclenchement, l'évolution, la stabilisation ou l'aggravation de leurs troubles.**

2.1.1. Cas clinique n°1 : Marine :

Marine est une jeune fille de 17 ans que nous rencontrons alors qu'elle est hospitalisée dans le service d'addictologie de Nantes. Cette hospitalisation est motivée par des restrictions alimentaires sévères et la présence de vomissements pluriquotidiens ayant entraîné une perte de 14 kg en quelques mois. A son entrée Marine pèse 37.5kg pour 1,60 avec un IMC de 14.1 kg/m².

Marine est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. Ses deux jeunes sœurs ont respectivement 15 et 8 ans. Les parents de Marine sont toujours mariés mais il existe une atmosphère conflictuelle depuis plusieurs années, notamment depuis le départ brutal de son père en 2008, qui constitue l'événement familial majeur de son enfance. En effet, son père est parti du jour au lendemain dans les Pyrénées, un matin, sans avoir prévenu sa femme ni ses enfants. Après un mois d'attente, la famille est allée le rechercher pour lui demander de rentrer, ce qu'il a accepté. **Marine fut particulièrement impliquée dans ce processus, en écrivant une longue lettre afin de favoriser son retour.** Parallèlement, Marine a toujours été une très bonne élève et présente une bonne intégration sociale. Elle est actuellement en 1^{ère} S et souhaite travailler dans

le domaine de la biologie. Ses loisirs sont multiples, avec en particulier le sport et le dessin. Elle entretient de bonnes relations avec ses sœurs, même si « *c'est plus simple pour elles, car elles réfléchissent moins* ». Sur le plan affectif, Marine est bien entourée même si elle n'a pas de relation amoureuse.

L'histoire sportive de Marine débute bien en amont du début des troubles alimentaires. Elle a d'abord commencé par le handball, dès la 6^{ème}, avant de bifurquer vers l'athlétisme en 3^{ème}. **Sa démarche se situait alors dans une dimension de plaisir, de rencontre et de construction identitaire.** Cet investissement lui assurait une place dans le groupe, une certaine autonomie par rapport à la sphère familiale ainsi qu'une source de narcissisme secondaire. Son entrée en club d'athlétisme s'est faite à sa demande, car ce qu'elle aime au handball, c'est de courir. Marine s'est rapidement spécialisée en cross et en demi-fond avec d'emblée une **dimension compétitive** importante. A noter que sa mère a aussi fait de l'athlétisme dans sa jeunesse, spécialiste du sprint, avec une pratique de compétition, les représentations de Marine étant « qu'elle était 1^{ère} ou 2^{ème} de ses séries ».

Au début du lycée, Marine est confrontée à la pression scolaire mais aussi au diagnostic de cancer du sein de la meilleure amie de sa mère, Marlène, qui venait juste de divorcer. Marine était très proche de cette femme. En effet, elle avait passé plusieurs étés avec elle, et était amie avec son fils, tous deux étant scolarisés dans le même établissement. Dans ce contexte, **la pratique sportive de Marine est rapidement devenue une échappatoire, une « bouffée d'air ».** Marlène est décédée en décembre 2012, après un lourd traitement institutionnel où elle s'est progressivement dégradée, Marine et sa mère venant régulièrement lui rendre visite. Début 2013, Marine avait 4 entraînements de 1h30 par semaine en plus des compétitions. **Elle se situait « dans celle de devant » et avait donc un rôle moteur pour le groupe.** Elle décida elle-même de majorer sa pratique en vue des championnats régionaux puis interrégionaux, avec des courses en dehors des temps d'entraînements. Elle ratra de peu sa qualification individuelle pour les championnats de France en arrivant 36^{ème} (seules les 32 1^{ères} sont sélectionnées) mais relativisera en mettant en avant la qualification du groupe. Plus que la recherche de performance, **Marine présente une volonté de cohésion groupale, d'avancer ensemble, et de se mettre au service du groupe plus que d'elle-même,** fait inhabituel parmi les sportifs de haut niveau.

Le décès de cette amie de la famille en période de divorce fait écho à un vécu traumatique ancien de Marine. **Il la renvoie au départ de son père, et de manière plus générale aux conflits parentaux actuels, ainsi qu'à la dimension mortifère d'une éventuelle séparation.** S'installent donc des angoisses morbides, archaïques, poussant Marine à surinvestir son rôle de liant familial, de « sauveur du couple parental », mais aussi à bloquer son processus adolescent, comme le montre sa difficulté de conflictualisation avec ses figures parentales.

Marine, au travers de son activité sportive, joue les enjeux familiaux innommables, à savoir souffrir pour le groupe, assurer une cohésion au sein de la famille sportive, voir se sacrifier pour les autres comme le montre les résultats au championnat interrégionaux. Le « terrain de jeu » peut ici être perçu comme **le théâtre des représentations psychiques inconscientes.**

La pratique physique de Marine n'est pas devenue compulsive mais bénéficie à présent d'un **renforcement négatif** ; c'est une occasion pour elle de se décentrer des affects douloureux et non plus d'éprouver du plaisir. Le passage du handball à l'athlétisme peut aussi être questionné à postériori, avec la recherche d'une activité physique individuelle, facilement reproductible en dehors de toute institution lui donnant une dimension sécurisante lorsqu'elle est utilisée comme moyen de coping. Elle appelle aussi à **l'identification maternelle**, pouvant lui permettre à la fois de dépasser symboliquement sa mère mais aussi de se différencier psychiquement d'elle sans vraiment la trahir.

Devant ce surinvestissement sportif, et l'absence fréquente de Marine du domicile, celle-ci se voit contrainte par ses parents de diminuer son volume d'entraînement. Ce temps d'arrêt marque le début de la modification des apports alimentaires, avec les premières conduites hyperphagiques, à type de « grignotages ». En avril 2013, Marine effectue un voyage scolaire de 3 mois en Allemagne, représentant une **séparation de l'environnement familial mais aussi une mise à distance de la possibilité de déplacement des éprouvés affectifs sur le corps.** Ce voyage est très investi par sa mère, qui a elle aussi étudié quelques mois en Allemagne. Après une prise de poids d'un kg et devant la majoration des préoccupations corporelles, Marine commence un régime. Les restrictions débutent à ce moment là, d'abord quantitatives avec une diminution initiale du bol alimentaire puis qualitatives avec des évictions alimentaires progressives (pain, féculents, laitages et fromages à pâte molle). Les crises de boulimie avec vomissements apparaissent quelques jours plus tard, tout comme l'aménorrhée. A aucun

moment Marine ne prendra de médicaments laxatifs ou diurétiques, ni ne présentera une potomanie. **L'aménorrhée secondaire survenue avant la perte pondérale est donc d'origine psychogène, nous indiquant qu'avant les restrictions, Marine était dans un processus psychopathologique.** Le statut normo-pondéral de Marine longtemps préservé, la dimension valorisée de l'investissement sportif chez les adolescents ainsi que la légitimité d'une alimentation stricte dans la population sportive semblent avoir empêché d'envisager une telle souffrance sous jacente et **retardé le diagnostic.** En effet son statut sportif lui permet de légitimer ses restrictions auprès d'autrui, et au lieu de susciter l'inquiétude de générer une certaine admiration par rapport à son investissement sportif.

A son retour d'Allemagne, Marine continue ses restrictions malgré la reprise de son activité physique antérieure. C'est tout d'abord sa correspondante qui cherche à alerter ses parents, et enfin le lycée, lors de la rentrée scolaire qui incite Marine à engager le dialogue avec eux. Devant l'impossibilité de verbalisation, Marine écrit une longue lettre pour ses parents en octobre 2013, décrivant ses troubles. **Cette lettre n'est pas sans rappeler celle qu'elle a écrite à son père lorsqu'il a quitté brutalement le domicile familial, faisant écho à la même détresse psychique.** Par la suite, toute l'attention familiale a été centrée sur Marine. Concernant les repas, les parents éprouvent des difficultés à se positionner et évitent rapidement les conflits autour de l'alimentation. Comme en course, **Marine reste sans personne devant elle pour la guider, mais retient paradoxalement l'attention des autres, les décentrant de leurs propres problématiques.** Sur le plan sportif, Marine continue ses entraînements. Elle perçoit une diminution de ses performances, se rend compte que les filles de derrière la rattrapent, et que bientôt sa place dans le groupe ne sera plus la même, métaphorisant à la fois le processus adolescent mais aussi et surtout le point de rupture du symptôme anorexique. Bien que Marine se soit effondrée à l'entraînement et ait parlé à son entraîneur de ses troubles, elle continue de bénéficier d'un **coaching personnalisé.** Une jeune athlète du même club, ancienne anorexique, en cours de soins, vient la soutenir et lui donner des conseils à cette même période. Les parents, ainsi que ses amis ne sont pas les bienvenus sur ses temps sportifs, Marine se sentant opprimée et préférant rester dans sa bulle, son environnement à elle.

Le sport et plus globalement la famille sportive, présente des liens multiples avec les troubles alimentaires. **La pratique de l'athlétisme pousse Marine à s'alimenter un minimum et se place donc comme un facteur protecteur.** L'opacité du milieu, les normes de références sportives, et la proximité d'avec d'autres athlètes souffrant de troubles alimentaires, peut à la fois être vu comme un milieu ressource ou comme pathogène. Il peut en effet exister un **défaut de protection lié à une banalisation des troubles en milieu sportif.**

Seule avec ses préoccupations corporelles et ses conduites de restrictions, Marine tente de se construire une identité en dehors de l'anorexie grâce au sport, et de **consolider des assises narcissiques fragilisées par l'échec d'harmonisation du couple parental.**

La baisse de ses performances, en lien avec l'autonomisation des conduites anorexiques, vient l'obliger à **se confronter au processus de deuil**, étape nécessaire de la phase d'individuation-séparation. Le deuil sportif la ramène donc au principe de réalité et va l'obliger à se confronter à son vécu psychique, jusqu'alors fui de par et sur le corps. La chronologie des troubles indique par ailleurs l'extrême **vulnérabilité des sportifs à l'arrêt de leur pratique.**

A l'annonce de l'interdiction de pratiquer le sport en avril 2014 par son psychiatre, Marine éprouve une détresse importante, se disant intérieurement : « ***il n'y a plus rien qui va me forcer à m'alimenter*** ». Avant son entrée en hospitalisation, Marine ne mange plus que des jus de légumes cuits, des compotes et quelques fruits. Les crises de boulimie sont devenues pluriquotidiennes, essentiellement avec des aliments interdits, et la plupart du temps suivies de vomissements provoqués. Malgré les interdits, Marine se force à recourir, de manière compulsive, dans une quête de sensations contrôlées, antérieurement éprouvées et sécurisantes, qu'elle ne parvient cependant pas à retrouver. Peu de temps avant son hospitalisation, elle se scarifie, **déplaçant différemment ses affects douloureux sur le corps.** Elle fait trace, inscrivant sur son corps son mal être, marquant symboliquement une brèche entre le dedans et le dehors. Marine est hospitalisée en mai 2014, devant une perte de poids importante et une aphagie. A son arrivée, elle pèse 37.5kg pour 1,60 avec un IMC de 14.1 kg/m².

2.1.2. Cas clinique n°2 : Léna, 24 ans :

Léna est une jeune femme de 24 ans que nous rencontrons alors qu'elle est hospitalisée dans le service d'addictologie de Nantes. Cette première prise en charge institutionnelle est motivée par une hyperactivité majeure, un épuisement psychique ainsi que par des restrictions alimentaires ayant entraînés une perte de 15 kg en quelques mois. A son entrée Léna pèse 36.2 kg pour 1.63m, avec un IMC à 13.5 kg/m².

L'enfance de Léna se passe paisiblement. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. La famille se compose alors du couple parental, d'Ana, sa sœur jumelle, et de Marine, sa sœur cadette de sept ans de moins. La scolarité se passe sans difficultés et les premiers événements de rupture surviennent à l'adolescence avec notamment le divorce parental, sa puberté tardive et la découverte d'un syndrome du QT long, sur lesquels nous allons revenir.

Les parents de Léna ont divorcé lorsqu'elle avait 14 ans, du fait d'une infidélité maternelle. La séparation fut brutale et **réaménagea les rôles de chacun au sein de la famille**. Léna devint la confidente de son père, accueillant toute l'agressivité qu'il avait à l'égard de son ex-femme, et cherchant par là-même à protéger ses sœurs, en devenant une sorte de système pare-excitant. De son côté, la mère de Léna décompensa un trouble bipolaire ancien sur un mode dépressif aboutissant à une hospitalisation de trois semaines. Léna fut donc malgré elle instrumentalisée comme objet de médiation entre ses parents.

Autre fait marquant de l'adolescence, Léna eut une puberté tardive, à 16 ans, période à laquelle elle entama sa première relation affective avec Cédric. A ce moment et peu de temps après le début des rapports intimes, elle pourra décrire la pratique d'abdominaux le soir dans sa chambre, pour lui plaire. **Les préoccupations corporelles ont donc débuté au lycée, en 2^{nde}**, sans envahissement mental majeur, mais avec des méthodes de contrôle passant principalement par le corps. Léna ne s'appréciait pas jusqu'à sa rencontre avec Cédric, qui lui permis de se construire de manière anaclitique, appuyée sur **le désir de l'autre**.

Concernant la pratique sportive, Lena commence le sport dès l'âge de 6 ans, avec sa sœur jumelle Ana, lorsque ses parents l'inscrivent dans un club de basketball. Elle pratique ce sport

jusqu'à ses 18 ans et interrompt sa pratique de manière douloureuse et brutale suite à la découverte d'un syndrome du QT long congénital ; syndrome retrouvé initialement chez sa sœur jumelle Ana suite à une **syncope cardiaque**. Ce diagnostic lui interdit la pratique de toute compétition, qu'elle effectuait jusqu'alors au niveau régional et qu'elle investissait beaucoup. Le basket est aussi une histoire de famille, puisque sa mère avait également joué dans ce club étant plus jeune, et que sa jeune sœur Marine est actuellement basketteuse professionnelle.

Durant l'adolescence, le poids est stabilisé à 48kg en dehors de toute conduite restrictive. **Le sport est perçu comme un plaisir, un moyen de se retrouver entre amis et de passer du bon temps.** La scolarité se passe bien par ailleurs, Léna obtient son bac scientifique sans difficultés et s'engage dans des études pour devenir enseignante.

L'adolescence de Léna a été ponctuée par des événements douloureux marquant des **ruptures importantes, génératrices d'angoisses de séparation et d'une problématique de deuil.**

Le sport est initialement un espace stable, constituant à la fois une ressource de plaisir, mais aussi un espace sécurisant, lieu de socialisation et de mise à distance des angoisses quotidiennes. Parallèlement, la dimension identificatoire des femmes de la famille au travers du basket est forte.

La scolarité se passe sans difficultés, Léna travaille beaucoup et se décrit comme « une super élève », constituant probablement **une « enveloppe refuge »** pour ne perturber ni sa mère malade, ni son père dont la souffrance se traduisait de manière agressive. Le réaménagement des rôles ainsi que la puberté tardive amènent la question de la sexualité et du corps dans sa globalité.

A ce moment, Léna n'est pas dans un processus anorexique. **Elle se retrouve dans une période de séparation, et doit ajuster ses méthodes de coping et d'identification groupale jusque-là apportées par sa pratique du basket** (lui permettant d'avoir une base identitaire et narcissique, un contrôle corporel relatif), **ainsi que par le cadre de son lycée.**

L'été du bac est l'occasion pour Léna d'effectuer son premier job, qu'elle décroche dans un fastfood. **Cette période d'arrêt du basket, de transition scolaire et de passage à l'âge**

adulte marquera le début des troubles. En un mois, Léna prend 10 kg du fait d'une alimentation devenue anarchique et d'une déstructuration des rythmes alimentaires et sociaux. Le poids à son retour est de 58kg. Elle raconte avec émotion sa pesée, et le dégoût qu'elle éprouve d'elle-même à ce moment, ainsi que l'impact de ses modifications corporelles sur sa relation de couple. Déjà là, cette prise de poids importante pouvait constituer un **signe d'appel, comme un besoin de remplissage, de colmatage d'une brèche interne.** Par la suite, son amour pour Cédric diminua, mais Léna décida de rester avec lui. Le désir de Cédric se fit moins ressentir, marquant l'épuisement progressif d'un mode de remplissage affectif et de renforcement narcissique pour Léna.

Après l'été, Léna a 19 ans et quitte la Roche sur Yon pour venir faire ses études à Nantes. **Seule,** à distance de l'environnement familial et de Cédric, elle s'impose de manière quotidienne et systématique 1h de renforcement musculaire dans le but de perdre du poids, **sans objectif pondéral** précis. Quelques mois plus tard, elle ajoute à cette dynamique la pratique de course à pied, 45 min deux fois par semaine, avec des amies. La relation avec Cédric se détériore progressivement, **majorant les stratégies de contrôle et le besoin d'évacuation des affects, non verbalisables.** A 21 ans, Léna obtient son CAPES et son premier poste à la Roche sur Yon. Elle vit désormais seule et continue de majorer ses dépenses physiques. Le poids chute à 52kg et les préoccupations corporelles se majorent, celles-ci ciblant les fesses et les hanches. Il existe une **compulsion sportive importante, très ritualisée, mais toujours aucune restriction, ni aucune pesée ou objectif pondéral.**

A 22 ans, Léna est mutée à Melun pour un poste de professeur de mathématique. Elle persiste dans ce fonctionnement sportif sans toujours se restreindre sur le plan alimentaire. L'événement important est la rencontre de Mathieu, professeur de sport dans le même collège, **parallèlement athlète de haut niveau.** Léna évoque un « coup de foudre », une montée de désir qu'elle n'avait jamais ressenti auparavant. Elle quitte Cédric, et débute une relation affective avec Mathieu, qui deviendra très rapidement toxique du fait de ses contraintes sportives, de son manque de disponibilité psychique et de son indifférence par rapport à elle. Matthieu pratique l'athlétisme à un niveau national, il est décrit comme rigoureux et ayant lui aussi des préoccupations alimentaires et corporelles importantes, pouvant faire évoquer une **anorexie athlétique.** Ce choix d'objet d'amour, pour Léna va avoir plusieurs conséquences :

d'une part elle va se situer dans un autre référentiel corporel, recevant les projections de Matthieu ; d'autre part, ses conduites vont se légitimer au contact de cet athlète lui aussi pris dans des stratégies de contrôle ; Parallèlement, cette relation va nourrir son fantasme de toute-puissance, ce désir si intense de coller à lui, à « celui qui sait dépasser ses limites et qui va au-delà du possible », dans l'idéal de réparation de ses manquements ressentis (à guérir sa mère, à réconcilier ses parents, à garantir la survie de sa sœur) ; Et pour terminer, cette relation chaotique et destructrice va réactiver des angoisses archaïques abandonniques.

A 23 ans, Léna inscrit sa pratique dans un cadre collectif avec l'adhésion à une salle de fitness, s'exposant au regard de l'autre. La charge d'entraînement est de 10h par semaine avec majoritairement des cours collectifs. A cette période, **Léna commence à sauter le repas du soir en rentrant de l'entraînement**. Les vacances et les week-ends, elle court 1h chaque matin. Léna garde ce mode de fonctionnement jusqu'à Noël 2012, **période d'emballement des « consommations sportives »**. En effet, la pratique devient de plus en plus personnelle et compulsive, imposée, en dehors de tout cadre amical ou relationnel. **Léna change, débute la musculation dans un but de « perte de volume », intellectualise sa pratique avec le conseil de différents coachs, et pratique jusqu'à 15h /semaine**. Le poids est à cette période de 48kg. Léna ne se restreint toujours pas, parvient à se « faire plaisir » durant les repas de famille mais voit se majorer son sentiment de culpabilité, induisant un surinvestissement sportif immédiat : *« je me disais que je compenserais le lendemain en restant une heure de plus à la salle »*. Parallèlement apparaît une satisfaction corporelle, notamment de son ventre avec des vérifications multiples, **n'étant pas sans rappeler les modes archaïques d'investissement libidinaux de type auto-érogène**. Les premiers signes de fatigue et d'usure physique apparaissent durant l'été 2013 avec la présence de douleurs dorsales. Les coachs ainsi que l'entourage essayent de la stopper mais Léna reste hermétique aux mises en garde. Fin octobre 2013, Léna se blesse et déclenche un lumbago. **C'est ici le point de rupture d'un mode de compensation partiellement épuisé. Pour elle c'est le début des « vrais troubles alimentaires »**.

A cette période, Léna présente une **addiction au sport** selon les critères de D Veale (1991). En effet, les activités physiques sont surinvesties, stéréotypées, les charges augmentent d'années en années, la pratique est compulsive et se poursuit malgré les conséquences négatives.

Les motivations sportives intrinsèques ont changé, la dimension de plaisir est secondaire. Sont au premier plan la fuite des affects douloureux liés à Mathieu, et à sa solitude affective. Tout l'espace psychique se décentre sur le corps traduisant un **clivage corps psyché majeur** ainsi que des **modes de défense régressif** à type de déni des troubles, recours à des investissements libidinaux à type d'autoérotismes partiels, et fonctionnement dans le désir de l'autre.

L'enfermement dans un référentiel du haut niveau, métaphorisé par sa relation à Mathieu, légitime ses troubles, les renforce et majore son déni en lui donnant **l'illusion de normalité** de ses conduites tant sportives qu'alimentaires.

La pratique sportive est dès lors proscrite par son médecin traitant mais aussi et surtout par son corps qui « *craque* ». A partir de là, les pesées deviennent quotidiennes et les restrictions alimentaires se majorent. Elles sont à la fois quantitatives et qualitatives ; Léna supprime de son alimentation les sucres, puis les féculents, et enfin les graisses. Les apports caloriques journaliers sont calculés et oscillent entre **600 et 800 kcals par jour**. Il n'existe pas de vomissements ou autres méthodes de purge ni aucune crise de boulimie. Toute l'activité mentale est centrée sur l'alimentaire, avec des **pensées obsédantes sur son corps et la nécessité de le mettre en action**. La dysmorphophobie prédomine sur les cuisses et les hanches.

En janvier 2014, et ce contre avis médical, Léna reprend son activité physique « à fond », tout en maintenant ses restrictions alimentaires. Malgré une fatigue importante, des répercussions sociales multiples (inquiétudes de l'entourage, remarques des élèves de sa classe) elle continue sans cesse ses exercices physiques. La famille se mobilise, l'accueille pendant les vacances et les arrêts de travail, mais rien ne peut arrêter l'escalade symptomatique. **Malgré des transgressions sportives et une perte de poids plus importante lors des passages chez le père, les troubles auront permis de remettre en place un dialogue et de resituer les rôles parentaux**. En mars 2014, l'infirmière scolaire la convoque et l'oriente vers son médecin

traitant, qui va initier les soins spécialisés. Malgré une prise de conscience des troubles, la pose d'un diagnostic et la mise en place de soins ambulatoires, Léna poursuit de manière irréprouvable ses compulsions sportives, ressentant un « **besoin de sentir mon corps bouger, actif, en sueur** », n'étant pas sans rappeler l'« **addiction au mouvement** » décrit par **Claire Carrier**. La perte de 8 kg entre février et mai, amèneront à la mise en place de soins en urgence sur le centre d'addictologie de Nantes le 16 mai 2014. A son arrivée, Léna pèse 37 kg pour 1.63, avec un IMC de 13.5 kg/m².

Cette anamnèse clinique semble orienter vers un diagnostic princeps d'addiction au sport, secondairement compliqué d'anorexie restrictive pure. **Au delà du débat nosographique, nous remarquons en arrière plan les mêmes enjeux tels que le déplacement des affects, les troubles de la séparation, ainsi que la question identitaire** traduisant certainement une pathologie préexistante ayant trouvé là un moyen de s'épanouir.

Le processus anorexique s'est secondairement autonomisé notamment suite à une blessure, moment de vulnérabilité chez les sportifs, venant reconfronter Léna au **processus douloureux du deuil**.

Au delà de l'hyperactivité, Léna était inscrite dans une dynamique sportive, structurée, accompagnée, avec des objectifs de performance et de reconnaissance allant au delà des objectifs pondéraux et de minceur habituellement observables chez les anorexiques. **Son corps devait être « fort, solide, rigide », et non pas seulement mince, afin de faire face aux potentielles effractions psychiques, n'étant pas sans rappeler la conception du « Moi Peau » de D. Anzieu**. Cette distinction semble importante à prendre en compte dans une optique psychothérapeutique, venant rappeler les différences qu'il peut exister entre hyperactivité physique et addiction au sport devant une problématique anorexique.

2.1.3. Cas clinique n°3 : Charles, 20 ans :

Cette vignette clinique se limitera à la lettre de demande d'hospitalisation que Charles a adressée au service d'addictologie en juillet 2014. Le reste de la biographie sera rapporté dans le chapitre VIII pour illustrer les prises en charge spécifiques aux sportifs. Nous tenterons d'analyser cette lettre qui nous semble représentative des principales problématiques rencontrées chez les sportifs de haut niveau.

*« Je m'appelle Charles P., j'ai 19 ans, je suis actuellement en terminal de bac professionnel « Service aux Personnes » sur la région Nantaise. Je vous adresse ce courrier afin de bénéficier d'une aide au sein de votre centre car je suis atteint de troubles du comportement alimentaire. Je pratique la boxe anglaise **depuis 5 ans**. C'est un sport qui me passionne et **je ne me vois pas vivre sans**. C'est un sport rigoureux sur le plan physique mais aussi sur la gestion du poids. Il y a un an, je pesais 76kg pour 1.74m. Je me trouvais un peu lourd et je souhaitais **m'affûter pour être plus rapide et efficace lors des combats**. Le 24 août 2012, j'ai entamé une diététique avec une diététicienne du sport. J'ai réussi en décembre à atteindre la catégorie souhaitée des -69kg. J'étais atteint de myopie, je me suis donc fais opérer en février mais j'ai su tardivement par l'ophtalmologue qu'il fallait que j'arrête totalement les combats. J'ai donc eu à la suite de cette annonce une **grosse dépression et j'ai compensé la perte d'objectif sportif par les restrictions en nourriture**, ce qui m'a fait perdre davantage.*

*En août dernier, j'ai perdu mon grand père, et j'ai emménagé seul dans un appartement car les relations avec mon beau père devenaient difficiles. Ces éléments de vie m'ont fait descendre à 50kg. Conscient de mon état, j'ai décidé de me faire hospitaliser en hôpital psychiatrique (Mazurelle) où je n'ai ni perdu ni repris. Depuis environ deux semaines j'ai augmenté les rations avec la diététicienne et je suis remonté à 51.6kg mais **mon objectif est de pouvoir remonter à 55kg pour pouvoir effectuer des combats**. Ce nouvel objectif me motive à remanger plus. J'ai retrouvé l'appétit mais malgré ça je me sens fatigué. Je suis conscient que ma dépense énergétique reste trop élevée mais **le sport me permet de garder le moral**. Je suis conscient qu'il faut que je remange pour reprendre des forces mais psychologiquement je n'arrive pas à me débloquer. Je souhaiterais bénéficier de votre aide afin de **parvenir à mon***

poids de forme et retrouver de l'énergie pour le sport et pour réussir mes études. J'ai très envie de m'en sortir pour ne plus être affaibli et vivre normalement.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées »

De ces quelques lignes, plusieurs choses sont à retenir :

La dimension identitaire du « **sujet sportif** » et mise en avant, et présentée au clinicien bien avant le « **sujet individu** ». Dans cette lettre, nous ressentons bien l'ambivalence de Charles à initier les soins ; la demande se situe entre l'aide à la performance, dans une optique de reprise sportive afin de pouvoir « *remonter à 55kg pour pouvoir effectuer des combats* » et celle d'une prise en charge de ses difficultés psychiques, encore difficilement dicibles et élaborables. La situation est d'autant plus compliquée que son grand père paternel est entraîneur de boxe, majorant les enjeux identificatoires et la nécessité de coller à cette enveloppe narcissique.

Les conséquences somatiques de la pratique intensive sont multiples, et viennent souvent signifier la rupture psychique de l'individu. Sa fatigue chronique, son manque de puissance marquent ici l'épuisement de ce mode d'expression et de gestion des affects. Quand le surinvestissement sportif devient une contrainte psychique, dans une optique de **protection du Moi**, c'est souvent le corps qui vient signifier en dernier recours les difficultés psychiques de l'individu, l'obligeant à sortir de son enveloppe refuge. Une baisse de performance, une fatigue inhabituelle ou tout autre blessure physique doit donc être à considérer avec la plus grande attention, car métaphorise potentiellement le vécu psychique du sportif. **Il existe donc de multiples liens entre vie psychique et le « terrain de jeu » sportif.**

L'initiation des régimes « *afin de m'affûter pour être plus rapide et efficace lors des combats* » se situe ici dans une dynamique de performance, de réussite sportive. Cette volonté de changement de catégorie était légitime chez Charles, raisonnable, validée par son coach et soutenue par une diététicienne du sport. **L'autonomisation secondaire** des restrictions, engendrant la **perte de contrôle** pondérale est aussi typique dans cette population, qui bien souvent a l'illusion de trouver dans ses régimes une **dimension de contrôle et de maîtrise** difficilement retrouvable sur le terrain sportif. Ces régimes, obligatoires et cycliques dans les sports à catégories de poids, doivent donc être encadrés avec la plus grande précaution par des professionnels.

La présence, sur le chemin de la performance, de différents intervenants, comme ici celle de la diététicienne, est importante à prendre en compte. Dès les premiers jours au sein de l'unité, Charles évoquera son coach, présenté comme « *celui pour qui je mange et qui m'attend à l'extérieur pour reprendre l'entraînement* ». Comme nous prenons en compte de manière systématique la famille dans la prise en charge des troubles alimentaires, nous pensons que la **famille sportive** est aussi à inclure dans la prise en charge comme nous le verrons dans la partie VI.

Suite à l'arrêt de la boxe, Charles évoque une « *grosse dépression* » et avoir « *compensé la perte d'objectif sportif par les restrictions en nourriture* ». Cette phrase résume bien la dimension de **mise à distance des éprouvés émotionnels** (des affects dépressifs pour Charles) que peuvent prendre les conduites sportives comme les conduites anorexiques, venant les remplacer par des sensations auto générées et contrôlées, donnant l'illusion de reprendre la maîtrise sur un vécu psychique douloureux. Cette **potentialité auto-thérapeutique** commune entre les troubles alimentaires et le surinvestissement sportif, ainsi que leurs intrications nécessaires à la performance, montre la **possibilité de glissements addictifs**.

Le cas de Charles soulève plusieurs points importants. En quelques lignes, il aborde la dimension identitaire du sport, la fréquente expression somatique des troubles psychiques, et la vulnérabilité des sportifs à l'arrêt de leur pratique. La légitimité des régimes dans certains sports, le rôle des différents intervenants para-sportifs dans la genèse du trouble, ainsi que la potentialité autothérapeutique de ces conduites sont parallèlement évoqués.

2.1.4. Conclusion :

Dans un premier temps, nous devons souligner qu'**à aucun moment le sport ne crée la pathologie**, mais qu'il s'agit plutôt de la rencontre entre une personnalité, un sport et un contexte donné qui crée les conditions d'émergence des troubles.

Les troubles alimentaires restent longtemps compatibles avec le maintien d'une activité sportive intensive. La pratique du sport, dans nos représentations générales synonyme de bien-être, de santé et de socialisation, ne doit donc pas nous faire fermer les yeux sur un éventuel processus psychopathologique sous-jacent.

Les cas cliniques révèlent les multiples fonctions que peut prendre l'investissement intensif dans une pratique sportive qui d'un côté peut aider à la construction de soi, procurer une source narcissique, devenir un vecteur de socialisation et un mode d'appartenance groupale ; et qui de l'autre peut devenir aliénant, modifier son référentiel corporel, devenir un mode unique d'existence et faire le lit de la pathologie. Ces constatations donnent des pistes thérapeutiques concernant la prise en charge de cette population, **considérant le sport de haut niveau dans sa globalité**, c'est-à-dire avec ses bénéfices et ses risques spécifiques. Il est nécessaire de trouver le juste milieu entre la diabolisation de l'hyperinvestissement sportif et le déni des risques inhérents à la quête de performance.

Par ailleurs, les intervenants sportifs, paramédicaux et médicaux présents sur la route de nos trois patients questionnent la position ainsi que les connaissances qu'ont les coachs, les diététiciennes et le staff dans sa globalité, en termes de vulnérabilité des sportifs. Nous remarquons que **ces acteurs sont les plus en contact avec l'athlète**, et qu'ils pourraient donc avoir un rôle à jouer en termes de prévention. Nous constatons que nos trois patients ont eu un **retard diagnostique malgré la présence sur leur chemin de plusieurs professionnels du sport et/ou de la santé**.

Au regard de ces différentes constatations cliniques, nous avons souhaité compléter notre approche clinique avec une étude transversale en population sportive, au sein d'une structure d'élite, afin d'y étudier la prévalence des préoccupations alimentaires et corporelles, mais aussi les représentations qu'ont les sportifs de leur prise en charge psychologique.

2.2. ETUDE DE PREVALENCE DES PREOCCUPATIONS ALIMENTAIRES CHEZ LES JUDOKAS DU PÔLE ESPOIR DE NANTES

Comme nous l'avons vu précédemment, il est important de **sortir du concept trop global de sport** pour étudier les disciplines sportives de manière individuelle afin de mieux en comprendre les enjeux et spécificités. Jusqu'alors, très peu d'études se sont intéressées aux judokas, que les données de la littérature classent pourtant parmi les populations sportives à risque de développer des troubles alimentaires (Smolak, Murnen, et Ruble 2000)(Stéphanie Scoffier et d' Arripe-Longueville 2012)(Filaire, Rouveix, et Bouget 2008). En plus de ce manque bibliographique, mon expérience personnelle de ce sport m'a aussi poussé à étudier la population judokate de haut niveau. Ce passé sportif peut être considéré comme un biais, mais il permet également de toucher au plus près la réalité du vécu psychique de ces apprentis champions et de créer une alliance thérapeutique de qualité afin d'explorer leurs difficultés psychiques.

Deux hypothèses ont guidé l'élaboration de cette étude. La première est celle d'une **prévalence plus importante de préoccupations alimentaires** chez les judokas par rapport à une population adolescente non sportive. La seconde est qu'il existe des **représentations dysfonctionnelles du suivi psychologique en milieu sportif** qui constituent des résistances à la mise en place de mesures préventives. Il nous semble effectivement important, au delà des chiffres épidémiologiques de prévalence, de pouvoir étudier les représentations qu'ont ces jeunes champions du suivi psychologique. En effet, **leur niveau d'information**, le **caractère stigmatisant** ou valorisant d'un éventuel suivi et les **différents espaces de parole proposés** sont à étudier à des fins thérapeutiques et préventives.

Cette étude se propose donc d'étudier la prévalence des préoccupations alimentaires et corporelles ainsi que les représentations du suivi psychologique en milieu sportif chez les judokas du pôle espoir de Nantes, en les comparant à une population adolescente témoin non sportive.

2.2.1. Les spécificités du judo

Le judo, littéralement « voie de la souplesse », est un art martial, un sport de combat et un principe de vie d'origine Japonaise, fondé par Jigoro Kano en 1882. Le judo appartient aux sports de préhension et se compose pour l'essentiel de techniques de projection, de contrôles au sol, d'étranglements et de clefs. Le judo est un sport à catégorie de poids, très populaire en France. Avec 560960 licenciés en 2013-2014, le judo se place actuellement au 4^{ème} rang des sports les plus populaires en France, qui figure parmi les nations fortes du judo.

Les judokas, en fonction de leur morphologie, mais aussi de la concurrence, combattent dans une catégorie de poids. Il existe sept catégories chez les hommes (-60, -66, -73, -81, -90, -100, +100) et six chez les femmes (-48, -52, -57, -63, -70, +70). Les judokas sont soumis à des régimes alimentaires intermittents afin d'évoluer dans une catégorie de poids où ils auront le maximum de chance de réussir des performances. Bien souvent, il s'agit des catégories de poids les plus basses, qui obligent les compétiteurs à réaliser de longues « périodes de séchage ». Ces régimes sont rythmés en fonction des compétitions, où ils devront se peser le jour ou la veille des combats. L'enjeu est grand, un surpoids entraînant une élimination.

Les jeunes judokas sont dès leur plus jeune âge soumis à ces régimes alimentaires, à des fins d'optimisation de performances, mais qui peuvent aussi se montrer délétère tant sur le plan pubertaire que psychique, avec rapidement une importante **centration corporelle et pondérale**. Plus un jeune judoka progresse et obtient des résultats en compétition, plus il s'orientera vers les structures d'excellence. Il en existe plusieurs, avec par ordre croissant les SSD (Section Sportive Départementale), les CREJ (Centre Régional d'Entraînement au Judo), les pôles espoir, les pôles France et enfin l'INSEP (Institut National de Santé et d'Education Physique). A chacune de ces étapes se produit une boucle d'auto-renforcement des conduites sus décrites avec une majoration de la reconnaissance en tant que sportif, la valorisation des résultats, et des attentes toujours plus grandes véhiculées par l'entourage mais aussi rapidement introjectées par le compétiteur. Ces changements environnementaux sont parallèlement synonymes de rupture de lien et de changements de place au sein du groupe, nécessitant de nombreux réaménagements, se traduisant par une vulnérabilité psychique.

2.2.2.1. Population étudiée :

Un total de 69 sujets entre 14 et 18 ans ont été inclus dans l'étude : 19 d'entre eux sont des adolescents judokas de haut niveau (11 hommes, 8 femmes), et 50 d'entre eux sont des adolescents non sportifs (25 hommes, 25 femmes). Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée figurent dans le *tableau 1*. Tous ont donné leur consentement éclairé pour prendre part à cette étude.

La population judokate se compose d'adolescents de 14 à 18 ans, faisant partie de la section sport étude Judo de Nantes. 74% de ces sportifs figurent sur la liste de haut niveau et pratiquent le judo à un niveau national. Les 26% restant ont un niveau interrégional. Chaque adolescent bénéficie d'un volume d'entraînement de neuf heures de judo par semaine avec deux heures de renforcement musculaire complémentaire. Sur les 36 demandes de consentement parental distribuées, seules 19 (53%) ont été retournées dans les délais impartis. Dix neuf judokas ont donc été recrutés pour l'étude. Concernant le suivi médical et paramédical, ces jeunes athlètes bénéficient d'un médecin du sport qui est présent chaque jeudi après midi et d'une diététicienne. Dans le cadre du suivi médical réglementaire, instauré depuis 2004, ces judokas ont aussi un entretien psychologique biannuel.

La population témoin est une population adolescente non sportive ou sportive occasionnelle, recrutée dans un lycée professionnel de Nantes. Les sujets inclus ont entre 14 et 18 ans, pratiquent moins de 5h de sport par semaine (cours d'EPS inclus), et ne pratiquent pas le sport en compétition. Les sujets ne répondant pas à ces critères ont été exclus. La totalité des sujets à qui il a été proposé de participer ont accepté la démarche. Les critères d'inclusion de chaque population figure en *tableau 2*.

Pour chaque groupe, une information générale a été réalisée avant la remise de la notice d'information et de demande de consentement parental. A chaque entretien, il a été rappelé la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment.

	Nombre	Age (années)	Poids (kg)	Taille (cm)	IMC (kg/m2)	Pratique sportive (heures/semaine)
Judokas	11	16,82 +/- 1,34	64,6 +/- 10,3	173,2 +/- 6	21,44 +/- 2,5	14,4 +/- 2,5 **
Judokates	8	16 +/- 0,87	56,8 +/- 7,3	161,8 +/- 4	21,64 +/- 2,3	14,4 +/- 2 **
Garçons	25	17,04 +/- 1	62,2 +/- 9,6	174 +/- 8	20,55 +/- 2,5	4,1 +/- 1,9
Filles	25	17,4 +/- 1	52,8 +/- 7,6	163 +/- 6	19,81 +/- 2,1	3,7 +/- 1,9

Tableau 1 : Caractéristiques socio démographiques de la population étudiée +/- déviation standard
 **: $p < 0.01$ comparativement aux groupes contrôles avec et sans appariement sur le sexe.

Critères d'inclusion du groupe Judo	Critères d'inclusion du groupe témoin
<ul style="list-style-type: none"> - entre 14 et 18 ans - pratiquant le judo au moins à un niveau interrégional - sportifs intensifs (>8h/semaine) - qui ont signé le consentement s'ils sont majeurs ou que les responsables légaux aient signé le consentement (pour les sujets mineurs) - qui sont affilié(e)s à la sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - entre 14 et 18 ans - non sportifs ou sportifs occasionnels (<5h/semaine) - qui ont signé le consentement s'ils sont majeurs ou que les responsables légaux aient signé le consentement (pour les sujets mineurs) - qui sont affilié(e)s à la sécurité sociale
Critères de non inclusion pour les 2 groupes	
<ul style="list-style-type: none"> - Refus de participer à l'étude et/ou refus du responsable légal - Sujets ayant moins de 14 ans ou plus de 18 ans - Sujets ne comprenant pas la langue française parlée et écrite - majeurs sous tutelle 	
Critères de non inclusion spécifiques au groupe Judo	Critères de non inclusion spécifiques au groupe Témoin
<ul style="list-style-type: none"> - sujets pratiquant le judo mais à un niveau inférieur au niveau interrégional - sujets pratiquant moins de 8h de sport par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> - sujets pratiquant plus de 5h de sport par semaine - antécédents de pratique de sport de haut niveau - sujets affiliés à une section sport étude

Tableau 2 : critères d'inclusion et de non inclusion

2.2.2.2. Evaluation :

Chaque adolescent a été évalué lors d'un entretien clinique semi directif, réalisé en présence de l'investigateur principal, et divisé en trois parties. La première partie concerne les caractéristiques sociodémographiques : âge, nombre d'heures de sport par semaine, poids,

taille, niveau de compétition, et type de sport pratiqué pour le groupe témoin (*Tableau 1*). La seconde partie est composée de questions fermées sur les régimes, les informations reçues sur les troubles alimentaires, les méthodes de perte pondérale et les représentations du suivi psychologique chez les sportifs de haut niveau. Les troubles alimentaires, évoqués dans plusieurs questions leur ont été décrits dans les termes suivants : « *pratiques particulières par rapport à l'alimentation tels que le tri alimentaire excessif, la restriction alimentaire, les vomissements systématiques après les repas, les crises de boulimie ainsi que l'anorexie* ». La dernière partie utilise un test standard, l'EAT 26 (Eating Attitude Test, version française), afin d'explorer les habitudes alimentaires et les préoccupations corporelles. Garner et al. ont montré qu'un score global EAT 26 supérieur ou égal à 20 constituait un seuil de risque pour développer des troubles du comportement alimentaire (Garner, Olmstead, et Polivy 1983) ; nous utiliserons le même cut-off. Les grilles d'entretien semi directif figurent en annexe 2 et 3, l'EAT 26 en annexe 4.

L'objectif principal est d'étudier la prévalence des préoccupations alimentaires et corporelles chez les judokas de haut niveau en comparaison avec une population adolescente non sportive. Un adolescent avec un $EAT > 19$ sera considéré comme ayant des préoccupations alimentaires et corporelles excessives, signant un trouble alimentaire. Bien que ce questionnaire ne soit pas un test diagnostic, cette méthodologie reprend celle de nombreuses études (*E. Filaire et al. 2007*)(*Costarelli et Stamou 2009*).

L'objectif secondaire est d'étudier les représentations du suivi psychologique et des difficultés psychiques en milieu sportif, ainsi que le niveau d'information global sur les troubles alimentaires. Pour cela des questions fermées seront utilisées.

2.2.2.3. Analyses statistiques :

Tests utilisés :

Pour le critère de jugement principal, un taux de prévalence des préoccupations alimentaires et corporelles sera estimé à l'aide d'un intervalle de confiance à 95%. Des analyses descriptives seront réalisées pour l'ensemble des variables recueillies, et des estimations ponctuelles et par intervalles de confiance à 95% seront effectuées pour les variables qualitatives et quantitatives.

Des analyses bivariées seront réalisées pour répondre à l'objectif secondaire. Les deux groupes seront comparés. Pour les variables quantitatives, nous utiliserons des tests de Student (si les groupes comprennent plus de 30 patients) ou des tests de Mann-Witney Wilcoxon. Pour les variables qualitatives, nous utiliserons des tests du Khi-deux ou de Fisher.

Justification statistique du nombre d'inclusions :

L'effectif a été recruté en fonction des possibilités de recrutement sur le pôle espoir de judo ainsi que dans le lycée professionnel ayant accepté de participer à l'étude. Il s'agit d'une **étude pilote** et le nombre de sujet ne sera pas déterminé à l'avance mais sera fonction du nombre de sujets volontaires sur la période de recrutement de 6 mois.

Degré de signification statistique prévu :

Un degré de signification statistique de **5%** est prévu.

2.2.2.4. Avis du GNEDS :

Le groupe d'éthique nantais dans le domaine de la santé (GNEDS) a validé notre protocole de recherche. Leur avis figure en annexe 2.

2.2.3. Résultats

2.2.3.1. Objectif principal :

Evaluation par l'EAT 26 :

L'objectif principal est de démontrer la prévalence plus importante des préoccupations alimentaires dans le groupe des judokas par rapport au groupe témoin non sportif. Le test de Wilcoxon Mann Witney permet de mettre en évidence une **différence significative entre les deux groupes ($p = 0.048$)**, avec des résultats à l'EAT 26 **significativement supérieurs par rapport au groupe témoin.**

Après appariement sur le sexe, notre étude ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes chez les filles ($p > 0.05$), mais **met en évidence une différence significative chez les garçons ($p = 0.019$)**. Les résultats sont représentés en *figure 1*.

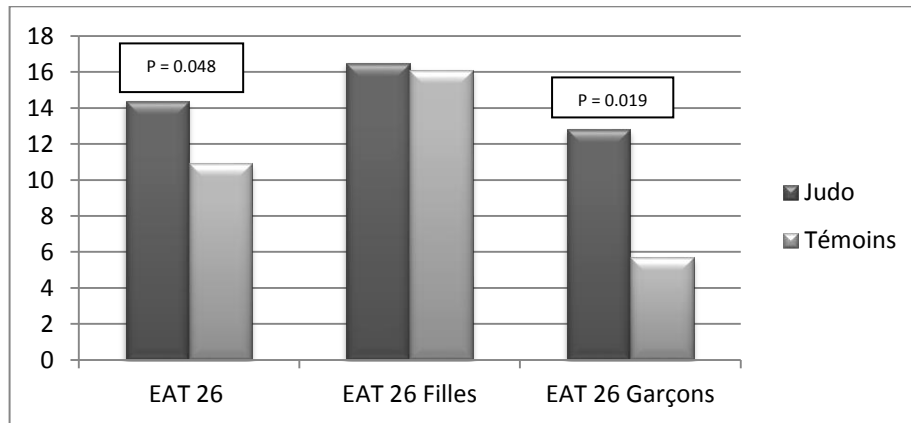


Figure 1 : Résultats globaux de l'EAT 26

Les trois dimensions de l'EAT 26 ont été étudiées séparément. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes sur les items de restriction alimentaire ($p = 0.16$) et de contrôle oral ($p = 0.11$). **Une différence significative a été mise en évidence sur les conduites de boulimie ($p < 0.01$)** correspondant aux items 2, 5, 8, 13, 15, 19 et 20.

Après appariement sur le sexe, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence chez les filles. Ce résultat semble difficilement interprétable compte tenu du faible nombre de judokates incluses dans l'étude ($n = 8$). **Chez les garçons, une différence significative existe sur les conduites de restriction alimentaire ($p = 0.039$) et sur les conduites boulimiques ($p = 0.003$)**. Les résultats sont représentés sur les *figures 2 et 3*.

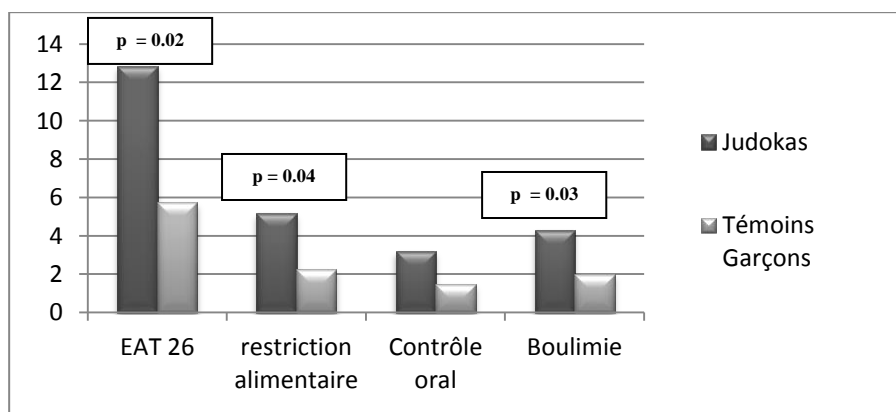


Figure 2 : troubles alimentaires adolescents garçons

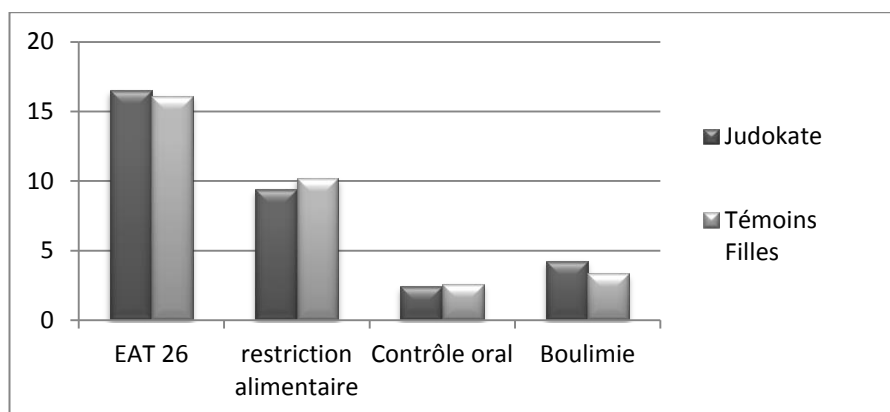


Figure 3 : troubles alimentaires adolescents filles

Evaluation par l'IMC :

Le test de Wilcoxon Mann Witney permet de mettre en évidence une différence significative entre les deux groupes ($p = 0.036$), signifiant que les indices de masse corporelle sont significativement plus élevés dans notre population sportive. Ceci s'explique par les catégories de poids qui permettent à chaque morphologie de s'adapter au judo, ainsi que par la musculature induite par le sport de haut niveau. Le meilleur rapport poids-puissance-réactivité pour la pratique du judo ne semble pas être obtenu avec des IMC faibles. **En ce sens, au travers de ce critère d'évaluation, le judo est un facteur protecteur.**

2.2.3.2. Objectifs secondaires :

Les régimes alimentaires :

Dans le monde de la performance et du haut niveau, chaque compétiteur doit effectuer des régimes pour évoluer dans le haut d'une catégorie de poids déterminée. Parmi les 19 judokas interviewés, la quasi-totalité (95%) effectue des régimes à répétition, correspondant aux périodes de compétition, qui s'étalent de septembre à juillet. **Ces régimes sont problématiques pour 36% (n=4) des garçons et 38% (n=3) des filles.**

Dans notre échantillon sportif, des régimes d'au moins 6 kg ont été et sont encore effectués par 45% (n=5) des garçons et 25% (n=2) des filles. Cette question appartient au test rapide de dépistage des troubles alimentaires appelé « SCOFF ». Ces régimes sont

effectués de manière répétitive au cours de la saison et ont lieu le plus souvent sur une période inférieure à 20 jours avec des méthodes de perte pondérale variées.

Les régimes à répétitions posent la question des méthodes de perte pondérale. Dans le groupe judo, seule une judokate dit ne pas effectuer de régime. Les judokas utilisent différentes méthodes de perte pondérale. La majoration de la charge d'entraînement, les restrictions alimentaires ainsi que les périodes de jeûne sont les plus représentées. Par ailleurs, **certaines pratiques sont récurrentes et touchent à la « micro culture » propre au judo** avec par exemple le sport dans le sauna (vélo, pompes), le fait de « dormir couvert » (couche superposées de vêtements ou bien encore entouré de film plastique) et enfin les bains bouillants à répétitions. Le recours à des médicaments à des fins de perte pondérale est présent chez 9% (n=1) des judokas et 25% (n=2) des judokates. Ces prises de spiruline et de laxatifs sont donc assimilables à des **conduites dopantes**. Les régimes engendrent des pensées obsessionnelles concernant le poids, avec des contrôles fréquents et pluriquotidiens sur la balance. La moyenne de pesée hebdomadaires dans l'effectif étudié est de **15** (résultats allant de 5 à 40).

Chez les adolescents non sportifs, l'augmentation de l'exercice physique est la méthode principale de perte de poids des garçons (20%) tandis que les restrictions alimentaires sont nettement majoritaires chez les filles (52%). Les résultats sont détaillés dans les tableaux 3 et 4.

	Total	Judokas	Judokates
Majoration entrainement	21%	18%	25%
Footing avec surplus de vêtements	89%	100%	75%
Restriction alimentaire	89%	100%	75%
Jeune (saut de repas)	63%	82%	38%
Médicament	15%	9%	25%
Sport dans sauna	37%	45%	25%
Autres*	26%	26%	0%

Tableau 3 : Méthodes de perte pondérale adolescents judokas
 (*dormir couvert, bains bouillants à répétitions, arrêt d'hydratation, s'entourer de film plastique la nuit)

	Total	Garçons	Filles
Sport	16%	20%	12%
Footing avec surplus de vêtements	8%	4%	12%
Restriction	30%	8%	52%
Médicament	2%	0%	4%
Autres	0%	0%	0%

Tableau 4 : Méthodes de perte pondérale adolescents non sportifs

Les pressions subies concernant le poids :

36% des garçons et 50% des filles rapportent avoir subi des pressions concernant leur poids. **La quasi-totalité des judoka(te)s (88%) ont subi des pressions pour passer dans la catégorie supérieure.** Dans notre échantillon, les pressions subies par les judokas étaient le plus souvent dans un but de prise pondérale plutôt que de perte de poids. Les pressions émanaient du coach, des parents et d'eux mêmes. Les restrictions intenses ont donc été majoritairement choisies par le sportif lui même. Il ne faut cependant pas négliger les sources de **pressions indirectes** comme la concurrence, la nécessité de résultats, le maintien d'un statut identitaire et de la place de l'individu au sein du groupe. Les commentaires de l'entourage semblent donc être perçus comme une dénégation par ces sportifs, qui, n'étant pas prêts à sacrifier une saison, mais surtout un statut et une identité en construction, se maintiennent dans leur catégorie de poids synonyme de performance. Les pressions ont été étudiées par Byrne qui a montré sur deux échantillons de 263 personnes des deux sexes, que les sportifs pratiquant un sport à catégorie de poids ou un sport esthétique se percevaient comme plus exposés à la pression d'être mince que les autres sportifs et le groupe contrôle en utilisant une échelle de 0-10 concernant la pressions perçues (Byrne et McLean 2002). Filaire, dans son étude chez les judokas, rapporte que 25% des judokas et 38% des contrôles se sentent sous pression pour perdre du poids. Cette pression extérieure provient du coach 8.3%, des autres athlètes 25% ou bien d'eux mêmes 25% (E. Filaire et al. 2007).

Le niveau d'information global :

Concernant le risque supérieur de développer un trouble alimentaire lors de la pratique du judo, 97% (91% des garçons et 100% des filles) des judokas ont répondu de manière positive. Cette réponse unanime montre bien la sensibilisation des judokas à la problématique alimentaire. Elle semble aussi indiquer une certaine proximité avec ces troubles qui leurs ont été décrits lors de la passation du questionnaire. En comparaison, seulement 48% des adolescents du groupe non sportifs ont répondu positivement à cette question. La conscience des réalités du sport de haut niveau, notamment des modalités alimentaires nécessaires au dépassement de soi et à la performance, est donc moins évidente pour le tout venant.

Bien que plus conscients du risque de trouble alimentaire lié à la pratique de leur sport, **les sportifs sont cependant moins bien informés sur les troubles alimentaires que les non sportifs**. 62% des judokates disent en effet n'avoir jamais reçu d'informations concernant les troubles alimentaires. **Le test de Fisher met en évidence une différence significative avec les filles témoins ($p = 0.01$, avec IC 95% : (0.0089-0.7671))**. Quant aux judokas hommes, ils semblent avoir été plus sensibilisés que les judokates ; 64% disent avoir déjà reçu des informations, et il n'existe pas de différence significative avec le groupe témoin.

La proximité des sportifs avec les troubles est élevée, 91% des judokas et 75% des judokates connaissent une personne de leur entourage sportif qui souffre d'un trouble alimentaire avéré. En milieu non sportif, les filles semblent être plus en contact 68% que les garçons 40%, ceci faisant évoquer une **réalité expérientielle des deux sexes en milieu sportif concernant les problématiques alimentaires**.

Les représentations du suivi psychologique :

Les sportifs trouvent de manière significativement supérieure ($p = 0.002$; IC 95% : (1,734-43.217)) aux témoins qu'il est utile d'être suivi sur le plan psychologique lorsque l'on est sportif de haut niveau. Là encore, la réalité sportive n'est perçue que de manière partielle par les non sportifs, qui semblent ne voir que le statu, la reconnaissance et l'oisiveté des compétiteurs, ne percevant pas les difficultés somato-psychiques liées à ce mode de vie et cet idéal de performance.

Bien que plus de la moitié de l'échantillon sportif connaisse une personne qui aurait besoin d'être aidée sur le plan psychologique et que la quasi-totalité considèrent qu'avoir besoin d'une aide psychologique en milieu sportif n'est pas une marque de faiblesse, **aucun n'a jamais demandé un suivi psychologique**. Intéressant est de constater que cependant, lors de la mise à disposition d'intervenants ponctuels et de propositions faites par le staff, plusieurs sont parvenus à s'en saisir. Ainsi, deux jeunes ont été suivis par un stagiaire sophrologue. Un autre a eu un suivi psychologique par un préparateur psychologique en externe. **Seulement 36% des garçons et 37% des filles sont satisfaits de leur encadrement psychologique et se disent suffisamment soutenus par les encadrants sportifs sur le plan psychologique**. Les autres citent l'entraîneur et les parents comme ressources principales.

2.2.4. Conclusion

Malgré les **limites représentées par la taille de l'échantillon ainsi que le faible taux de réponse en milieu sportif**, cette étude retrouve une prévalence de préoccupations alimentaires excessives de 32%, ce qui est compatible avec les données de la littérature internationale (Prétagut. S En cours de publication)(Smolak, Murnen, et Ruble 2000). Compte tenu des résistances observées et du refus de certains sportifs, nous pouvons même supposer que cette étude sous estime la prévalence des difficultés alimentaires.

Cette étude de prévalence à permis de mettre en évidence que les judokas sportifs de haut niveau présentent plus de préoccupations alimentaires que la population adolescente générale. Si chez les filles les différences restent minimales, l'accentuation des préoccupations corporelles se majore fortement chez les garçons. Ce phénomène nécessite notre vigilance, car allant à l'encontre des représentations de chacun lorsqu'il s'agit d'anorexie. **En population féminine, la pratique du judo semble légitimer des préoccupations corporelles inhérentes à l'adolescence et au développement pubertaire alors que chez les garçons, le judo semble induire une centration corporelle inhabituelle par rapport aux témoins.**

Par ailleurs, il serait intéressant de **prolonger cette réflexion par d'autres études cliniques**, en comparant différents sports ayant des profils différents entre eux chez les athlètes de haut niveau pour étudier les particularités propres à chaque discipline concernant les troubles alimentaires.

Déjà en population sportive, **il existe des formes infra-cliniques de troubles alimentaires, dépistables avec les moyens actuels et certainement accessibles à la prévention.** Situés sur le continuum entre comportement alimentaire non pathologique et trouble alimentaire avéré, certains de ces jeunes champions présentent des risques de développer un trouble clinique, comme dans les vignettes précédemment exposées. **Il est donc indispensable de poursuivre les études en milieu sportif, afin d'améliorer nos capacités de dépistage et de mettre à disposition des moyens de prévention adaptés** pour éviter la bascule vers des pathologies sévères de moins bon pronostic (Corcos M et Jeammet, P 2002).

2.2.5. Discussion

L'étude de Filaire et al en 2007, a aussi étudié les troubles alimentaires chez des judokas hommes adultes en les comparant à une population contrôle non sportive. Pour cela, les auteurs ont utilisé l'EAT 26 en auto-questionnaires (E. Filaire et al. 2007). Filaire et al. dans leur autoévaluation, ne retrouvent aucun score EAT >19. Dans notre échantillon, 27% des judokas hommes (n=3) et 37% des judokates (n=3) ont obtenu des scores supérieurs ou égaux à 20. **Ceci confirme l'intérêt des entretiens cliniques dans l'évaluation des troubles chez les sportifs (Filaire, Rouveix, et Bouget 2008) ainsi que la sous évaluation liée aux auto-questionnaires (Jorunn Sundgot-Borgen et Torstveit 2004).** Toujours en 2007, ces mêmes auteurs ont effectué une étude sur un échantillon de 127 sujets (97 sportifs de niveau national et 31 sédentaires) en utilisant ce même test en autoévaluation (Filaire et al. 2007). Les auteurs rapportent un taux de 13% d'EAT >19 chez les sportives, mais un taux nul concernant les sédentaires (filles et garçons confondus) et les sportifs. Notre étude retrouve quant à elle une proportion de témoins filles avec un score EAT > 19 de 36%, avec **des amplitudes de résultats plus importantes que dans le groupe des judokates.**

Ces constats, associés aux résultats de notre étude sur l'EAT 26 après appariement sur le sexe amènent plusieurs réflexions. **Les hommes seraient moins enclins à exprimer des préoccupations alimentaires** sur les auto-questionnaires, le déni sur la question étant plus marqué et les particularités moins normalisées en population masculine. Secondairement les taux similaires entre les sportives et les témoins féminins permettent de réfléchir aux liens unissant le sport et l'anorexie ; l'investissement dans une activité physique avec contrôles pondéraux réguliers symbolisés par les pesées précompétitives peut venir légitimer des conduites de restrictions et d'hyperactivité réactionnelles aux préoccupations alimentaires ; ou bien alors, les contraintes de poids et la nécessité de performance viendraient déclencher des préoccupations corporelles importantes. L'interrogation quant au caractère princeps des préoccupations corporelles ou du caractère secondaire de celles-ci est difficilement évaluable sur notre échantillon. **En effet, 90% des judokas ont débutés leur pratique avant 6 ans.** Cependant, 18% rapportent des préoccupations corporelles préexistantes à leur inscription dans la discipline sportive. Pour plusieurs auteurs, **il semble que plus l'investissement sportif est précoce, plus il y a de risques de développer un trouble** (Afflelou. S 2010)(Stéphanie Scoffier et d' Arripe-Longueville 2012) .

Les méthodes drastiques et inadaptées de perte pondérale, tels les bains bouillants ou encore le fait de « dormir couvert » ont à la fois un bénéfice de perte rapide mais représentent aussi un mode d'appartenance à une famille sportive, un signe de sacrifice et d'abnégation pour la performance. Il faut tout de même souligner que, 95% de ces sportifs utilisent de manière très régulière des méthodes de contrôle de poids depuis le début de leur carrière, et que par ailleurs **peu de données existent sur le rôle joué par la succession des régimes alimentaires hypocaloriques sur la survenue des troubles du comportement alimentaire** (E. Filaire et al. 2007).

L'analyse des représentations d'adolescents non sportifs des difficultés inhérentes à la pratique du haut niveau est importante car elle symbolise le regard social que nous portons sur ces jeunes champions. **Les pressions subies, la vulnérabilité psychopathologique, et l'éventuel besoin d'aide psychologique de ces sportifs ne sont pas connus, voire sont déniés au profit d'un clivage ne gardant que la notion de dépassement de soi et du « miracle sportif »** faisant résonance en chacun. Les sportifs, dans notre étude, semblent moins dans un déni de ces difficultés ni dans une position de toute puissance narcissique lorsque nous les interrogeons. Ils sont conscients des enjeux, ont introjecté les règles et contraintes implicites, et évoluent dans ce référentiel spécifique.

Par ailleurs, malgré une connaissance des ces problématiques, et une insatisfaction importante concernant la prise en charge psychologique (63% échantillon global), **aucun judoka n'a jamais demandé d'aide psychologique**. Ces résultats confirment l'étude de Prétagut en 2005, qui sur les 100 dernières demandes de prise en charge psychologique sur l'institut Régional Médico Sportif de Nantes, n'avait que **4% d'adolescents demandeurs**. Cependant, intéressant est de constater que 85% des patients ont bénéficié d'une prise en charge en suivi et ont adhéré à celle-ci (Prétagut. S 2005). **La majorité d'entre eux n'ont pas conscience de leurs difficultés mais sont réceptifs à l'ouverture d'un espace de parole et de soins**. La démarche et l'orientation doit encore être faite par un tiers, d'où l'importance de sensibilisation à la fois de l'entraîneur mais aussi et surtout des encadrants avec qui les relations d'emprise et les enjeux narcissiques sont moins prégnants. Les parents doivent aussi faire partie de cette démarche. **Demander un suivi chez un adolescent en pleine construction identitaire, et en rivalité avec ses pairs, peut venir traduire une faiblesse du Moi et atteindre le sportif dans sa dimension narcissique**. Le tiers oriente le « sujet-sportif » et l'adolescent fait sa demande pour le « sujet-individu », ce qui semble être plus acceptable.

Malgré son faible effectif et les limites statistiques qui en découlent, cette étude de prévalence, en dehors de confirmer les données de la littérature, soulève de nombreux points que nous étudierons successivement dans les parties suivantes.

Tout d'abord, elle invite à penser les troubles chez les sportifs avec **leurs particularités sémiologiques**. En effet, près d'un tiers de l'effectif présente un EAT 26 > 20 avec une souffrance clinique palpable. Cependant aucun ne répond aux critères DSM actuels pour pouvoir parler de trouble alimentaire avéré. Nous aborderons dans la partie III les liens qui unissent hyperinvestissement sportif et TCA, puis nous décrirons les troubles alimentaires spécifiques, à savoir l'« **Anorexie Athlétique** » et l'« **Anorexie Inverse** » ainsi que leur place dans la nomenclature.

Les judokas étudiés ont globalement tous le même niveau de pratique et les mêmes contraintes institutionnelles en termes de rythme de vie, de charge d'entraînement et d'étayage psychique. Pour autant, un tiers de l'effectif présente des scores d'EAT 26 compatibles avec des troubles alimentaires. Nous étudierons en partie IV les **facteurs de risque de développement de troubles alimentaires**, tant individuels que sportifs ou environnementaux.

Les résultats sur l'IMC, les différences existants entre les auto-questionnaires et les entretiens cliniques, ainsi les contraintes spécifiques de performance posent la question de l'évaluation de cette population singulière. Nous aborderons en partie V **l'état actuel de la prise en charge psychologique** en milieu sportif, **les différents outils d'évaluation** à disposition, ainsi que **les résistances** à la mise en place des soins psychiques.

Enfin, devant la proportion importante de sportifs souffrant de troubles alimentaires, nous concluons cette thèse en abordant la **prise en charge thérapeutique** de ces jeunes champions dans la partie VI.

3. LES TROUBLES ALIMENTAIRES DU SPORTIF DE HAUT NIVEAU

3.1. SPORT ET TROUBLE ALIMENTAIRE

L'intérêt de la communauté scientifique concernant la pratique sportive en lien avec les troubles alimentaires a explosé dans les années 1970 devant l'importante proportion de femmes pratiquant des sports au lycée et à l'université, notamment aux États-Unis. Il convenait donc, d'un point de vue de **santé publique**, de s'assurer que la pratique sportive est une expérience positive. Pour Smolak, quels que soient les liens de causalité établis, ces recherches restent riches de sens. **En effet, si cette pratique augmente le risque de survenue de troubles alimentaires, alors des programmes de prévention doivent cibler les populations féminines sportives à risque. Le cas échéant, si elle en protège, alors il convient d'élaborer des stratégies de prévention primaire** (Smolak, Murnen, et Ruble 2000). C'est ainsi que sont apparues les premières études de prévalences, initialement chez la femme sportive, puis secondairement chez les hommes.

3.1.1. Prévalence des troubles alimentaires en milieu sportif :

Nous nous appuyerons sur plusieurs travaux épidémiologiques et nationaux internationaux pour fournir ces **données de prévalence**. L'étude contrôlée et randomisée de Torstveit et al., portant sur 1696 athlètes hommes et femmes, tous sports confondus, retrouve une prévalence globale de **13.5%** de troubles alimentaires. Chez les hommes, la prévalence est la plus importante dans les sports antigravitationnels (22%), suivi par les sports d'endurance (9%) et les sports collectifs (5%). Chez les femmes, les sports esthétiques sont plus à risque (42%), suivi par les sports d'endurance (24%), les sports nécessitant une technicité particulière (17%) et les sports collectifs (16%) (Jorunn Sundgot-Borgen et Torstveit 2004). **Une étude menée en Hongrie, par Resch et al.**, parmi les athlètes hongrois participant aux entraînements préolympiques de 2008 fait état de **16,7% d'anorexie mentale et 6,9% de boulimie mentale** (Resch et Haász 2009). L'étude multicentrique de Prétagut et al. retrouve sur son échantillon de 340 sportifs inscrits sur les listes de haut niveau une prévalence de **32.9%** de troubles

alimentaires (Prétagut. S En cours de publication). **Une étude américaine, menée dans une population d'étudiantes membres d'équipes sportives universitaires du Texas (tous sports et sexes confondus), retrouve à partir d'une autoévaluation (Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses, and the Bulimia Test-Revised) 4% de troubles alimentaires type anorexie et/ou boulimie. L'auteur précise cependant que 25.5% de son échantillon est « symptomatic », représentant probablement des troubles subcliniques (Greenleaf et al. 2009).** Enfin, la méta-analyse de Smolak rapporte un taux de prévalence de **0 à 62%** chez les sportives féminines.

Les données épidémiologiques varient donc sensiblement d'une étude à l'autre ; la dissimulation, le déni, les méthodes utilisées pour évaluer les troubles (auto-questionnaires, entretiens cliniques), et les caractéristiques de la population étudiée (niveau de performance, nombre de personnes, sexe) sont avancés pour expliquer ces différences. Les chiffres retrouvés sont cependant supérieurs à la population normale, invitant à **réfléchir sur les spécificités des troubles alimentaires du sportif de haut niveau.**

3.1.2. Spécificités des troubles alimentaires en milieu sportif :

Les troubles alimentaires sont de différents types selon les disciplines sportives. Ainsi l'« Anorexie Athlétique » (*cf partie 4*) est plus spécifique des sports à catégories de poids, des sports esthétiques ainsi que des disciplines reposant sur l'endurance alors que l'« Anorexie Inverse » (*cf partie 5*) est préférentiellement associée aux rugbymens et haltérophiles. Chez les sportifs, de manière générale, **les troubles alimentaires subcliniques seraient largement plus fréquents que l'anorexie mentale ou la boulimie nerveuse (Cox et Lecoq 2005).** La prévalence de ces troubles avérés reste relativement faible et stable au cours du temps. En effet, les athlètes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie nerveuse ont un tel retentissement physique et psychique, qu'il est bien souvent incompatible avec la poursuite de leur carrière. Ils se retrouvent rapidement en échec sportif et à l'écart des filières de haut niveau, n'accédant donc plus au dépistage. **Ceci explique la stabilité de la prévalence de troubles cliniques en milieu sportif, pouvant à tort faire évoquer un effet protecteur de ces pratiques de haut niveau.** Ces sujets accéderont aux soins en tant que « sujets anciens sportifs » et non plus comme sportifs de haut niveau, généralement au moment de ces phases de rupture et de désinsertion sportive.

En l'absence de critères validés et de classification, **les formes subcliniques sont difficiles à repérer et par conséquent, largement sous évalués** (Afflelou. S 2010). Cela est d'autant plus inquiétant que les formes subcliniques des troubles alimentaires pourraient être des prémices de formes cliniques (R.H. Cox 2013)

L'entrée dans le monde du sport constitue une **période clef** en ce sens qu'elle marque les motivations princeps qui ont poussé le sujet vers ce milieu. Il n'est pas rare qu'au début, ce comportement ait une fonction dans l'économie psychique du sujet. **Le sport procure du plaisir, renforce l'estime de soi, diminue la sensation de malaise (anxiolyse et anti dépression), donne une impression de contrôle corporel, soulage l'insatisfaction corporelle, fait perdre du poids et éloigne l'idée de vieillesse** (Afflelou. S 2010).

Pour Proia, il ne faut pas comprendre les troubles des conduites alimentaires comme la seule manifestation d'une organisation de personnalité psychopathologique, mais plutôt dans le sens d'un processus psychique émergeant prenant la valeur de « **symptôme significatif pour l'ensemble institutionnel** », venant questionner le fonctionnement de la pratique sportive. Le symptôme est ici perçu comme groupal, et donc à lire et à interpréter au sein de la famille sportive.

3.1.3. Liens de causalités et hypothèses :

On peut voir comment **hyperactivité physique et l'anorexie mentale peuvent s'influencer mutuellement** : les préoccupations qu'un individu peut avoir au sujet de son poids, de son corps, et les éventuels régimes qu'il peut faire, peuvent motiver l'engagement dans une activité physique régulière. Inversement, la pratique régulière d'un sport peut susciter le développement d'un intérêt excessif pour le poids et les régimes, une centration corporelle et à l'extrême les troubles alimentaires (Kohl, Foulon, et Guelfi 2004). La prévalence des troubles du comportement alimentaire parmi la population sportive peut donc s'expliquer de deux manières, **qui ne sont pas exclusives mais semblent plutôt s'auto-renforcer mutuellement** :

- Les individus avec une prédisposition aux troubles du comportement alimentaire sont attirés vers certaines disciplines sportives.
- Les demandes spécifiques de la discipline poussent les athlètes vers des stratégies déviantes du comportement alimentaire, et ce, plus particulièrement dans les sports dits à risque.

3.1.3.1. Le sport au service de l'anorexique ?

L'hypothèse est que certains individus prédisposés ou malades, pourraient se diriger vers une discipline sportive favorisant le développement de leur trouble. Il existe en effet une **attraction de la dépense calorique liée à l'exercice** ; dans l'étude princeps de Choquet et Ledoux de 1994, portant sur des étudiantes entre 12 et 25 ans, une jeune fille sur cinq déclare faire du sport dans le but de maigrir. Par ailleurs, il existe un **effet propre sur le corps de l'entraînement** qui le façonne sur un mode androgyne. En outre, il retarde l'apparition des premières règles. Carrier a conceptualisé le passage difficile du « néo-corps sportif » au corps sexué adulte, fournissant un excellent alibi pour les jeunes filles anorexiques, tout en servant leur refus de féminité (Carrier. C 2002). Faire du sport intensivement engendre un surinvestissement de son corps en le contraignant et, d'une certaine façon, en lui faisant perdre sa singularité. Ainsi, cet aspect prépubère entretenu par l'entraînement et encouragé dans certaines pratiques (course à pied, gym, etc.) peut "séduire" les jeunes filles à tendance anorexique et servir leur besoin de maîtrise. **En outre, les anorexiques qui deviennent des "sportives" ont un excellent alibi pour masquer, voire légitimer leur trouble, ce qui va dans le sens du déni des conflits psychiques sous-jacents** (Afflelou, Duclos, et Simon 2004).

Enfin il existe entre les deux populations des traits communs de personnalité, dont les paradigmes seraient **la recherche de maîtrise** et un **idéal centré sur le corps**. Les traits psychopathologiques communs aux troubles alimentaires et à la réussite sportive sont les suivants : ils concernent la recherche d'un poids idéal, l'insatisfaction corporelle, les doutes sur ses capacités personnelles, le perfectionnisme, le déficit intéroceptif, l'évitement de la maturité, l'ascétisme, l'insécurité sociale et le contrôle de soi. L'anorexique aurait donc un profil psychologique compatible avec la pratique sportive intensive.

L'estime de soi est aussi à prendre en compte. A l'adolescence, et notamment dans les sociétés occidentales, l'estime de soi est souvent reliée à la satisfaction corporelle. Hors, près de la moitié des jeunes adultes se disent insatisfaits par leur corps. **La focalisation sur le corps et le haut niveau d'exigence de certaines disciplines pourraient justifier et exacerber cette lecture de soi à travers son rapport à son corps, avec l'instabilité et les conséquences délétères que cela suppose.** Le perfectionnisme est un trait commun à ces deux populations, d'autant plus que dans sa dimension pathologique, il est souvent relié à une mauvaise estime de soi et à des attentes démesurées concernant la performance idéale ou les standards irréalistes renvoyés par la société (Afflelou. S 2010). L'alexithymie, associé à un fonctionnement de type

opératoire serait également une tendance présente dans les deux populations. La pratique sportive serait aussi le **cadre de rationalisation et de justification** de ces comportements alimentaires anormaux et d'activité physique excessive.

3.1.3.2. Le sport crée t il des anorexiques ?

Dans une perspective inverse, nous pouvons nous interroger sur la potentialité d'induction de troubles du comportement alimentaire par la pratique sportive, chez des athlètes antérieurement indemnes de troubles.

Davison et al., dans une étude américaine publiée en 2002, se sont intéressés aux préoccupations pondérales chez des très jeunes filles dans les sports dits « esthétiques »: danse, gymnastique, et gymnastique rythmique et sportive, comparés aux sports « non-esthétiques »: volley-ball, football, base-ball, softball, hockey, tennis et arts martiaux. Près de 200 fillettes entre 5 et 7 ans ont été interrogées ainsi que leurs mères. **Les filles pratiquant des sports esthétiques manifestaient plus de préoccupations pour leur poids que les autres. Et ces préoccupations étaient majorées à 7 ans** (Davison, Earnest, et Birch 2002). Parmi elles, les plus à risque étaient les danseuses et les pratiquantes de haut niveau, et ce indépendamment de l'IMC et des préoccupations maternelles autour de leur poids. L'hypothèse qui en a découlé est que **la nature du sport pratiqué est susceptible d'influencer la santé et le devenir psychologique de ces enfants en focalisant l'attention sur leur poids à un âge précoce.**

La dépense énergétique importante des sportifs, les horaires spécifiques des entraînements et d'autres modifications de modes de vie impliquent souvent une réorganisation complète de l'alimentation. Ainsi, de nombreuses **habitudes alimentaires** plus ou moins raisonnables sont induites par la pratique, liées à **la déstructuration des repas**, (horaires, nombre de repas, aliments ingérés...), **aux croyances**, et **aux diverses suppléments** nécessaires à la performance. Ces habitudes pourraient secondairement devenir des normes et s'autonomiser dans un processus pathologique, le sport devenant en ce sens un facteur fragilisant. Les sportifs seraient donc **plus vulnérables** que la population générale (Jorunn Sundgot-Borgen et Torstveit 2004) car soumis à une pression énorme pour avoir un corps parfait et adapté à la discipline sportive qu'ils exercent. Ils s'astreignent à des régimes alimentaires draconiens et/ou exercices physiques intensifs pour atteindre la performance, le corps devenant l'outil permettant d'aller au bout de leurs limites.

La rigidification des comportements alimentaires allant jusqu'à l'adoption de méthodes restrictives extrêmes répond non seulement aux contraintes de la discipline mais aussi à la **tendance à la toute-puissance et à la recherche de maîtrise** de ces adolescents, constituant un terrain propice au développement des troubles alimentaires. Ainsi, dans cette période de la vie, le sport permet une transformation agie du corps par le biais des entraînements. La fragilité narcissique, le remaniement identitaire, la difficulté des enjeux face à la performance et l'importance du regard d'autrui, sont autant de facteurs vulnérabilisants vis-à-vis des troubles alimentaires.

3.1.3.3. Le sport comme facteur limitant la gravité ?

L'absorption de nourriture se trouve codée, ritualisée, jusqu'à l'impérieuse restriction à laquelle vient s'adjoindre le vomissement dans les cas de perte de contrôle, mais le rapport à l'objet et à l'oralité n'est pour autant pas élucidé. Au cœur de la pratique sportive de compétition, par delà l'excitation motrice, il y a bien plus que l'éprouvé des sensations fortes. L'expérience sensationnelle de pouvoir jouer de son « corps organisme » dans un déploiement de compétences propres à éblouir les regards qui convergent sur soi n'est pas suffisante. Car il faut constamment se confronter aux autres, se référer à un système de mesures inscrit dans une logique de cotation qui fait sens. **Ainsi, contrairement au phénomène d'hyperactivité dans l'anorexie essentielle « tout venante », en tant que point de fuite de la volonté de maîtrise du corps, ici il faut rendre des comptes** (Proia. S 2007).

De plus, une haute estime de soi est généralement corrélée à une psychopathologie faible, alors la pratique sportive pourrait constituer, sous certaines conditions, un facteur protecteur contre le développement d'un trouble alimentaire. Être un athlète pourrait générer un sentiment de fierté indépendant de l'apparence physique, qui pourrait aider le sujet à **investir son corps pour ce qu'il peut faire et non pour son apparence** (Houssaim 2010). La nécessité de maintenir un niveau de performance compatible avec la pratique compétitive rejoint cette dimension protectrice de la pratique sportive, venant lutter contre une décompensation trop sévère, synonyme d'arrêt.

En ce sens, le sport devient un facteur limitant la gravité des troubles alimentaires, car ils se doivent d'être compatibles avec la performance, et qu'au-delà de l'apparence physique, l'habileté physique est d'abord recherchée chez le sportif.

3.1.4. Conclusion :

La revue de la littérature amène des résultats controversés et disparates (variables suivant la nature du sport, le niveau de performance, et la méthodologie utilisée). Néanmoins, **les données disponibles ne permettent pas d'identifier la nature du lien entre sport et troubles alimentaires.**

Certaines pratiques sportives peuvent être envisagées comme un cadre de développement socialement accepté voire valorisé du trouble : elles permettraient le contrôle du poids et les déviations du comportement alimentaire tout en servant d'alibi. Mais au-delà de cet aspect, la réalité clinique incite à penser qu'elles puissent jouer un rôle limitant la gravité de la maladie, par le biais du rapport à la performance et des besoins énergétiques minimaux qu'elle nécessite. Ici, **facteur de risque et facteur de protection se confondent** dans une même pratique, ce qui peut rendre compte de la diversité des résultats des travaux déjà menés et **encourager de nouvelles recherches cliniques** sur la nature des rapports qui unissent les troubles alimentaires et la pratique sportive intensive.

3.2. LES TROUBLES CLINIQUES

Avant d'entrevoir les troubles « non spécifiés » et d'aborder les pathologies alimentaires spécifiques du monde du sport dans leur ensemble, **il est important de définir les troubles cliniques afin d'avoir un cadre de référence.** Nous décrirons donc sémiologiquement l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique, avant de donner les critères diagnostiques internationaux de ces troubles.

Les deux classifications des maladies mentales dont disposent actuellement les cliniciens et les chercheurs pour harmoniser leurs diagnostics sont la **CIM-10** (dixième révision de la Classification internationale des maladies) publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993 et le **DSM 5** (cinquième version du *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*) publiée par l'association américaine de psychiatrie (APA) en 2013. N'ayant pas encore bénéficié d'une traduction française validée par la communauté scientifique, les critères du DSM 5 seront présentés avec une traduction personnelle.

Ce préambule est indispensable pour reconnaître les signes cliniques propres à chaque pathologie et pouvoir faire des rapprochements entre d'une part les signes cliniques imputables aux troubles alimentaires et d'autre part des modes de fonctionnement imputables aux contraintes sportives.

3.2.1. L'anorexie mentale :

3.2.1.1. Description clinique :

L'anorexie mentale est une maladie singulière, en ce sens qu'il s'agit d'un trouble psychopathologique grave, dont **le terrain d'expression est le corps**. La description clinique va donc associer, outre la classique « triade symptomatique », des symptômes psychiques et physiques, tout aussi importants à prendre en considération que le pronostic est conditionné par les deux types de manifestations (Grall-Bronnec, Guillou-Landreat, et Vénisse 2007). L'anorexie mentale touche le sexe féminin pour la grande majorité, et débute le plus souvent à l'adolescence, avec deux pics de survenue à 12–13 ans et à 18–20 ans.

Concernant **l'anorexie**, il s'agit dans un premier temps d'une lutte active contre la faim, avec des comportements de restriction alimentaire volontaire qui s'aggravent progressivement, témoignant du désir farouche de la patiente de se maîtriser, de se contrôler, de se soustraire à la satisfaction des besoins fondamentaux. L'anorexie réelle, ou perte de l'appétit, n'est présente que secondairement, comme conséquence physiologique du jeûne prolongé. **L'amaigrissement** est souvent rapide et important, atteignant plus de 15% du poids normalement attendu. **L'aménorrhée** est un signe constant, d'apparition précoce et de résolution tardive. Ce symptôme est à mettre sur le compte d'une atteinte fonctionnelle de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique.

Les symptômes alimentaires sont multiples. La patiente anorexique va adopter des **conduites de restriction quantitative** (diminution des quantités) et/ou **qualitative** (exclusion des aliments les plus caloriques, ou supposés tels, et choix d'aliments allégés, dépourvus de matières grasses et non sucrés). On observe une **centration progressive** et exclusive des intérêts sur la nourriture. Les pensées alimentaires sont obsédantes et occupent tout l'espace psychique. Des **attitudes alimentaires aberrantes** sont fréquentes, telles que l'élimination de certains aliments, le tri dans l'assiette, le découpage des aliments en portions minuscules, la

lenteur à l'ingestion ou à l'inverse la prise rapide et quasi-automatisée. On peut repérer dans le discours des **pensées erronées** concernant l'alimentation.

Parmi les symptômes alimentaires, il convient de faire une place particulière aux **crises de boulimie**, qui surviennent chez une majorité des patientes anorexiques, et qui, même en l'absence d'expression comportementale, font partie de leur vécu. Il s'agit de pulsions impérieuses à manger massivement, en dehors de toute sensation de faim. Ce sont les **comportements compensatoires**, mis en œuvre pour limiter la prise de poids, qui constituent le danger immédiat des crises de boulimie : vomissements, prises de laxatifs ou diurétiques, hyperactivité physique, restriction alimentaire entre les crises. On voit à quel point dans les formes mixtes (anorexiques–boulimiques), les plus fréquentes, **les différents types de comportements s'auto renforcent mutuellement au niveau physiologique, comportemental et cognitif**.

La peur intense de grossir s'associe à un **trouble de la perception de l'image du corps**, pouvant aller jusqu'à la dysmorphophobie. Cette perception est d'autant plus altérée que la dénutrition est marquée. Pouvant aggraver la perte de poids, on retrouve fréquemment une **hyperactivité physique** (marches interminables, séances de musculation...). Au-delà de la recherche d'une dépense calorique. L'hyperactivité se manifeste aussi dans un **surinvestissement des activités intellectuelles**. Le **déni** est un mécanisme de défense souvent mis à l'œuvre, du moins au début de l'évolution : déni de la maigreur, déni de la gravité de l'état de santé, déni des troubles du comportement alimentaire, déni de toute souffrance psychique. Les **signes physiques de dénutrition** (maigreur, hypométabolisme, trouble des phanères...) complètent à des degrés variables ce tableau.

3.2.1.2. Critères diagnostiques :

➤ Définition de l'anorexie mentale CIM 10 F50.0 :

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
----	---

B.	La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
C.	Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
D.	Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysaire-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.
E.	Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement

➤ **Définition de l'anorexie mentale DSM 5 :**

A.	Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins, entraînant un poids significativement bas dans le contexte de l'âge, du sexe, du développement et de la santé physique. Un poids significativement bas est défini comme un poids inférieur au minimum normal, ou pour les enfants et les adolescents, inférieur au minimum attendu
B.	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou un comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas
C.	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaissance de la gravité de la maigreur actuelle
<p>Restricting type (F50.01): au cours des trois derniers mois, le sujet n'a pas présenté d'épisodes récurrents de crises de boulimie ou de comportements de purge (vomissements provoqués ou utilisation de laxatifs, diurétiques, lavements)</p> <p>Binge eating/purging type (F50.02): au cours des trois derniers mois, le sujet a présenté des épisodes récurrents de crises de boulimie ou de comportements de purge (vomissements provoqués ou l'utilisation de laxatifs, diurétiques, lavements).</p>	

3.2.2. La boulimie :

3.2.2.1. Description clinique :

La boulimie se caractérise par la **réurrence d'accès de surconsommation alimentaire**, plusieurs fois par semaine ou par jour, quand le sujet perd le contrôle d'une restriction alimentaire qu'il s'efforce de maintenir en permanence, dans l'intention de maigrir ou de rester mince. L'ingestion est rapide, voire frénétique, faite dans un **état d'émotion particulier qui mêle plaisir et excitation à de la honte et de la culpabilité**, ces dernières s'intensifient au fur et à mesure de la crise. Elle est limitée dans le temps : d'une quinzaine de minutes à plusieurs heures. La fréquence est variable : de quelques accès par semaine à plusieurs par jour, et va déterminer la sévérité du trouble.

Certaines circonstances précipitant les crises sont identifiables. **La consommation d'aliments que la personne s'interdit dans son régime ordinaire**, tels que les produits gras et sucrés, à forte teneur calorique, ou bien la prise d'un repas « autorisé » en quantité supérieure à ce que la personne s'accorde. Le phénomène de contre-régulation, fait que la personne boulimique, dès lors qu'elle a failli au respect des règles strictes de son régime, bascule dans l'ingestion sans limite de tout ce qu'elle s'interdit d'habitude. **Les états émotionnels pénibles** sont d'autres circonstances classiques de survenue d'un accès : ennui, découragement, sentiments de solitude ou d'abandon, recrudescence d'angoisse ou affects dépressifs, difficultés à se mettre au travail ou encore appréhension avant un rendez-vous. **Une joie ou une satisfaction peut aussi précipiter une crise**, comme pour célébrer le succès ou la nouvelle à l'origine de cette bonne humeur..

Les sujets boulimiques sont **le plus souvent normopondéraux**, mais certains répondent aux critères d'insuffisance pondérale, voire d'anorexie mentale ; ils présentent rarement un excès pondéral. Ils ont un idéal pondéral bien inférieur à leurs poids minimums théoriques pour leur taille et leur âge (Godart, Perdereau, et Jeammet 2004b).

L'envie peut apparaître soudainement et déclencher une crise immédiate ou bien s'intensifier au long de la journée et donner lieu à une préparation méthodique. La personne peut **lutter contre l'envie**, aggravant la sensation de tension intérieure déjà présente quand l'idée de manger est apparue. La crise dissipe cet état de tension et produit un soulagement transitoire. La personne peut aussi **céder sans résistance**, sans débat de conscience, la boulimie

devenant une habitude comme une autre. **Le début de crise procure souvent des sensations agréables** : le plaisir de consommer ses aliments favoris et de consommer sans compter, libérée de toute limite ou contrainte. **Les sensations et émotions agréables tendent cependant à s'éteindre avec le temps.**

Le plus souvent, la personne essaye de **neutraliser l'apport calorique** massif dû à la crise. Plusieurs stratagèmes sont possibles, à commencer par les **vomissements** provoqués, moyen le plus radical pour limiter l'absorption des aliments ingérés et calmer la peur de grossir. **L'abus de laxatifs**, plus rarement de **diurétiques**, est une autre manière de tenter de se purger. La décision d'un **jeûne ou d'une restriction alimentaire** drastique pour les jours qui suivent est la mesure minimale que prend toute personne boulimique ou presque, jusqu'à ce que la crise suivante vienne contrarier ce projet. **L'exercice physique**, enfin, peut être pratiqué de manière intensive, après la crise ou régulièrement au long de la semaine. La fonction de ces stratagèmes est souvent double : brûler des calories pour calmer la peur de prendre du poids ; souffrir et se punir d'avoir eu la faiblesse de céder à l'envie de manger (Léonard, Foulon, et Guelfi 2005). Un nettoyage de la cuisine et des wc/salle de bains ponctue parfois la crise, ainsi qu'un brossage de dents sinon une toilette complète. Outre le souci d'effacer les traces du méfait, un **désir de se purifier** est souvent donné comme raison à ce **lavage rituel** qui peut prendre beaucoup de temps, parfois plusieurs heures.

3.2.2.2. Critères diagnostiques :

➤ Critères CIM-10 de la boulimie (F50-2) :

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Préoccupation persistante concernant l'alimentation, besoin irrésistible de nourriture, et épisodes d'hyperphagie avec consommation rapide de grandes quantités de nourriture en un temps limité.
B.	Le sujet tente de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture en recourant à l'un au moins des moyens suivants : des vomissements provoqués, l'utilisation abusive de laxatifs, l'alternance avec des périodes de jeûne, l'utilisation de « coupe-faim », de préparations thyroïdiennes ou de diurétiques. Quand la boulimie survient chez des patients diabétiques, ceux-ci peuvent sciemment négliger leur traitement insulinaire.

C.	Des manifestations psychopathologiques, par exemple, une crainte morbide de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids très précis, nettement inférieur au poids pré-morbide représentant le poids optimal ou idéal selon le jugement du médecin ; Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale. Il peut s'agir d'une anorexie mentale authentique ou d'une forme cryptique mineure avec perte de poids modérée ou phase transitoire d'aménorrhée.
-----------	---

➤ **Les critères du DSM 5 : boulimie nerveuse**

A.	Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : 1. absorption, en une période de temps limitée (par ex., moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. 2. sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par ex., sentiment de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
B.	Comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids tels que: vomissements provoqués, mésusage de laxatifs, diurétiques ou autres traitements, le jeûne, l'exercice physique excessif.
C.	Les crises de boulimie et les comportements compensatoires surviennent au moins une fois par semaine sur une période de trois mois.
D.	L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la silhouette corporelle.
E.	Les troubles ne surviennent pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

3.2.3. l'Hyperphagie Boulimique (« Binge eating disorder ») :

3.2.3.1. Description clinique :

Le DSM 5 a intégré différents travaux sur les troubles alimentaires non spécifiés et a reconnu comme trouble clinique l'hyperphagie boulimique, aussi appelée « boinge eating disorder » (BED). Ce trouble se définit comme **l'ingestion de grandes quantités de nourriture sur une courte période avec sentiment de perte de contrôle**, ce qui le différencie du phénomène plus courant de l'hyperphagie qui est associé à moins de problèmes physiques et psychologiques. **La conséquence de ces désordres liés à l'excès de nourriture est le surpoids et surtout l'obésité avec ses conséquences somatiques.** Le fait d'avoir une description clinique validée de ce trouble permet d'avoir une population de patient homogène.

Les propositions de traitement doivent absolument tenir compte des caractéristiques cliniques et psychologiques des sujets (Foulon 2013).

Ce trouble se différencierait de la boulimie par le non-contrôle, ou presque, du poids et l'étalement de la consommation alimentaire boulimique dans la journée. Les sujets sont surpondérés et même fréquemment obèses. Le seuil de définition est formulé en journées de surconsommation boulimique et non pas en nombre de crises.

Le BED serait 2 à 3 fois plus fréquent que la boulimie, il concernerait 10 % des personnes obèses et 20 à 40 % de celles qui se présentent à une consultation de nutrition. La détresse associée à ce trouble est probablement une motivation supplémentaire qui pousse les patients à accomplir cette démarche.

3.2.3.2. Critères diagnostiques DSM 5 (F50.8) :

A.	<p>Épisodes récurrents de crises de boulimies. Une crise de boulimie répond aux 2 caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Absorption, en une courte période de temps (moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture dépassant notablement ce que la plupart des personnes mangent dans le même temps et dans les mêmes circonstances 2. Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce qu'on mange ou la quantité de ce qu'on mange).
B.	<p>Durant les crises de boulimie, au moins trois des critères suivants d'absence de contrôle sont présents :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prise alimentaire nettement plus rapide que la normale 2. L'individu mange jusqu'à l'apparition de sensations de distension abdominale inconfortable 3. Absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation physique de faim. 4. Prises alimentaires solitaires afin de cacher aux autres les quantités ingérées 5. Sensations de dégoût de soi, de dépression, ou de grande culpabilité après avoir mangé.
C.	<p>Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.</p>
D.	<p>Le comportement boulimique survient en moyenne au moins 1 fois par semaine sur une période de 3 mois.</p>
E.	<p>Le comportement boulimique n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés (par exemple vomissements, prise de laxatifs, exercice physique intensif), ne survient pas au cours d'une Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou d'une Boulimie (Bulimia nervosa)</p>

3.2.4. Conclusion :

Ces trois entités cliniques décrites dans le DSM 5 permettent d'avoir un **référentiel sémiologique**, et de se représenter ces différentes pathologies alimentaires. Cependant, peu de sportifs de haut niveau, dans le cadre de leur pratique, remplissent la totalité des critères diagnostiques de ces troubles.

Nous avons perçu que le sport, au sein de ces troubles cliniques, se place le plus souvent en tant que **méthode compensatoire**, dans une visée de perte pondérale, et qu'il n'est pas forcément intégré dans une dynamique structurée de pratique en fédération avec des objectifs de performance. Il se situe bien souvent dans un autre cadre. Cependant, en conséquence des retards diagnostiques observables en population sportive, nous pouvons prendre en charge d'anciens athlètes de haut niveau présentant une telle symptomatologie.

Néanmoins ces situations ne sont pas les plus fréquentes. Nous allons donc maintenant aborder les troubles alimentaires « non spécifiés », catégorie résiduelle **où se situent pour l'instant la majorité des troubles alimentaires observables chez les sportifs de haut niveau**. Nous décrirons brièvement l'histoire de ces troubles ainsi que la place de cette catégorie résiduelle dans les troubles alimentaires avant de détailler les changements du DSM 5 et l'intérêt d'une catégorisation de nouvelles entités spécifiques.

3.3. LES TROUBLES ALIMENTAIRES « NON SPECIFIES »

L'étude des troubles alimentaires subcliniques chez les sportifs de haut niveau amène à évoquer cette catégorie diagnostique représentée dans le DSM IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease) par l'acronyme « **Non Spécifiés** ». **En effet, les sportifs de haut niveau présentent majoritairement des troubles dits « atypiques » ou « subcliniques »** (Sudi et al. 2004; Filaire, Rouveix, et Bouget 2008). Ces troubles correspondent à une perturbation durable des habitudes alimentaires ou des comportements de contrôle pondéral qui va conduire à un retentissement clinique avec une altération physique et du fonctionnement psychosocial (Fairburn et Harrison 2003), mais qui ne remplissent pas les critères diagnostiques nécessaires pour pouvoir poser le diagnostic d'anorexie mentale ou de boulimie. **Ces troubles sont aussi sévères et invalidants que les troubles spécifiques** (Fairburn et Harrison 2003) et **mérite le même type de prise en charge** (HAS 2010, RBP p 5).

Avant d'aborder les troubles alimentaires spécifiques au monde du sport, il est important d'étudier le champ des « troubles alimentaires non spécifiés », d'entrevoir les changements nosographiques du DSM 5 et de comprendre la nécessité d'individualisation de tels syndromes cliniques au sein de cette population.

3.3.1. Généralités :

Les troubles du comportement alimentaire non spécifiés sont un exemple de l'acronyme « non spécifié » qui suit une grande partie des catégories diagnostiques décrites dans le DSM IV. Depuis la publication du DSM III (American Psychiatric Association, 1980), l'association américaine de psychiatrie (APA) a inclus les termes « atypiques » (DSM III) ou « non spécifiés » (DSM III-TR et DSM IV), respectivement dans chaque branche diagnostique devant la difficulté à rendre compte de chaque forme clinique rencontrée par les cliniciens. Ces diagnostics sont destinés à « **indiquer une catégorie dans une classe des troubles qui est résiduelle aux catégories spécifiques de cette même classe** » (American Psychiatric Association, 1980, p.32 ; 1987, p.23).

Les troubles du comportement alimentaire non spécifiés sont une catégorie du DSM IV-TR réservée pour les désordres alimentaires ayant un retentissement clinique et qui ne présentent pas les critères diagnostiques nécessaires au diagnostic d'anorexie mentale et de boulimie. Pour diagnostiquer un trouble « non spécifique », il y a donc deux étapes : la première est de repérer un retentissement clinique ou fonctionnel imputable au trouble ; la seconde est de s'assurer que les critères d'anorexie ou de boulimie ne sont pas remplis. (Fairburn et Bohn 2005).

En terme épidémiologique, **le trouble du comportement alimentaire non spécifié est le trouble alimentaire le plus communément rencontré en médecine** de ville et chez la majorité des praticiens (Vust. S 2010)(Fairburn et Bohn 2005). Plusieurs études rapportent un taux de prévalence supérieur à 50 % dans les cohortes de patients étudiés, notamment celle de Ricca et al avec un taux de 50.3% de diagnostic d'EDNOS (Ricca et al. 2001), celle de Turner et Bryan-Vaught avec un taux de 70.5%, et enfin celle de Fairburn avec un taux de 60.3% (Fairburn et al. 2007), chacune de ces trois études s'intéressant à des populations adultes présentant des troubles alimentaires. **L'argumentaire de l'HAS de juin 2010 évoque une prévalence d'environ 50% sur l'ensemble des TCA** (HAS 2010).

Les troubles alimentaires parmi les adolescents ainsi que l'utilisation de méthodes de contrôle pondéral inadaptées et dangereuses ont atteint des proportions épidémiques en Occident. La majorité de ces adolescents présentent des comportements alimentaires inadaptés sans satisfaire les critères diagnostiques pour un trouble spécifique, type anorexie ou boulimie (Chamay-Weber, Narring, et Michaud 2005). **Cette population est donc touchée de manière importante par les troubles alimentaires non spécifiés.**

Du fait de l'absence de définition consensuelle des troubles alimentaires non spécifiés et des habitudes alimentaires mouvantes propres au processus adolescent, il est difficile d'étudier leur prévalence au sein de cette population. Cependant, plusieurs études se sont intéressées au **niveau d'insatisfaction corporelle** chez les adolescents, qui est un facteur prédisposant au développement de ce type de troubles. On peut comprendre l'insatisfaction corporelle comme un continuum allant d'un mécontentement « normal » chez la majorité de la population à une grande souffrance entraînant des troubles du comportement alimentaire (HAS 2010). Aux Etats Unis de 46% à 80% des adolescentes rapportent une insatisfaction concernant leur poids et de 26% à 77% déclarent avoir déjà effectué un régime. **Ces taux sont relativement élevés, ils représentent les interrogations et les changements liés au développement pubertaire et tendent à augmenter du fait de la pression sociale qui pousse vers la recherche d'un poids et d'une silhouette idéale** (Chamay-Weber, Narring, et Michaud 2005).

3.3.2. Aspects cliniques :

Cliniquement, les descriptions des troubles alimentaires non spécifiés dans la littérature sont cohérentes et montrent des symptômes qui ressemblent à ceux observés dans l'anorexie mentale et la boulimie, mais dans une répartition et une intensité différente, avec une sévérité moindre pour les formes subcliniques (Crow et al. 2002). Ces troubles surviennent majoritairement chez la femme jeune, comme c'est le cas pour l'anorexie et la boulimie. **Il est possible de distinguer deux sous groupe au sein de cette catégorie diagnostique, bien qu'il n'y ait pas de limites franches établies** (C.G. Fairburn et B.T. Walsh 2002). Premièrement il peut s'agir d'un cas qui ressemble beaucoup à l'anorexie ou à la boulimie mais qui ne satisfait pas à tous les critères. Par exemple, un poids légèrement au dessus du seuil pour l'anorexie ou bien encore un nombre d'épisode de « binge eating » insuffisant pour la boulimie. Le second groupe correspond aux entités cliniques au sein desquelles se combinent les symptômes anorexiques et boulimiques, et ne ressemblant que très partiellement à ces troubles. Ces cas

peuvent être appelés « mixtes ».

D'autres termes ont été utilisés pour décrire les troubles du comportement alimentaire non spécifiés, parmi lesquels les termes « **subclinique** » et « **partiel** » pour le premier groupe et le terme « **atypique** » pour le second groupe. Chacun des termes est problématique, « atypique » car ces états ne sont pas inhabituels, et « partiel » car cela implique que la sévérité est inférieure à celle observée dans les autres syndromes (Fairburn et Bohn 2005). **La comparaison de ces troubles non spécifiés avec les troubles avérés a montré une durée d'évolution similaire, ainsi qu'une sévérité comparable en terme de comorbidités** (Vust. S 2010)(Spindler et Milos 2007).

Ces généralités concernant les troubles alimentaires « non spécifiés » mettent en évidence deux problèmes majeurs. **Le premier est le statut nosologique des troubles « non spécifiés »**. Il est clairement inapproprié de classer les troubles du comportement alimentaire les plus communs dans la catégorie sensée être « résiduelle ». **Le second est que ce diagnostic de trouble alimentaire non spécifié est négligé malgré son importante prévalence** (Vust. S 2010)(Fairburn et Bohn 2005) comme le montre le manque de littérature les concernant (Chamay-Weber, Narring, et Michaud 2005). Ces deux problématiques sont bien sur reliées, car le manque d'intérêt des spécialistes est bien sur corrélé au statut nosologique des troubles « non spécifié ». **Pincus et al. remarquent d'ailleurs que les diagnostics « non spécifiés » sont moins étudiés que les autres** (Pincus, Davis, et McQueen 1999), bien que le retentissement bio psycho social soit majeur comme c'est le cas pour les troubles alimentaires non spécifiés.

3.3.3. Les classifications internationales :

➤ Critères DSM-IV-TR des troubles des conduites alimentaires non spécifiés :

A.	Chez une femme, tous les critères de l'anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières.
B.	Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.
C.	Tous les critères de la boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de trois mois.

D.	L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (par exemple, vomissement provoqué après absorption de deux petits gâteaux).
E.	Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.
F.	Hyperphagie boulimique (« Binge Eating Disorder » BED) : il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie.

➤ **Critères CIM-10 des troubles des conduites alimentaires non spécifiés :**

F 50-1	Anorexie mentale atypique
	Même définition que 7.11 anorexie mentale atypique de la classification CFTMEA.
F50-3	Boulimie atypique
	Même définition que 7.13 boulimie atypique de la classification CFTMEA.
F50-4	Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques
	On doit noter ici les hyperphagies avec obésité consécutives à des événements stressants. Les deuils, accidents, interventions chirurgicales, et autres événements éprouvants, peuvent être suivis d'une «obésité réactionnelle». On inclut l'hyperphagie psychogène. Sont exclus l'obésité (E66-).
F50-5	Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
	Vomissements répétés survenant au cours d'un trouble dissociatif (F44-) et d'une hypochondrie (F45-2), et qui ne sont pas exclusivement imputables à une des affections classées en dehors de ce chapitre. Ce code peut également être utilisé en complément du code 021 (vomissements incoercibles au cours de la grossesse), quand des facteurs émotionnels sont au premier plan dans la survenue de nausées et de vomissements récurrents au cours de la grossesse. On y inclut l'hyperemesis gravidarum psychogène et les vomissements psychogènes. Sont exclus les nausées (R11) et les vomissements sans autres indications (R11).
F50-8	Autres troubles de l'alimentation
	Perte d'appétit psychogène Pica de l'adulte Sont exclus le pica du nourrisson et de l'enfant (F98-3)
F50-9	Trouble de l'alimentation, sans précision

3.3.4. Le risque évolutif :

L'enjeu de l'étude de ces troubles concerne bien évidemment les risques de passage vers un trouble constitué. Plusieurs études empiriques ont démontré des arguments orientant vers un continuum diagnostique entre les troubles subcliniques et les troubles cliniques (Franko et Omori 1999)(Dancyger et Garfinkel 1995)(Fairburn et Harrison 2003). **Cette hypothèse**

propose un lien entre les régimes alimentaires, les formes infracliniques ou partielles, ainsi qu'avec l'anorexie et la boulimie. En accord avec cette théorie, un adolescent rapportant un trouble alimentaire « non spécifié » doit donc être considéré à risque de développer un syndrome clinique à part entière (Chamay-Weber, Narring, et Michaud 2005).

Plusieurs études vont dans le sens de ce continuum. Santonastaso et al. ont étudié une population de jeunes femmes de 16 ans présentant un trouble alimentaire « non spécifié » et ont montré qu'à 12 mois du diagnostic, 52% présentaient une rémission de leurs symptômes, 38% présentaient encore un trouble alimentaire « non spécifié » et **7% avaient évolué vers une anorexie ou une boulimie** (Santonastaso, Friederici, et Favaro 1999). Patton et al., dans un suivi prospectif sur trois années, rapportent que les adolescents (888 filles et 811 garçons) ayant eu des conduites de régimes sévères par rapport à la moyenne (objectivées sur l'« Adolescent Dieting Scale ») ont un **risque 18 fois plus élevé de développer un TCA trois ans plus tard, comparé à ceux qui n'ont pas effectué de régimes.** Ceux qui ont eu des conduites de régimes modérées ont un risque 5 fois plus élevé de développer un trouble alimentaire (spécifique ou « non spécifié ») (Patton et al. 1999). Kotler et al. dans un suivi de 17 ans d'une population féminine adolescente, rapportent que parmi les 1% ayant reçu le diagnostic de TCA « non spécifié », **12.5% développeront une anorexie mentale en tant que jeune adulte** (Kotler et al. 2001).

La majorité des adolescents avec des troubles alimentaires « non spécifiés » évoluent vers une rémission symptomatique, qui peut être expliquée par la haute fréquence de changements développementaux observée à cette classe d'âge et par la diversité des stratégies d'ajustement utilisées par les adolescents (Chamay-Weber, Narring, et Michaud 2005).

Cependant, il semble que la moitié des jeunes filles ou des femmes présentant des troubles non spécifiés consultera dans les années suivantes pour des altérations significatives de leur santé physique et de leur adaptation psychosociale (Johnson et al. 2002), ce qui souligne que **les exigences diagnostiques actuelles contribueraient grandement à des retards de diagnostic et de prise en charge** (Fairburn et al. 2007).

De plus, même si la proportion d'adolescent développant au décours un véritable trouble clinique n'est pas connue ; l'intensité de la souffrance, la diversité des parcours et les répercussions sur la vie sociale démontrent l'importance de repérer et de prendre en charge ces troubles atypiques qui demeurent trop souvent banalisés (Vust. S 2010).

3.3.5. Les changements du DSM 5 :

Les auteurs du DSM 5 ont tenté de répondre à cette problématique des troubles alimentaires « non spécifiés » de plusieurs manières. Premièrement, ils ont élargi les critères diagnostiques de l'anorexie mentale et de la boulimie afin de pouvoir cibler les formes subcliniques apparentées aux troubles princeps. En ce sens, **l'aménorrhée (critère D du DSM-IV-TR) n'est plus un critère diagnostique de l'anorexie mentale** (car présence de cas avec activité menstruelle ponctuelle, et critère difficilement applicable aux formes pré pubères, aux femmes avec une contraception orale ou post-ménopausées, ainsi qu'aux hommes). De la même manière, pour le diagnostic de boulimie, **la fréquence des crises et des comportements compensatoires (critère C du DSM-IV-TR) a été réduite à une crise par semaine minimum sur une période de 3 mois**. Secondairement, ils ont individualisé une nouvelle entité spécifique : l'« hyperphagie boulimique » (« binge eating disorder ») qui était auparavant pré individualisée dans le DSM-IV-TR et qui appartenait aux troubles non spécifiés. Troisièmement, la catégorie diagnostique résiduelle a été renommée en « **Food and Eating Conditions Not Elsewhere Classified** », avec la description de plusieurs entités pathologiques telles que l'anorexie atypique, l'hyperphagie nocturne ou bien encore la boulimie infra clinique (tableau 2). Bien que la parution du DSM 5 tende à diminuer les difficultés liées à cette catégorie de troubles du comportement alimentaire non spécifiés (Martin M. Fisher. et al 2014), les troubles alimentaires spécifiques retrouvés chez le sportif de haut niveau ne sont pas abordés.

Atypical Anorexia Nervosa	Tous les critères de l'anorexie mentale sont présents, excepté que, malgré une perte pondérale significative, le poids du sujet est dans les normes ou au dessus de la normale.
Subthreshold Bulimia Nervosa (low frequency or limited duration)	Tous les critères de la boulimie nerveuse sont présents, sauf que les crises et les comportements compensatoires surviennent moins d'1 fois par semaine et/ou sur une période inférieure à 3 mois.
Subthreshold Binge Eating Disorder (low frequency or limited duration)	Tous les critères de l'hyperphagie boulimique sont présents, sauf que les crises surviennent moins d'1 fois par semaine et/ou sur une période inférieure à 3 mois.
Purging Disorder	Comportement compensatoires récurrent dans un but de perte pondérale, tels que vomissements provoqués, mésusage de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments, en l'absence de crise de boulimie. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle, et/ou il y a une peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse.
	Episode récurrent de repas nocturnes, défini comme des prises alimentaires après un réveil en cours de nuit, ou une alimentation excessive après le dîner du soir. La sensation de faim est consciente et récurrente.

Night Eating Syndrome	Le syndrome d'hyperphagie nocturne n'est pas expliqué par des influences externes, comme par exemple des changements dans les rythmes de vie ou par des normes sociales. Ce trouble n'est pas mieux expliqué par l'hyperphagie boulimique, un autre trouble psychiatrique, un abus ou une dépendance à une substance, un effet secondaire ou encore une autre pathologie médicale.
Other Feeding or Eating Condition Not Elsewhere Classified	Il s'agit d'une catégorie diagnostique résiduelle pour les troubles cliniquement significatifs, correspondant à la définition des « FECNEC », mais ne remplissant les critères pour aucun des troubles.

Tableau 2 : critères DSM 5 « Feeding and Eating Conditions Not Elsewhere Classified » (American Psychiatric Association. 2013a)

3.3.6. Conclusion :

Les troubles du comportement alimentaire « non spécifiés » sont fréquents. Ils touchent la majorité des patients atteints de troubles alimentaires et exposent au risque de développer une anorexie mentale ou une boulimie. Du fait du manque de critères diagnostiques positifs, de l'hétérogénéité des sous populations présentant des troubles alimentaires non spécifiés, **aucune stratégie préventive ou curative spécifique n'a encore été établie par les experts**. Les conséquences de ces troubles « non spécifiés », par le manque d'intérêt qu'ils suscitent, sont une absence de consensus de dépistage, de prise en charge et une méconnaissance des facteurs pronostiques (Chamay-Weber, Narring, et Michaud 2005). **L'HAS, dans son troisième point d'amélioration (HAS 2010, RBP p27), encourage à effectuer des travaux spécifiques sur les formes subsyndromiques et dans les populations à risque.**

Parmi ces populations figurent les sportifs de haut niveau (HAS 2010, RBPp7), qui du fait des contraintes inhérentes à leur pratique présentent des formes atypiques et des possibilités de prise en charge propre à leur discipline et à leur psychopathologie. Depuis une vingtaine d'années et avec l'augmentation de l'intérêt de la communauté scientifique concernant les athlètes, deux entités spécifiques ont émergé dans les différentes études ; Il s'agit de l'« Anorexie Athlétique » et de la « Dysmorphie Musculaire », que nous allons maintenant détailler tant sur le plan clinique que psychopathologique.

3.4. L'ANOREXIE ATHLETIQUE

3.4.1. Description clinique :

3.4.1.1. Historique :

Introduit par Beim et Stooned dans les années 1990, le concept d' « anorexie athlétique » **se base sur l'idée que les athlètes constituent une population singulière**, en regard des critères associés à l'entraînement, aux modalités alimentaires et à un certain profil psychologique. Pour Afflelou, l'anorexie athlétique correspond **cliniquement à une perte de poids par le biais de méthodes de contrôle pondéral (jeûne, vomissements, coupe faim, laxatifs, diurétiques et autres) afin de maintenir un bon niveau de performance**. En effet, de nombreux facteurs liés à l'entraînement, à la nutrition, et au profil psychologique demandent **d'interpréter différemment les symptômes** des troubles relatifs aux troubles du comportement alimentaire présents chez l'athlète.

3.4.1.2. Aspects cliniques :

L'anorexie athlétique peut être définie comme un état de réduction de l'apport énergétique et une diminution du poids malgré un bon niveau de performance.

La principale caractéristique est que la réduction du poids corporel et de la masse grasse est reliée à la performance et non à l'apparence ou à la préoccupation corporelle. Ceci n'exclue pas qu'elle puisse se développer secondairement surtout s'il y a comparaison des athlètes entre eux et corrélation de leur masse grasse avec les résultats sportifs obtenus (Afflelou, Duclos, et Simon 2004). L'athlète est souvent convaincu que la minceur est synonyme de forme physique et par conséquent de performance, faisant de cette caractéristique un pré requis à la performance. Ainsi, si chez les sédentaires, le désir de maigrir est une fin en soi, **chez le sportif il est un moyen, s'accompagnant de la volonté d'augmenter la performance.**

Donc, ici, **l'initiation du régime ou de l'exercice physique est volontaire et / ou basé sur des recommandations de l'entraîneur**. La perte de poids est soumise à la diminution aussi bien quantitative que qualitative des apports mais aussi à une augmentation du volume et de l'intensité de l'entraînement. Les variations d'activité physique peuvent induire des **cycles, répétés de perte et de reprise de poids, caractéristiques de l'anorexie athlétique**. Ainsi le

maintien d'un faible poids chez certains athlètes peut faire craindre l'évolution vers un trouble clinique (Afflelou Sabine 2009). Ces comportements anormaux doivent être **temporaires**. L'anorexie athlétique ne doit plus persister après l'arrêt de la carrière, ni pendant les phases d'interruptions transitoires de l'activité physique (blessures, suspensions).

Les signes communs avec l'anorexie mentale sont **la puberté retardée, les troubles des règles, la peur de devenir obèse, les restrictions alimentaires associées aux vomissements et abus de laxatifs**.

L'anorexie athlétique se **distingue des troubles cliniques** par trois principales caractéristiques :

- La restriction présente dans l'anorexie athlétique a comme finalité la volonté d'augmenter la performance.
- La variation pondérale, qui s'inscrit dans des cycles de prise et de perte de poids serait dépendante des charges d'entraînement.
- Les troubles relatifs à l'anorexie cesseraient à la fin de la carrière de l'athlète et ne seraient que transitoire.

Les signes cliniques peuvent apparaître de manière isolée ou simultanément, **ce qui rend difficile le diagnostic précoce et la prise en charge de l'anorexie athlétique**. Filaire et al. proposent en 2008 une série de critères (cf tableau 1) permettant d'orienter le diagnostic vers une anorexie athlétique et devant pousser le clinicien à rechercher d'autres arguments en faveur de ce trouble. Cette démarche a pour objectif de limiter les retards diagnostiques fréquents et de mettre en place des stratégies de prise en charge précoce.

- Perte de poids supérieure à 5% du poids idéal
- Retard de la ménarche (supérieure à 16 ans)
- Troubles du cycle menstruel (aménorrhée ou oligoaménorrhée)
- Problèmes gastro-intestinaux
- Absence de maladie ou pathologie psychologique justifiant la perte de poids
- Représentation du physique déformée
- Peur excessive de prendre du poids et/ou de devenir obèse
- Restriction alimentaire (inférieure à 1200 kcal/j)
- Utilisation de méthodes purgatives
- Épisode d'hyperphagie
- Pratique physique de manière compulsive

Tableau 1: Critères permettant de déceler une anorexie athlétique (Filaire, Rouveix, et Bouget 2008)

Par ailleurs, les sportives ainsi que les témoins (sportives sans troubles du comportement alimentaire avérés) qui suivent des régimes pour améliorer leurs performances, sont très influencées par les personnes ayant autorité (coach, encadrant). Bien que les troubles du comportement alimentaire soient souvent considérés comme une caractéristique féminine, **un nombre croissant d'hommes partagent aussi cette affection**. La survenue de ces troubles aurait la même origine dans les deux sexes : elle serait consécutive à des **périodes de régime** (13% pour les hommes, 60% pour les femmes) et à **des blessures** (25% aussi bien chez les hommes que chez les femmes) (Jorunn Sundgot-Borgen et Torstveit 2004). Si les sports collectifs ne sont pas considérés comme des pratiques à risque en ce qui concerne le développement des troubles du comportement alimentaire, Sundgot Borgen and Torstveit ont noté une **augmentation de 5% entre 1990 et 1997** chez les athlètes féminines pratiquant ces sports (Jorunn Sundgot-Borgen et Torstveit 2004).

Ce trouble alimentaire subclinique témoigne d'une souffrance psychique importante par la rigidification des comportements alimentaires de l'individu et le besoin compulsif d'augmenter les charges d'entraînement. **Elle marque souvent l'entrée dans une quête exclusive de performance, venant shunter les processus psychiques douloureux difficilement élaborables, antérieurement apaisés par l'exercice physique**. Progressivement toute l'énergie psychique et l'espace mental du sujet est centrée sur ces stratégies de contrôle pondéral, de performance et de volume d'entraînement. Les apports caloriques réduits, les entraînements poussés **renforcent les difficultés psychiques par leurs effets intrinsèques** : fatigue, dénutrition, phénomène de tolérance. Ces processus peuvent secondairement s'autonomiser, marquant l'entrée dans un trouble anorexique avéré. Bien souvent, il s'agit d'angoisses de séparation, de problématiques de deuil, d'anxiété de performance, de bases narcissiques fragiles qui se masquent derrière cette focalisation sportive.

3.4.1.3. Conséquences somatiques :

Les conséquences de ces restrictions à long terme affectent la composition corporelle **mettant en péril la santé de l'athlète**, se traduisant par une augmentation des risques cardiovasculaires, des troubles métaboliques et un dérèglement endocrinien associé à la fonction reproductive (Sudi et al. 2004). Chez les filles on retiendra un retard de règles, des irrégularités de cycles, une diminution de la genèse osseuse et une augmentation de la fréquence des blessures. L'hypo-oestrogénie peut entraîner des anomalies du squelette, une

baisse de la densité osseuse, des scoliozes, ainsi que des fractures de stress. La diminution de graisse par le biais de la leptine modifie aussi la régulation énergétique. Une faible disponibilité énergétique peut interrompre le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

3.4.2. Critères diagnostiques :

Actuellement, **il n'existe pas de critères diagnostiques spécifiques de l'anorexie athlétique dans les classifications internationales.** Ce trouble appartient donc aux « Other Feeding or Eating Condition Not Elsewhere Classified » du DSM 5, catégorie résiduelle des troubles non spécifiés.

Logiquement, **il n'existe pas encore d'outil diagnostique scientifiquement validé pour identifier parmi la population des sportifs de haut niveau, les athlètes souffrant d'anorexie athlétique.** L'utilisation de l'indice de masse corporelle à ces fins est problématique puisque plusieurs athlètes, sans être atteints d'anorexie athlétique ont un IMC inférieur au poids et au taux de masse grasse attendus pour l'âge et la taille, tandis que d'autres souffrant d'anorexie athlétique ont un IMC normal. Des différences significatives ont été observées au niveau des paramètres anthropométriques et du pourcentage de masse grasse chez les athlètes suivant les disciplines sportives pratiquées. Certains athlètes avec un IMC normal, diminuent fréquemment leurs apports caloriques pour participer à des compétitions, dans des catégories de poids inférieures, ou pour optimiser l'oxydation des graisses lors d'activités sportives d'endurance. Tous ces éléments plaident pour l'élaboration **d'outils diagnostiques plus sensibles dans la discrimination des sujets atteints d'anorexie mentale et ceux atteints d'anorexie athlétique, et dans l'identification de sujets souffrant de symptômes d'anorexie athlétique indépendamment de leur physique et/ou de leur sport.**

Récemment, un instrument basé sur l'activité physique a été développé, l'« **Exercise Orientation Questionnaire** » (questionnaire d'exposition à l'activité physique), pour identifier les individus à risque de troubles alimentaires. Cet outil différencie les patients atteints de TCA des patients-contrôle exempts de TCA, avec un même IMC bas dans la gamme anorectique (Yates et al. 2001). A la même période, Affenito et al ont développé un autre instrument, le « **Female Athletic Screening Tool** » (FAST), explorant les aspects des comportements alimentaires, de la relation au poids et à l'exercice physique (Y. Kimberly et MS. McNulty 2001)(S.G. Affenito 1998). Ces outils seront réabordés dans la partie VII.

Les deux difficultés rendant compliqué l'établissement de critères spécifiques de l'anorexie athlétique sont le **profil clinique hétérogène**, et la **proximité avec les conduites alimentaires typiques de certains sports**. En effet, en fonction du type de pratique, l'anorexie athlétique peut prendre différentes formes, bénéficiant d'un profil clinique hétérogène, avec des IMC, des habitudes alimentaires, et des cycles qui varient. De plus, il est difficile de savoir si les comportements alimentaires anormaux dans un sport particulier sont une conséquence d'un trouble du comportement alimentaire sous-jacent ou sont typiques des athlètes de haut niveau, le risque étant ici de surdiagnostiquer en population sportive.

3.4.3. Pronostic :

La chance d'obtenir une rémission après un trouble alimentaire non spécifié comme l'anorexie athlétique est plus importante qu'après une anorexie mentale ou une boulimie nerveuse (Fairburn et Harrison 2003).

L'anorexie athlétique devrait logiquement disparaître à l'arrêt de la carrière sportive; autrement dit, les symptômes décrits plus haut sont censés être temporaires. L'anorexie athlétique est corrélée à un meilleur pronostic évolutif et donc à un taux de guérison plus important que celui de l'anorexie mentale. Mais il semblerait que parmi les athlètes atteints d'anorexie athlétique, les sujets qui maintiendraient un IMC bas seraient plus à risque de développer une anorexie mentale typique. Ceci pose la question du dépistage précoce des athlètes à risque de développer un TCA (anorexie mentale, ou boulimie).

3.4.4. Risque évolutif :

On connaît peu de chose sur l'évolution de l'anorexie athlétique, et en particulier si la relation entre les comportements anormaux dans une discipline donnée est une conséquence d'un trouble alimentaire sous-jacent ou bien une typicité des athlètes de haut niveau (Sudi et al. 2004). L'anorexie athlétique, qui ne remplit pas tous les critères de l'anorexie mentale, a souvent été décrite comme un trouble alimentaire subclinique. Plusieurs auteurs pensent les **troubles alimentaires comme étant un continuum allant des comportements alimentaires anormaux tels les EDNOS et l'anorexie athlétique aux troubles alimentaires cliniques**

(Franko et Omori 1999)(Jorunn Sundgot-Borgen et Torstveit 2004)(Sudi et al. 2004)(Afflelou Sabine 2009).

3.4.5. Intérêts de la description d'une entité clinique spécifique :

Pour mémoire, citons la triade de l'athlète, telle qu'elle a été définie par l'American College of Sports Medicine en 1992, regroupant classiquement une anorexie, une aménorrhée et une ostéoporose, sans liens psychopathologiques clairement formulés (les deux dernières découlant physiologiquement de la première). **La description de cette entité clinique avait permis l'établissement de recherches diverses sur les modes de prise en charge précoce mais aussi de prévention.** Nous convenons que cette entité, aux aspects somatiques et physiologiques dominants, a été bien acceptée par la communauté sportive.

L'anorexie athlétique se différencie par sa valence psychopathologique, **venant à la fois remettre en question l'invincibilité physique et le mental des sportifs d'élite mais aussi pointer du doigt les méthodes d'accompagnement et d'entraînement.** Définir l'anorexie athlétique dans ce contexte permettrait d'attirer l'attention des médecins et cadres sportifs sur une population vulnérabilisée, pour laquelle la précocité des pratiques et la nécessité de minceur imposée par certaines disciplines peuvent induire des comportements alimentaires restrictifs et mettre en jeu des mécanismes cognitifs capables d'induire d'authentiques troubles alimentaires. Malgré les résistances liées aux soubassements psychopathologiques de ce trouble, de nombreuses études évaluant l'anorexie athlétique ont déjà été publiées, montrant une **discordance importante entre l'intérêt scientifique affiché et l'absence de considération par les décideurs et les fédérations sportives.**

3.5. LA DYSMORPHIE MUSCULAIRE

A côté de l'anorexie athlétique, un second trouble touchant la sphère alimentaire est pathognomonique du milieu sportif. Il s'agit de la dysmorphie musculaire, initialement décrite sous le terme d' « anorexie inverse » par Pope en 1993.

3.5.1. Description clinique de l'anorexie inverse :

3.5.1.1. Historique :

Cette forme clinique a été décrite aux Etats Unis en 1993 par Pope et coll. sous le terme d' « Anorexia Nervosa Reverse », en observant les conduites liées aux transformations corporelles et les troubles de l'image du corps qui leur étaient associés, chez certains hommes bodybuilder (Pope Jr., Katz, et Hudson 1993). Ainsi, ils ont décrit au sein d'une population de culturistes, des troubles du comportement alimentaire associés à une consommation de dopants. Ce choix de terminologie est basé sur les caractéristiques comportementales et cognitives communes entre ces patients et ceux souffrant d'anorexie mentale, ainsi que sur la prévalence d'antécédents d'anorexie mentale dans cet échantillon de population (13% chez les hommes, 47% chez les femmes). Par la suite, il a renommé ce trouble « **dysmorphie musculaire** » et l'a classé comme sous type des troubles dysmorphophobiques. Dans la littérature se trouve le terme de « bigorexie » pour décrire cette pathologie récente, qui reste assez confusiogène car il ne s'agit en aucun cas d'un « gros appétit » de la personne atteinte du trouble.

En effet, les sujets investis dans une activité de musculation et utilisant des stéroïdes anabolisants sont plus volontiers sujets **aux préoccupations concernant l'image du corps** que les sujets sportifs non consommateurs. La perception d'un corps trop maigre vient justifier la prise de stéroïdes anabolisants en vue d'augmenter la masse musculaire (Cole et al. 2003). **Ces sujets présentent des éléments psychopathologiques fréquemment associés aux troubles alimentaires, comme le confirment leurs scores plus élevés à l'Eating Disorders Inventory** (Cole et al. 2003). Les scores les plus élevés sont retrouvés chez ceux présentant une dépendance aux produits. Ils se distinguent des sujets sains par des scores plus élevés aux échelles de capacités intéroceptives, de crainte de la maturité et de sentiment d'inefficacité et de difficultés de relations interpersonnelles.

Lorsque ces conduites alimentaires et cette consommation de produits dopants sous tendent un trouble de l'image du corps et que la recherche effrénée de musculation mène l'ensemble des activités mentales et physiques du sujet, Pope l'inscrit dans le cadre de la pathologie.

3.5.1.2. Généralités :

L'« anorexia nervosa inverse » se caractérise par **un trouble de l'image du corps**. Il se traduit par l'impression d'être toujours trop maigre ou jamais assez musclé. L'ensemble des activités mentales et physiques est centré de façon obsessionnelle sur l'insuffisance de volume musculaire. Les **conduites de transformation corporelle** s'attachent de façon compulsive à augmenter la masse musculaire à travers **des exercices intensifs** et quotidiens de musculation et l'**utilisation de produits anabolisants**.

La consommation de produits dopants est particulièrement fréquente et a pour but avoué de se rapprocher au plus près de **cet idéal masculin musclé**, désir qui serait directement en lien avec une faible estime de soi (Leone, Sedory, et Gray 2005). Le caractère pathologique de la conduite fait l'objet d'un **déni**, tout comme les conséquences néfastes sur le plan somatique, social, affectif et professionnel qu'elle occasionne. En effet, les relations interpersonnelles sont réduites, l'impact financier des achats de produits diminue la qualité de vie, les obsessions corporelles induisent des contraintes temporelles et des angoisses incompatibles avec une vie sociale et une sexualité, retranchant le sujet dans des **conduites d'évitement**. Ces conséquences néfastes n'empêchent pas la poursuite de ces conduites. D'ailleurs, l'arrêt de ces conduites provoque un sentiment de culpabilité et de malaise général.

Les sujets présentant une telle symptomatologie sont fréquemment investis dans une pratique de culturisme en compétition, de lutte mais également dans des activités de musculation et centres de remise en forme. **Il est probable que les sujets se percevant trop maigres ou peu musclés soient volontiers amenés à s'investir dans de telles activités** (Cole et al. 2003). Cette constatation oriente vers une souffrance psychique princeps, préalable aux conduites sportives. Cependant, cette souffrance peut se retrouver exacerbée de par ces mêmes conduites, montrant la **circularité de la problématique** alimentaire chez les sportifs. Les risques de cette pathologie sont multiples, à la fois **physiques** (surentrainement, blessures), toxicologiques (conduites dopantes), **nutritionnels** (troubles du comportement alimentaire) et **psychiques** (décompensation d'un état pré morbide, notamment dépressif).

Le lien entre dépression et dysmorphie musculaire fait l'objet de nombreux travaux. Le lien est bidirectionnel, les patients souffrant de dysmorphie musculaire expérimentent de nombreuses pensées négatives et des comportements pathologiques augmentant le risque de survenue de symptômes dépressifs. A l'inverse, le patient dépressif peut développer une dysmorphie musculaire comme stratégie de lutte contre l'effondrement. La dépression est donc

à la fois un facteur prédictif, une comorbidité et une complication possible de la dysmorphie musculaire.

3.5.1.3. Liens avec les troubles alimentaires :

Les similarités entre les TCA et la dysmorphie musculaire sont multiples. Les apports alimentaires, la régulation pondérale ainsi que le recours à l'exercice physique intense font partie de la présentation clinique. De plus la sévérité des symptômes alimentaires est indépendante du degré d'exercice musculaire (Murray et al. 2012). **Il existe un sex ratio polarisé à valence masculine, un début fréquent dans l'adolescence, des taux de prévalence similaires, des changements fréquents de diagnostic avec le temps (anorexie, boulimie), des preuves d'une transmission familiale, et certains travaux laissent présager des taux de réponses similaires aux mêmes approches thérapeutiques** (Murray et al. 2010). Murray suggère que la poursuite pathologique de prise de masse dans la dysmorphie musculaire et de la perte de poids dans l'anorexia nervosa sont des extrêmes culturels d'un même spectre dimensionnel de la psychopathologie de l'image corporelle.

Ces comportements sont généralement la prise d'apports alimentaires toutes les trois heures, même en l'absence d'appétit, la consommation d'une certaine ration de protéines par jour, le calcul macro nutritionnel et calorique de chaque repas ainsi que des conduites restrictives. Ces désordres alimentaires engendrent cependant **moins d'angoisses sur la prise des repas** (manger en présence d'autrui, angoisses associées à la prise du bol alimentaire, peur de perte de contrôle). Ceci est attendu du fait de l'objectif de prise de masse, le repas prenant une fonction dopante : « you can't grow unless you eat big ». L'utilisation des produits dopants semble s'intégrer dans des équivalents symptomatiques des conduites de contrôle de pondéral.

Les patients ont une perception pathologique de leurs compétences physiques et musculaires, sont insatisfaits de leur physique, ont une faible estime d'eux mêmes, se trouvent moins attractifs, ont tendance à continuer l'entraînement malgré la présence de blessures et ils usent fréquemment de substances anabolisantes (Sokolova et al. 2013). Certaines caractéristiques psychologiques comme le perfectionnisme et l'ascétisme sont communes aux bodybuilder et aux patients souffrant de troubles alimentaires. Les premiers recherchent une augmentation de volume musculaire et les seconds la maigreur, tout en attribuant une grande

valeur à la finesse du corps et en diabolisant la graisse, avec une restriction idéatoire autour du corps et de l'alimentation (Afflelou. S 2010).

3.5.2. Critères diagnostiques :

Les critères proposés par Pope et al. (1997) utilisent la même présentation que celle du DSM-IV TR et se basent sur les critères des dysmorphophobie. Ces critères ont été acceptés et utilisés par la plupart des cliniciens et chercheurs malgré l'absence des preuves scientifiques de leur validité (Nieuwoudt et al. 2012). **Ces critères font actuellement référence.**

A. Preoccupation with the idea that one's body is not sufficiently lean and muscular. Characteristics associated behaviours include long hours of lifting weight and excessive attention to diet.

B. The preoccupation is manifested by at least two of the following criteria :

1. The individual frequently gives up important social, occupational or recreational activities because of a compulsive need to maintain his or her workout and diet schedule.
2. The individual avoids situations where his or her body is exposed to others, or endures such situations only with marked distress or intense anxiety.
3. The preoccupation about the inadequacy of body size or musculature causes clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning.
4. The individual continues to workout, diet, or use ergogenic (performance enhancing) substances despite knowledge of adverse physical or psychological consequences.

C. The primary focus of the preoccupation and behaviours is on being too small or inadequately muscular, as distinguished from fear of being fat as in anorexia nervosa, or a primary preoccupation only with other aspects of appearance as in other form of body dysmorphic disorder.

Critères de Pope et al. de la « Muscle Dysmorphia »(Pope Jr. et al. 1997)

3.5.3. Epidémiologie :

Bien que la dysmorphie musculaire touche les deux sexes, la prévalence est plus élevée chez les hommes. Ce trouble toucherait environ 10% des bodybuilders et apparaîtrait entre 15 et 30 ans (Morgan, 2008* cité par (Sokolova et al. 2013)).

En lien avec les modifications sociales récentes et le culte du corps parfait, le nombre de patients souffrant de dysmorphie musculaire est en augmentation constante. Les sports les plus touchés sont les sports dits « à prise de masse » avec notamment l'haltérophilie, la lutte mais aussi le rugby de manière plus récente, en lien avec les modifications morphologiques de ces sportifs.

3.5.4. Actualités de la dysmorphie musculaire :

3.5.4.1. Les débats nosographiques :

La dysmorphie musculaire est reconnue par les chercheurs comme étant une composition de symptômes caractéristiques d'un trouble psychique. Du fait de la richesse symptomatologique du trouble, les cliniciens peinent à se mettre d'accord en ce qui concerne son appartenance nosographique. En effet, la dysmorphie musculaire peut théoriquement s'apparenter aux troubles du comportement alimentaire, aux troubles obsessionnels compulsifs et aux dysmorphophobies corporelles (Murray et al. 2010). **Les débats récents concernant la dysmorphie musculaire étaient jusqu'alors centrés son statut nosologique.** Oliviarda et Pope. classent cette forme pathologique parmi les troubles dysmorphophobiques, sous type des troubles somatoformes.(Pope Jr. et al. 1997). Murray et al. rattachent ce trouble aux troubles du comportement alimentaire en s'appuyant sur l'hypothèse du continuum pathologique des troubles alimentaires (Murray et al. 2010). Enfin, Leone le rattache aux troubles obsessionnels compulsifs, l'aboutissement à une musculature parfaite et à une image corporelle idéale étant devenu une obsession, la compulsion correspondant aux moyens mis en œuvre pour achever ce désir de perfection corporelle (Leone, Sedory, et Gray 2005).

Jusqu'alors, la dysmorphie musculaire était classée dans le DSM IV TR comme sous type des troubles somatoformes (American Psychiatric Association. 2000), ainsi que dans la CIM 10 (Organisation Mondiale de la Santé. 2000).

3.5.4.2. Changement de paradigme dans le DSM 5 :

Le DSM 5 a retenu la dernière hypothèse de travail et a donc reclassé la dysmorphie musculaire comme **sous catégorie des troubles obsessionnels compulsifs** (American Psychiatric Association. 2013b). Les troubles obsessionnels compulsifs sont caractérisés par

des obsessions et des compulsions assez sévères pour être source d'angoisses, pour être chronophage ou pour induire un retentissement social. Bien que classé à l'extérieur de la catégorie des troubles alimentaires, les auteurs s'accordent pour son appartenance aux troubles alimentaires spécifiques aux sportifs (Afflelou, Duclos, et Simon 2004; Filaire, Rouveix, et Bouget 2008; Afflelou. S 2010).

3.5.4.3. La constante sportive du trouble :

Ce débat nosographique tente de déterminer si les obsessions alimentaires et les compulsions sportives sont primaires, ou secondaires à la dysmorphophobie corporelle, à des idées obsédantes ou bien encore à un conflit intrapsychique. Au delà de cette approche théorique, la clinique met en évidence des constantes, à savoir la pratique sportive intensive ainsi que la mise en place de régimes alimentaires spécifiques. **Historiquement la pathologie a été décrite chez des bodybuilders, mais celle-ci se rencontre de plus en plus dans les sports à prise de masse, remettant en question le concept de linéarité initial au profit d'un paradigme plus circulaire.**

La question de la dysmorphie musculaire cible particulièrement les sportifs et les instances du sport de haut niveau. Certaines fédérations ont des critères de sélections incluant, outre le niveau de pratique, **des critères anthropométriques**, pouvant éloigner les sportifs des réalités des normes corporelles et induire ce type de trouble. Ne pas prendre suffisamment de volume reviendrait à abandonner la source de narcissisme secondaire la plus importante, générant des angoisses massives, pouvant favoriser la survenue du trouble. L'individu, pris dans l'engrenage sportif, ne peut plus faire marche arrière, et doit se soumettre à ces critères pour ne pas renoncer à son idéal sportif et s'effondrer psychologiquement. Paradoxalement, adhérer malgré lui à ces contraintes irréelles, va aussi induire une souffrance psychique importante, mais moins visible et palpable, car encore plus décentrée sur le corps et refoulée. **De plus ces habitudes alimentaires, conseils diététiques et prises d'anabolisants sont dans certains cas induits voire recommandés par les coachs, les entraîneurs, mais aussi les médecins du sport, et ce malgré qu'une régulation excessive ou obsessionnelle du poids ou du volume puisse être nocif pour la santé des personnes concernées** (Nieuwoudt et al. 2012). La recrudescence de ce type de trouble, au delà des bodybuilders comme initialement décrit, en lien avec la modification de la gérance sportive et des critères de sélections, invite à repenser au suivi psychologique des sportifs, ainsi qu'à la formation des encadrants. Ces points seront abordés dans les parties VII et VIII.

3.5.5. Hypothèses psychopathologiques :

3.5.5.1. Approche sociologique :

L'hypothèse sociologique met l'accent sur **la pression sociale s'exerçant sur l'image du corps masculin** depuis les années 70, conduisant à la comparaison permanente entre soi-même et les modèles masculins présentés, et à l'obsession du corps parfait.

Pope et al. considèrent que l'émergence d'hommes insatisfaits de leur corps et de leur musculature au sein de la population générale est due à la culture occidentale et serait responsable des distorsions de la perception de l'image du corps. En effet, le concept d'image corporelle masculine idéale à durant les vingt dernières années énormément changé. **La valorisation des hommes particulièrement musclés serait relayée par des références à la culture infantile dont les héros sont souvent hyper musclés avec des corps surdimensionnés, et créerait un état de confusion sur l'apparence standard qu'un homme se doit d'atteindre.** Parallèlement, Pope souligne le **rôle du changement des fonctions de genre** s'opérant depuis quelques années dans la société occidentale. L'insatisfaction corporelle serait désormais aussi présente chez les hommes que chez les femmes, allant dans le sens d'une musculature plus développée, à l'inverse des femmes qui recherchent un physique toujours plus mince.

Il associe à cette influence culturelle une **vulnérabilité narcissique** fondée sur une faible estime de soi, des difficultés familiales dans l'enfance, et une personnalité orientée vers la recherche de perfection, pour rendre compte de l'émergence de ce complexe chez de nombreux hommes aujourd'hui. **Cette hypothèse considère la multiplicité des facteurs sociaux, biologiques et psychologiques à l'origine de ce complexe.**

3.5.5.2. Approche psychodynamique :

L'anorexie mentale masculine témoigne d'une **identité psychosexuelle** fragile où le corps est investi dans sa dimension narcissique de façon globale sur un mode féminin. Finalement, il s'agit d'être « asexué », le corps effaçant les signes visibles du masculin. On en vient à se demander s'il n'y aurait pas de **nouvelles façons d'exprimer cette fragilité de l'identité psychosexuelle** (Charoy 2008). La recherche effrénée, addictive, d'une virilité exhibée dans la dysmorphie musculaire, à l'opposé de l'« asexuation » de l'anorexique, ne viendrait elle pas révéler une même problématique ? Ces deux mouvements inverses, en miroir, auraient ils une

base commune ? Les modifications sociétales des rôles semblent avoir dévoilé les problématiques d'identité psychosexuelle autrefois bien contenues par les repères extérieurs de ce qu'est « être un homme ».

L'investissement psychique du corps dans sa globalité semble être le support de l'identité masculine. Véléa remarque chez ces jeunes hommes, que les préoccupations liées à l'image de soi se traduisent également par une fréquence excessive de soins du corps et du visage, par la valorisation des choix vestimentaires, par l'inspection dans le miroir de la moindre imperfection et par « la peur panique qui découle de la découverte d'un tel signe » (Véléa 2002). Cette notion de beauté inscrit la dimension spéculaire au premier plan et l'investissement du corps dans sa globalité dans sa **capacité à venir concrétiser la valeur narcissique du sujet.** Selon certains auteurs, **les culturistes façonnent leur corps de sorte qu'il semble exister un écart entre le corps perçu et le corps idéalisé.** Pour Proia et Martinez, cette volonté de changement corporel est liée à une dépendance à un idéal esthétique avec surinvestissement narcissique et fantasme de toute puissance (Proia et Martineau 2004). **L'hypothèse psycho-dynamique est celle d'une souffrance profonde et ancienne, insoutenable émotionnellement qui s'exprime sur un mode opératoire, comportemental, par déplacement sur le corps des affects et de leur expression** (Proia. S 2007). Ainsi, selon le même modèle, la déstabilisation des instances familiales et sociales a pu favoriser l'émergence des expressions symptomatiques des fragilités du narcissisme.

Nous faisons l'hypothèse que les nouvelles normes sociales ont, avant tout, permis l'expression symptomatique plus fréquente de vulnérabilité narcissique et de fragilités de l'identité psychosexuelle préexistantes et que les stéréotypes sociaux masculins concernant le corps favorisent cette expression symptomatique représentée par la « dysmorphie musculaire ».

3.6. CONCLUSION

Cette partie nous a permis de parcourir les liens qu'il peut y avoir entre sport de haut niveau et troubles alimentaires. Nous avons remarqué que ces champions sont le plus souvent sujets à des troubles « non spécifiques », et que du fait des contraintes inhérentes au monde du sport, des troubles spécifiques tels l'anorexie athlétique et la dysmorphie musculaire se sont individualisés. Ce constat confirme l'hypothèse qu'il s'agit bien d'une **population singulière**

Ces troubles, malgré certaines bases psychopathologiques communes, restent différents sur le plan sémiologique ainsi que par le contexte dans lequel ils surviennent. Il s'agit en effet d'individus inscrits dans une dynamique de performance et évoluant au sein des fédérations sportives. Ces institutions fonctionnent souvent en vase clos, ont leurs propres règles, et constituent le **passage obligé sur le chemin de la réussite sportive**, nécessaire à l'économie psychique de ces jeunes champions. Bien que certains sportifs décompensent des troubles alimentaires, la majorité ne présente pas de problématique alimentaire. Nous allons maintenant aborder les différents **facteurs de risque spécifiques** que présentent ces sportifs, pour tenter de comprendre ce qui fait que, au sein d'une même fédération, d'un même sport, ou bien encore pour des sportifs ayant le même niveau de performance, certains décompensent sur des pathologies alimentaires alors que d'autres ne présentent pas de troubles.

4. FACTEURS DE RISQUE DE TROUBLES ALIMENTAIRES CHEZ LE SPORTIF

Le développement des troubles alimentaires chez un individu est multifactoriel, il en est de même chez le sportif de haut niveau. Les influences que l'athlète subi sont multiples et relèvent de facteurs socioculturels, interpersonnels et individuels. A leur tour, ces derniers se divisent en facteurs **biologiques, héréditaires, comportementaux et psychologiques**. Selon la formule d'Olievenstein, l'addiction résulte de l'interaction entre une personnalité, un objet, et son environnement. Nous étudierons donc successivement trois catégories de facteurs psychosociaux ayant un rôle majeur dans le développement de troubles alimentaires chez le sportif : les **facteurs liés à l'individu** dont font partie les facteurs biologiques, les **facteurs liés au sport**, et enfin les **facteurs liés à l'environnement**. Cette liste n'est pas exhaustive mais permet d'aborder les points les plus significatifs et spécifiques qui font le lit des troubles alimentaires en milieu sportif.

4.1. LES FACTEURS INDIVIDUELS

4.1.1. Psychosociaux :

4.1.1.1. Le sexe :

A l'instar de la population générale, **les femmes sportives seraient plus à risque de développer un trouble alimentaire que les hommes sportifs** (Filaire et al. 2007)(Stéphanie Scoffier et d' Arripe-Longueville 2012). Ce sex ratio peut s'expliquer en dehors des facteurs génétiques par le rôle fondamental dans ces affections des transformations pubertaires, tant physiques que psychologiques, et le fait que la « problématique narcissique », centrale dans la pratique sportive et les TCA, se joue, chez la femme, au niveau de l'apparence (d'où l'utilisation défensive du corps), là ou chez les hommes, elle peut se jouer au niveau de l'affirmation virile (Corcos M et Jeammet, P 2002). Mais comme nous l'avons vu avec la description de l'anorexie inverse, l'expression du trouble peut se traduire différemment d'un sexe à l'autre. **Il ne faut donc pas minimiser les risques d'anorexie masculine en milieu sportif.**

4.1.1.2. La fragilité de l'adolescence :

Les pathologies alimentaires peuvent renvoyer à **l'histoire évènementielle du sujet pendant son enfance**, qu'il s'agisse des troubles somatiques ou psychiques (hyperactivité avec troubles de l'attention, dépressivité, plaintes psychosomatiques...) survenus à cette période, des évènements de vie traumatiques (conflits, deuils, séparation traumatique, abandon, défaillance du cadre éducatif, antécédents de troubles psychiatriques ou addictifs chez les parents...) ou des carences affectives précoces. **Ainsi le sujet qui présentera des failles dans l'élaboration de son narcissisme primaire pourra utiliser à des fins défensives la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défaillante ou menaçante.**

Lors de la réactualisation des conflits œdipiens à l'adolescence, la tendance à désinvestir tout ce qui pourrait être affectif et donc potentiellement dangereux, « peut se traduire par un surinvestissement factuel de la réalité externe, avec, par exemple, une recherche de maîtrise corporelle visant la transformation du corps érogène en corps machinal, ou le recours à la sensation comme équivalent d'une relation. » (Carrier. C 2002) , afin de retrouver un semblant de sécurité interne. **Le cadre sportif, avec ses différents systèmes pare-excitants, peut alors représenter à ses yeux une solution pour contenir les nombreuses tensions qu'il rencontre à l'adolescence.** L'entrée en compétition exige une maîtrise tant gestuelle que corporelle ou encore émotionnelle, et sera un terrain privilégié d'expérimentation de la prise de risques (Prétagut. S 2005).

La rigidification des comportements alimentaires allant jusqu'à l'adoption de méthodes restrictives répond non seulement aux contraintes de la discipline, mais aussi à la **tendance de toute-puissance de la population adolescente.** Ainsi, à cette période de vie, le sport permet une transformation agie du corps via les entraînements. Il semble que ces manifestations soient le témoignage d'une dépressivité difficilement mentalisable et dont l'expression prend essentiellement une figuration comportementale et corporelle (Corcos M et Jeammet, P 2002). Ceci permet d'éviter la représentation trop claire et douloureuse du conflit. **La fragilité narcissique, les remaniements identitaires, la difficulté des enjeux face à la performance sont autant de facteurs de vulnérabilité vis-à-vis des troubles alimentaires.**

Il est nécessaire de rappeler que l'adolescence signe la plupart du temps l'engagement intensif dans une pratique sportive et va donc déterminer la fonction que va prendre cet investissement dans l'économie psychique du sujet en devenir.

4.1.1.3. L'estime de soi :

L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi même. Pour Lawrence, elle résulte de l'évaluation individuelle de la divergence entre l'image de soi et le Soi idéal. Il s'agit à la fois de croyances, d'attitudes et de sentiments que les individus ont d'eux-mêmes (Filaire, Rouveix, et Bouget 2008). **L'estime de soi serait un des facteurs clef de l'obsession du corps et de la prise de poids** (Stéphanie Scoffier et d' Arripe-Longueville 2012). En effet une faible estime de soi est souvent considérée comme un facteur de vulnérabilité vis-à-vis des troubles du comportement alimentaire. Dans la vie quotidienne, une faible estime de soi entraîne une insatisfaction corporelle et une image négative du corps entraînant généralement des troubles alimentaires. Cependant, plusieurs travaux en population sportive n'ont pas observé d'effets significatifs de l'apparence physique perçue sur les troubles alimentaires dans les sports esthétiques (Ferrand, Champely, et Filaire 2009).

La pratique sportive est reconnue pour être associée à un haut niveau d'estime de soi. Or, comme l'estime de soi est généralement associée à une moindre psychopathologie, la pratique sportive pourrait s'opposer au développement de troubles alimentaires. Cependant, Engel soutient que le sportif qui a commencé tôt la pratique sportive construit son identité au travers de sa pratique et n'existerait que comme sportif. **La performance deviendrait alors le baromètre de ses capacités et, par conséquent, de l'estime de soi entraînant par là même des fluctuations fréquentes de celle-ci.** D'autre part, en retenant cette hypothèse d'investissement objectal exclusif comme c'est souvent le cas chez les sportifs de haut niveau, la performance s'effectuerait sur un renforcement négatif majeur, venant signer la fuite contre les affects douloureux de la défaite et une image de soi détériorée.

Par ailleurs, dans le contexte sportif, les perceptions du Soi physique incluent non seulement **l'apparence physique perçue** mais aussi **l'habilité physique perçue**. L'habilité physique perçue a été peu étudiée en lien avec les désordres alimentaires. Récemment, Scoffier et al. ont observé que cette variable était un facteur prédictif positif des désordres alimentaires. **Une habilité physique perçue élevée est donc un facteur de risque des désordres**

alimentaires chez les sportives de haut niveau pratiquant une discipline esthétique (S. Scoffier, Paquet, et d' Arripe-Longueville 2010).

4.1.1.4. Le perfectionnisme :

Le perfectionnisme est un trait de personnalité qui peut se définir sous différents concepts : L'un s'attache à définir un perfectionnisme normal (positif) et un perfectionnisme névrotique (négatif), tandis qu'une autre conception se base sur l'origine des motivations perfectionnistes (McGee et al. 2005). Quelle que soit la conception retenue, **le perfectionnisme peut se définir comme la mise en place de standards excessivement élevés**. Le perfectionnisme positif peut se définir comme le fait de se donner des standards réalisables, avec l'autorisation d'être moins parfait dans certaines situations. A l'inverse, le perfectionnisme négatif renvoie à la fixation de standards inaccessibles et irréalistes. Il apparaît que le perfectionnisme est une des caractéristiques de l'athlète, ce qui expliquerait l'augmentation des risques des troubles du comportement alimentaire chez les sportifs, notamment de haut niveau.

Si l'aspect positif du perfectionnisme se comprend d'autant plus chez le sportif, il se peut que le perfectionnisme soit **négatif quand l'écart entre la performance idéale, les standards fixés et les performances réalisées, ou réalisables, est trop important**. Il apparaît également un lien entre perfectionnisme et anxiété physique sociale. L'anxiété physique sociale est une forme d'anxiété sociale qui traduit le sentiment ressenti lorsqu'un individu perçoit que son apparence physique est négativement évaluée par les autres. Le perfectionnisme responsable de la mise en place de standards irréalistes et de la volonté d'éviter tout échec aux yeux des autres, entraînerait chez l'athlète cette forme d'anxiété et d'inquiétude de son apparence physique. Inversement, l'insécurité et l'appréhension face à une situation stimuleraient le **développement d'une tendance perfectionniste comme moyen de faire face à l'anxiété**. L'anxiété physique sociale et les troubles du comportement alimentaire seraient conduits par les mêmes préoccupations de représentation de son apparence physique. Ainsi, **un score élevé de perfectionnisme négatif associé à une anxiété physique sociale élevée serait en relation avec des troubles du comportement alimentaire** (Filaire, Rouveix, et Bouget 2008) qui correspondraient à la mise en place de stratégies de coping face à ces distorsions de perceptions (représentation de soi).

L'aspect perfectionniste lié à la présentation de soi, dans lequel le sujet évite de présenter toute imperfection serait une dimension importante dans les troubles du comportement alimentaire pour deux raisons principales : la première étant que **le poids et l'apparence physique est au cœur du concept de soi**, la deuxième étant que la **prise de conscience de l'échec du contrôle pondéral afin d'arriver à un idéal de minceur pourrait rappeler d'autres échecs dans d'autres domaines**. Le perfectionnisme orienté vers soi favorise la mise en place de régimes directement par le biais de l'image du corps relative au poids chez les sportifs (Stéphanie Scoffier et d' Arripe-Longueville 2012).

4.1.2. Biologiques :

La régulation de la prise alimentaire est un système complexe impliquant les fonctions gastro-intestinales, hormonales et les systèmes nerveux centraux et périphériques. Un déséquilibre de certaines hormones et neurotransmetteurs pourrait prédisposer certains individus à développer des troubles du comportement alimentaire. Les médiateurs qui interviennent dans la régulation de ce comportement sont nombreux et les neuropeptides centraux occupent une place privilégiée. **En effet, la plupart d'entre eux agissent directement sur la stimulation (orexigène) ou l'inhibition (anorexigène) de la prise alimentaire mais répondent aussi aux signaux périphériques nutritionnels et endocriniens mis en jeu dans la prise alimentaire**. L'exercice musculaire et l'entraînement physique intensif agissent eux aussi sur la neurochimie cérébrale, en influençant notamment l'axe sérotoninergique, les sécrétions opioïdes endogènes, ainsi que les voies dopaminergiques et le métabolisme du GABA. **Le sport intensif et la régulation de la prise alimentaire ont donc des voies communes avec des intrications biologiques certaines.**

4.1.2.1. Les différents neurotransmetteurs :

De nombreuses études se sont intéressées à l'importance de la sérotonine (5-HT) dans l'étiologie des troubles du comportement alimentaire. La sérotonine est un neurotransmetteur agissant dans les **mécanismes de faim et de satiété**, et l'hypothèse a été émise qu'elle aurait un rôle potentiel dans le développement ou le maintien de troubles alimentaires (Filaire, Rouveix, et Bouget 2008). Ainsi, les médicaments ou comportements qui, directement ou indirectement, **augmentent la stimulation post synaptique de la 5-HT, diminuent la faim et la consommation d'aliments chez l'homme**. Inversement, une diminution de la transmission

sérotoninergique entraîne une hyperphagie. Il est actuellement établi que **l'exercice physique augmente le métabolisme cérébral de la sérotonine** (Guezennec 2008). Par ailleurs, la sérotonine serait un modulateur de plusieurs hormones et aurait un effet stimulateur de l'axe hypothalamohypophyso-surrénalien dont l'activation chronique est une des conséquences des troubles du comportement alimentaire.

Parallèlement, plusieurs études se sont intéressées aux liens existant entre l'activité béta endorphine plasmatique et la surcharge pondérale. Les effets de la morphine sur la modulation du comportement alimentaire sont connus depuis plusieurs années. Chez l'animal, **l'administration centrale d'agonistes opioïdes stimule la prise alimentaire, alors que la naloxone à un effet anorexigène**. Plusieurs auteurs émettent l'hypothèse d'un rôle des béta endorphines dans le contrôle du comportement alimentaire, et en particulier du plaisir de manger, lors de l'exercice. Les relations entre béta endorphine, indice de masse corporelle et insulinosécrétion retrouvé par Bouix et al. soulignent les effets métaboliques des opiacés endogènes libérés lors de l'exercice physique (O Bouix, JF Brun, et R Benani 1995). **La stimulation excessive des opioïdes endogènes entraînerait donc une diminution de l'appétit** (Kohl, Foulon, et Guelfi 2004). De ces constatations, nous pouvons envisager une éventuelle désensibilisation des sportifs de haut niveau via un niveau important de béta endorphine endogène lié à l'intensité de leur pratique, induisant une valence anorexigène intrinsèque à la pratique du sport intensif.

La prédominance féminine des troubles du comportement alimentaire, et la survenue plus fréquente de l'anorexie au moment de la puberté, a conduit à mettre en cause les **hormones sexuelles** dans l'étiologie de ces troubles. L'hypothèse est qu'une sensibilité exagérée du système nerveux central à l'augmentation des estrogènes lors de la puberté pourrait prédisposer à l'anorexie. L'exercice intensif, pourvoyeur d'hypogonadotropisme, pourrait quant à lui sensibiliser ces mêmes récepteurs en amont, rendant l'adolescent plus vulnérable lors de la poussée pubertaire. D'autres systèmes, notamment le **système dopaminergique** et le **système adrénergique** seraient aussi impliqués mais ne seront pas abordés dans cet exposé. D'autres hormones comme **la leptine**, **la pro-opiomélanocortine** ou des neuropeptides tels le **neuropeptide Y** et **l'Agouti-related protein (AgRP)** ont fait l'objet de recherches dont les résultats restent encore contradictoires (Filaire, Rouveix, et Bouget 2008).

4.1.2.2. Le système limbique :

De récentes publications commencent à évoquer parallèlement l'implication d'autres circuits cérébraux, notamment du système limbique, dans la genèse et le maintien de l'anorexie. Les structures spécifiques mises en évidence par la neuro-imagerie **sont l'insula et le gyrus cingulaire, dont le fonctionnement non pathologique régule les affects et les émotions** (Lipsman, Woodside, et Lozano 2014). Dans ces modèles, les symptômes de l'anorexie sont expliqués comme étant le résultat d'un processus de traitement émotionnel imparfait induisant des symptômes psychologiques divers (humeur dépressive, anxiété, dépression, obsessions, compulsions) qui vont auto-entretenir et renforcer le trouble. Sur le plan biologique, la pratique sportive est significativement associée à la réduction des traits d'anxiété et à ses indicateurs physiologiques (Guezennec 2008). Bien que les liens ne soient pas encore établis, nous pouvons donc supposer que **le sport influence nos mécanismes de traitement émotionnel**, tant par sa composante biologique que psychologique comme décrit précédemment. Les auteurs pondèrent cependant leur recherche, admettant que ces symptômes peuvent aussi être induits par un jeûne prolongé, et donc secondaire au développement de l'anorexie.

Au total, ces données biologiques montrent la multiplicité des effets neurochimiques liés à l'exercice physique et soulignent les intrications complexes des différents facteurs. Elles démontrent aussi des **bases physiopathologiques communes entre anorexie et surinvestissement sportif** (Kohl, Foulon, et Guelfi 2004)(Houssaim 2010a). Malgré ces voies neurobiologiques communes, il est important de **ne pas réduire les troubles alimentaires en milieu sportif à une pathologie biologique**, uniquement liée à une dysfonction cérébrale, pouvant nous faire oublier les aspects psychologiques et les spécificités du milieu dans lequel évolue l'adolescent.

4.2. FACTEURS LIÉS AU SPORT

4.2.1. Les moments de rupture et de discontinuité :

La **blessure**, les **interruptions de carrière** et la **post carrière** sont des moments reconnus à haut risque de survenue de troubles psychopathologiques, dont font partie les troubles alimentaires (Volle et Seznec 2006). Le sportif de haut niveau est plus vulnérable en fin de

carrière et peut être beaucoup plus enclin à devenir dépendant aux drogues ou autres addictions (Lowenstein et al. 2000).

Le travail de deuil de l'enfance, les remaniements identificatoires et objectaux, le besoin de se différencier, les bouleversements pubertaires, propres au passage adolescent que le surinvestissement sportif avait réussi à masquer, ressurgissent, imposant un **douloureux travail de symbolisation de la perte, non pas d'objet mais d'une illusion maintenue pendant le temps si long de la relation addictive** (Proia. S 2007). Lorsque depuis la petite enfance on n'a cessé d'évoluer sous les regards experts de ceux qui font figure de référents identificatoires, que l'on fait l'expérience **d'un seul et unique type d'investissement objectal pour se sentir exister aux yeux des autres**, il devient difficile de rebrousser chemin et de franchir le pas vers l'inconnu d'un changement d'objet d'amour. De surcroît lorsque l'on baigne dans un univers porté par l'« **illusion groupale** » qui participe à l'idéalisation et à l'idolatrie de l'objet sportif.

L'arrêt du sport peut donc être synonyme de **perte totale de soi-même**, de son mode de relationnel au monde, de son identité de sportif avec bien souvent une perte du support social qui peut entraîner des angoisses de séparation et une possible chute dans la pathologie.

4.2.2. La nature de la discipline :

Certains sports, pour lesquels la minceur est censée conférer un avantage compétitif, seraient particulièrement à risque. Trois types de sport semblent majorer les risques de développer un trouble : les **sports à catégories de poids** (arts martiaux), **ceux jugés sur des critères esthétiques** qui nécessitent une morphologie spécifique (patinage, danse..) et enfin **ceux où un faible poids procure un avantage en terme de vitesse et d'efficacité du mouvement** (marathon, cyclisme)(Stéphanie Scoffier et d' Arripe-Longueville 2012)(Afflelou. S 2010)(Filaire, Rouveix, et Bouget 2008).

4.2.3. Les modalités de pratique :

4.2.3.1. Sport collectif / Sport individuel :

Les sports individuels sont plus à risque que les sports collectifs. Les sports collectifs ne sont habituellement pas considérés comme pourvoyeur de troubles alimentaires. Néanmoins, les préoccupations corporelles et pondérales des athlètes reçues au CAPS de Bordeaux en 2007

dans le cadre du bilan psychologique obligatoire, sont équivalentes dans les deux cas (Afflelou, S 2010). Ces résultats rejoignent ceux de Torstveit, relevant une augmentation de 5% des troubles alimentaires entre 1990 et 1997 chez les pratiquantes de sports collectifs.

4.2.3.2. Intensité de la pratique sportive :

L'étude de Choquet et Ledoux (1994) en population étudiante lie avec une **courbe en U** la pratique de plus de 8 heures de sport par semaine avec un risque accru de trouble alimentaire. D'une façon plus générale, **l'intensité des pratiques est vulnérabilisant pour les troubles psychopathologiques**. Une pratique est décrite intensive dans la littérature à partir d'un seuil de 8 heures par semaine.

Les analyses additionnelles de la méta-analyse de Smolak et al., basées sur le recouplement en sous-groupes, indique que plusieurs groupes d'athlètes sont plus à risque que les non athlètes : **les sportives d'élites et celles participant à un sport esthétique**. A l'inverse, les sportives occasionnelles ainsi que les participantes à des activités non esthétiques sont moins à risque que les non athlètes (Smolak, Murnen, et Ruble 2000), conférant au sport, dans certaines modalités de pratique, une dimension protectrice vis-à-vis des troubles alimentaires.

4.2.3.3. La dynamique de « haut niveau » :

La pratique sportive de haut niveau est reliée à une intensité de pratique importante à laquelle s'ajoutent des contraintes multiples (pression de performance, éloignement du milieu familial, centration sportive, etc.) constituant en ce sens un facteur de risque pour la survenue des troubles alimentaires (Afflelou, Duclos, et Simon 2004)(Stéphanie Scoffier et d'Arripe-Longueville 2012).

4.2.3.4. La précocité de l'investissement sportif :

Des études qui interrogent une population de très jeunes fillettes, entre 5 et 7 ans, montrent une préoccupation pondérale accrue dans le groupe des sports esthétiques dès l'âge de 5 ans (Davison, Earnest, et Birch 2002) ; **Cette préoccupation est majorée à l'âge de 7 ans, et en particulier dans les milieux de danse de haut niveau**. Ces mesures sont indépendantes des indices de masse corporelle et également de la préoccupation des mères sur le poids de leur

filles. Plus l'investissement dans une pratique est précoce, plus les habitudes alimentaires développées pourraient devenir des normes, lorsque la restriction commence tôt dans la vie de l'individu et que l'individu appartient à un groupe obéissant aux mêmes lois (Afflelou Sabine 2009). Comme le dit P. Jeammet (*cité par Proia), « *la pratique d'un comportement mais aussi d'un mode de pensée en suscite et en renforce le besoin* ».

4.2.4. Sous culture sportive et référentiel corporel spécifique :

Il existe une pression sociale importante concernant les normes relatives au corps, véhiculant l'image du corps parfait. Ces normes vont progressivement être introjectées par l'individu qui va donc tendre à rejoindre ce qu'il considère désormais comme normalité. Dans le contexte sportif, se surajoutent à ces normes quotidiennes des **normes spécifiques**, liées aux contraintes mais aussi à l'histoire du sport lui-même. Les sportifs doivent se conformer à ses normes caractérisées par un poids corporel idéal afin de s'accomplir au travers d'une excellence de performance (Smolak, Murnen, et Ruble 2000)(Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004).

L'internalisation des normes de minceur est un facteur de risque d'insatisfaction corporelle, d'affects négatifs et de régimes inappropriés. L'athlète, convaincu que la minceur est synonyme de performance, fait de cette caractéristique un pré requis indispensable à la réussite sportive, l'intégrant dans sa définition propre du succès sportif.

4.3. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

4.3.1. Influence des parents :

A travers leurs réactions et comportements, les parents vont donner un sens à la pratique sportive de l'enfant. La perception de la pression parentale a été reconnue comme pouvant entraver tant le développement sportif de l'enfant (perte de plaisir, arrêt de carrière) que son développement psychoaffectif en le rendant **plus vulnérable vis-à-vis de la détresse psychique, du doute chronique et de la réduction de l'estime de soi** (Salla et Michel 2012).

Elle peut aussi entraîner des négligences vis-à-vis de la santé de l'enfant au profit de « la victoire à tout prix », que nous décrivons dans le cadre du syndrome de réussite par procuration.

Corcos, en reprenant les travaux de Bowlby et de Main sur le lien d'attachement, rappelle que, quel que soit l'importance du lien aux pairs, **les figures parentales demeurent la première source de sécurité** dans les situations de détresse, et que les adolescents maintiennent ces figures d'attachement « *en réserve* » (Corcos M et Jeammet, P 2002). Les difficultés du lien d'attachement provoquent des attitudes inadaptées et rendent l'adolescent plus vulnérable devant une situation menaçante.

Wuerth et al.* (cité par J. Salla) rapporte que **les parents d'athlètes ont souvent été eux même sportifs de haut niveau**. Ceci peut avoir pour conséquence de renforcer la dynamique identificatoire du jeune, d'induire des enjeux de loyauté et de filiation, tout comme de majorer les projections parentales narcissiques avec comme conséquence une augmentation de la pression perçue. C'est ainsi que le surinvestissement des parents dans la carrière sportive de leur enfant nous semble également être un facteur de vulnérabilité. M. Corcos (2003) note : « *nous sommes dans un système d'interrelation entre le développement du fonctionnement de l'adolescent et la crise du développement familial où ce qui apparaît prédominant est la résonance entre la problématique de l'adolescent et les conflits non élaborés de l'adolescence des parents.* »

Plusieurs études ont montré que **le suivi de régime, l'insatisfaction corporelle parentale perçue ainsi que les préoccupations parentales concernant le poids et la minceur de l'enfant prédisent significativement la mise en place de régime, la recherche de minceur et l'insatisfaction corporelle chez les enfants**. Les parents, en particulier la mère, sont un relai important dans les pressions socioculturelles et ils constituent des sources importantes d'influence de l'image corporelle (Rodgers, Paxton, et Chabrol 2009). Outre la pression du monde sportif et de l'excellence, **les commentaires parentaux ont visiblement une importance sur la préoccupation corporelle de leurs enfants**. Certains auteurs montrent que chez les garçons, la vulnérabilité vis-à-vis de l'apparition de ce type de troubles se distingue de celle observée chez les filles : les remarques négatives des parents les concernant, associées à la comparaison aux images véhiculées par la société, ont cependant moins d'influence que chez les jeunes filles (Rodgers, Paxton, et Chabrol 2009). De plus, chez ces mêmes filles, les

remarques positives et bienveillantes des parents à l'égard de l'apparence corporelle pourraient avoir paradoxalement un effet délétère et augmenter l'insatisfaction corporelle.

Ainsi le climat motivationnel parental et la dynamique de la relation parents-athlète sont deux facteurs contextuels importants en relation avec les désordres alimentaires des sportifs.

4.3.2. Influence de l'entraîneur :

L'entraîneur est un personnage très spécifique de l'environnement social de l'athlète. Il représente bien souvent une **figure d'attachement importante du sportif**, sorte de modèle **identificatoire**. L'abord de la **singularité de la relation entraîneur entraîné** a montré qu'elle peut s'apparenter à certaines conditions à une relation dominant dominé. **Personnage clé par sa proximité et la multiplicité des rôles qui lui sont confiés**, l'entraîneur a une tâche délicate, qui est celle de donner toutes ses chances à l'athlète et de lui permettre de développer son potentiel tout en restant à la bonne distance relationnelle. L'entraîneur, lui aussi bien souvent ancien sportif de haut niveau, constituera une référence, détenteur des clés du « succès sportif » et de la culture de la discipline. Tous les espoirs du jeune adolescent reposeront donc sur son savoir ; ses conseils et chacune de ses paroles seront importantes pour pouvoir assouvir cette quête de réussite. Dans certains cas, **il arrive que la fonction dégénère en abus de pouvoir à une relation d'emprise**, notamment quand l'entraîneur est perçu comme « celui qui sait », sans qui la performance n'est pas possible. Le risque majeur est souvent renforcé par l'acceptation du groupe.

Différentes études ont rapporté qu'un nombre élevé d'athlètes étant au régime pour améliorer leurs performances témoignent que la perte de poids correspond à une demande de la part de l'entraîneur ou à une pression de celui-ci (J Sundgot-Borgen 1994)(E. Filaire et al. 2007). Ces résultats sont cependant contradictoires : les résultats de l'étude sur les judokas du pôle espoir de Nantes, chez qui 95% des pressions subies l'étaient dans un but de prise pondérale. Quoiqu'il en soit, une ancienne étude de Thornton (1990) rappelle cependant que **les entraîneurs ne peuvent être considérés comme seuls responsables des troubles**. Ils peuvent seulement exacerber le problème sur un individu vulnérable.

4.3.3. Influence des pairs :

Au delà des normes de minceur imposées aux sportifs, ces derniers subissent **l'influence de leur groupe de pairs**. Dans le contexte sportif, les partenaires d'entraînement et l'équipe sportive influencent les valeurs, les idées et les comportements mais aussi l'image du corps et l'apparence physique des sportifs (Stéphanie Scoffier et d' Arripe-Longueville 2012). **Se conformer corporellement au groupe va permettre au sportif de renforcer son sentiment d'appartenance, de sécuriser sa dynamique de construction identitaire et de mettre à distance ses angoisses d'abandon.**

Par ailleurs, il semblerait que le partage et l'échange concernant les habitudes alimentaires soient plus développés dans les sports collectifs. **Le moindre soutien social dans les sports individuels majorerait donc le risque de survenue d'un trouble alimentaire.** Les pairs sont à l'origine de relations amicales et d'acceptations sociales dans le contexte sportif. Les amis et les pairs vont être à l'origine d'une « **sous culture** » qui va, au travers de processus d'acceptation sociale ou bien d'agressivité relationnelle, influencer les comportements alimentaires. Les adolescents intègrent par ces expériences socio-culturelles qu'ils seront mieux acceptés et valorisés en étant plus performants, plus « secs », ou avec un taux de masse grasse inférieur à un certain pourcentage.

4.3.4. Le syndrome de réussite par procuration

Un des modèles relationnels dysfonctionnels bien visibles en milieu sportif est le syndrome de réussite par procuration. Le syndrome de réussite par procuration est un trouble de la relation dans lequel les parents ou l'entraîneur surinvestissent et **surstimulent le talent et la réussite de l'enfant, au point de conditionner leur amour et affection aux expériences de succès.** Les projections parentales dysfonctionnelles nient l'individualité de l'enfant au profit des désirs parentaux conscients et inconscients. Les succès et les échecs de l'enfant deviennent ceux des parents tandis que l'estime de soi parentale fluctue au gré de ces derniers. Le syndrome de réussite par procuration conduit à la perte de vue des besoins de l'enfant via un spectre de conduites parentales nocives (Salla et Michel 2012). Ce surinvestissement massif des capacités de l'enfant peut induire des comportements alimentaires drastiques et des régimes sévères.

4.4. CONCLUSION

Les facteurs favorisant le développement des troubles alimentaires en milieu sportif sont donc multiples. La nature de la discipline, les règlements sportifs, la fréquence et la charge d'entraînement, ainsi que le commencement prématuré d'une activité sportive spécifique constitueraient un terrain propice au développement de désordres alimentaires (Afflelou, Duclos, et Simon 2004). A cela s'ajoutent bien sûr les pressions de l'environnement et la culture propre à la discipline, qui perpétuent des croyances et des comportements pouvant favoriser le développement de TCA.

Il est important d'aborder ces facteurs de risque de manière globale pour bien comprendre la **dimension circulaire de leurs intrications**. Le sport de haut niveau n'est pas pathogène en lui-même mais peut le devenir lorsqu'il survient sur une personnalité prémorbide, avec un environnement non étayant. Ces aspects inhérents et spécifiques du sportif de haut niveau sont importants à connaître car ils **vont impacter sur le déroulement de l'entretien clinique** qui recherchera des facteurs de vulnérabilité **ainsi que sur la prise en charge thérapeutique** qui tiendra compte des aspects identitaires, ainsi que des contraintes institutionnelles et environnementales du « cadre sportif ».

Après avoir présenté les différentes entités pathologiques et les facteurs de risque propres au développement de troubles alimentaires chez le sportif haut niveau, nous allons maintenant aborder **l'évaluation de ces jeunes champions pour comprendre dans quel cadre elle se situe et comment s'articule les soins psychiques en milieu sportif**. Nous décrirons dans un premier temps le suivi psychologique réglementaire, avant de d'aborder les différentes situations à l'origine de soins, les outils d'évaluation dont nous disposons actuellement et enfin les résistances à la mise en place d'un tel suivi dans cette population.

5. ENJEUX ET REALITE DU SUIVI PSYCHOLOGIQUE CHEZ LE SPORTIF DE HAUT NIVEAU

La constatation de la vulnérabilité psychique des athlètes, la prise de conscience de facteurs de risque inhérents à la recherche de performance ainsi que le taux de prévalence élevé de troubles alimentaires amènent à réfléchir au dépistage ainsi qu'aux modalités du suivi psychologique de ces champions. **Malgré cette réalité clinique, il n'existe qu'une faible proportion de sportifs qui bénéficie d'une prise en charge spécifique, ce qui vient questionner l'existence de résistances, tant individuelles qu'institutionnelles, quant à la mise en place des soins psychiques en milieu sportif.**

Depuis 2004, un décret a permis de mettre en place un entretien psychologique annuel obligatoire chez les sportifs inscrits sur la liste de haut niveau, dans le cadre du suivi médical réglementaire (SMR). Cette avancée reflète symboliquement une **prise de conscience groupale des conséquences potentielles de cet hyperinvestissement sportif**, mais son application reste encore parcellaire.

Nous décrirons dans un premier temps le contenu et les objectifs de cet entretien psychologique ainsi que ses limites. Ensuite, nous évoquerons les différentes situations à l'origine des demandes de soins, ainsi que la pertinence des différents outils d'évaluation dont nous disposons actuellement. La dernière partie abordera enfin les résistances à la mise en place d'un suivi psychologique.

5.1. LES REALITES DU SUIVI PSYCHOLOGIQUE : TEXTE DE LOI ET SMR

La vie des athlètes est donc parsemée de risques. Ce constat posé, il était donc nécessaire de tenir compte de ces dangers potentiels en proposant un suivi spécifique. La « Loi Buffet » du 23 mars 1999, relative à la protection de santé des sportifs et à la lutte contre les dangers du dopage, a mis en place l'obligation d'un bilan psychologique pour tous les sportifs inscrits sur la liste des athlètes de haut niveau. L'arrêté Lamour (Annexe 5) du 16 juin 2006 a modifié l'arrêté du 11 février 2004 et a fixé la nature et la périodicité des examens médicaux prévus aux articles L.3621-2 et R.3621-3 du Code de Santé Publique :

« Deux fois par ans chez les sportifs mineurs et une fois par an chez les sportifs majeurs, un bilan psychologique est réalisé, lors d'un entretien spécifique, par un médecin ou par un psychologue sous responsabilité médicale ».

D'après les textes, les objectifs de ce bilan sont les suivants :

- *« Détecter les difficultés psychopathologiques et des facteurs personnels et familiaux de vulnérabilité et de protection,*
- *Prévenir des difficultés liées à l'activité sportive intensive*
- *Orienter vers une prise en charge adaptée si besoin ».*

L'intérêt de ce bilan est de pouvoir, l'espace d'un entretien, **permettre à l'athlète de retrouver sa place d'individu**, lui qui est objet de tant de désir de la part de ses parents, de son entraîneur, de son public, et de la société. Il va, dans cet espace proposé, avec l'aide du lien s'effectuant avec le professionnel, inscrire sa pratique sportive dans un projet de vie (sportif, professionnel ou familial) et dans une histoire où la pratique sportive n'a qu'un temps. En permettant à l'athlète d'être, le thérapeute va tenter de la situer hors du « fait sportif », source de vulnérabilité, et des pathologies du « faire » pendant et après sa carrière sportive (addictions positives et toxicomanies). Au delà de cet entretien, c'est aussi l'occasion de rechercher des vulnérabilités personnelles et de faire une épistémologie psychopathologique du sport de haut niveau jusque-là absente (Seznec 2008).

La promulgation d'une loi obligeant à prendre en considération la vulnérabilité psychologique liée à la pratique sportive est une avancée majeure. Cependant celle-ci ne répond pas à certaines questions et reste floue sur les modalités d'applications requises. Le texte peut donc être interprété différemment suivant les fédérations sportives et les médecins concernés, parfois au détriment de l'athlète. Plusieurs remarques peuvent être effectuées :

- Le texte ne précise pas quel professionnel doit effectuer l'évaluation psychologique du sportif. Il est sans doute important de rappeler les différences probables d'évaluation entre un psychiatre, un psychologue, et un médecin du sport. De plus il existe de nombreux professionnels qui se disent « psychologue du sport » alors qu'ils ont des formations de coach, de préparateurs mentaux ou encore qu'ils aient une formation STAPS avec seulement une année de psychologie. **Il est nécessaire de pouvoir garantir aux athlètes, qui constituent une population vulnérable aux abus, les services de professionnels compétents et certifiés.** En outre, il est préférable que la

personne qui effectue ce bilan soit différente de celle qui participe à l'accompagnement psychologique afin d'améliorer les performances (Seznec 2008).

- **La restitution** de cette évaluation n'est pas abordée dans le texte de loi. Ce bilan doit en principe être adressé au médecin fédéral, tout en garantissant la confidentialité nécessaire à la pratique psychologique. Ceci va provoquer des résistances importantes à ce suivi par les athlètes, tout comme le flou régnant sur les conséquences potentielles des conclusions de l'intervenant. **Les conséquences de ce bilan annuel** (biennuel pour les mineurs) ne sont pas connues. Ce rapport psychologique peut-il aboutir à une injonction de soins ou à un arrêt des compétitions ? Pour l'instant seule l'anorexie mentale semble être une contre indication au sport de haut niveau. Les autres éléments psychopathologiques apparaissent être de l'ordre de la prise en charge, mais pas d'une contre indication. Comment agir devant le déni de l'athlète sans déroger au secret médical ?
- **Le texte ne précise que de manière très partielle les modalités du bilan et son contenu.** Il peut être effectué en l'état par n'importe quel médecin, quelle que soit sa spécialité et ses compétences en psychopathologie du sport. Il semble nécessaire que le clinicien, quelle que soit son orientation, puisse se référer à grille d'évaluation validée pour guider son entretien. Citons comme exemple la grille d'entretien semi-directif « GEEMS » que nous utilisons à l'Institut Régional Médico-sportif de Nantes, qui précise le contenu de l'entretien avec l'exploration systématique activités sportives (AS), activités scolaires, professionnelles et de loisirs (ASPL), relations familiales et sociales (RFS), santé physique (SP), corps et comportements alimentaires (CCA), état psychologique (EP), consommation de substances (CS), et concluant ou non sur la nécessité de mise en place d'un suivi. Une trame reproductible, explorant les différents domaines d'investissements ainsi que les risques inhérents à la pratique sportive est souhaitable pour **structurer l'entretien** et diminuer les différences inter-évaluateurs.
- Enfin cette loi ne concerne que les sportifs inscrits sur la liste des athlètes de haut niveau. Cette liste concerne les athlètes de plus de douze ans pratiquant le sport de haut niveau. Les inscriptions sont réalisées annuellement sur proposition des directeurs techniques nationaux (DTN) dans la limite des quotas définis par la Commission Nationale du Sport de Haut Niveau. **Les sportifs professionnels ne sont pas concernés par cette loi** ; ces derniers bénéficient d'un statut social, fiscal et juridique différent car

ils sont liés à leur employeur par un contrat de travail. Ils dépendent donc du Code du Travail.

Depuis la promulgation de cette loi, son application reste disparate et de nombreuses fédérations n'appliquent pas l'ensemble des suivis. En outre **il n'existe aucune instance garante de la mise en place de ce suivi sur les différentes fédérations. Ce suivi psychologique nous semble pourtant indispensable tant pour la performance sportive de l'athlète, comme garde fou d'éventuelles dérives, que pour la santé de l'individu se trouvant derrière chaque athlète.**

5.2. INTERETS DU SUIVI

5.2.1. Porte d'entrée dans le soin :

Le bilan est souvent l'opportunité que va déclencher la prise de rendez vous. Ce bilan doit être l'occasion d'une démarche pédagogique du clinicien. C'est à lui d'expliquer que la psychologie clinique a comme objet d'étude le comportement humain. Il faut vaincre les éventuelles résistances en précisant qu'il ne s'agit pas uniquement de traiter du versant psychiatrique et ses corollaires sociétaux péjoratifs (folie, fragilité...). Il est important **d'aider le sportif à comprendre l'intérêt et les bénéfices d'une telle prise en charge**, que ce soit dans l'amélioration des performances du « sujet sportif » que dans l'optimisation du bien être du « sujet individu ». Il est nécessaire d'ouvrir un espace de parole pour cet individu qui, comme nous l'avons vu précédemment peut se retrouver enfermé dans son identité sportive, potentiellement dénuée d'affects et dans l'évitement des conflits.

Faisant partie d'un « bilan », cette consultation permet à l'athlète de ne pas avoir à demander lui-même la mise en place d'un tel espace, et de consulter dans un cadre prédéfini par sa fédération et valable pour tout sportif inscrit dans ce type de pratique. Ce mode de fonctionnement est important pour vaincre les résistances et avoir un accès précoce aux difficultés psychiques de ces champions sans être délétère sur le plan narcissique. Ainsi, ouvrir cet espace même s'il n'est pas saisi, et rester disponible en cas de besoin après avoir posé le cadre de son intervention, représente une ressource importante en terme de prévention..

De plus, les sportifs semblent adhérer aux espaces de parole et de soutien lorsqu'il leurs sont proposés. Lors de son étude à l'INSEP en 2010, Salmy et al. sur les 470 bilans

réglementaires passés entre 2007 et 2008, notent un **taux d'acceptation du suivi proposé à 90%**, et ce quelque soit l'origine de la demande initiale, qu'elle provienne du coach, de l'athlète, ou du médecin du sport (Salmi, Pichard, et Jousselin 2010). Sur les 100 dernières demandes de consultations psychologiques sur l'institut Régional Médico Sportif de Nantes en 2005, Prétagut rapporte que 85% des patients ont bénéficié d'une prise en charge en suivi et ont adhéré à celle-ci alors qu'ils n'étaient que 4% à être initialement demandeurs (Prétagut. S 2005). Ces résultats démontrent bien l'intérêt d'un tel espace de parole aussi bien pour le sportif que pour l'individu.

5.2.2. Collecte de données épidémiologiques :

L'intérêt de ce bilan est aussi de faire le point sur l'état de santé d'une population donnée, ici les sportifs de haut niveau, et d'utiliser ces données pour élaborer des stratégies de prévention et de soins plus efficaces et adaptées. De plus en plus d'études nationales utilisent ces bilans pour effectuer des études de prévalence en milieu sportif.

5.2.3. Moyen de prévention :

L'intervenant **évalue, pose un diagnostic et traite la souffrance psychique** en mettant en place des stratégies thérapeutiques adaptées. **L'action se révèle être majoritairement préventive**, l'occasion est alors de proposer des conseils et un soutien. L'objectif est donc de repérer des vulnérabilités individuelles, qui sont en lien avec un type de pratique, un environnement psychosocial et une personnalité, afin d'éviter l'émergence d'une pathologie constituée. **L'intérêt est donc de préserver et d'améliorer la santé psychique, le bien être et la qualité de vie du sujet pour lui permettre de faire face aux conditions difficiles que nécessite toute performance de haut niveau.**

La **prévention primaire** désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition de la maladie. Elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population. C'est dans ce cadre que se situe le bilan psychologique du « suivi médical réglementaire » (SMR) des athlètes ainsi qu'une partie des prises en charge en suivi. La **prévention secondaire** désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Elle intervient dans le dépistage de toutes les

maladies et comprend le début des traitements de la maladie. C'est dans ce cadre que se situe l'autre partie des suivis proposés au décours du bilan.

La promulgation d'une loi sur les aspects psychologiques du sport était une étape nécessaire afin de protéger et accompagner les athlètes. Elle témoigne d'une prise de conscience globale de la vulnérabilité psychologique de ces sportifs de haut niveau soumis à des multiples pressions, moments de rupture et sollicitations. En revanche, l'évolution de la pratique sportive vers un sport spectacle ou l'athlète n'est qu'un faire valoir technologique pour le bon plaisir d'une société économique et médiatique pose de nombreuses questions sur la façon de protéger ces êtres humains. C'est aussi l'occasion de mettre un peu d'ordre dans le domaine des « psy » du sport afin d'identifier les professionnels certifiés.

5.3. LES SITUATIONS A L'ORIGINE D'UNE DEMANDE DE SOIN

Les demandes de prise en charge psychothérapique interviennent **le plus souvent lorsque la performance fait défaut** alors que toutes les potentialités sont réunies, lorsque les performances ne sont plus à la hauteur de ce qu'elles étaient, ou **parfois lorsque les troubles du comportement d'un sportif viennent limiter ses possibilités d'évolution vers la performance**. Ainsi, les troubles psychiques qui n'entravent pas la bonne marche de l'équipe ou l'accès à la performance sont rarement à l'origine d'une demande de soin et sont bien tolérés tant que les résultats n'en souffrent pas. On peut ici noter une certaine part du déni de la réalité qui viendrait remettre en question, pour le sportif ou son entourage, l'Idéal du Moi héroïque (Prétagut, S 2000). **Les demandes sont donc rarement formulées par le sportif** qui, comme tout un chacun, préfère souvent rester aveugle sur les mouvements psychiques qui déterminent sa pratique. Elles sont ainsi le plus souvent exprimées par l'entraîneur ou le médecin du sport. Lorsque la demande existe, elle est naturellement tournée vers une recherche d'optimisation des performances, et le risque existe de se tourner vers des pratiques abusives, parfois cautionnées médicalement, de manipulation psychologique ou de dopage médicamenteux.

Salmy et al. ont de manière rétrospective étudié entre 2006 et 2007 la provenance des demandes de consultation sur l'INSEP, hors suivi obligatoire. **42% des demandes ont été effectuées par l'entraîneur, 18% du coordonnateur, 18% du médecin du sport en charge,**

12% de l'entourage et seulement 4% de l'athlète lui-même (Salmi, Pichard, et Jousselin 2010). C'est donc bien souvent des encadrants que va émerger la demande, avec une attention toute particulière au médecin du sport, bien souvent en première ligne dans ce genre de situation. En effet, **les plaintes somatiques sont souvent un moyen d'expression des souffrances psychiques** dans ces situations où le langage non verbal du corps vient remplacer d'autres modes de communication. Ainsi le somaticien sera confronté à des plaintes douloureuses à répétition, à des troubles du sommeil notamment aux veilles des compétitions, à des douleurs abdominales récurrentes, à des asthmes d'effort, aux blessures qui s'enchaînent ou qui surviennent régulièrement avant une sélection importante. Parfois il sera confronté à des fractures de fatigue qui viennent alors marquer un syndrome de surentraînement. **Nous attirons ici toute son attention afin de ne pas négliger ces situations de détresse psychique, qui pourraient entraîner un retard dans la prise en charge et être préjudiciables quant à la bonne évolution de ces jeunes dans leur sport, mais aussi dans leur vie ultérieure.** Tout retard diagnostique pourrait alors laisser s'installer ces troubles avec le risque qu'ils évoluent vers des situations bien plus compliquées à dénouer, et qui pourraient d'ailleurs mettre les sportifs à l'écart de leur carrière.

D'autres demandes peuvent être exprimées directement au psychologue ou au psychiatre devant l'apparition d'une anxiété de performance, d'échecs à répétition ou de trouble du comportement.

Enfin, d'autres situations peuvent échapper à une demande de soin et être encore plus dommageables aux sportifs, elles concernent les **arrêts d'activité sur blessure ou en fin de carrière**. Dans ces situations, le sportif se retrouve souvent seul, à l'écart du milieu qui l'avait protégé jusqu'alors, et peut dans certains cas être mis en danger d'effondrement et de décompensation psychique, de dépression pouvant aller jusqu'au suicide, ou encore jusqu'à l'utilisation de produits illicites (alcool, drogues, ...), ou d'autres objets addictifs.

5.4. LES OUTILS D'ÉVALUATION DES TROUBLES ALIMENTAIRES CHEZ LE SPORTIF

Il existe une grande diversité d'instruments permettant d'évaluer les troubles du comportement alimentaire (Filaire, Rouveix, et Bouget 2008). Ces instruments peuvent être

regroupés en deux classes : **l'entretien clinique**, s'appuyant sur les manuels de références (DSM 5 et CIM 10), et **les questionnaires d'auto évaluation**.

Cependant, les questionnaires d'autoévaluation restent controversés, notamment dans la population sportive, ces derniers **sous évaluant souvent les troubles** (Smolak, Murnen, et Ruble 2000). En effet, les athlètes ayant des troubles alimentaires craindraient d'être découverts en raison des répercussions sur leur carrière avec par exemple une mise à l'écart du groupe ou une non titularisation, et auraient donc tendance à minimiser leurs troubles. (J Sundgot-Borgen 1994). La sous-évaluation des troubles du comportement alimentaire est commune chez les athlètes et est supérieure à celle des populations sédentaires (J Sundgot-Borgen 1994). Par ailleurs, l'utilisation du poids et de variables telles que l'indice de masse corporelle ou le pourcentage de masse grasse comme critère diagnostic d'anorexie athlétique pourraient être remis en question dans la mesure où ces paramètres anthropométriques sont relativement bas au sein de la population sportive (Sudi et al. 2004).

Néanmoins, malgré ces controverses, ces questionnaires permettent de détecter des troubles du comportement alimentaire au sein de la population sportive, les plus utilisés étant :

- Le « Eating Attitudes Test 26 » (EAT 26) : Cette échelle permet d'identifier l'anorexie et la boulimie nerveuse auprès de population clinique et non clinique. D'origine Anglophone, il a été adapté puis validé en français par Leichner et al en 1994. Il comprend 26 sous items regroupés en trois sous échelles : la diète, la boulimie et le contrôle oral. Un résultat supérieur à 19 à l'EAT 26 est considéré comme être indicateur d'un possible trouble alimentaire, et les personnes ayant de tels scores doivent bénéficier d'une consultation spécialisée.
- Le « Dutch Eating Behavior Questionnaire » (DEBQ). Cette échelle permet de mesurer différents aspects du comportement alimentaire et de la surconsommation alimentaire. Ce questionnaire, validé en français par Luch et al en 1996 est composé de 33 items regroupés en trois catégories relatives aux théories sous-jacentes.
- Le « Eating Disorder Inventory » (EDI). C'est un questionnaire de 64 items divisé en huit sous classes : boulimie nerveuse, insatisfaction du corps, conduites de perte pondérale, inefficacité, manque de confiance en soi, conscience propre, peur de la maturité et perfectionnisme. **Le questionnaire EDI 1 n'ayant pas été créé pour une population d'athlètes, ces derniers ont des scores plus facilement élevés, puisque leur sport peut entraîner des préoccupations corporelles et pondérales plus**

importantes que les sédentaires sans que cela soit pour autant pathologique (Filaire, Rouveix, et Bouget 2008). Les EDI-2 et EDI-3 sont les versions plus récentes de l'EDI-1.

Il est important de rappeler que les échelles sus présentées ont leurs limites concernant le dépistage de troubles du comportement alimentaires chez les athlètes de haut niveau. En effet, celles-ci ne sont pas spécifiques de ce type de population et **vont avoir tendance soit à sous-estimer, soit à surévaluer la prévalence des TCA en population sportive** (Y. Kimberly et MS. McNulty 2001). Sous-estimer dans le sens où l'exercice intensif ne va pas être perçu comme un désir de brûler des calories mais comme un moyen d'améliorer sa performance. Surévalué du fait des programmes d'entraînement rigoureux et des conduites alimentaires associées, qui sont essentielles pour rechercher la performance. Les équipes ont donc élaboré des outils spécifiques aux sportifs.

- The « Female Athlete Screening Tool » (FAST) a été développée par l'équipe d'Affinito en 1998 (S.G. Affenito 1998)(Y. Kimberly et MS. McNulty 2001) devant ce constat d'inadaptation des outils psychométrique habituels dans le dépistage des troubles alimentaires chez les femmes athlètes de haut niveau. Il s'agit d'un questionnaire de 33 items explorant les aspects des comportements alimentaires, de la relation au poids et à l'exercice physique (annexe 3). **L'étude de 2001 montre que les athlètes féminines avec des troubles alimentaires ont des résultats plus élevés que les populations contrôles, à savoir les athlètes féminines sans troubles du comportement alimentaire et les non athlètes avec des troubles du comportement alimentaire ($p < 0.001$)**. De plus les analyses de corrélations ont montré une corrélation positive entre la FAST et la EDEQ (0.60, $p < 0.05$) et à l'EDI (0.89, $p < 0.01$)(Y. Kimberly et MS. McNulty 2001). Cependant cette échelle n'est pas encore validée et utilisable en pratique courante. D'autres échelles spécifiques sont en cours de développement, comme le « **Brief Eating Disorder in Athletes Questionnaire 2** », qui distingue significativement les athlètes féminines avec et sans troubles alimentaires avec un même indice de masse corporel (Martinsen et al. 2014).
- D'autres approches plus originales sont aussi en cours d'évaluation. Citons notamment le « **Virtual Self-Service Restaurant** » (VSSR) qui est un outil informatisé développé par l'équipe de Scoffier (S. Scoffier et al. 2013) pour évaluer les attitudes et les comportements alimentaires. Cette interface permet d'évaluer le métabolisme basal de

l'individu, la dépense énergétique liée à l'activité physique, la dépense énergétique globale, l'apport énergétique global et la répartition de l'apport alimentaire au cours de la journée. Les validations internes et externes du VSSR se sont révélées satisfaisantes (S. Scoffier et al. 2013), auprès de quatre populations, notamment les populations adolescentes sportives à risque (sport esthétique, à catégorie de poids ou d'endurance) et non à risque (autres sports).

L'utilisation d'un entretien clinique est intéressante à plusieurs titres (J Sundgot-Borgen 1993). En effet il est souvent constitué de questions ouvertes laissant une large variété de réponses possibles. Il peut être effectué en groupe ou individuellement selon la dynamique de l'équipe ou la discipline considérée. Néanmoins, **le cadre de l'entretien possède aussi son importance et doit s'effectuer préférentiellement en dehors de l'environnement sportif** (Filaire, Rouveix, et Bouget 2008), l'athlète pouvant craindre des répercussions de la part de l'entraîneur ou du staff technique. Seront à aborder dans l'entretien clinique les problématiques de régimes, les troubles du cycle menstruel, l'historique des blessures musculo-squelettiques, mais aussi **les espaces d'investissement externe** (Prétagut. S 2000). D'autres thèmes tels que le stress, la dépression, l'insatisfaction pondérale et corporelle, le vécu de l'entraînement et de la vie de groupe pourront fournir d'autres informations pertinentes pour une évaluation psychologique globale.

5.5. LES RESISTANCES A L'INSTAURATION D'UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE

5.5.1. Du côté de l'encadrement :

Les membres de l'encadrement sportif sont bien souvent les plus en contact avec les jeunes sportifs de haut niveau. La famille, les amis constituent les ressources principales de tout à chacun mais ces athlètes résident majoritairement dans différents pôles ou structures de haut niveau (Pôles espoir, Pole France, CREPS, INSEP), loin de leurs proches, afin d'améliorer leurs performances. Malheureusement, **chaque encadrement ne bénéficie pas d'une sensibilisation psychologique comme le montre la répartition disparate des étayages psychologiques suivant les structures**. Comme évoqué précédemment, le suivi médical réglementaire est en place depuis 2004, les anciens sportifs de haut niveau ne bénéficiaient

donc pas de cette ressource. **La mise en place nécessite donc une adaptation de la part des encadrements sportifs, une évolution des mentalités et une prise de conscience des bénéfices attendus.** Les résistances perçues peuvent être expliquées par plusieurs mécanismes que nous détaillerons ci-dessous.

5.5.1.1. Manque de formation et de sensibilisation :

Une enquête a été menée aux USA par Vaughan en 2004 auprès de 236 entraîneurs certifiés d'athlètes adolescentes. Chacun s'est vu proposé de répondre à un questionnaire de 53 questions sur leurs sentiments à être apte à aider les athlètes féminines qui présentent des troubles alimentaires. Sur les 171 entraîneurs ayant effectué le questionnaire, 91% ont répondu avoir eu au moins un cas de troubles alimentaire parmi leurs athlètes. **69% (n=108) des entraîneurs travaillant en institution ont rapporté ne pas avoir reçu de formation spécifique sur la gestion et la prise en charge des troubles alimentaires, mais concède donner régulièrement des conseils à leurs athlètes présentant de tels troubles** (Vaughan, King, et Cottrell 2004). 25% travaillent dans une institution qui n'a aucune politique de prise en charge et de formation concernant les problématiques alimentaires. **Par ailleurs, seulement 34% pensent que les soins médicaux peuvent améliorer les troubles, et 32% pensent que demander à un athlète si elle a des troubles alimentaires va exacerber la pathologie.** Grandjean (cité par Vaughan) retrouve que l'implantation au sein des institutions sportives de politiques de prévention et d'accompagnement réduit le risque de développement d'un trouble par les athlètes.

Sans formation adéquate, les encadrants sont donc laissés avec leur représentations propres des pathologies alimentaires, et vont avoir tendance à sous estimer leur capacité de détection précoce, à se réfugier dans le déni ou au contraire à banaliser les troubles.

5.5.1.2. Altération des normes alimentaires et écho à un vécu personnel :

Les entraîneurs sont pour la majorité des **anciens sportifs qui ont expérimenté et survécu au sport de haut niveau.** Ils connaissent bien la micro culture propre à leur discipline, les enjeux liés à la performance, les pressions ainsi que les sacrifices nécessaires à la réussite sportive. Ils peuvent faire preuve de **projections inconscientes** sur leurs athlètes, signifiant que le jeune doit subir les mêmes contraintes auxquelles ils étaient auparavant confrontés. Cette « répétition traumatique », projetée sur l'athlète quand elle ne lui est pas imposée (syndrome de

réussite par procuration), aura une **fonction dans l'économie psychique de l'entraîneur**. Elle lui donnera l'illusion d'un contrôle sur ses antécédents traumatiques, les légitimera, et permettra une décharge de ses affects sur le jeune sous une fausse intention positive : majorer ses performances. **Le manque d'aide reçu de l'époque, n'incitera pas forcément à en proposer une aujourd'hui**. Ces processus sont pour la plupart inconscients, bien différenciés de la perversité ou du sadisme, mais conduisent à des normes altérées. Sans cela, les séquelles psychiques laissées par leur propre pratique ne prendraient pas sens et ne pourraient être élaborées par les victimes de ce système.

Restant dans la « normalité » de leur discipline, les encadrants ne percevraient pas la nécessité d'un suivi psychologique, d'autant plus menaçant qu'il viendrait les renvoyer à leur propre vécu émotionnel.

L'étude d'Olson, qui s'est intéressée au passé sportif des entraîneurs, illustre notre propos. Pour cela elle a étudié un échantillon de 30 femmes professeur de danse. **Les résultats retrouvent que 23% ont des antécédents de boulimie, 17% des antécédents d'anorexie, et que 40% ont expérimenté une période de troubles alimentaires dans le passé**. Les scores obtenus à l'EDI sont comparables avec ceux obtenus dans les groupes d'anorexiques, notamment sur l'insatisfaction corporelle, le perfectionnisme, la recherche de minceur et l'efficacité personnelle perçue (Olson et al. 1996). Cette étude est critiquable par la taille de son échantillon, mais elle ouvre la discussion sur **les encadrants, trop peu souvent étudiés dans la littérature**.

Selon cette hypothèse, les encadrants sportifs pourraient faire preuve de moins d'empathie et de plus de tolérance vis-à-vis des comportements alimentaires pathologiques du fait de l'introjection de normes altérées et de transmissions inconscientes faisant écho à leur propre passé de sportif.

5.5.1.3. Les représentations fausses du suivi :

La psychologie sportive est une discipline assez récente, le plus souvent comprise, utilisée et réduite à sa qualité la plus pragmatique en tant qu'outil de performance : la « préparation mentale ». Pour une grande majorité des acteurs de performances, entraîneurs, préparateurs physiques ou dirigeants, cette dimension psychologique doit se cantonner à cette orientation et surtout ne pas déborder sur les « purs » facteurs de performance, que sont les dimensions physiques et technico-tactiques. **Déjà comprise sous une forme très partielle de ses**

potentialités, la prise en charge psychologique n'est que très peu prise en compte par les encadrants. Pour le coach, avoir un athlète suivi peut remettre en question son mode de fonctionnement et venir attaquer ses bases narcissiques. Pour l'athlète, être suivi peut venir entacher l'idéal de toute puissance propre à chaque sportif et signer une faille, un dérèglement dans la machine sportive. Cette conjonction entre ces deux réalités est problématique, car sans le soutien de son coach, il est rare qu'un sportif s'autorise à engager des démarches de soins psychologiques.

5.5.1.4. Déni de l'entourage :

Au travers de son expérience sur écoute dopage ainsi que ses nombreux interviews, Proia rapporte avoir été sensibilisé par la **négation de la dimension psychique de l'athlète** et le déni de la souffrance par l'entourage sous le prétexte qu'il bénéficie d'un statut privilégié et envié, ou bien encore qu'un vrai champion ne peut qu'être habité par un « mental de fer » (Proia. S 2007). Par ailleurs, ils ne perçoivent pas cette obsession de maîtrise pondérale comme une véritable pathologie sous-jacente mais **comme un moyen d'avoir des capacités physiologiques optimales** au service des meilleures performances possibles en compétition, venant fermer les yeux sur une réalité pourtant apparente.

5.5.2. Du côté de l'athlète :

C'est dans un positionnement psychique et physique, toujours à la limite de la rupture d'équilibre, que se situe l'athlète de haut niveau. Cette situation tout à fait particulière place le sportif au centre d'un paradoxe. **Il va devenir dans le même temps extraordinaire et plus fragile.** Ce contexte crée le déséquilibre et les conditions de l'émergence de la pathologie. D'autant plus que les sportifs sont nombreux à masquer cette souffrance jusqu'aux décompensations sévères. De plus, les sportifs de haut niveau portent sur eux tous les espoirs de leurs proches, de leurs pairs, et doivent se montrer performants en permanence, tant sur le plan psychique que physique. Le monde des champions a du mal à autoriser les défaillances. **Exprimer ses fragilités va donc être particulièrement douloureux et donner le sentiment d'être en danger et vulnérable, ceci étant difficilement envisageable dans une quête d'Idéal sportif** (Proia. S 2007).

5.5.2.1. Décentrement de la douleur psychique

La concurrence exacerbée, l'idéal de virilité et d'endurance à la douleur, la dépendance obligée aux investigations scientifiques, l'objectivation positiviste du corps athlétique, la ferveur populaire, **concourent à étouffer toute expression d'une plainte**. Les athlètes vont donc, par différents mécanismes, tenter d'évacuer les affects douloureux sans perdre la face.

Tellement de moyens sont mis en œuvre pour que le sportif ait à se préoccuper uniquement de la reproduction en situation de compétition de ce qu'il a répété inlassablement aux entraînements, que la pression subie est considérable et apte à générer le sentiment d'être un « enfant indigne » en cas d'échec. **La souffrance peut donc être déniée**.

Certains développent une capacité à supporter la souffrance tout à fait impressionnante. **La douleur tant physique que psychique va être magnifiée, et venir légitimer l'investissement sportif et les ambitions sous jacentes**. La souffrance devient donc un défi, une épreuve initiatique et rituelle à surpasser pour en ressortir encore plus fort. Cette **sublimation** permet de tenir bon, bien souvent jusqu'à ce que le corps lâche.

Afflelou évoque même un « **déficit perceptif** » pour tenter d'expliquer le retard de prise en charge fréquent des athlètes souffrant d'épuisement sportif (Afflelou 2011). Au delà d'un aveuglement relatif à l'idéalisation des sportifs par la société, ce déficit perceptif peut être attribuable au jeune âge, et en particulier à une tendance à une **immaturité affective** majorée par la centration sportive. De plus, l'effet propre de la centration sportive et de la prégnance de l'entraînement intensif engendrent un « **court circuit de la pensée** » et un **hiatus dans la construction de l'esprit critique qui fragilise encore face à la pression exercée dans ce domaine**. Ce phénomène pourrait encore être encouragé par les aptitudes nouvelles d'un individu dans un sport donné, la réussite, l'absence de préparation à la confrontation aux échecs, les difficultés d'adaptation individuelles et la culture propre à certains sports.

La majeure partie des sportifs déplace leurs plaintes psychiques en les projetant sur la sphère corporelle, celles-ci étant exprimées sur le **versant somatique, seul considéré comme acceptable au sein de la communauté sportive**. Les modifications du comportement alimentaires, comme étudiées précédemment, s'intègrent dans cette dimension et constituent un **point d'appel à ne pas négliger pour le repérage des difficultés psychiques**. Il en est bien sur de même pour les blessures à répétitions, les baisses inexplicables de performances ainsi que les douleurs chroniques (Prétagut. S 2000).

5.5.2.2. Le défaut d'information :

Les jeunes athlètes ne sont effectivement pas tous au courant de la possibilité de suivi en cas de difficulté psychique. Ils sont informés de l'existence d'un psychologue au sein de la structure, mais qui ne constitue pas à mon sens un espace de parole à part entière, car présent au sein de cette même structure, qui, de part ses exigences, induit une souffrance psychique. Les jeunes athlètes ont donc deux possibilités : consulter au sein de l'institution sportive ou ne rien dire. Ils se trouvent dans les deux cas perdants. Il existe des alternatives entre consulter au sein de la fédération et se retrouver isolé avec sa souffrance. **Cependant trop peu d'informations circulent**, confirmant la négation de la dimension psychique des athlètes, en ce qui concerne les intervenants externes, les lignes d'écoutes téléphoniques, et les retours positifs de grands champions ayant effectué une démarche de soin à un moment de leur carrière. Pour rappel, **36% des judokas et 62% des judokates de notre étude de prévalence n'ont jamais reçu d'informations sur les troubles alimentaires.**

5.5.2.3. La peur des conséquences sportives :

Il existe bien sûr des appréhensions de la part des sportifs concernant les conséquences de l'instauration d'un suivi psychologique. **La crainte d'une non sélection, d'une non titularisation ou bien encore d'une stigmatisation de la part de ses pairs est redoutée.** L'emploi du temps de ces jeunes sportifs est rempli suivant un planning précis, laissant peu de place aux espaces personnels, et régis par le club. Il est donc difficile de dissocier de sa propre initiative sa vie sportive de sa vie personnelle, cette distinction n'étant possible que sur avis du staff qui le plus souvent est à l'origine de la demande de consultation en dehors du suivi médical réglementaire obligatoire.

Dans notre étude de prévalence, seulement 10% (n=2) des judokas de l'étude parviennent à se projeter dans un suivi sans le dire à leur entraîneur, montrant à quel point **le suivi doit se faire avec l'aval et le consentement du coach.** Il existe un contraste entre le fait que la quasi-totalité des judokas interrogés côtoient régulièrement des personnes en difficultés psychiques et/ou souffrant d'un trouble alimentaire, nécessitant pour eux une prise en charge, avec le faible taux de suivis observé.

5.5.2.4. Le défaut d'accès à l'étayage psychologique :

Bien que les sportifs soient de plus en plus sensibilisés à la prise en charge psychologique, il existe de nombreuses disparités entre les fédérations. Malgré les textes de loi promulgués depuis 2006 incluant un nécessaire examen psychologique chez tous sportifs de haut niveau majeur (2 examens annuel si mineur), certains continuent de ne pas en bénéficier. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela. **Certaines fédérations tendent à fonctionner en vase clos**, en dehors du système et imposant des règles propres à sa spécialité.

5.5.3. Du côté des évaluateurs :

Le troisième maillon de cette chaîne est représenté par les différents évaluateurs, issus de spécialités différentes, pour certains affiliés à la fédération, et pour d'autres fonctionnant à distance.

5.5.3.1. Manque de collaboration :

Il peut exister en effet un **manque de collaboration et de communication** entre les différents intervenants médicaux et paramédicaux, pourtant tous garants de la santé de l'athlète. Plusieurs phénomènes peuvent être à l'origine de ce fonctionnement clivé, n'étant pas sans rappeler celui du sportif lui-même entre son corps et sa psyché. Citons les contraintes temporelles, les différents lieux de consultations, ainsi que la volonté de ne pas empiéter sur le domaine d'activité de ses confrères. Comme le recommande l'HAS, il est nécessaire de pouvoir travailler de manière pluridisciplinaire pour une prise en charge optimale des ces jeunes sportifs (HAS 2010). En effet, les aspects diététiques, corporels et psychiques se rassemblent dans la globalité du sportif et ont des **rapports multiples**. Une perte de poids importante pourra signer une difficulté psychique, une blessure récurrente pourra aussi bien être le signe d'une dénutrition que la cause d'un syndrome dépressif, une fatigue chronique pourra être le signe d'une infection virale, d'une carence vitaminique ou bien encore d'un trouble alimentaire. Plus que trois intervenants différents il est souhaitable d'avoir trois intervenants travaillant ensemble, ouvert d'esprit et pouvant communiquer librement, dégagés des enjeux narcissiques et fédéraux. **Ainsi le cadre et l'articulation des interventions en milieu sportif sont à repreciser.**

Certaines constantes sont indispensables à une prise en charge préventive et thérapeutique de qualité, notamment la collaboration entre les différents intervenants, **comme si les liens entre intervenants permettaient aux adolescents de faire des liens dans leur tête**, et le fait de ne pas succomber au clivage tentant entre institutions s'occupant du soma et de la psyché permettrait peut-être de soutenir les adolescents dans leur tentative d'intégration de leurs difficultés psychiques.

5.5.3.2. Paradigmes différents :

L'étude multicentrique de Prétagut et al. a évalué la prévalence des troubles alimentaires chez les sportifs de haut niveau. Pour cela, chaque athlète a été évalué par un médecin du sport, un nutritionniste (ou diététicien) et un psychologue. Le diagnostic de trouble alimentaire était défini par le fait qu'au moins un des intervenants ait posé le diagnostic. Sur les 340 sujets inclus, 112 diagnostics de troubles alimentaires ont été posés. En tout, **8 sujets ont été diagnostiqués par les trois cliniciens**, et 30 sujets ont été diagnostiqués par deux cliniciens. **La concordance s'avère mauvaise avec un indice kappa égal à 0,19 (IC 95% (0.13-0.25))**. Ce résultat souligne la **complémentarité des cliniciens** puisque les sujets repérés par le somaticien n'ont pas tous été repérés par le psychologue (Prétagut. S En cours de publication). Il en est de même pour les autres cliniciens. Les évaluateurs ont donc des référentiels différents, ce qui peut amener à banaliser ou à surdiagnostiquer certaines pathologies. Concernant cette étude sur les troubles alimentaires, les psychologues sont ceux qui détectent le plus de troubles (n=70), après les médecins du sport (n=51) et les nutritionnistes (n=29), ce qui est cohérent avec les critères et la définition des troubles alimentaires.

Chaque clinicien doit faire preuve d'adaptabilité, **déborder avec prudence les spécificités de sa discipline pour pouvoir percevoir la globalité de l'équilibre du sportif**, et ne pas passer à côté du diagnostic et de l'orientation qui en découle. Ceci sous entend apprendre à faire avec ses propres projections tant sportives (banalisations des conduites) que médicales (image des soins psychiques péjoratives, volonté de pas multiplier les intervenants).

5.6. CONCLUSION

Malgré les textes de loi et leur application depuis plus de 10 ans, il existe toujours une **grande disparité concernant la prise en charge psychologique des sportifs** de haut niveau. Cet entretien psychologique, se situant avant tout dans une **démarche évaluative et de dépistage**, devrait constituer pour nous la pierre angulaire de la prévention des troubles psychiques en milieu sportif, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Les outils de diagnostic utilisés sont eux aussi problématiques car non adaptés à la pratique du haut niveau sportif. Leur utilisation peut aboutir à une sous évaluation des troubles alimentaires, notamment lorsqu'ils sont utilisés en auto-questionnaires. **Un entretien clinique semi structuré, avec des outils adaptés et un clinicien spécialisé**, est à recommander pour éviter les fréquents retards diagnostics en population sportive.

A coté du cadre flou que proposent les textes s'ajoutent de **nombreuses résistances à la mise en place des soins psychiques en milieu sportif**. Ces résistances, comme nous l'avons perçu, se situent aussi bien du côté des athlètes que de celui des encadrants et des évaluateurs. Un travail de réflexion sur ces trois axes est à effectuer pour pouvoir améliorer nos stratégies préventives au sein de cette population.

Nous allons maintenant définir les **modalités de prise en charge des troubles alimentaires**, tant préventives que curatives, en prenant en compte les spécificités cliniques et psychopathologiques propres aux sportifs de haut niveau.

6. MODALITES DE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Comme notre étude le démontre et les données de la littérature internationale le confirment, les troubles alimentaires sont fréquents au sein de la population sportive, bien que pour la plupart non encore décompensés en anorexie mentale ou en boulimie. Ces constatations amènent à évoquer les **stratégies de prévention tant primaires que secondaires**, qui peuvent avoir lieu précocement, tout en maintenant un lien de haut niveau ; **L'enjeu majeur étant bien sûr d'éviter l'évolution vers un trouble alimentaire sévère et invalidant.**

Comme ces adolescents ont très fréquemment un retard de diagnostic et de prise en charge, il est intéressant de réfléchir à **comment intégrer cette dimension sportive dans notre approche thérapeutique**, tant ambulatoire qu'institutionnelle.

Les modalités thérapeutiques doivent tenir compte des recommandations habituelles dans le cadre de l'anorexie mentale (intervention pluridisciplinaire, prise en compte de l'entourage familial), sans négliger la spécificité sportive (exigence de la performance, prise de conscience de l'impact négatif de la centration sportive sur les autres domaines de la vie, nécessité de réinterroger les motivations individuelles).

Nous envisagerons dans les parties suivantes les axes préventifs et thérapeutiques de la prise en charge des troubles alimentaires chez le sportif de haut niveau.

6.1. AXE PREVENTIF

L'ensemble de ces connaissances scientifiques doit permettre, à terme, d'élaborer les **stratégies de prévention** des désordres alimentaires adaptés au contexte sportif, et de proposer des interventions spécifiques auprès de **l'ensemble des acteurs du milieu sportif**. Cette démarche éducationnelle, qui pourrait être mise en œuvre auprès des sportifs, des entraîneurs et des parents de manière concertée, devrait avoir des retombées dans le domaine de la formation des cadres sportifs des fédérations françaises sportives concernées, ainsi que dans celui de la

préparation mentale et de la préservation de la santé des sportifs (Stéphanie Scoffier et d'Arripe-Longueville 2012).

Corcos rappelle, car c'est important en matière de prévention, la nécessité de prendre ne compte la rapidité d'installation d'un auto-renforcement biologique de la conduite. Parallèlement, il insiste sur l'existence de complications sévères de ces troubles qui entretiennent et perpétuent l'affection, et qui sont parfois des signes d'appels tardifs pour des TCA méconnus ou déniés (Corcos M et Jeammet, P 2002). **Agir sur les facteurs prédisposants, et améliorer les méthodes de dépistages sont donc essentiels.** L'ensemble des auteurs rapporte que les prises en charge précoces obtiennent de meilleurs taux de rémission dans la prise en charge des troubles alimentaires (Léonard, Foulon, et Guelfi 2005)(Corcos M et Jeammet, P 2002)(Godart, Perdereau, et Jeammet 2004a), ce qui donne une **importance toute particulière à cet axe préventif.**

6.1.1. Le cadre thérapeutique :

Le cadre thérapeutique est principalement représenté par le **suivi médical réglementaire (SMR)**, proposant un examen psychologique obligatoire biannuel pour les mineurs inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau. La place de cette consultation ne peut s'imaginer que dans un réseau dynamique impliquant particulièrement les médecins du sport mais également l'entourage des sportifs (Prétagut. S 2005). Associés à ces entretiens individuels, il existe dans quelques fédérations des **journées de sensibilisation** (d'origine extérieure ou interne), ainsi que des **groupes de parole** animés par des intervenants spécifiques, pouvant constituer d'autres ressources préventives.

Nous nous situons donc dans le registre de **prévention primaire** telle que définie par l'OMS comme étant « l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas ».

6.1.2. Prise en charge du sportif :

6.1.2.1. Généralités :

A la différence des autres potentialités identitaires observables chez les adolescents, tels la musique, le style vestimentaire, la brillance scolaire, **le sportif de haut niveau n'a qu'une**

courte durée de vie et bénéficie d'une reconnaissance sociétale univoque. Ces deux aspects sont importants car ils devraient légitimer la mise en place d'un suivi et l'accompagnement à la reconversion. **L'appui anaclitique sur son corps sportif est donc un mécanisme transitoire, et voué à l'extinction avec le temps ou les périodes de discontinuité**, d'où l'intérêt de bien accompagner le sujet dans ces phases délicates.

L'apparition des troubles se fait donc majoritairement dans des périodes de **rupture**, que ce soient des échecs sportifs, des blessures obligeant à un arrêt temporaire ou bien encore la fin de carrière (Filaire, Rouveix, et Bouget 2008). Des axes de réflexions sont à évoquer lors de temps spécifiques avec des professionnels de la santé, et si possible **de manière précoce et régulière**, tels que :

- proposer une aide à la décision, pour des athlètes confrontés à des problématiques de gestion des priorités, à des moments de rupture ;
- aider dans la réflexion et la mise en œuvre de projets d'orientation ou de réorientation professionnelle, d'arrêt de carrière sportive, de reconversion ;
- d'évaluer les capacités d'adaptation des sportifs à une pratique de haut niveau : la bonne adéquation entre le projet de vie, le projet sportif, le projet scolaire ou professionnel et le projet familial (Seznec 2008).

En ce sens des interventions externes, des **témoignages d'anciens sportifs**, ou bien encore la création d'une **discipline scolaire** propre à leur cursus si particulier pourraient être envisagés de manière plus systématique.

La reconnaissance des propriétés de la période d'adolescence et de son attachement au sport comme à tant d'autres activités passionnément investies (arts, jeux vidéo, théâtre) reste bien entendu centrale. En filigrane quelques idées directrices comme la nécessité de **s'interroger sur sa propre implication, de renvoyer un message positif à l'adolescent** (en opposition à l'attitude autoritaire et de contrôle affectivo-emotionnel si souvent présente en milieu sportif), **de privilégier la convivialité et le partage plutôt que la course aux résultats** (Proia et Martineau 2004). Le cadre doit être contenant et non instrumentalisant. Il ne faut surtout pas négliger la parole des jeunes et prendre en considération leurs centres d'intérêts multiples et **tout ce qui peut se prendre dans l'après coup du temps sportif et dans les « interstices de l'institution »**.

6.1.2.2. Sur le plan alimentaire :

Dans une démarche préventive, il semble donc utile de considérer le concept d'anorexie athlétique pour des athlètes de bon niveau s'efforçant de maintenir un faible poids corporel qui les avantage en compétition. Associé à cela, la tendance est de sélectionner de très jeunes athlètes qui ont un poids plus faible pour la même taille. Les habitudes nutritionnelles pathogènes pouvant devenir la norme quand elles débutent trop tôt dans la vie, la restriction drastique des apports peut affecter non seulement la performance physique, mais aller jusqu'à induire la perte de la masse maigre et de graves perturbations des fonctions endocrines, immunes et psychiques. **La prise en compte de cette notion peut amener les acteurs autour de l'adolescent à augmenter les mesures de protection contre l'évolution vers un trouble alimentaire avéré.** Les auteurs recommandent certaines modifications réglementaires afin de limiter les dérives (Afflelou Sabine 2009).

- décourager les pesées quotidiennes ;
- encourager les ajustements de poids en intersaison ;
- recourir aux compétences de diététiciens si l'amaigrissement est justifié ;
- informer les entraîneurs des risques de survenue des TCA ;
- réaliser un dépistage des jeunes sportifs intensifs de façon systématique dans les milieux à risque (prévu par la loi – arrêté du 16 juin 2006) ;
- diminuer la tyrannie de certaines pratiques sur le corps en suggérant une modification des règles compétitives (saut à ski notamment).

Parallèlement à cette réflexion sur les mesures de prévention, un **réaménagement en profondeur** de certaines disciplines pourrait être envisagé. Trop de pressions concernant l'apparence physique, le poids, et certains critères esthétiques apparaissent aujourd'hui obsolètes, dangereux et non éthiques au vue des conséquences délétères mises en évidence.

Un exemple illustre les possibilités de modifications réglementaires, effectuées pour le bien du sportif. En effet, Muller a proposé l'établissement d'un **nouvel indice pondéral** afin de diminuer les problématiques alimentaires dans le saut à ski, où un faible poids confère un avantage aux compétiteurs. En conséquence, la Fédération Internationale de Ski, a fait évoluer ses règlements après des tests complémentaires en soufflerie pour que les sauteurs à ski n'aient pas

avantage à être en sous-poids lors des compétitions. **Ainsi, ce sera davantage les talents techniques des sportifs qui seront valorisés.**

6.1.3. Prise en charge de l'environnement :

Plusieurs auteurs soutiennent que la prévention primaire des risques de conduites à risques et de désadaptation en milieu sportif peut être efficace. Celle-ci doit idéalement être **adressée à des groupes restreints et dans une continuité temporelle ; à la fois aux parents (réunion d'information, soirée débats), aux éducateurs sportifs (par le biais de la formation continue et initiale) ; mais aussi aux médecins du sport (formation complémentaire)**, bien souvent pris dans la passion sportive (Proia. S 2007).

Pour Jeammet, les formes subcliniques sont les formes où **l'influence des facteurs environnementaux est la plus forte** (Corcos M et Jeammet, P 2002). Il est donc indispensable d'inclure les encadrants sportifs dans l'articulation psychopathologique autour du sujet, que ce soit par des actions directes ou indirectes. Si le milieu peut être déstructurant et induire des distorsions cognitives majeures, il peut aussi devenir **ressource**, quand l'ensemble des intervenants communiquent et privilégient la santé du jeune champion.

6.1.3.1. Interventions de professionnels extérieurs au champ sportif :

Proia soutient que la prévention primaire passe par un travail de médiation entre les référents des jeunes athlètes et repose **sur l'intervention de professionnels extérieurs au champ sportif**, avec pour mission de faire émerger les capacités éducatives **prioritairement au service de l'adolescent et non du sport**, et de promouvoir une culture sportive qui ne dénie pas l'intégration des risques, non confondus avec le danger, ni cette dimension ludique qu'il faut associer au travail physique pour que le sport reste collectivement jubilatoire.

6.1.3.2. Implication et sensibilisation des intervenants internes :

Une récente étude de juillet 2014 s'intéresse aux stratégies de coping des coaches qui travaillent avec les athlètes de haut niveau. A partir d'entretiens semi structurés de 11

entraîneurs, ils ont mis en évidence 3 modes de coping. Le premier est une « **approche soutenante** », empathique et active, où les coachs recherchent des aides extérieures, en réduisant parallèlement les charges d'entraînements au début des troubles. La seconde approche est une « **approche évitante** », caractérisée par un refus d'être impliqué dans la prise en charge des difficultés alimentaires de l'athlète, avec un grand manque de confiance de l'entraîneur dans sa capacité à aider. La troisième approche est une « **approche agressive** », où les entraîneurs s'engagent dans des schémas rigides, et utilisent les menaces ou le chantage pour persuader les athlètes de se traiter (Plateau et al. 2014). Malgré son faible effectif, cette étude donne des pistes concernant les actions à mener sur l'encadrement sportif. **Des programmes éducatifs sont à créer. Ceux-ci pourraient par exemple détailler les avantages et limites des différentes méthodes les plus couramment utilisées**, et montrer l'importance de la participation des encadrants dans le dépistage et dans certaines interventions thérapeutiques.

Les fréquents retards diagnostiques, traduisant des faibles taux de repérage pour les formes subcliniques, ne veut pas dire que ces patients évitent leur médecin généraliste ou médecin du sport. En fait, **pendant les 5 ans précédant la détection des troubles du comportement alimentaire, ces sujets consultent leur médecin généraliste significativement plus fréquemment que les autres patients** (NICE 2004). Il en est de même pour les sportifs de haut niveau, demandeur de conseils de régimes, se plaignant volontiers de microblessures, d'où la **nécessité d'une vigilance et d'une meilleure formation de l'encadrement**.

6.1.3.3. Articulation des différents espaces :

Il faut par ailleurs souligner qu'une **bonne collaboration** avec les médecins du sport est indispensable. Celle-ci permettra à ces jeunes champions d'accéder à un espace de parole, favorisera une action préventive permettant de les protéger d'une fixation de certains traits acquis à travers leurs investissements. Au total, elle diminuera donc les risques de décompensation psychiatrique (Prétagut. S 2005). Il faut trouver la juste distance entre un fonctionnement opaque et clivé des interventions psychologiques, et un fonctionnement indifférencié, non propice à l'investissement d'un espace de parole pour l'adolescent. **Il incombe donc aux intervenants médicaux et paramédicaux de poser le cadre des différentes interventions, et de sécuriser les soins pour cette population en permanence au bord de la rupture.**

L'HAS confirme notre constat : « L'approche pluridisciplinaire, justifiée ensuite par la nécessité d'aborder les dimensions nutritionnelles, somatiques, psychologiques et familiales de la conduite, **pose le problème de l'articulation des différents intervenants** au sein d'un projet de soins global au long cours. Les modalités de cette articulation au quotidien représentent un **enjeu majeur en termes d'efficacité de ces prises en charge**. Les réseaux de santé organisés et en charge de garantir et d'évaluer la réalité de cette articulation constituent de ce point de vue une piste particulièrement adaptée à ces pathologies ». Il est donc nécessaire d'œuvrer dans cette direction.

6.1.3.4. Informations aux parents :

La prévention des conduites à risque en milieu sportif est particulièrement délicate, à fortiori lorsqu'il est question d'une population destinée au plus haut niveau de pratique. **Comment ne pas noyer le bébé, les valeurs sportives, avec l'eau du bain, les dérives du sport ?** Par vocation, la compétition sportive ne peut donner lieu à une pratique de juste mesure, elle relève de l'excessif, de la démesure. Et bénéficiant d'un fort pouvoir d'attraction et de promesses sublimatoires spectaculaires, elle brouille nos conventions au profit de l'extraordinaire (Proia et Martineau 2004). Dans la continuité de cette remarque, si nous acceptons le débat autour de la notion de limite et de la nécessité de disposer d'un mythe actuel (ici la figure du champion) pour conjurer nos angoisses collectives, **nous ne pouvons souscrire au culte de l'exploit et au souci du rendement lorsqu'il s'agit de jeunes mineurs**. Une information éclairée se doit d'être réalisée concernant les risques liés à cet investissement sportif, à ne pas confondre avec des dangers ; mais aussi sur l'encadrement et les mesures de prévention mises à disposition. Il ne s'agit pas de diaboliser le sport de haut niveau, mais au contraire de faire accéder les parents au monde sportif, de les sortir de l'ignorance et de l'illusion groupale, afin qu'ils en connaissent les règles, les lois **ainsi que les outils disponibles pour aider leur enfant dans cette quête de performance**.

Au nom des performances exigées et des principes normatifs aveugles, la pression formative qui pèse sur les adolescents et préadolescents dans les CREPS, les centres d'entraînements labélisés et toutes les filières d'accès à l'élite sportive, pose de graves **questions éthiques**, qui concernent **aussi bien ceux qui réussissent que ceux qui échouent et sont laissés à l'abandon**. Le prestige dont bénéficie aujourd'hui le sport ne saurait légitimer la culture de l'endurance à la douleur et les règles du non-dit de la plainte. Les parents sont à inclure dans la

prise en charge, car ils **constituent une constance et une base sécur**e non négligeables dans ce milieu si mouvementé.

6.2. AXE THERAPEUTIQUE

Jusqu'alors, aucune étude n'a eu lieu concernant l'impact des différentes psychothérapies et traitements dans la prise en charge des troubles alimentaires chez le sportif. Les auteurs décrivent généralement différents domaines à aborder avec le sportif ainsi que l'orientation globale de l'entretien, comme nous avons pu le décrire dans le précédent chapitre.

Après avoir abordé le cadre thérapeutique, nous présenterons les grandes lignes de prise en charge recommandées par l'HAS avant de conclure sur les aspects psychothérapeutiques plus spécifiques. Cette dernière partie sera illustrée par un cas clinique, venant traduire notre pratique quotidienne et signifier l'absence de recommandations spécifiques.

6.2.1. Le cadre thérapeutique :

Dans ces situations où le trouble alimentaire génère une souffrance psychique intense, qui bien souvent impacte sur la performance, différentes possibilités de prise en charge existent pour le sportif. Dans le cadre de troubles subcliniques, il est exceptionnel que le traitement soit intra hospitalier. **Il sera donc majoritairement ambulatoire, composé d'entretiens psychologiques réguliers et d'une surveillance par le médecin du sport et la diététicienne fédérale. La pratique sportive sera la plupart du temps poursuivie**, avec en arrière-plan les différentes échéances et les enjeux narcissiques liés à la performance. Les parents seront eux aussi impliqués dans la prise en charge. Dans notre étude, aucun des adolescents ne s'imagine dans un suivi psychologique sans en informer ses parents. Ceux-ci sont bien souvent à distance, mais constituent un ancrage et un soutien majeur lorsque les troubles se développent.

Nous nous situons donc dans le registre de la **prévention secondaire**, définie par l'OMS comme étant « l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution ».

6.2.2. Recommandations de prise en charge des troubles atypiques :

6.2.2.1. Généralités :

L'HAS préconise une **prise en charge multidisciplinaire** des troubles alimentaires, reposant sur le **triolet médical, diététique et psychologique**. Ces champs de compétence sont normalement tous présents dans l'entourage des sportifs de haut niveau. Ces recommandations de 2010, non spécifiques aux sportifs, vont donner les grandes lignes directrices de la prise en charge.

Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont le socle commun est : **un psychiatre, pédopsychiatre ou psychologue** (du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques) ; et **un somaticien**, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à en assumer les exigences (HAS 2010). La coordination des soins est assurée par un médecin coordinateur dont le rôle est de « prescrire les actions spécifiques nécessaires à un moment donné, maintenir une vue d'ensemble de la prise en charge, assurer le lien avec les autres intervenants ».

La question d'interruption de la pratique sera centrale chez le sportif de haut niveau et sera à discuter avec l'adolescent, sa famille et les différents intervenants sportifs. Il est fréquent que malgré les interdictions médicales de pratique, le sportif poursuive dans sa quête effrénée de sensations auto-contrôlées comme nous l'avons vu dans nos vignettes cliniques.

6.2.2.2. Les recommandations :

Le **travail d'alliance thérapeutique** sera fondamental, conditionnant l'adhésion aux soins ainsi qu'une partie du pronostic. Le cadre thérapeutique doit être clair, avec une **délimitation des différents espaces** et une prise en compte des résistances au suivi habituellement présentées par le sportif, notamment la crainte de répercussions sportives et groupales ainsi que le décentrement de la plainte. Il faudra donc **rassurer l'individu et le mettre dans des dispositions propices au travail psychique**.

Les objectifs des soins psychologiques sont individuels et familiaux. Il est recommandé que la prise en charge globale du patient souffrant de trouble alimentaire comprenne un volet psychologique dans le but de l'aider à :

- « **comprendre et à coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle**, pour réduire le risque physique ;
- **comprendre et à modifier les attitudes dysfonctionnelles liées au trouble alimentaire**, pour encourager le gain de poids et tendre vers une alimentation équilibrée ;
- **améliorer ses relations sociales et interpersonnelles**, et lui permettre de façon plus globale de se sentir plus en confiance et en sécurité pour avancer dans sa vie ;
- **traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques**, le mode de fonctionnement des personnalités pathologiques ou les dimensions de personnalité et les conflits psychiques qui contribuent à renforcer ou à maintenir les troubles du comportement alimentaire. »

En fonction du champ théorique auquel elles se réfèrent, les différentes formes de psychothérapie offrent un cadre de travail, une compréhension du trouble et des objectifs de soins différents et complémentaires. Selon le NICE, le choix de la prise en charge psychologique se fera en fonction des préférences du patient, voire celles de son entourage (NICE 2004). Elle se fera bien souvent **en fonction des mises à disposition locales, en fonction des partenariats et des habitudes de travail de la fédération**. Quelle que soit l'approche psychothérapeutique choisie, l'APA et le NICE préconisent une prise en charge psychothérapeutique **d'au moins 1 an après une amélioration significative** (NICE 2004). Cela suppose donc qu'un relai soit fait sur la fédération ou maintenu à l'extérieur lors de la reprise sportive.

L'APA, tout comme le NICE, recommande que l'approche familiale fasse nécessairement partie de la prise en charge de l'anorexie mentale des adolescents. Il peut s'agir de thérapie familiale, mais aussi toute forme d'intervention auprès de la famille **tant biologique que sportive**.

6.2.3. Pratique clinique :

Au-delà des recommandations, notre pratique clinique auprès des sportifs de haut niveau ainsi que la prise en charge d'anciens athlètes souffrant de troubles alimentaires sévères permet d'envisager certaines pistes thérapeutiques spécifiques aux sportifs de haut niveau. Nous

tenterons de les évoquer en illustrant nos propositions par le cas clinique de Charles, brièvement présenté dans le chapitre II.

La dimension addictive de la conduite contribue à ce que de multiples boucles d'auto-entretien et d'auto-renforcement du problème, au niveau comportemental aussi bien que biologique, psychologique et relationnel, se mettent en place et doivent être prises en compte dans le cadre du traitement (HAS 2010). Les adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles alimentaires bénéficieront d'une **thérapie bidirectionnelle, avec un travail à la fois sur la souffrance psychique mais aussi sur le symptôme alimentaire.**

6.2.3.1. Généralités :

Bien souvent il existe au niveau individuel chez ce type de patient sportif des troubles narcissiques, ainsi que des difficultés de séparation-individuation (Prétagut. S 2005). Si le narcissisme est concerné en premier lieu dans la volonté affichée d'attirer les regards sur soi et d'atteindre une position sociale glorieuse, il signe également l'expression d'une suradaptation à l'environnement culturel prenant les traits d'une « **enveloppe refuge** », rejoignant la notion de faux self de Winnicott. **L'intervention thérapeutique visera à faire émerger l'individu,** confondant jusque-là son « identité sportive » et son « identité subjective ». Les investissements externes seront abordés avec l'objectif, au-delà de la prise en charge du symptôme, de **créer un étayage à la capacité d'élaboration en vue d'une re/construction identitaire, sans le sport comme unique support** (Afflelou Sabine 2009).

Un travail cognitif concernant les schémas dysfonctionnels, remettant en questions les adages propres à la pratique de haut niveau, permettra une prise de distance d'avec les contraintes sportives. L'objectif est de pouvoir créer un espace de protection symbolisé par la prise de conscience de la dangerosité de certaines conduites automatiques. Il existe des croyances, spécifiques du monde de la performance sportive telles que « *plus t'as mal, plus c'est que tu travailles* », « *ne réfléchissez pas, faites seulement ce qu'on vous dit* », ou encore « *il faut que je m'entraîne deux fois plus que les autres pour être le meilleur* ». Ces distorsions cognitives contribuent à fragiliser l'individu et le poussent jusqu'à la rupture psychique.

Ces populations destinées à devenir champions sont particulièrement exposées au développement de mécanismes de défense individuelle et collective pour pallier à la souffrance, à l'incertitude du lendemain, à l'isolement psychique. L'un d'eux est le déplacement de la plainte sur le corps. **Des explications neutres sur les relations fonctionnelles entre les**

ressentis physiques et le vécu psychique serviront à rassurer l'adolescent et à lui permettre d'élaborer sur la signification de sa plainte, amenuisant les défenses psychiques. L'accès à l'insight, permettant d'identifier ses souffrances et de diminuer la toute-puissance propre à l'adolescent sportif, est à rechercher, afin de « **pouvoir mettre des mots sur ses maux** ».

Il est nécessaire d'identifier les facteurs de vulnérabilité propres à chaque sportif pour pouvoir cibler les interventions en disposant de **leviers thérapeutiques**.

Un travail parallèle avec une diététicienne ou un nutritionniste est souhaitable, afin de pouvoir **recadrer les différents apports alimentaires**, dans une dimension éducative et pratique. Ceci permettra à l'athlète de ne plus se mettre en danger, et de ne plus assimiler un faible poids corporel à une garantie de performances. Les croyances alimentaires seront remises en cause ; la dimension magique ou le caractère « interdit » de certains aliments discutés. Des **programmes diététiques adaptés, encadrés** et suivis pourront être élaborés.

Le poids sera rarement dans des IMC catastrophiques du fait de la contrainte de performance. La souffrance psychique sera bien souvent au premier plan, faisant de l'objectif pondéral une question moins centrale que chez les anorexiques sévères. Cependant du fait des risques d'autonomisation des troubles alimentaires, une surveillance pondérale régulière ainsi que **l'établissement de limites à partir desquelles la pratique sportive doit être stoppée** sont impérativement à établir.

6.2.3.2. le cas de Charles, 20 ans :

Charles est un jeune homme de 20 ans, hospitalisé dans notre unité pour la prise en charge d'une anorexie restrictive sévère ayant entraîné une perte de poids de 20 kg. A son arrivé il pèse 48.8 kg pour 1.73m, avec un IMC à 16.2kg/m².

Sur le plan familial, Charles est l'aîné d'une fratrie de 3 enfants. Ces deux demi sœurs ont respectivement 6 et 11 ans. Ses parents ont divorcés lorsqu'il avait 7 ans et entretiennent des rapports conflictuels. Sa mère s'est remariée en 2002, et Charles n'arrive pas à accepter la présence de son beau-père, vécue de manière très intrusive. Sa scolarité se passe discrètement, Charles est un élève moyen, il est actuellement dans une formation BAC pro « Service aux Personnes ». Sur le plan social, il existe peu de lien avec les jeunes de son âge hormis au travers de la boxe qu'il pratique depuis 5 années. Il suit parallèlement une formation de sapeur

pompier volontaire depuis ses 13 ans. Lorsque nous le rencontrons, il est en couple depuis 6 mois avec Laetitia, une amie d'enfance.

Charles pratique la boxe depuis 2009, et s'est d'emblée inscrit dans une dynamique de performance avec la perspective de compétitions et un rythme d'entraînement intensif (>8h/semaine). **Le choix de ce sport est motivé par des identifications familiales multiples.** En effet le père de Charles a fait de la boxe, tout comme son grand-père paternel, qui est actuellement entraîneur en Bourgogne. La **filiation** est donc au cœur de cet investissement, Charles pouvant nous dire en parlant de son père : « *il n'y a que ça qui nous rapproche* ». Il est parallèlement très soutenu par sa mère dans son investissement, qui assiste aux combats, le soutien et valorise sa pratique.

L'histoire des troubles alimentaires débute en août 2012, Charles pèse alors 77kg et combat dans la catégorie des -75kg. Suite à une remarque anodine dans les vestiaires concernant son ventre, il s'engage dans un **régime structuré** afin de pouvoir évoluer dans la catégorie inférieure, celle des -69kg. Cette décision a été validée par son coach et sa famille, et le régime est établi avec une diététicienne du sport avec pour objectif une perte maximale de 10 kg. Charles parvient à perdre progressivement du poids et effectue son premier combat dans cette nouvelle catégorie en décembre 2012. A cette époque il pèse 67kg, et a donc perdu 10kg en 6 mois. Opposé à un adversaire plus expérimenté, il perd ce combat « aux points » à la fin des trois reprises réglementaires. Cette défaite est venue mettre à mal des assises narcissiques fragiles, et faire émerger des affects dépressifs. Malgré un bon combat et son changement de catégorie, ses efforts et ses sacrifices alimentaires n'ont pas payé. En réaction, Charles va majorer sa charge d'entraînement et perdurer dans ses restrictions alimentaires.

Les conséquences somatiques de son hyperinvestissement sportif se majorent progressivement. Charles fait des malaises réguliers dans les douches, présente de douleurs abdominales, une fatigue chronique et une perte d'efficacité physique. Malgré tout, il continue la boxe de manière intensive ; il va mal mais **n'arrive pas à mettre des mots sur ses maux**. Dans ce contexte, les entraînements sont de plus en plus difficiles à terminer, Charles ne peut plus se protéger, tant psychologiquement que physiquement. Il déclare en janvier 2013 un décollement de rétine, imputable à sa myopie mais aussi aux multiples coups reçus lors de ses combats. La pratique de combats lui est désormais interdite, marquant la première rupture.

De manière réactionnelle, les restrictions alimentaires se majorent progressivement, tant quantitativement que qualitativement. Charles saute des repas, exclut certaines classes alimentaires, et mange des produits étiquetés « diététiques ». Il restreint ses apports hydriques à 400 mL/jour. Corporellement, Charles ne cherche pas à se sécher, ni à voir ressortir ses veines comme nous l'observons régulièrement chez des garçons anorexiques. Il ne cible pas de zones précises de son corps, et se perçoit maigre dans le miroir. La mère de Charles continue de le suivre, participe aux achats de produits « diét », et valide la reprise du sport « parce qu'il en a besoin ». En mars 2013, il pèse 60 kg (IMC = 20.1kg/m²). Comme il le dit de manière lucide : *« j'ai compensé la perte d'objectif sportif par les restrictions en nourriture, ce qui m'a fait perdre davantage »*. Malgré les interdictions médicales et parentales, Charles s'inscrit en mai 2013 dans un stage de boxe thaïlandaise où il effectuera 5h de sport par jour. En juillet 2013, il pèse 50kg (IMC=16.7kg/m²).

La seconde rupture est le décès de son grand-père maternel, en août 2013, dans les suites d'une valvulopathie cardiaque. Ce grand-père était très investi par Charles, qui vécut avec lui et sa mère jusqu'à ses 7 ans, et qui l'a toujours considéré comme son fils. Cet événement de vie à profondément affecté Charles, qui s'est retrouvé submergé d'affects dépressifs, de manière si massive que non projetable sur le corps. **Devant cet épuisement psychique et la poursuite des consommations sportives malgré un état somatique précaire**, Charles est hospitalisé 8 jours en septembre 2013, puis un mois en novembre 2013 à l'hôpital Georges Mazurelle.

Sa période de sortie d'hospitalisation coïncide avec son départ du domicile familial. Charles ne supporte plus son beau-père, et, dans une tentative d'autonomisation désespérée, rappelle son ancienne petite amie pour emménager avec elle. En effet les entretiens familiaux retrouvent une relation très fusionnelle entre Charles et sa mère, une absence de limites et d'autorité parentale, ainsi qu'une non possibilité de triangulation de la part du beau-père. L'enfance de Charles permet de donner des informations complémentaires. En effet, Charles est né prématuré, à 7 mois, et a passé 3 mois en couveuse séparé de sa famille. Par la suite il a présenté une énurésie jusqu'à ses 7 ans, ainsi que **des difficultés de séparation** lors de ses rentrées scolaires, en faveur d'angoisses de séparation massives. Il vit dès lors seul dans un appartement avec Laetitia, son amie. **La boxe était son seul moyen d'affiliation masculine, sa seule possibilité de se différencier sans se séparer de manière trop angoissante.**

Malgré l'interdiction de pratiquer, il se met au triathlon, dans un objectif d'entretien et de dépense physique, mais toujours dans une optique de reprendre les combats de boxe. Il est

hermétique aux interdits médicaux, n'a pas conscience de la gravité de son état et pratique jusqu'à **15 heures de sport par semaine**, « *pour ne plus penser* ». Malgré l'initiation d'un suivi ambulatoire par un psychiatre, Charles ne parvient pas à stopper l'emballement des consommations sportives et des restrictions alimentaires. Quelques jours avant son hospitalisation, il avait remis les gants, pouvant nous dire en entretien « *c'était soit ça, soit je mourrais* ». Lorsqu'il arrive dans notre unité, il pèse 48.8kg pour 1.73m, avec un IMC à 16.2kg/m².

6.2.3.3. Prise en charge :

Il est nécessaire de rappeler que **la thérapie ne pourra se baser exclusivement sur la dimension sportive de l'individu**. Les mesures évoquées ci-dessous n'ont pas pour but de délimiter une prise en charge complète mais plutôt de montrer comment tenir compte de cette dimension particulière. L'objectif, devant l'absence de recommandations, est de donner des pistes thérapeutiques ainsi que des éléments de réflexions pour étoffer la prise en charge de cette population singulière, dans le cadre de la prise en charge de trouble alimentaires.

➤ De Charles :

Dans un premier temps, l'abord du monde de la boxe a permis de créer une **alliance thérapeutique** de qualité et de diminuer les résistances initiales à la prise en charge proposée.

La question identitaire est centrale pour Charles. La boxe est ce qui le relie à ses différentes figures d'attachement masculines, venant tenter de mettre du tiers dans une relation dyadique à la mère, symbiotique et source d'angoisses de séparation massives. La solution addictive est dans ce contexte une **tentative de survie psychique, un compromis entre la revendication affichée et la nécessité de la dépendance aux proches** (au prix d'un déni du vécu de cette dépendance). Les sensations auto-générées lui permettent de révéifier son existence et de ne pas se laisser engloutir par l'autre. Nous avons travaillé sur son identité en **réinjectant des affects positifs différenciés de la boxe**. Nous avons évoqué les valeurs qui lui étaient propres, travaillé sur ses relations en dehors du milieu sportif et sur ses investissements externes (moto, jeux vidéos, etc). Ceci lui a permis de prendre de la distance avec ses excès et son rapport aux « consommations sportives », de se **réapproprier son identité en tant qu'individu et de consolider ses assises narcissiques**.

Le recours à des **métaphores sportives**, notamment celle du « combat » contre l'anorexie, la durée en plusieurs « rounds », la progression par étape, a permis un accès émotionnel direct chez ce patient à la présentation aléxithymique.

Pour Charles, la boxe n'est pas problématique en elle-même, mais en ce sens qu'elle vient marquer des difficultés d'individuation-séparation et constituer un mode d'investissement unique venant masquer ses conflits intrapsychiques. **Le sport a encore une place importante dans l'économie psychique de Charles.** La prise de conscience de ses difficultés, tant alimentaires que sportives, lui ont permis de sublimer son désir de performance et de reconnaissance masculine en envisageant de devenir entraîneur. Ce compromis semble une solution transitoire acceptable, aussi bien sur le plan psychique que physique, en attendant la mise en place d'autres ressources positives et sécurisantes.

Les **croyanances sur l'alimentaire** ont été retravaillées avec la diététicienne du service en appuyant sur l'alimentation nécessaire pour le développement d'une musculature saine et la nécessité d'avoir des réserves énergétiques lors de la pratique du sport. La notion de « poids de forme » a permis à Charles de se rendre compte que les meilleurs résultats n'étaient pas systématiquement obtenus avec un poids bas. Ce travail éducatif est donc remettre en causes ses pensées dysfonctionnelles de type « *plus on est dans une catégorie basse, plus on a de chances de réussir* ». Dans l'optique de pouvoir reboxer un jour, ce **recadrage sportif**, se place donc en tant que facteur protecteur.

Le décès du grand-père est venue décompenser un état dépressif, non sans lien avec les interactions précoces mère enfant. **Les théories de l'attachement sont invoquées pour illustrer les défaillances précoces dans un lien « sécure » à la mère.** Ils soulignent que l'anorexie mentale se retrouve dans une gamme de personnalités avec certaines constantes : **la grande fragilité narcissique, la structuration psychique précaire, les actes anti-éprouvés et anti-pensées.** On retrouve constamment un vécu intime d'inefficience, d'inadéquation, d'absence de valeur personnelle se rapprochant de la problématique de la dépressivité. Nous avons parallèlement tenté de reconnecter Charles à ses investissements antérieurs afin de **consolider ses bases narcissiques, et de retrouver une identité propre**, moins plaquée sur celle des hommes de sa famille. La reprise de contact avec la moto, le lâcher prise et ses relations avec ses pairs en dehors du sport, lui ont permis de **se reconnecter à ses envies**, et de recréer des liens solides sur lesquels il peut s'appuyer pour se reconstruire.

➤ **De l'environnement :**

○ Les parents :

Le retour à la salle de boxe a été cautionné par sa mère, et ce malgré les interdictions médicales. La dimension positive, plaçant le sport comme source de bien-être et de socialisation, semble lui avoir fait fermer les yeux sur la souffrance de son fils. **La mise en place de limites pour Charles** a donc été travaillée avec sa mère et son beau-père. **Un travail d'éducation sur l'hygiène sportive** et la place du sport dans la pathologie de Charles a été réalisé.

Le père de Charles a été recontacté, dans une tentative de **mettre du tiers** dans cette relation dyadique, et de faire comprendre à Charles qu'au-delà de la boxe, son père était là pour lui. Jusqu'à présent Charles disait à propos de son père, et plus globalement des hommes de sa famille paternelle : « *il n'y a que la boxe qui nous rapproche* ».

○ Le coach :

Le coach, **père symbolique de cette famille sportive**, a lui aussi été inclus dans la prise en charge. Dans cette situation, nous avons perçu le coach de manière positive au travers du discours de Charles. Celui-ci est toujours resté présent dans les moments de blessure et de rupture, et a pris position concernant les régimes alimentaires. Nous avons travaillé dans un premier temps de manière indirecte, notamment sur les liens unissant Charles et son entraîneur. L'objectif était de lui **faire prendre conscience qu'au-delà de sa valeur sportive, son coach était attaché à lui en tant qu'individu**. Charles, sécurisé en se reconnectant à ses valeurs (la volonté de transmission, la fidélité, le respect), peut dès lors envisager un autre mode relationnel, basé sur son identité propre, et se distancier progressivement du symptôme, laissant émerger les affects. Dans un second temps, nous avons travaillé de manière directe en contactant le coach, **avec l'accord de Charles et dans le respect du secret médical**, afin de pouvoir répondre à ses questions, d'appréhender l'environnement sportif de Charles et de donner des limites.

6.3. CONCLUSION

Les modalités de prise en charge présentées ci-dessus ne sont pas exhaustives ; elles reposent à la fois sur les recommandations de l'HAS mais aussi sur notre pratique clinique. Elles montrent cependant **différentes façons de prendre en compte la dimension sportive du**

sujet dans le cadre de la prise en charge des troubles alimentaires, tant en matière de prévention primaire que secondaire.

Sur le plan préventif, des **mesures simples** pourraient contribuer à diminuer la prévalence des troubles alimentaires en milieu sportif, avec des interventions ciblées à la fois sur le sportif (sensibilisation, information, groupe), sur les encadrants (formations spécifiques), sur les fédérations (application stricte du SMR) et sur le sport en lui-même (pertinence de certains critères d'évaluation, nouvel indice de masse corporelle). Une clarification des différents cadres et espaces proposés pour les athlètes nous semble indispensable, en retenant deux choses essentielles : Premièrement **les demandes de suivis doivent encore émerger de tiers** et non du sportif lui-même, d'où l'importance de la mise en place homogène du bilan psychologique biannuel du SMR (pour réaliser les orientations), et de la vigilance des encadrants sportifs. Secondairement, **il est nécessaire que l'espace de suivi se mette en place à l'extérieur de la fédération** sportive pour garantir un espace de parole protégé et faciliter le travail psychique de l'individu.

Sur le plan psychothérapeutique, la dimension sportive constitue à la fois une ressource sûre, une base identitaire, un mode de lecture des troubles psychiques et une source de croyances dysfonctionnelles sur l'alimentaire. **Ces différentes fonctions dans l'économie psychique du sujet différencient donc la pratique sportive organisée de l'hyperactivité non structurée** retrouvée chez une grande partie des anorexiques (marches, montées d'escaliers, etc...). Il est donc important de ne pas la négliger et de la **prendre en compte avec ses spécificités**. Cette approche thérapeutique doit bien sûr se compléter des recommandations actuelles de l'HAS et du NICE, mais nous pensons que ne pas prendre en compte cet hyperinvestissement sportif et ses corrélats puisse être délétère. Compte tenu du **manque de littérature actuelle concernant les spécificités de prise en charge de cette population**, il est nécessaire de continuer à explorer ce domaine pour déterminer des approches plus spécifiques comme le recommande l'HAS (HAS 2010, RBP p27).

7. CONCLUSION

Avant de conclure, il me semble important de rappeler les objectifs qui m'ont poussé à faire ce travail de thèse. D'un point de vue pédagogique, je souhaitais **présenter une population singulière et vulnérable** que constituent les sportifs de haut niveau ainsi que **mettre en exergue les résistances à la mise en place de soins psychiques au sein de la famille sportive**. D'un point de vue pratique je souhaitais que mon travail permette d'élaborer des pistes de réflexions concernant la prise en charge des athlètes de haut niveau, que nous rencontrons majoritairement en tant que patients, une fois les troubles alimentaires décompensés. Enfin, d'un point de vue personnel, il s'agissait pour moi d'expérimenter la mise en place d'un projet de recherche clinique et de travailler sur un de mes domaines d'intérêt.

Comme nous l'avons compris durant cet exposé, il n'existe encore **aucune certitude concernant les liens qui unissent hyperinvestissement sportif et troubles alimentaires**. Nous constatons cependant qu'il existe de multiples points de recoupement. Sur le plan psychopathologique, ces conduites prennent une dimension identitaire, permettent une mise à distance des éprouvés émotionnels sur le corps, donnent au sujet une l'illusion de contrôle, se retrouvent chez des individus avec des nombreux traits de personnalités en communs et interrogent bien souvent les enjeux de séparation individuation. Sur le plan biologique, il existe de nombreux circuits cérébraux et neuromédiateurs communs impliqués lors de la régulation de la prise alimentaire et de l'effort physique intensif (sérotonine, axe hypothalamo-hypophysaire, opioïdes, etc...). Enfin d'un point de vue social, ces deux conduites, à savoir la pratique du sport et la recherche de minceur, sont valorisées, recherchées et recommandées de manière générale. **A partir de cette triple lecture bio-psycho-sociale, nous nous apercevons que ces conduites peuvent s'auto renforcer mutuellement, l'hyperinvestissement sportif pouvant prendre la place d'un facteur précipitant, d'un facteur protecteur ou bien d'un facteur limitant dans le développement des troubles alimentaires**. Ces liens sont donc à concevoir comme **circulaires**.

Par rapport aux pathologies alimentaires typiques, les troubles rencontrés chez les sportifs de haut niveau ont des **spécificités psychopathologiques et sémiologiques** comme nous l'avons décrit, avec notamment l'« anorexie inverse » et l'« anorexie athlétique ». L'alimentation prend une autre dimension au sein de cette population en ce sens qu'elle est intégrée, indispensable au projet sportif, et qu'elle prend des fonctions multiples. Elle marque l'adhésion volontaire aux contraintes du sport, signe l'appartenance à une microculture particulière,

véhicule des pensées magiques en liens avec la performance et peut devenir un mode d'expression des difficultés psychiques. Ces axes de travail sur le symptôme sont donc à prendre en compte lors de nos interventions thérapeutiques.

Concernant le suivi de ces jeunes sportifs, il existe encore de **grande disparité de prise en charge** et de mise à disposition d'espaces de parole suivant les fédérations. **Il est nécessaire de préciser le cadre et de bien différencier les différents espaces, à savoir celui du dépistage représenté par l'entretien psychologique annuel du suivi médical réglementaire (SMR), celui des soins psychiques représenté par les suivis externes, et enfin celui de l'aide à la performance.** En dehors du SMR qui se doit d'être organisé par la fédération, ayant pour fonction un dépistage et une éventuelle orientation vers des soins spécialisés, **les auteurs rappellent l'importance que ces espaces de soins psychiques se situent en dehors de la machinerie sportive** (Proia. S 2007)(Filaire, Rouveix, et Bouget 2008)(Prétagut. S 2005). Il est nécessaire de promouvoir une **prise en charge précoce** afin d'éviter les retards diagnostiques encore trop fréquents et qui aboutissent à des décompensations plus sévères.

Ces constatations amènent des pistes de réflexions concernant les soins psychiques chez le sportif de haut niveau. Sur le versant préventif, **il est indispensable que le SMR soit effectué de manière plus homogène et dans un cadre mieux défini.** Le contraste entre l'acceptation quasi unanime des suivis lorsqu'ils sont proposés, la proportion importante de pathologies alimentaires en milieu sportif (Salmi, Pichard, et Jousselin 2010)(Prétagut. S 2005) et le faible taux de patient pris en charge, traduit à la fois **la nécessité, mais aussi les résistances à la mise en place de ce suivi.** Parmi celles-ci, le manque d'information, le manque d'espaces adaptés et la crainte du jugement des pairs avec ses corrélats (non sélection, stigmatisation, etc ...). **Nous pensons donc qu'une information sur les risques inhérents au sport de haut niveau (dont font partis les TCA) et sur les stratégies de prévention existantes doit être effectuée.** Ces mesures permettraient aux athlètes d'exercer dans un cadre plus sûr et de bénéficier de soins en amont des décompensations sévères, rendant service aussi bien à l'individu qu'au sportif en quête de performances. Parallèlement à ces recommandations, il nous semble encore nécessaire de **multiplier les études scientifiques pour valider un discours capable d'attaquer les résistances intrinsèques au monde du sport,** limitant encore la mise en place des mesures préventives que nous avons pu évoquer.

D'un point de vue thérapeutique, **la place de l'hyperinvestissement sportif, qu'il soit passé ou encore actif, est à prendre en compte, que le sujet soit encore dans une quête de performance ou au contraire dans une phase de rupture** (blessure, fin de carrière). Il permettra la création

d'une alliance de qualité, un accès aux assises identitaires du patient, et viendra bien souvent révéler des aspects de la psychopathologie du sujet à travers l'analyse du terrain de jeu sportif. En nous aidant à mieux comprendre le vécu psychique des patients et le référentiel dans lequel ils évoluent, il permettra une intervention thérapeutique plus efficace. Actuellement il n'existe pas de recommandation spécifique pour le sportif souffrant de troubles alimentaires. La prise en charge s'effectue uniquement selon les recommandations de l'HAS sur les troubles alimentaires (HAS 2010) en tentant d'y inclure les spécificités psychopathologiques concernant l'alimentation et la dynamique individuelle du sujet sportif.

Enfin nous rappelons qu'il ne s'agit en aucun cas de diaboliser **le sport de haut niveau qui n'est aucunement pathogène en soi**. Il expose cependant à des risques qui nous semblent indispensables de prendre en compte dans une optique préventive, afin de limiter l'émergence et l'acutisation de pathologies psychiatriques dont font partie les troubles alimentaires. **Il est quasi incontournable pour le sportif en quête de record de fonctionner en déniait sa dimension psychique** du fait des nombreuses contraintes auxquelles il doit faire face. En tant que médecin, **nous avons la responsabilité non seulement de ne pas fonctionner en miroir mais aussi de garantir un étayage psychologique de qualité**. Celui-ci aura pour objectif d'éviter les dérives qui surviennent lors de la rencontre particulière entre un contexte donné, un sport, et une personnalité.

8. ANNEXES :

8.1. ANNEXE 1 : AVIS DU GROUPE D'ETHIQUE NANTAIS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

AVIS

Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS)

Nom du protocole	<i>TCA SUB-SPORT</i> « Les troubles alimentaires subcliniques en population sportive : étude de prévalence chez des adolescents judoka et comparaison avec des adolescents en population générale »
------------------	--

Investigateur principal	PRETAGUT Stéphane
Lieu de l'étude	Faculté de médecine et CHU Nantes
Type de l'étude	<i>Etude monocentrique, non interventionnelle, contrôlée, transversale, non randomisée</i>
Type patients/participants	Adolescents entre 14 et 18 ans, pratiquant le judo au moins à un niveau interrégional, sportif intensif (>8h/semaines)
Nombre de patients/participants prévus	20 adolescents dans le groupe judoka 30 adolescents dans le groupe contrôle
Objectif principal	Evaluer la prévalence des préoccupations alimentaires et corporelles dans une population adolescente judokate en comparaison avec une population adolescente non sportive.
Objectif secondaire	Etudier les représentations du suivi psychologique en milieu sportif chez les adolescents.

Documents communiqués :

Justification de l'étude	Oui
Méthodologie	Oui
Lettre d'information	Oui
Lettre de consentement	Oui

Remarque générale :

Le GNEDS formule d'abord la remarque qu'il n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Il ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique. Dans le cas présent, il se bornera à constater que les objectifs de cette étude et sa méthodologie sont conformes aux principes de l'éthique.

Confidentialité

Confidentialité	Oui
Anonymat	Oui
CNIL	Oui

Commentaires : Bonne méthode d'anonymat

Information et consentement

Consentement :

Recueil nécessaire	Oui
Type consentement préférable	Ecrit
Traçabilité dans le dossier	Il n'y a pas de dossier mais consentement écrit parent et adolescent

Commentaires : Lettre d'information uniquement pour les parents. Une lettre d'information pour les adolescents est indispensable avec une signature séparée des consentements.

Lettre information précisant:

Titre de l'étude	Oui
But de l'étude	Oui
Déroulement de l'étude	Oui
Prise en charge courante inchangée	non applicable
Possibilité de refus de transmission des résultats	Oui
Possibilité de recevoir résultats de l'étude	non applicable
Traçabilité dans le dossier	Oui

Commentaires : Etude bien présentée et très intéressante. A compléter par une information spécifique pour les Adolescents inclus dans l'étude.

Conclusion :

Avis favorable	Oui
Révision nécessaire selon commentaires	Prévoir une information spécifique pour les adolescents inclus dans l'étude.

8.2. ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF JUDOKAS

Rappel : ce questionnaire est anonyme et est réalisé dans le but de mieux comprendre les comportements alimentaires et les pathologies associées en milieu sportif

Vous et le judo :

Année de naissance : _ _ _ _

Sexe : M / F

Catégorie : Junior / Cadet

Poids actuel (hors régime): _ _ kg

Taille : _m_ _

Catégorie de poids :

Nombre d'heures total de judo par semaine :

Nombre d'heures total de sport par semaine :

Niveau de compétition : régionale / interrégionale / nationale

Age de début du judo :

Nombre d'années passées au pôle espoir :

Interne / Externe :

Questions

Les régimes sont ils problématiques pour vous ? oui / non

Avez-vous déjà/récemment perdu plus de 6kg en moins de trois mois ? oui / non

La préoccupation concernant votre poids/apparence physique était elle présente avant le début du judo ? oui / non

Avez déjà, au cours de votre carrière sportif, subie des pressions concernant votre poids (changement de catégorie, maintien à un poids pour ne pas changer de catégorie)?
oui / non

Avez-vous déjà reçu des informations concernant les troubles du comportement alimentaire ? oui / non
si oui : de la part de professionnel de la santé ? oui / non de la part de vos entraîneurs ? oui / non

Pensez vous qu'il existe plus de risque de développer des troubles alimentaires lorsque l'on pratique le judo à haut niveau ? oui / non

Avoir besoin d'une aide psychologique est il une marque de faiblesse dans le monde du sport de compétition ? oui / non

Connaissez-vous des sportifs qui auraient besoin d'une aide psychologique ? oui / non

Pensez-vous être assez aidé sur le plan psychologique (soutien/optimisation de la performance) ? oui / non

Connaissez-vous au moins un athlète souffrant de trouble du comportement alimentaire ? oui / non

Avez-vous déjà pris des compléments alimentaires pour modifier votre poids, votre apparence ou prendre de la masse musculaire ? oui / non

Questions à choix multiples :

Quelles méthodes utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé pour perdre du poids ?

Sport dans un sauna oui / non

Footing avec surplus de vêtements oui / non

Jeûne prolongé oui / non

Médicaments oui / non

Autres méthodes : _____

Trouvez-vous utile qu'un sportif pratiquant la compétition soit suivi sur le plan psychologique ? (Cocher la case correspondant le mieux à votre opinion)

Oui pour améliorer la performance sportive

Oui car le sport de haut niveau est difficile et demande du soutien psychologique

Non, le suivi psychologique concerne les personnes à problème

Non ça ne sert à rien

Si vous étiez suivi par un psychologue dans le cadre de votre pratique sportive, à votre avis, que penseraient de vous ces personnes :

Votre entraîneur : Tu en as besoin / Ça va t'aider / Tu n'as pas besoin de ça / C'est pour les faibles / Ça sert à rien / Je ne leur dirais jamais si je suis suivi

Autres remarques : _____

Votre famille : Tu en as besoin / Ça va t'aider / Tu n'as pas besoin de ça / C'est pour les faibles / Ça sert à rien / Je ne leur dirais jamais si je suis suivi

Autres remarques : _____

Les autres compétiteurs : Tu en as besoin / Ça va t'aider / Tu n'as pas besoin de ça / C'est pour les faibles / Ça sert à rien / Je ne leur dirais jamais si je suis suivi

Autres remarques : _____

Combien de fois vous pesez vous dans la semaine ? _____

Le fait d'avoir un entretien psychologique deux fois par an vous aide t il dans votre pratique ? oui / non

Commentaires libres :

8.3. ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI STRUCTURE GROUPE TEMOIN

Vous et le sport :

Année de naissance : _ _ _ _

Taille : _m_ _

Sexe : M / F

Nombre d'heures total de sport par semaine : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Quel(s) sport(s) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Poids actuel : _ _ kg

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : _ _ _ _ _ _ _ _

Questions générales :

Consignes : entourez la réponse qui correspond le mieux à votre opinion.

Avez-vous déjà reçu des informations concernant les troubles du comportement alimentaires ? oui / non

Avez-vous déjà perdu plus de 6kg en moins de trois mois ? oui / non

Pensez-vous qu'il existe plus de risque de développer des troubles alimentaires lorsque l'on pratique un sport à haut niveau ? oui / non

Pensez-vous qu'avoir besoin d'une aide psychologique est une marque de faiblesse pour un sportif de haut niveau ? oui / non

Avez-vous déjà pris des compléments alimentaires pour modifier votre poids, votre apparence ou prendre de la masse musculaire ? oui / non

Connaissez-vous au moins une personne souffrant de trouble du comportement alimentaire ? oui / non

Quelles méthodes utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé pour perdre du poids ?

Footing avec surplus de vêtements oui / non

Jeûne prolongé oui / non

Médicaments oui / non

Sport dans un sauna oui / non

Autres méthodes : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Trouvez-vous utile qu'un sportif de haut niveau soit suivi sur le plan psychologique ? (cocher la case correspondante, une seule réponse possible)

- 1) Oui pour améliorer la performance sportive O
- 2) Oui car le sport de haut niveau est difficile et demande du soutien psychologique O
- 3) Non, le suivi psychologique concerne les personnes à problème O
- 4) Non ça ne sert à rien O

Combien de fois vous pesez vous par mois ? _ _ _ _ _ _ _ _

8.4. ANNEXE 4 : L'EATING ATTITUDE TEST 26

Consignes : Lisez attentivement ces 26 phrases qui expriment des sentiments, des opinions et des réactions diverses. Pour chaque phrase cochez une réponse parmi les 6 proposées (allant de toujours à jamais). Efforcez vous de répondre à toutes les phrases. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit avant tout être personnelle.

	Toujours/Très souvent/Souvent/Parfois/Rarement/Jamais					
1. Je suis terrifié à l'idée d'être gros(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. J'évite de manger quand j'ai faim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je suis trop soucieux(se) de la nourriture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. J'ai eu des épisodes de glotonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je découpe mes aliments en petits morceaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. J'ai conscience de la valeur calorique des aliments que je mange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. J'évite spécialement les aliments riches en hydrate de carbone (pain, riz, pomme de terre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange davantage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Je vomis après avoir mangé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je me sens coupable après avoir mangé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Le désir d'être plus mince me préoccupe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Les autres pensent que je suis trop mince	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Je suis préoccupé d'avoir trop de graisse dans le corps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Je prends plus de temps que les autres à prendre mes repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. J'évite de manger des aliments trop sucrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je mange des aliments diététiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. J'ai l'impression que la nourriture dirige ma vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Je sens que les autres me poussent à manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. J'accorde trop de temps et je pense trop à mon alimentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Je m'oblige à me mettre à la diète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. J'aime avoir l'estomac vide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. J'aime essayer des aliments nouveaux et riches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Je ressens le besoin de vomir après les repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires :

15 août 2006 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 28 sur 118

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Arrêté du 16 juin 2006 modifiant l'arrêté du 11 février 2004 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux prévus aux articles L. 3621-2 et R. 3621-3 du code de la santé publique

NOR : MJSK0670187A

Le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de l'outre-mer et le ministre de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 3621-2 et L. 3621-3 ainsi que les articles R. 1333-55 à R. 1333-74, R. 3621-1 à R. 3621-9 ; Vu le code du sport, notamment son article L. 221-1 ; Vu le décret n° 2002-707 du 29 avril 2002 pris pour l'application de l'article 26 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 et relatif au sport de haut niveau, notamment ses articles 2 et 11 ; Vu le décret n° 2002-1010 du 18 juillet 2002 relatif aux filières d'accès au sport de haut niveau ; Vu le décret n° 2004-120 du 6 février 2004 relatif aux examens médicaux obligatoires pour les licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau ou dans les filières d'accès au sport de haut niveau ou pour les candidats à cette inscription ; Vu l'arrêté du 11 février 2004 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux prévus aux articles

L. 3621-2 et R. 3621-3 du code de la santé publique ; Vu l'avis n° 2006-02 du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage en date du 16 mars 2006,

Arrêtent :

Art. 1^{er} .- L'article 1^{er} du titre I^{er} de l'arrêté du 11 février 2004 susvisé est modifié comme suit :

A. - Après le 6, un 7 est ajouté, rédigé comme suit :

« 7. Un examen par imagerie par résonance magnétique du rachis cervical, dans le but de dépister un canal cervical étroit, pour les disciplines suivantes :

- football américain ;
- plongeon de haut vol ;
- rugby à XV (uniquement pour les postes de première ligne à partir de 16 ans) ;
- rugby à XIII (uniquement pour les postes de première ligne). »

B. - Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Une information des sportifs est à prévoir lors de l'examen médical quant au risque de développer ou d'aggraver (si préexistant) :

- un canal cervical étroit lors de la pratique des disciplines citées au précédent alinéa ;

– des pathologies du rachis lombaire, notamment une lyse isthmique avec ou sans spondylolisthésis lors de la pratique de certaines disciplines.

Les examens ci-dessus doivent être réalisés dans les six mois qui précèdent la première inscription sur la liste des sportifs de haut niveau ou sur la liste des sportifs Espoirs. »

Art. 2. – L'article 2 du titre II du même arrêté est modifié comme suit :

A. – Le 1^o est rédigé comme suit :

« a) Un examen médical réalisé par un médecin diplômé en médecine du sport comprenant :

- un entretien ;
- un examen physique ;
- des mesures anthropométriques ;
- un bilan diététique, des conseils nutritionnels, aidés si besoin par des avis spécialisés coordonnés par le médecin selon les règles de la profession ;
- une recherche par bandelette urinaire de protéinurie, glycosurie, hématurie, nitrites. »

B. – Le 3^o est rédigé comme suit :

« Deux fois par an chez les sportifs mineurs et une fois par an chez les sportifs majeurs, un bilan psychologique est réalisé, lors d'un entretien spécifique, par un médecin ou par un psychologue sous responsabilité médicale.

Ce bilan psychologique vise à :

- **détecter des difficultés psychopathologiques et des facteurs personnels et familiaux de vulnérabilité ou de protection ;**
- **prévenir des difficultés liées à l'activité sportive intensive ;**
- **orienter vers une prise en charge adaptée si besoin. »**

C. – Le 3^o et le 4^o deviennent respectivement le 4^o et le 5^o.

Art. 3. – Les 3^o et 4^o de l'article 4 du titre III ainsi que l'article 5 du titre III du même arrêté sont supprimés.

Art. 4. – Le 5^o de l'article 4 du titre III devient le 3^o et l'article 6 du titre III devient l'article 5 du même arrêté.

Art. 5. – Les dispositions du présent arrêté sont applicables à Mayotte.

Art. 6. – La directrice des sports, le directeur général de la santé et le directeur des affaires économiques, sociales et culturelles de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 16 juin 2006.

Le ministre de la jeunesse, des sports et de la vie associative,

Pour le ministre et par délégation : La directrice des sports, D. LAURENT

Le ministre de la santé et des solidarités, Pour le ministre et par délégation : Le directeur général de la santé, D. HOUSSIN

Le ministre de l'outre-mer, Pour le ministre et par délégation : L'adjointe au directeur des affaires économiques, sociales et culturelles, C. DESFORGES

8.6. ANNEXE 6 : L'ECHELLE « FAST »

Please answer as completely as possible:

Key^a: Exercise = Physical activity \geq 20 minutes
 Practice = Scheduled time allotted by coach to work as a team or individually in order to improve performance.
 Training = Intense physical activity. The goal is to improve fitness level in order to perform optimally.

1. I participate in additional physical activity \geq 20 minutes in length on days that I have practice or competition.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

2. If I cannot exercise, I find myself worrying that I will gain weight.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

3. I believe that most female athletes have some form of disordered eating habits.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

4. During training, I control my fat and calorie intake carefully.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

5. I do not eat foods that have more than 3 grams of fat.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

6. My performance would improve if I lost weight.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

7. If I got on the scale tomorrow and gained 2 pounds, I would practice or exercise harder or longer than usual.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

8. I weigh myself _____.
 1)Daily 2)2 or more times a week
 3)Weekly 4)Monthly or less

9. If I chose to exercise on the day of competition (game/meet), I exercise for
 1)2 or more hours 2)45 minutes to 1 hour
 3)30 to 45 minutes 4)Less than 30 minutes

10. If I know that I will be consuming alcoholic beverages, I will skip meals on that day or the following day.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

11. I feel guilty if I choose fried foods for a meal.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

12. If I were to be injured, I would still exercise even if I was instructed not to do so by my athletic trainer or physician.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

13. I take dietary or herbal supplements in order to increase my metabolism and/or to assist in burning fat.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

14. I am concerned about my percent body fat.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

15. Being an athlete, I am very conscious about consuming adequate calories and nutrients on a daily basis.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

16. I am worried that if I were to gain weight, my performance would decrease.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

17. I think that being thin is associated with winning.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

18. I train intensely for my sport so I will not gain weight.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

19. During season, I choose to exercise on my one day off from practice or competition.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

20. My friends tell me that I am thin but I feel fat.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

21. I feel uncomfortable eating around others.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

22. I limit the amount of carbohydrates that I eat.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

23. I try to lose weight to please others.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

24. If I were unable to compete in my sport, I would not feel good about myself.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

25. If I were injured and unable to exercise, I would restrict my calorie intake.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

26. In the past 2 years I have been unable to compete due to an injury
 1)7 or more times 2)4 to 6 times
 3)1 to 3 times 4)No significant injuries

27. During practice I have trouble concentrating due to feelings of guilt about what I have eaten that day.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

28. I feel that I have a lot of good qualities.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

29. At times I feel that I am no good at all.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

30. I strive for perfection in all aspects of my life.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

31. I avoid eating meat in order to stay thin.
 1)Strongly Agree 2)Agree 3)Disagree 4)Strongly Disagree

32. I am happy with my present weight.
 1)Yes 2)No

33. I have done things to keep my weight down that I believe are unhealthy.
 1)Frequently 2)Sometimes 3)Rarely 4)Never

FIG. Female Athlete Assessment Tool (FAST)^b

^aInitial validation studies have been conducted on the FAST. Future research will attempt to further validate the questionnaire.

^bThe key is used to quantify and define activity level for further clarification of the questions.

9. BIBLIOGRAPHIE

1. Afflelou Sabine. 2009. « Place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive ». *Archives de Pédiatrie* 16 (1): 88-92.
2. Afflelou, Sabine. 2011. « Le burnout sportif comparé au syndrome de surentraînement : une entité clinique à part entière ? » *Face à face. Regards sur la santé*, n° 11 (mars).
3. Afflelou, Sabine, Martine Duclos, et Serge Simon. 2004. « Quels liens entre pratiques sportives et troubles du comportement alimentaire ? » *La Presse Médicale* 33 (22): 1601-1605.
4. Afflelou. S. 2010. « Addiction à la pratique et troubles du comportement alimentaire chez les sportifs ». In *Les addictions sans drogues : prévenir et traiter*, pp 174-185.
5. American Psychiatric Association. 2000. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
6. American Psychiatric Association. 2013. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
7. Bonnet, Agnès, et Vincent Bréjard. 2009. « Addiction à l'activité physique ». *PSY-Émotion, intervention, santé*, décembre, 237-266.
8. Byrne, S, et N McLean. 2002. « Elite athletes: Effects of the pressure to be thin ». *Journal of Science and Medicine in Sport* 5 (2): 80-94.
9. C.G. Fairburn, et B.T. Walsh. 2002. « Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified) ». *Eating Disorders and obesity : a comprehensive handbook (2nd edition)*, New York, Guildford Press, pp. 171-177.
10. Carrier. C. 1992. « Significations non métaboliques de l'alimentation chez l'adolescent sportif de haut niveau. » In , pp 36-42.
11. Carrier. C. 2002. « Modèle de l'investissement sportif de haut niveau, sensation de la vitesse du mouvement et excitation addictive ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 160 (9): 677-679.
12. Carrier. C. 2003. « Comportement alimentaire. Pratique sportive intensive et santé. », pp 4-5.
13. Chabannes, J. -P. 2008. « Passion et pratique sportive ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 166 (10): 823-827.
14. Chamay-Weber, Catherine, Françoise Narring, et Pierre-André Michaud. 2005. « Partial Eating Disorders among Adolescents: A Review ». *Journal of Adolescent Health* 37 (5): 416-426.
15. Charoy. 2008. « L'anorexie mentale masculine : une anorexie mentale comme les autres ? »
16. Cole, Jon C, Rachel Smith, Jason C G Halford, et Graham F Wagstaff. 2003. « A Preliminary Investigation into the Relationship between Anabolic-Androgenic Steroid Use and the Symptoms of Reverse Anorexia in Both Current and Ex-Users ». *Psychopharmacology* 166 (4): 424-429.
17. Corcos M, et Jeammet, P. 2002. *Les troubles des conduites alimentaires : facteurs de risque, dépistage et modalités de prévention*.
18. Costarelli, Vassiliki, et Dimitra Stamou. 2009. « Emotional Intelligence, Body Image and Disordered Eating Attitudes in Combat Sport Athletes ». *Journal of Exercise Science & Fitness* 7 (2): 104-111.
19. Crow, Scott J, W Stewart Agras, Katherine Halmi, James E Mitchell, et Helena C Kraemer. 2002. « Full Syndromal versus Subthreshold Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Multicenter Study ». *The International Journal of Eating Disorders* 32 (3): 309-318.
20. Dancyger, I. F., et P. E. Garfinkel. 1995. « The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa ». *Psychological Medicine* 25 (05): 1019-1025.
21. Davison, Kirsten Krahnstoever, Mandy B. Earnest, et Leann L. Birch. 2002. « Participation in Aesthetic Sports and Girls' Weight Concerns at Ages 5 and 7 Years ». *The International journal of eating disorders* 31 (3): 312-317.
22. E. Filaire, M. Rouveix, C. Pannafieux, et C. Ferrand. 2007. « Eating attitudes, perfectionism and body-esteem of elite male judoists and cyclists ». *Journal of Sports and Medicine*.
23. Fairburn, Christopher G, et Paul J Harrison. 2003. « Eating disorders ». *The Lancet* 361 (9355): 407-416.

24. Fairburn, Christopher G., et Kristin Bohn. 2005. « Eating Disorder NOS (EDNOS): An Example of the Troublesome “not Otherwise Specified” (NOS) Category in DSM-IV ». *Behaviour Research and Therapy* 43 (6): 691-701.
25. Fairburn, Christopher G., Zafra Cooper, Kristin Bohn, Marianne E. O'Connor, Helen A. Doll, et Robert L. Palmer. 2007. « The Severity and Status of Eating Disorder NOS: Implications for DSM-V ». *Behaviour Research and Therapy* 45 (8): 1705-1715.
26. Ferrand, Claude, Stephane Champely, et Edith Filaire. 2009. « The role of body-esteem in predicting disordered eating symptoms: A comparison of French aesthetic athletes and non-athletic females ». *Psychology of Sport and Exercise* 10 (3): 373-380.
27. Filaire, E., M. Rouveix, et M. Bouget. 2008. « Troubles du comportement alimentaire chez le sportif ». *Science & Sports* 23 (2): 49-60.
28. Filaire, E., M. Rouveix, M. Bouget, et C. Pannafieux. 2007. « Prévalence des troubles du comportement alimentaire chez le sportif ». *Science & Sports* 22 (3-4): 135-142.
29. Foulon, C. 2013. « Hyperphagie boulimique : évolution des concepts et critères diagnostiques actuels (DSM V) ». *European Psychiatry*, Hors-série 1 – 5ème Congrès Français de Psychiatrie – Nice, novembre 2013, 28 (8, Supplement): 98.
30. Franko, Debra L., et Mika Omori. 1999. « Subclinical eating disorders in adolescent women: A test of the continuity hypothesis and its psychological correlates ». *Journal of Adolescence* 22 (3): 389-96.
31. Garner, David M., Marion P. Olmstead, et Janet Polivy. 1983. « Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia ». *International Journal of Eating Disorders* 2 (2): 15-34.
32. Godart, N., F. Perdereau, et P. Jeammet. 2004a. « Données épidémiologiques : anorexie chez l'adolescent ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 17 (6): 327-330.
33. Godart, N., F. Perdereau, et P. Jeammet. 2004b. « Données épidémiologiques : boulimie chez l'adolescent ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 17 (7): 366-369.
34. Grall-Bronnec, Marie, Morgane Guillou-Landreat, et Jean-Luc Vénisse. 2007. « Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale ». *Nutrition Clinique et Métabolisme*, Comment intégrer nutrition artificielle et psychothérapie au cours de l'anorexie mentale, 21 (4): 151-154.
35. Greenleaf, Christy, Trent A. Petrie, Jennifer Carter, et Justine J. Reel. 2009. « Female Collegiate Athletes: Prevalence of Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors ». *Journal of American College Health: J of ACH* 57 (5): 489-495.
36. Guezennec, C.-Y. 2008. « Effets de l'exercice physique et de l'entraînement sur la neurochimie cérébrale. Conséquence comportementale ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 166 (10): 813-816.
37. HAS. 2010. *Anorexie mentale : prise en charge. Argumentaire*.
38. Hawkes, Laurie. 2010. « Une pensée qui contient : A.T. et mentalisation ». *Actualités en analyse transactionnelle* 134 (2): 24-41.
39. Houssaim. 2010. « Existe-t-il un lien entre sport, hyperactivité physique et anorexie? »
40. Johnson, Jeffrey G, Patricia Cohen, Stephanie Kasen, et Judith S Brook. 2002. « Childhood Adversities Associated with Risk for Eating Disorders or Weight Problems during Adolescence or Early Adulthood ». *The American Journal of Psychiatry* 159 (3): 394-400.
41. Kohl, M., C. Foulon, et J. -D. Guelfi. 2004. « Aspects comportementaux et biologiques de l'hyperactivité dans l'anorexie mentale ». *L'Encéphale* 30 (5): 492-499.
42. Kotler, L A, P Cohen, M Davies, D S Pine, et B T Walsh. 2001. « Longitudinal Relationships between Childhood, Adolescent, and Adult Eating Disorders ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 (12): 1434-1440.
43. Léonard, T., C. Foulon, et J. -D. Guelfi. 2005. « Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte ». *EMC - Psychiatrie* 2 (2): 96-127.
44. Leone, James E, Edward J Sedory, et Kimberly A Gray. 2005. « Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders ». *Journal of Athletic Training* 40 (4): 352-359.

45. Lipsman, Nir, D. Blake Woodside, et Andres M. Lozano. 2014. « Neurocircuitry of Limbic Dysfunction in Anorexia Nervosa ». *Cortex, mars*.
46. Lowenstein, W, P Arvers, L Gourarier, A S Porche, J M Cohen, F Nordmann, B Prevot, C Carrier, et M Sanchez. 2000. « Physical and sports activities in the history of patients treated for addictions ». *Annales de médecine interne* 151 Suppl A (avril): A18-26.
47. Martin M. Fisher, Marisol Gonzalez, et Joan Malizio. 2014. « Eating Disorders in Adolescents : How does the DSM 5 change the diagnosis ». *Journal of Adolescent Health* 54 (2): S9.
48. Martinsen, Marianne, Ingar Holme, Anne Marte Pensgaard, Monica Klungland Torstveit, et Jorunn Sundgot-Borgen. 2014. « The Development of the Brief Eating Disorder in Athletes Questionnaire ». *Medicine and Science in Sports and Exercise* 46 (8): 1666-1675.
49. McGee, Brandy J., Paul L. Hewitt, Simon B. Sherry, Melanie Parkin, et Gordon L. Flett. 2005. « Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms ». *Body Image* 2 (1): 29-40.
50. Morhain, Y. 1994. « Clinique de l'adolescent sportif de haut niveau ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 7 (7): 402-405.
51. Murray, Stuart B, Elizabeth Rieger, Stephen W Touyz, et Yolanda De la Garza García Lic. 2010. « Muscle Dysmorphia and the DSM-V Conundrum: Where Does It Belong? A Review Paper ». *The International Journal of Eating Disorders* 43 (6): 483-491.
52. Murray, Stuart B., Elizabeth Rieger, Tom Hildebrandt, Lisa Karlov, Janice Russell, Evelyn Boon, Robert T. Dawson, et Stephen W. Touyz. 2012. « A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa ». *Body Image* 9 (2): 193-200.
53. NICE. 2004. *Eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorder.*
54. Nieuwoudt, Johanna E., Shi Zhou, Rosanne A. Coutts, et Ray Booker. 2012. « Muscle dysmorphia: Current research and potential classification as a disorder ». *Psychology of Sport and Exercise, A Sport Psychology Perspective on Olympians and the Olympic Games*, 13 (5): 569-577.
55. O Bouix, JF Brun, et R Benani. 1995. « Béta endorphine plasmatique, comportement alimentaire, et glucorégulation lors de l'exercice physique. », *Science et Sports*, n° 10: 21-27.
56. Olson, M S, H N Williford, L A Richards, J A Brown, et S Pugh. 1996. « Self-Reports on the Eating Disorder Inventory by Female Aerobic Instructors ». *Perceptual and Motor Skills* 82 (3 Pt 1): 1051-1058.
57. Organisation Mondiale de la Santé. 2000. *Classification Internationale des maladies*. Masson.
58. Patton, G C, R Selzer, C Coffey, J B Carlin, et R Wolfe. 1999. « Onset of Adolescent Eating Disorders: Population Based Cohort Study over 3 Years ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 318 (7186): 765-768.
59. Pincus, H. A., W. W. Davis, et L. E. McQueen. 1999. « "Subthreshold" Mental Disorders. A Review and Synthesis of Studies on Minor Depression and Other "Brand Names". » *The British Journal of Psychiatry* 174 (4): 288-296.
60. Plateau, C. R., J. Arcelus, H. J. McDermott, et C. Meyer. 2014. « Responses of Track and Field Coaches to Athletes with Eating Problems ». *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, juillet.
61. Pope Jr., Harrison G., Amanda J. Gruber, Precilla Choi, Roberto Olivardia, et Katharine A. Phillips. 1997. « Muscle Dysmorphia: An Underrecognized Form of Body Dysmorphic Disorder ». *Psychosomatics* 38 (6): 548-557.
62. Pope Jr., Harrison G., David L. Katz, et James I. Hudson. 1993. « Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders ». *Comprehensive Psychiatry* 34 (6): 406-409.
63. Prétagut. S. En cours de publication. « Description et évaluation des troubles alimentaires chez le sportif de haut niveau. »
64. Prétagut. S. 2000. « Enjeux et limites de l'exigence de performance chez le sportif de haut niveau ».
65. Prétagut. S. 2005. « Repérage précoce des conduites addictives en médecine du sport. » In *Médecine et addictions : Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ?*, pp 274-280.

66. Proia, S, et J.-P Martineau. 2004. « Du surinvestissement sportif au gel de la métamorphose adolescente : risques de décompensation dépressive et prévention ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 52 (5): 284-289.
67. Proia. S. 2007. *La face obscure de l'élitisme sportif*. Presses universitaires du mirail.
68. R.H. Cox. 2013. *Psychologie du sport*. Broché.
69. Resch, Mária, et Péter Haász. 2009. « [The first epidemiologic survey among Hungarian elite athletes: eating disorders, depression and risk factors] ». *Orvosi Hetilap* 150 (1): 35-40.
70. Ricca, V, E Mannucci, B Mezzani, M Di Bernardo, T Zucchi, A Paionni, G P Placidi, C M Rotella, et C Faravelli. 2001. « Psychopathological and Clinical Features of Outpatients with an Eating Disorder Not Otherwise Specified ». *Eating and Weight Disorders: EWD* 6 (3): 157-165.
71. Rodgers, Rachel F., Susan J. Paxton, et Henri Chabrol. 2009. « Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A sociocultural model ». *Body Image* 6 (3): 171-177.
72. S.G. Affenito. 1998. « Development and validation of a screening tool to identify eating disorders in the female athlete », septembre, sect. volume 98 number 9.
73. Salla, Julie, et Grégory Michel. 2012. « Pratique sportive intensive chez l'enfant et dysfonctionnements de la parentalité : le cas du syndrome de réussite par procuration ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 170 (8): 583-586.
74. Salmi, M., C. Pichard, et E. Jousselin. 2010. « Psychopathologie et sport de haut niveau ». *Science & Sports* 25 (1): 1-10.
75. Santonastaso, P, S Friederici, et A Favaro. 1999. « Full and Partial Syndromes in Eating Disorders: A 1-Year Prospective Study of Risk Factors among Female Students ». *Psychopathology* 32 (1): 50-56.
76. Scoffier, S., C. Gernigon, E. Billi, et F. d'Arripe-Longueville. 2013. « Development and Preliminary Validation of a New Instrument to Assess Eating Behaviors: The Virtual Self-Service Restaurant (VSSR) ». *Science & Sports* 28 (3): 140-145.
77. Scoffier, S., Y. Paquet, et F. d'Arripe-Longueville. 2010. « Effect of Locus of Control on Disordered Eating in Athletes: The Mediational Role of Self-Regulation of Eating Attitudes ». *Eating Behaviors* 11 (3): 164-169.
78. Scoffier, Stéphanie, et Fabienne d'Arripe-Longueville. 2012. « Facteurs psychosociaux des attitudes alimentaires déséquilibrées en contexte sportif : une revue de littérature ». *Movement & Sport Sciences n° 76* (2): 47-57.
79. Seznec, J. -C. 2008. « Le suivi psychologique de sportifs de haut niveau : enjeux et réalité ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 166 (10): 833-837.
80. Smolak, L, S K Murnen, et A E Ruble. 2000. « Female Athletes and Eating Problems: A Meta-Analysis ». *The International Journal of Eating Disorders* 27 (4): 371-380.
81. Sokolova, Marina V., Irene González-Martí, Onofre Ricardo Contreras Jordán, et Juan Gregorio Fernández Bustos. 2013. « A case study of muscle dysmorphia disorder diagnostics ». *Expert Systems with Applications* 40 (10): 4226-4231.
82. Spindler, Anja, et Gabriella Milos. 2007. « Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity ». *Eating Behaviors* 8 (3): 364-373.
83. Sudi, Karl, Karl Ottl, Doris Payerl, Peter Baumgartl, Klemens Tauschmann, et Wolfram Müller. 2004. « Anorexia Athletica ». *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)* 20 (7-8): 657-661.
84. Sundgot-Borgen, J. 1993. « Prevalence of Eating Disorders in Elite Female Athletes ». *International Journal of Sport Nutrition* 3 (1): 29-40.
85. Sundgot-Borgen, J. 1994. « Risk and Trigger Factors for the Development of Eating Disorders in Female Elite Athletes ». *Medicine and Science in Sports and Exercise* 26 (4): 414-419.
86. Sundgot-Borgen, Jorunn, et Monica Klungland Torstveit. 2004. « Prevalence of Eating Disorders in Elite Athletes Is Higher than in the General Population ». *Clinical Journal of Sport Medicine: Official Journal of the Canadian Academy of Sport Medicine* 14 (1): 25-32.
87. Vaughan, Jennifer L., Keith A. King, et Randall R. Cottrell. 2004. « Collegiate Athletic Trainers' Confidence in Helping Female Athletes With Eating Disorders ». *Journal of Athletic Training* 39 (1): 71-76.

88. Vélé, Dan. 2002. « L'addiction à l'exercice physique ». *Psychotropes* 8 (3): 39-46.
89. Volle, É., et J. -C. Seznec. 2006. « L'arrêt du sport intensif : révélation d'addictions ? » *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 164 (9): 775-779.
90. Vust. S. 2010. « Troubles alimentaires atypiques dans la réalité clinique : qu'en est il des aspects addictifs ? » In *Les addictions sans drogues : prévenir et traiter*, pp 235-241.
91. Y. Kimberly, et MS. McNulty. 2001. « Development and validation of a screening tool to identify eating disorders in female athletes » 101, number 8 (août): 886-887.
92. Yates, A., J. D. Edman, M. Crago, et D. Crowell. 2001. « Using an Exercise-Based Instrument to Detect Signs of an Eating Disorder ». *Psychiatry Research* 105 (3): 231-241.

VON THEOBALD Louis

Titre de Thèse :

LES TROUBLES ALIMENTAIRES SUBCLINIQUES CHEZ LE SPORTIF DE HAUT NIVEAU : SPECIFICITES CLINIQUES ET PLACE DU SUIVI PSYCHOLOGIQUE

Réflexions cliniques autour d'une étude de prévalence réalisée au pôle espoir Judo de Nantes

Depuis une vingtaine d'années, confirmé par la multiplication des études scientifiques, les sportifs sont reconnus comme étant une population singulière à risques et présentant une psychopathologie spécifique induite par la quête effrénée de performance. Les troubles alimentaires sont fréquents chez ces sportifs. Ils sont majoritairement infra cliniques, et ne sont généralement pris en charge que lorsqu'il existe une décompensation sévère. Notre travail clinique en deux temps, qui reprend le vécu sportif de 3 patient(e)s anorexiques hospitalisé(e)s, et étudie les troubles alimentaires chez des judokas de niveau national nous a permis d'introduire différents axes d'études. Ainsi nous aborderons les liens qui existent entre l'hyperinvestissement sportif, la genèse et l'évolution d'un TCA avant de décrire les facteurs de risques et les modalités de prise en charge psychologique spécifiques aux athlètes de haut niveau souffrant de troubles alimentaires.

MOTS-CLES

TROUBLES ALIMENTAIRES SUBCLINIQUES, ADDICTION AU SPORT, SPORTIF DE HAUT NIVEAU, DYSMORPHIE MUSCULAIRE, ANOREXIE ATHLETIQUE, ANOREXIE INVERSE, SUIVI PSYCHOLOGIQUE, PSYCHOPATHOLOGIE DU SPORT, JUDO, CONSTRUCTION IDENTITAIRE, SUIVI MEDICAL REGLEMENTAIRE.